

44

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0292763

"ESTUDIO COMPARATIVO DE ALGUNAS CARACTERISTICAS  
DE LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON  
HIPOSPADIAS Y ADOLESCENTES CON ACNE JUVENIL."

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**EDITH CASTRO ARELLANO**

DIRECTORA DE TESIS: MAESTRA ANA LOURDES TELLEZ ROJO

COMITE DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRINBERG  
LIC. EVA MARIA ESPARZA MEZA  
LIC. ASUNCION VALENZUELA COTA  
LIC. MARIA MARTINA JURADO BAIZABAL

MEXICO, D. F.

JUNIO, 2001.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Tú también me haces preguntas y  
yo te escucho.  
Y te digo que no tengo respuestas,  
Que la respuesta has de encontrarla  
tú solo.  
Siéntate un momento, ...  
Pero después que hayas dormido y  
renovado tus vestidos,  
Te besaré, te diré adiós y te abriré la  
puerta  
Para que salgas de nuevo.

Largo tiempo has soñado sueños  
despreciables.  
Ven, que te limpie los ojos...  
Y acostúmbrate ya al resplandor de  
la luz.

Largo tiempo has chapoteado a la  
orilla, agarrado  
A un madero.  
Ahora tienes que ser un nadador  
intrépido.  
Aventúrate en alta mar, flota,  
Mirame confiado  
Y arremete contra la ola.

**Canto a mí mismo.**  
**Walt Whitman.**

## **DEDICATORIA:**

Dedicó con todo mi amor este trabajo a:

Mis padres Sofía y Roberto quienes me han apoyado en todo lo que he emprendido y han sido siempre un ejemplo a seguir en mi trayectoria académica.

A mi hermano Rodrigo por el simple hecho de existir y ser la alegría de mi vida.

A mi esposo Raúl quien estuvo a mi lado ofreciéndome su amor y comprensión a cada paso. Así como impulsándome a lograr todas mis metas y ha realizar mis sueños.

A mis mejores amigas, Anabell, Daniela, Fabiola y Valeria quienes a través de su amistad incondicional, su compañía y sus palabras de aliento colaboraron no solo en la realización de este trabajo sino en todos los momentos importantes de mi vida.

A mi tía Laura quien siempre ha sido un ejemplo en mi superación tanto profesional como personal.

A mis abuelos y a mis tíos por su cariño y comprensión.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco al Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría por las facilidades otorgadas en la realización de esta investigación.

Especialmente a la Mtra. Ana Lourdes Téllez Rojo y al Psic. Marco Antonio Olavarría Vega, quienes fueron fundamentales en la realización de este trabajo con su paciencia y sabiduría.

Al personal en general y sobre todo a los amigos, mencionando particularmente a la Psic Beatriz Tapia, Psic Antonia Godinez y Psic. Isis Baltierra por su apoyo y su compañía durante mi estancia en el hospital.

Así mismo, mi agradecimiento, al Servicio de Urología, especialmente a Dr. Cuevas por su interés y asesoría a lo largo de la investigación, así como a la secretaria Alicia Pérez por su ayuda en el reclutamiento de los pacientes.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, y muy especialmente a la Dra. Bertha Blum y a la Psic. Eva Esparza, por darme la oportunidad de pertenecer al Proyecto para Optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico (grupo piloto, PAPIME 06) y lograr una mejor preparación en el campo de la psicología.

A mis compañeras de la universidad, especialmente a Dinorah y Decirée, quienes sin su amistad y su ayuda, el trayecto para la culminación de mis estudios hubiera sido más difícil.

Así mismo agradezco a los pacientes y a sus familias por aceptar participar en esta investigación.

# 1. INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
<b>Capítulo I: Hipospadias.....</b>	<b>5</b>
1.1 Definición .....	5
1.2 Tipos de Hipospadias .....	6
1.3 Tratamiento médico .....	8
1.4 Complicaciones medicas.....	10
1.5 Repercusiones en los pacientes con Hipospadias.....	10
<b>Capítulo II: Acné Juvenil.....</b>	<b>13</b>
2.1 La piel.....	13
2.2 Definición.....	16
2.3 Cuadro clínico.....	17
2.4 Variantes del Acné.....	18
2.5 Mecanismos de formación.....	19
2.6 Diagnóstico diferencial.....	21
2.7 Pronóstico y Tratamiento.....	22
<b>Capítulo III: Adolescencia.....</b>	<b>25</b>
3.1 Características de la adolescencia.....	25
3.2 Comportamiento psicosexual del adolescente.....	37
3.2.1 Masturbación.....	37
3.2.2 Tendencias Homoéroticas.....	40
3.2.3 Relación heterosexual.....	42
<b>Capítulo IV: Identidad psicosexual.....</b>	<b>45</b>
4.1 Desarrollo psicosexual.....	45
4.2 Sexo y género.....	47

4.2.1 Atribución de Género.....	49
4.2.2 Identidad de género.....	49
4.2.3 Rol de género.....	51
4.2.4 Orientación sexual.....	51
4.3 Género y Complejo de Edipo.....	52
4.4 Ideal temprano de género.....	54
4.5 Desórdenes de la identidad psicosexual .....	55
4.6 Papel del padre en la construcción de la masculinidad.....	57
4.7 Masculinización del pene.....	58
4.8 Factores que influyen en la adquisición de la identidad Psicosexual.....	59

## **Capítulo V: MÉTODO.....62**

5.1 Antecedentes.....	62
5.2 Justificación.....	63
5.3 Planteamiento del problema.....	64
5.4 Objetivo.....	65
5.5 Planteamiento de hipótesis.....	65
5.5.1 Hipótesis de investigación.....	65
5.5.2 Hipótesis estadísticas.....	65
5.6 Definición de Variables.....	67
5.6.1 Definición conceptual.....	67
5.6.2 Definición operacional.....	67
5.7 Tipo de investigación.....	68
5.8 Tipo de diseño.....	68
5.9 Tipo de muestra.....	68
5.9.1 Sujetos.....	68
5.9.2 Criterios.....	69
5.10 Procedimiento.....	70
5.11 Instrumentos.....	70

<b>Capítulo VI: Análisis de resultados</b> .....	<b>75</b>
6.1 Análisis estadístico.....	75
6.1.1 Entrevista.....	75
6.1.2 Test de la Figura Humana de Machover.....	76
6.1.3 Test de Apercepción Temática de Murray.....	79
6.2 Análisis clínico.....	84
6.2.1 Entrevista.....	84
6.2.2 Test de la Figura Humana de Machover.....	86
6.2.3 Test de Apercepción Temática de Murray.....	88
<b>VII. Discusión y Conclusiones</b> .....	<b>90</b>
<b>VIII. Anexos</b> .....	<b>98</b>
<b>X Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>126</b>



## RESUMEN:

El presente estudio, se llevó a cabo en el Departamento de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría con la colaboración de los Servicio de Urología y de Dermatología de este mismo instituto. Se inicio en junio de 1999 y se culminó en mayo del 2000. Su objetivo fue el de investigar si existen alteraciones en la identidad psicosexual de los pacientes con hipospadias en etapa adolescente.

Para lograr dicho fin, se comparó a dos grupos de 10 adolescentes entre 13 y 18 años, donde el primer grupo presentó el diagnóstico de hipospadias puro y el segundo grupo el diagnóstico de acné juvenil. Los tipos de alteraciones en la identidad psicosexual se midieron por medio de dos instrumentos psicológicos: el Test de Apercepción Temática y la Figura Humana de Machover, así como de una entrevista semi estructurada que le fue aplicada a cada sujeto.

El análisis de los resultados se hizo a través de la estadística inferencial para pruebas no paramétricas. Se utilizaron las pruebas de probabilidad exacta de Fisher y Yates y la U de Mann-Whitney con el fin de comparar las hipótesis y saber el grado de significancia de las variables.

Así mismo se efectuó un análisis clínico de los resultados obtenidos en los instrumentos psicológicos, a fin de conocer de una manera más completa los tipos de alteraciones en la identidad psicosexual de los sujetos. Por tanto, los resultados nos permitieron concluir que los sujetos con hipospadias muestran mayor problemática en la identidad psicosexual que los sujetos con acné juvenil, mostrando como significativas las siguientes alteraciones: 1) mayores sentimientos de impotencia y conflictos de virilidad, 2) inconformidad acerca de la apariencia estética del pene, 3) impulsos homosexuales, 4) temor a la castración y a las relaciones sexuales, 5) dificultades para identificarse adecuadamente con las figuras masculinas y 6) una orientación sexual distorsionada.

Se piensa que los hallazgos encontrados en este estudio son de mucha utilidad ya que exponen de forma clara que el padecimiento de hipospadias necesita de una mayor atención en cuanto a sus repercusiones psicológicas. Así mismo es un estudio interesante debido a que deja en claro los límites y las posibilidades de la cuantificación en la interpretación clínica y aporta una forma de medir y cuantificar de la identidad psicosexual por medio de algunos instrumentos psicológicos.

## INTRODUCCIÓN

A través de nuestra practica en el Instituto Nacional de Pediatría, pudimos constatar que se han realizado muy pocas investigaciones acerca de las malformaciones genitales. Investigaciones que se han efectuado fundamentalmente en el extranjero, abordadas desde el aspecto médico, dejando a un lado las posibles alteraciones psicológicas.

Así mismo, durante nuestra estancia en la clínica de intersexo, nos fue posible trabajar muy de cerca con pacientes que presentaban hipospadias, malformación congénita, que tiene un índice de frecuencia elevado dentro de las anomalías de los genitales externos. Se presenta únicamente en el sexo masculino y necesita, para su corrección, de numerosas cirugías en el área genital, mismas que resultan muy traumáticas y producen muchas resistencias y angustia en los pacientes. Nos parece importante enfatizar, desde el punto de vista psicológico, que estas intervenciones se efectúan dentro de una época crítica del desarrollo del niño (entre los 3 y los 8 años), periodo que corresponde a una etapa en el desarrollo psicosexual en donde se instaura la identificación sexual y donde las fantasías de castración se evidencian. Por tanto, los conflictos relacionados con el hipospadias son numerosos y complejos, sin embargo son muchas veces desconocidos y no se han tomado muy en cuenta. Razón por la cual surgió la inquietud de profundizar en este tipo de padecimiento.

El presente estudio, se llevó a cabo en el Departamento de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría con la colaboración de los Servicio de Urología y de Dermatología de este mismo Instituto. Se inicio en junio de 1999 y se terminó en mayo del 2000. Su objetivo fue el de investigar si existen alteraciones específicas en la identidad psicosexual de los pacientes con hipospadias en etapa adolescente. Planteamiento que se desconoce debido a que estos pacientes, en su mayoría, no han tenido ningún tipo de seguimiento, ni medico ni psicológico, después de haber sido intervenidos quirúrgicamente en su temprana infancia.

Para lograr dicho fin, se comparó a dos grupos de 10 adolescentes entre 13 y 18 años, donde el primer grupo presentó el diagnóstico de hipospadias sin complicaciones asociadas y el segundo grupo el de acné juvenil. Los tipos de alteraciones en la identidad psicosexual se midieron por medio de dos instrumentos psicológicos: el Test de Apercepción Temática y la Figura Humana de Machover, así como de una entrevista semi estructurada que le fue aplicada a cada sujeto. Los puntajes obtenidos a través de estos instrumentos nos permitieron determinar si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos y de esta forma conocer cuales son los tipos de alteraciones de la identidad psicosexual relacionados con cada uno de ellos.

El objetivo del primer capitulo, en la presente investigación, es dar una explicación clara y accesible de lo que es el hipospadias, padecimiento muchas veces desconocido y muy poco estudiado. Se mencionan sus diferentes tipologías las cuales se clasifican según su gravedad y ubicación. Se explica en que consiste

el tratamiento y la cirugía reconstructiva. Así como las complicaciones y repercusiones tanto médicas como psicológicas.

En el segundo capítulo, se define el Acné Juvenil, siendo la enfermedad de la piel más frecuente en la adolescencia, consiste en un estado inflamatorio de cierto tipo de folículos pilo sebáceos, frecuentes en la cara y en el tórax. Se explican, desde el punto de vista dermatológico, sus variantes, tratamiento, pronóstico y diagnóstico. Así mismo se consideró necesario conocer desde una perspectiva psicológica, sus repercusiones y sus posibles causas psicosomáticas, enfatizando la importancia que tiene la piel en el desarrollo emocional del ser humano.

En el tercer capítulo, se habla de la etapa adolescente, explicando sus múltiples ambivalencias, patologías y cambios tanto físicos, biológicos como psicológicos. Así mismo se expone el comportamiento psicosexual que siguen los jóvenes en esta edad, abordando los diferentes tipos de conductas sexuales desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta.

El capítulo cuarto, explica el largo camino en la adquisición de la identidad psicosexual. Se enfatiza, desde la teoría Freudiana, las diferentes etapas en el desarrollo psicosexual, así como los factores y múltiples desórdenes que influyen en su estructuración. Se expone la difícil tarea de diferenciar entre sexo y género, así como definir lo que es la identidad psicosexual, término abstracto que presupone muchos determinantes y que para los fines de este trabajo consiste en la percepción consciente o inconsciente que un individuo considera que tiene él mismo acerca de su sexo, comprendiendo sus aspectos tanto psicológicos, como anatómicos y sociales, y considerando como sus características constitutivas: la identidad de Género, el rol de Género y la orientación sexual.

El quinto capítulo, se refiere a la metodología utilizada para la realización de esta investigación. Es importante mencionar que el enfoque metodológico de este estudio muestra un intento por conjuntar las herramientas estadísticas con las interpretaciones psicoanalíticas y analíticas. Tarea un tanto complicada, debido a que no existen parámetros de medición para cuantificar las alteraciones psicológicas de la identidad psicosexual. Por tanto, se tuvieron que adaptar algunos tests psicológicos de índole proyectiva en donde se pudieran obtener datos más "objetivos o medibles".

Así mismo, los resultados del análisis estadístico resultaron un tanto limitantes, ya que solo muestran como significativas a 7 variables de 23 que se pretendieron medir. A pesar de que en la interpretación clínica y en los puntajes en bruto, obtenidos de las pruebas, se aprecia una tendencia marcada en que los adolescentes muestran en casi todas las escalas mayor alteración en la identidad psicosexual, que el grupo comparativo.

Sin embargo la conjunción de los dos tipos de análisis cualitativo y cuantitativo nos permitió concluir que los sujetos con hipospadias muestran mayor problemática en la identidad psicosexual que los sujetos con acné juvenil. Así mismo fue posible

conocer los tipos de alteraciones y algunos factores desencadenantes de dicha problemática.

Por tanto se piensa que los hallazgos encontrados en este estudio son de mucha utilidad ya que exponen de forma clara que el padecimiento de hipospadias necesita de una mayor atención en cuanto a sus repercusiones psicológicas y aporta una manera de medir y cuantificar algunas características de la identidad psicosexual por medio de instrumentos proyectivos.

Así mismo es un estudio interesante debido a que pone en claro los límites y posibilidades de la cuantificación en la interpretación clínica.

# **CAPITULO I: HIPOSPADIAS**

## **1.1 DEFINICIÓN:**

El padecimiento llamado hipospadias es una malformación peneana que implica dos tipos de anomalías: genital y urinaria. Consiste en la falta de formación de la porción terminal de la uretra, que se manifiesta por la presencia de la abertura uretral (el meato) en la cara ventral (debajo) del pene. Este defecto puede acompañarse de un segmento poco elástico o fibroso, que produce una curvatura hacia abajo del pene o lo que también se llama cuerda o cordón fibroso. En algunos casos el escroto también se observa dividido en la línea media, lo que causa el defecto genital estético y/o funcional. La gravedad de esta anomalía es variable, considerándose como más severos los casos en que mayor es la longitud de la uretra faltante, y siendo proporcional esta severidad con un número mayor de anomalías congénitas asociadas.

Se ha calculado que esta anomalía se presenta entre 3 y 8 de cada 1000 nacimientos del sexo masculino (Garat, 1974).

En la mayoría de los casos el defecto es menor, y la abertura de la uretra se localiza cerca del glande o de la corona del pene (Hipospadias glandular y coronal). Solo el 13 % de los que lo padecen, presentan hipospadias peneanas, escrotales o perineales, que son los tipos de hipospadias menos frecuentes y los más severos (Kolodny, R. 1971).

El hipospadias aparece cuando el desarrollo genital en el embrión se altera o interrumpe. Esta alteración puede ser resultado de 1) un retraso en el inicio de secreción andrógena por parte de los testículos fetales; 2) insensibilidad orgánica a la acción del andrógeno o; 3) exposición a fármacos progestacionales o estrogénicos durante el desarrollo fetal (Walsh, P.C., 1976).

Por lo tanto se ha investigado que pueden producirse los siguientes fallos embriológicos en los diferentes tipos de hipospadias:

1. Detención de la tubulización uretral en algún sector, de donde proviene el meato ectópico.
2. Falta de unión entre uretra glandular y peneana.
3. Detención en el crecimiento de la placa ventral, que provoca una hipoplasia de toda la cara ventral del pene y de donde surgirá la cuerda que da la incurvación.
4. Falta de unión de los repliegues ectodérmicos con formación del prepucio redundante dorsal.

## 1.2 TIPOS DE HIPOSPADIAS:

La clasificación de los tipos de hipospadias se hace según la localización del meato. Por tanto existen tantos tipos de hipospadias como topografías anómalas del meato uretral (ver Dibujo1). Pero se conocen, básicamente, tres grandes categorías (Garat, 1974):

Distales (70%)	Glandular Coronal
Peneanos (20%)	Subcoronal Mediopeneano Peno-escrotal
Proximales (10%)	Interescrotal Perineal

### A) Hipospadias glandular:

Es el tipo más leve de hipospadias. El meato hipospádico está en el glande, por debajo de su localización correcta. El meato, al perder su forma alargada y hacerse redondeada, adquiere un aspecto estenótico que no concuerda con la forma comúnmente conocida del pene. Sus paredes (bordes), muy finas, se distienden bien cuando sale el chorro miccional, evitando que el sujeto tenga escurrimientos al evacuar. También son absolutamente distensibles si se insinúa una pequeña sonda.

Desde el meato hacia adelante se continúa un surco, lo que le da un aspecto excavado a la cara ventral del glande. Sin embargo, en algunos casos este surco está separado del meato por una pequeña cresta, que podría impedir que el chorro se proyecte hacia adelante.

El glande tiene una incurvación ventral variable que puede llegar a los 45 grados. Se le ha llamado "glande en martillo". El prepucio suele ser redundante en el sector dorsal e incompleto en el ventral, aunque excepcionalmente puede ser completo. El resto del pene es totalmente normal.

### B) Hipospadias coronal:

En este tipo de hipospadias, el meato se encuentra a nivel del surco coronal.

La malformación del glande es similar a la anterior, pero más acentuada. Así mismo, existe prepucio redundante dorsal e incompleto ventralmente.

A veces, el meato está rodeado de un área cribiforme, y la uretra en su último centímetro está apenas recubierta por una piel muy fina. El rafe cutáneo medio suele estar desviado hacia uno de los lados. El resto del pene es normal.

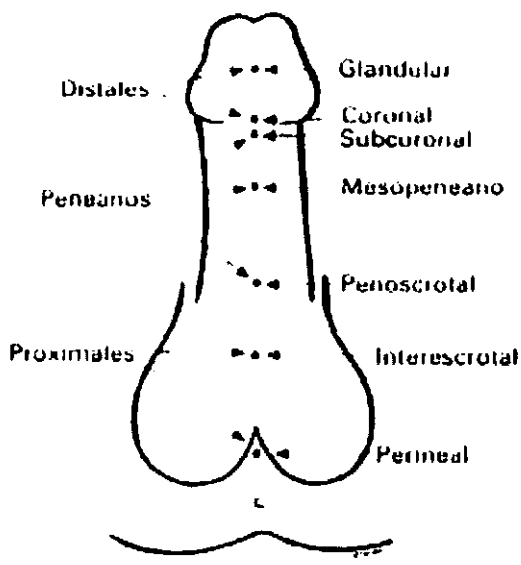


Fig. 11-124

DIBUJO 1. Tipos de Hipospadias.

**Malformaciones del aparato urogenital**

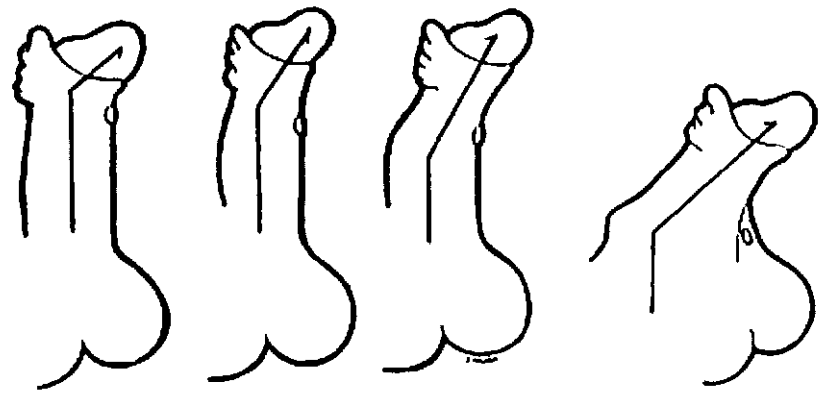


Fig. 11-125

DIBUJO 2. Grados de incurvación peneana.

### **C) Hipospadias subcoronal:**

El meato se encuentra por debajo del surco coronal del pene. Aparte de las malformaciones peneanas distales en este tipo de hipospadias, aparece un elemento nuevo, la cuerda. La gravedad de la incurvación peneana está en relación casi directa con la localización del meato, es decir que a más incurvación del pene, más proximal o más abajo se encuentra el meato. La curvatura peneana se debe fundamentalmente a la presencia de cuerda (ver Imagen 1).

Es importante especificar que la **cuerda** se refiere a los restos de tejido esponjoso fibrosado y de placa uretral no tubulizada. Es una auténtica lámina y no una cuerda, como su nombre parece indicar. Ocupa la cara ventral del pene en su totalidad, extendiéndose hasta los bordes laterales. Va desde el orificio hipospádico hasta el borde del glande. Existe un buen plano de despegamiento entre esta lámina fibrosa y la membrana de los cuerpos cavernosos. Solo excepcionalmente la cuerda está íntimamente adherida a los cuerpos eréctiles y es difícil su extirpación. En ese caso es necesario reseca (quitar) parcialmente la membrana de los cuerpos cavernosos y luego cubrir el déficit con injerto de piel libre.

La brevedad de la uretra hipospádica no es causa importante de incurvación, sino más bien lo es el grado de cuerda (ver Dibujo 2).

### **D) Hipospadias mediopeneano:**

Este tipo de hipospadias es similar al anterior, a diferencia de que el meato se encuentra en algún sector medio de la cara ventral del pene. Por lo que en algunas ocasiones es necesario quitar la cuerda para obtener un pene erecto.

### **E) Hipospadias peneoscrotal:**

El meato está en el ángulo peneoscrotal, es decir en el sector escrotal y falta toda la uretra peneana. La incurvación ventral es muy acentuada. Razón por la cual, es de fundamental importancia reducir la cuerda, durante el tratamiento.

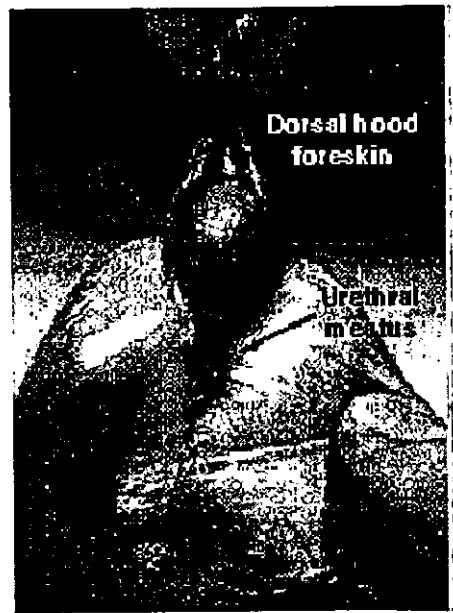
### **F) Hipospadias interescrotal:**

En el hipospadias interescrotal, ambos hemiescrotos están separados (bífido) y en medio se abre el meato hipospádico. El pene está muy incurvado y es de tamaño pequeño. Los escrotos pueden o no contener los testículos (ver Imagen 2).

### **G) Hipospadias perineal:**

Es la forma más proximal y grave de las hipospadias, donde el meato se abre en el perineo anterior, junto al ano. El escroto es también bífido y el pene muy malformado. Los problemas de ambigüedad genital deben ser dilucidados ya que los genitales externos tienen una apariencia femenina.





**IMAGEN 1 Y 2.** Arriba: Hipospadias subcoronal. Abajo: Hipospadias interescrotal.

Es importante señalar que debido a la poca incidencia de casos, dentro de este estudio, solo fue posible obtener 10 sujetos que tuvieran el padecimiento de hipospadias puro. Por lo tanto los tipos de hipospadias que se presentaron fueron los siguientes: Un caso con hipospadias coronal, 5 con hipospadias subcoronales, uno con hipospadias mediopeneana y 3 con hipospadias peneoscrotales.

Por tanto los tipos de hipospadias que se incluyeron corresponden a una gravedad media (distales y peneanos), dejando a un lado los casos de hipospadias muy severos (proximales) como son el Interescrotal o Perineal, ya que por su localización se clasifican como padecimientos intersexuales o de ambigüedad de genitales, donde no es posible reconocer a simple vista a que tipo de sexo pertenecen.

### **1.3 TRATAMIENTO MEDICO DEL HIPOSPADIAS:**

Los objetivos de un pene recto, una uretra subcutánea de calibre adecuado y uniforme (sin estrecheces ni dilataciones) y un meato en el extremo del glande, todo ello dentro de un marco estético lo más cercano a lo normal, no siempre son fáciles de obtener en la cirugía reconstructiva.

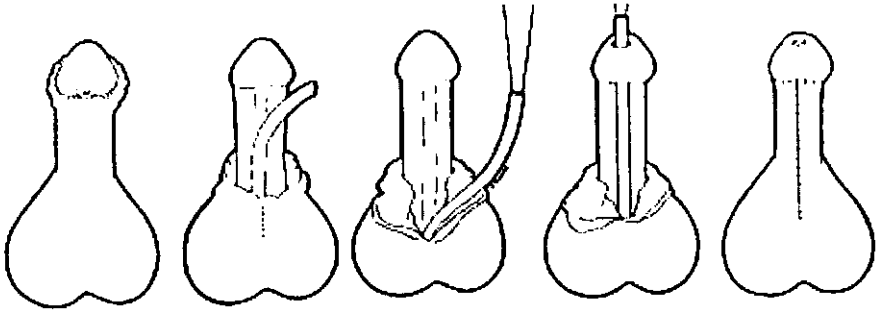
Aunque no existe un acuerdo establecido sobre la edad más favorable para esta intervención, suele llevarse a cabo entre los 2 y los 4 años de edad. Las operaciones durante la temprana infancia resultan técnicamente más complicadas debido al tamaño pequeño del pene, por lo cual son necesarias más cirugías para poder reconstruir tal anomalía genital. En el Instituto Nacional de Pediatría las cirugías se efectúan alrededor de los 3 años. Generalmente el número de cirugías varía de 2 a 6 intervenciones, sin embargo esto depende de la severidad del hipospadias y de las complicaciones que vayan surgiendo a lo largo del tratamiento. Ya que se han reportado algunos casos aun en etapa adolescente.

Así mismo, el éxito de la operación depende de la habilidad y esmero del cirujano más que de la técnica empleada. Las múltiples técnicas que existen no son más que la prueba de que ninguna es perfecta ni aplicable a todos los casos. Sin embargo es posible decir, a través de nuestra experiencia, que algunas técnicas resultan más traumáticas y producen resultados menos estéticos que otras. Resultados que no son tomados en cuenta por los médicos, los cuales prefieren una buena funcionalidad anatómica y una técnica quirúrgica innovadora a una apariencia estética aceptable y menos perjudicial para el paciente.

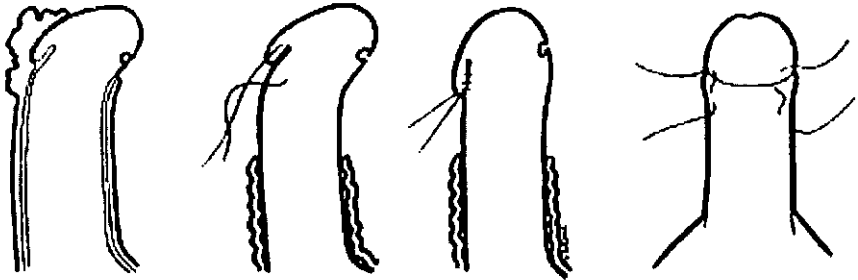
La cirugía de hipospadias consiste en la extirpación de los cordones fibrosos (corrección de la curvatura ventral del pene) y la reposición del meato urinario faltante (ver Dibujo 3 y 4). Los neonatos con hipospadias no deben de ser circuncidados, dado que el tejido del prepucio se puede utilizar en la cirugía reconstructiva (Harton, 1973).

Como se dijo anteriormente existen muchas técnicas quirúrgicas, sin embargo consideramos necesario explicar de una manera general el procedimiento que se les efectúa en la operación:

Malformaciones del aparato urogenital



DIBUJO 3. Avance uretral en la cirugía reconstructiva.



DIBUJO 4. Enderezamiento Dorsal del pene.

Primeramente se realiza una erección artificial por inyección de suero salino en un cuerpo cavernoso, bloqueando el drenaje venoso con un vendaje en la base del pene. Esta erección es necesaria a fin de saber si existe cuerda y observar el grado de torsión penil.

La cirugía se continúa, haciendo varias incisiones en el pene, las que dependerán de la localización del meato y del tamaño de uretra que tendrá que ser reconstruida a fin de que llegue hasta su posición normal en el glande.

Cuando el meato hipospádico se localiza en una posición muy proximal, es necesario, por tanto, realizar una uroplastía completa la cual consiste en la reconstrucción de la uretra, es decir que se labra un túnel a través de los cuerpos esponjosos del pene, el cual estará recubierto de piel a fin de lograr una adecuada tubulización hasta el glande, donde se le sutura formando el meato. Para este fin se deja un tutor (tubo) por 5-6 días, donde se formará la neouretra y la nueva localización del meato. En algunos casos es necesario hacer injertos de piel, estos se extraen de un sector epitelial desprovisto de pelos o bellos, como puede ser el prepucio o, en su defecto, la cara interna del brazo y muy ocasionalmente los de mucosa vesical.

Es frecuente, que a través de una nueva erección artificial, se comprueben definitivamente los resultados obtenidos y se suturen los bordes cutáneos o puntos sueltos.

Así mismo, es necesario durante la operación, y la rehabilitación, hacer una derivación urinaria, la cual se llama cistostomía por punción, la cual consiste en dejar una sonda en la vejiga. La sonda transuretral genera secreciones que no siempre encuentran fácil salida, y puede propender al fallo de las suturas y en ocasiones puede crear atrogenias al nivel de la uretra debido a su reducido calibre.

El vendaje que se aplica en el pene debe ser suavemente compresivo y fácil de retirar, debido a que es una área extremadamente sensible. Por tanto, se coloca rodeando el pene, una gasa con vaselina. Luego, el vendaje de gasa debe ser sólo ligeramente compresivo y dejar siempre el extremo del glande al descubierto para poder tener un control de su coloración.

En los 4 a 6 días del postoperatorio hay cierto edema dorsal, que desaparece aproximadamente a las dos semanas.

La sonda se mantiene de 12 a 15 días, aunque es frecuente que algunas gotas de orina pasen por la uretra, sobre todo durante los esfuerzos evacuatorios.

Los vendajes compresivos se retiran alrededor del quinto día, salvo que esté manchado con secreciones o exista demasiado dolor o ardor, caso en el cual se puede retirar antes.

En algunos casos es preferible ampliar el meato (meatotomía) mediante dos pequeñas incisiones, con lo que se evita que éste se haga más proximal. Un par de puntadas en cada lado evitan que el meato se vuelva a cerrar. Se puede dejar un pequeño tutor (Tubo) por 48 horas.

Si se producen complicaciones (fistulas, dehiscencia), éstas no podrán ser solucionadas hasta pasados unos meses, para que los tejidos puedan estar aptos para una nueva intervención (aprox. 6 meses).

## 1.4 COMPLICACIONES MEDICAS:

**FÍSTULAS** :Es la complicación más frecuente, aunque su número varía enormemente. Consiste en la aparición de una nueva abertura u orificio en el pene, después de realizada la intervención. Se produce generalmente inmediatamente después de la operación (10-12 días), pero puede presentarse más tardíamente (4-5 semanas). Sus causas son múltiples, pero la infección desempeña un rol de suma importancia.

Su corrección no puede ser emprendida hasta transcurridos por lo menos 4 meses de la uroplastía. Hay que asegurarse del número de fístulas, ya que pueden ser múltiples. Esto se dilucida inyectando azul de metileno por el meato y comprimiendo la base del pene. Otra maniobra importante es calibrar la uretra y, eventualmente, hacer estudios radiológicos y/o endoscópicos para descartar una estenosis asociada. Es preciso exponer, que todos nuestros sujetos de estudio, presentaron fístulas por lo menos en una ocasión lo cual aumenta el número de cirugías que se les practicaron.

**ESTENOSIS:** Se refiere al cierre de la neouretra, produciéndose un impedimento del flujo uretral. El sitio más predispuesto es la unión entre la uretra y la neouretra. La sigue en frecuencia el neomeato. Si la estenosis es muy larga, no queda otro recurso que una uretrotomía longitudinal y una nueva uretroplastía.

**URETROCELES:** Corresponden a dilataciones de la neouretra, que carece de soporte del cuerpo esponjoso. Están casi siempre condicionados por estenosis de meato y se solucionan después de la meatotomía. Excepcionalmente, habrá que remodelar la uretra.

**CUERPOS EXTRAÑOS ENDOCANICULARES:** Los más frecuentes son las concreciones calcáreas que se desarrollan sobre hilos de sutura o sobre pelos.

**PROBLEMAS ESTÉTICOS:** A veces se logran aceptables resultados funcionales a expensas de una estética muy pobre. Desde el punto de vista psicológico, es mucho peor el daño de una estética inadecuada que el de un nuevo acto quirúrgico bien preparado. Aunque los dos tienen un acentuado grado de traumatismo.

## 1.5 REPERCUSIONES EN LOS PACIENTES CON HIPOSPADIAS:

El paciente afectado de hipospadias suele presentar ciertos problemas que deben tenerse presentes en todo momento.

Como se ha venido mencionando, el hipospadias es un padecimiento que se presenta desde el nacimiento, y requiere de varias operaciones quirúrgicas en el

pene para que pueda ser corregido. Estas intervenciones se efectúan desde la temprana infancia de los pacientes. Provocando en ellos mucha resistencia a las cirugías y mucha angustia, debido a que coinciden en el tiempo con una época crítica de su desarrollo (entre los 3 y 8 años), en la cual se instaura la identificación sexual y donde aparece la conflictiva edípica haciéndose evidentes las fantasías de castración. Aunada a esto, también se han presentado casos en que las intervenciones continúan en edad adolescente debido a complicaciones como fístulas e infecciones, lo cual llega a agravar la problemática aún en esta etapa del desarrollo.

A través de la experiencia con este tipo de pacientes, hemos podido observar, que no pueden orinar como los demás. En su temprana infancia y antes de ser corregidos, es frecuente que tengan que orinar sentados, debido principalmente a la malformación, ya que su chorro miccional es mal dirigido y suele carecer de fuerza. Así mismo se han reportado casos en los cuales, los padres los obligan a usar pañal, provocando un retraso en el control de esfínteres. Situación que se efectúa justo en la etapa de diferenciación sexual y que psicológicamente puede hacerles parecer ridículos ante sus compañeros de escuela y llevarlos a problemas de autoestima, masculinidad o imagen corporal.

Es importante mencionar que el padecimiento en sí, así como las múltiples operaciones repercuten de diferentes maneras en la vida cotidiana del paciente, específicamente en edad escolar, las numerosas consultas y hospitalizaciones influyen en tener que perder clases y tener que dar explicaciones debido a las ausencias.

Se muestran sentimientos de inadecuación y de diferenciación con sus demás compañeros debido a que se han reportado casos en los cuales los niños no pueden participar en actividades deportivas o que requieran de esfuerzo físico y tienen que enfrentarse a dar incómodas explicaciones acerca de su imposibilidad.

Así mismo, muestran resistencia en ir al baño en lugares públicos por el temor a ser descubiertos y/o ridiculizados.

En el ambiente hospitalario tienen que estar sometidos a múltiples revisiones en el área genital por parte del personal médico, lo que los exhibe y por lo tanto los estimula en exceso. Muestran dificultades para orinar, provocándoles molestias y en algunos casos infecciones en las vías urinarias.

Además, en la experiencia clínica, se ha observado, que estos pacientes presentan niveles elevados de angustia y marcada resistencia a las cirugías, lo cual en la adolescencia se ha manifestado a través de dificultades para relacionarse y personalidad retraída.

En el aspecto familiar se pudo constatar, que los padres, perciben al paciente hipospádico, con una imagen poco masculina. Muestran grandes temores acerca de su desarrollo psicosexual, dudan acerca de su identidad y su funcionalidad como varones. Así mismo, el padecimiento es, muchas veces, manejado como un tema "tabú", ocultándolo ante los demás miembros de la familia o distorsionando la información acerca de sus causas y repercusiones, lo cual crea en el paciente mucha angustia. A través de las entrevistas efectuadas en este estudio, fue posible conocer que estos pacientes muchas veces desconocían las causas de su

padecimiento y les era muy difícil describirlo y hablar de él. Así mismo recordaron que durante las intervenciones, no comprendían porque los iban a operar ni en que consistía la operación, lo cual les provocaba mucha confusión y miedo, llegando a pensar que les iban a cortar el pene.

Es importante mencionar que en Instituto Nacional de Pediatría esta problemática se ha hecho consciente, debido a que en la actualidad, el equipo de psicólogos trabaja con los padres y los pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente a fin de reducir la angustia y que tengan mayor información acerca del tratamiento que tendrán que seguir. Sin embargo no se ha podido hacer un estudio longitudinal, por lo tanto se desconoce que es lo que sucede con estos pacientes en etapa adolescente tanto psicológicamente como médicamente.

Si no se aplica tratamiento a un hipospadias de grado moderado o grave, pueden quedar afectadas tanto la actividad sexual como la conducta sexual. Los problemas pueden surgir por razones de tipo físico y por la reacción psicológica ante la aparición de tal defecto.

En su gran mayoría, y en edad adulta, la erección suele ser normal. Sin embargo pueden presentarse graves dificultades en la realización del acto sexual, debido principalmente al desarrollo hipoplásico del pene, la presencia de cordón ventral y anormalidades genitourinarias asociadas a deficiencias de testosterona (Farkas y Hynie, 1970).

En general, la eyacuación suele ser adecuada, aunque, si no sale por un sitio cercano a la extremidad distal, pierde posibilidades fecundantes (Garrat, 1974).

Debido a estas razones, se ha reportado a través de algunos estudios, que los adolescentes y adultos llegan a evitar la actividad sexual y a desarrollar dificultades acerca de su identidad sexual, lo que presupone repercusiones en la identidad de género, esquema corporal, rol y orientación sexual (Farkas y Hynie, 1970).

## **CAPITULO II: ACNÉ JUVENIL**

### **2.1 La piel:**

Se considera de suma importancia hablar dentro de este capítulo de la significación que tiene la piel desde un punto de vista psicológico y hacer hincapié en su relevancia psicosomática a pesar de que, desde el punto de vista médico, esta idea no sea bien aceptada y en algunos casos esté descartada.

La piel es una cubierta externa del organismo y frontera entre éste y el mundo exterior. Es el fiel espejo de las influencias psíquicas; refleja nuestros estados emocionales; llega a ser la matriz del yo corporal y está totalmente dotada de receptores sensoriales a través de los cuales percibimos sensaciones dolorosas, táctiles, térmicas, placenteras, etc..

Es un órgano importante por su completa estructuración y variedad de funciones; con igual facilidad se vuelve foco de lesión que fuente de alivio. Es una zona erógena importante; si el impulso de utilizarla como tal es reprimido, las tendencias recurrentes en pro y en contra de la estimulación cutánea encuentran expresión somática en alteraciones dermatológicas (Frazier, 1967).

La erogeneidad de la piel no se limita a los estímulos del tacto, las sensaciones de temperatura constituyen la fuente de un placer erógeno que representa un componente importante de la sexualidad infantil, de hecho, el erotismo oral y el erotismo de la temperatura regularmente hacen su aparición juntos. Por eso los suministros narcisistas urgentemente requeridos por las personas como fijaciones orales, son sentidos no solamente como alimentos sino también como calor. Asimismo, el dolor, además de los estímulos del tacto y la temperatura, puede ser fuente de placer erógeno cutáneo. En los casos en los que predomina el fin sexual de ser golpeado, este placer se convierte en la representación de toda la sexualidad del individuo. A menudo, se encuentran conflictos sadomasoquistas como la base inconsciente de una dermatosis (Pichón-Riviere, 1970).

La piel, como capa de cobertura, tiene ante todo una función general de protección, examina los estímulos que llegan y, en caso de necesidad, los mitiga e incluso los reprime. También, aplica las mismas medidas de protección contra los estímulos internos: el organismo tiene una tendencia general a proceder con los estímulos perturbadores internos como si fuesen externos (Chiozza, 1976). Al ser parte superficial visible, se convierte en asiento de la expresión de conflictos exhibicionistas; a su vez, interesan no sólo a un instinto sexual parcial y al temor o la vergüenza a él opuestos, sino también a diversas necesidades narcisistas de reaseguramiento. De ahí que los mismos conflictos inconscientes que se hayan en las fobias, acerca de la belleza y la fealdad, en los casos de exhibicionismo perverso o en los del temor social, pueden encontrarse también como base de una dermatosis (Bernard, 1985).

En cuanto a las afecciones especiales de este órgano, el rascado y la aparición de todo tipo de ronchas o granos, pueden constituir una consecuencia



psicosomática de la sexualidad reprimida en individuos predispuestos. Incluso Freud, estableció la hipótesis de la función sexualizada de la piel y la importancia del desarrollo de sus zonas erógenas sucesivamente libidinizadas (Fenichel, 1966). Tomando en cuenta su compleja estructuración, sus funciones diversas, en ocasiones antagónicas, su presencia constante ante los ojos de los demás y su valor como elemento, no hay duda que la piel participa de un modo importante en los desórdenes psicosomáticos.

En la infancia, hay un aspecto que nunca debe ser relegado a segundo plano: su significado como órgano de relación, de estimulación y de condicionamiento sexual.

Es bien sabido que el contacto de la piel del niño con la piel de la madre cuando lo carga, lo amamanta, lo limpia, lo acaricia, es un factor de primordial importancia para su maduración somática y emocional (Tubert, 1982). La piel enferma no sólo es materia médica, está expuesta a la vista de todos y con frecuencia es lo que más importa al niño y sobre todo al adolescente ya que puede alterar su esfera emocional de por sí lábil (Ruiz Maldonado, 1981).

Desde muy temprano en la vida, la piel forma parte de las secuencias de satisfacción de necesidades, que crean entre la madre y el hijo una relación recíproca y ayudan a establecer la relación simbiótica normal.

Rosenfeld (1976), precisa que en los pacientes con enfermedades de la piel hay dos conflictos tempranos básicos sin resolver: por un lado el relacionado con experiencia de suavidad y calor, y en segundo lugar el relacionado con las experiencias de sostén, que lleva a algunos pacientes a desarrollar su masa muscular en busca de sostén o a título de "segunda piel".

Anzieu (1971), acentúa tres funciones de la piel: 1) como reservorio de sensaciones; 2) como superficie de contacto y límite con los otros, 3) como un medio de intercambio con los otros.

Winnicott (1953), enfatiza la existencia del objeto transicional y los fenómenos transicionales: "debe tener cierta textura, impregnarse y conservar ciertos olores, así como ser y estar disponible al niño para su contacto". Esta referencia alude a que la piel permite al individuo realizar en forma transicional su camino a la independencia, estableciendo límites necesarios, haciendo conciencia de que existe esta piel y con ello se hará posible la delimitación entre lo interior y lo exterior, que evolucionará hacia el establecimiento de un Yo y No-Yo (Vives, 1982). Cuando esto no es posible, el niño tiene la sensación de desorganización y aparecen problemas en el esquema corporal y la identidad. Cuando esta función de sostén o de límite se da de manera insuficiente, cuando se acompaña de rechazo o agresión, responde a una desorganización, presentando conflictos de índole emocional.

Mahler (1975), habla de simbiosis con relación a los problemas dermatológicos, expresa que ésta es insuficiente o inadecuada, por lo cual el niño protesta de esta carencia a través de la piel.

Sin lugar a duda, la piel es un órgano de suma importancia en la vida del ser humano, puesto que tanto desde el punto de vista físico como psicológico, es el medio por el cual se relaciona con su medio ambiente. Así mismo es una fuente de

estimulación sensorial y erógena, permite percatarse de los estímulos externos e internos y responder a ellos de diferentes maneras. Puede ir de una simple respuesta de protección al frío, por ejemplo, hasta las más elaboradas respuestas ante situaciones de tensión emocional. Cuando la tensión está fuera de control, algunas personas optan por utilizar su piel como medio exagerado de protección, tornándose como si fuera una "coraza" para resguardarse de las amenazas internas y externas que percibe.

En cuanto a la topografía de las psicodermatosis se piensa que no es de ninguna manera manifestada al azar, sino que el paciente trata por medio de la localización (cara, tronco, espalda, etc.) de su dermatosis llamar la atención hacia la parte de su ambiente con la cual tiene relación conflictiva.

Por razones fisiológicas, las manifestaciones de la piel expresan a menudo irritaciones del sistema endocrino-vegetativo, y este hecho es el que explica la tendencia, de parte de la piel, a convertirse en asiento de descarga de emergencia en los estados de tensión nerviosa. El sencillo síntoma de transpiración nerviosa y el de la dermatografía son ejemplos de la irritabilidad vegetativa general de la piel en respuesta a estímulos emocionales (conscientes e inconscientes). Estos síntomas pueden ser crónicos, como signo del estado de tensión interna del paciente, o aparecer como síntomas temporarios durante una neurosis actual. O bien pueden manifestarse en forma de "crisis", cada vez que un suceso incide sobre conflictos inconscientes, o haber sido elaboradas en forma de síntomas de conversión. No hay duda de que la irritabilidad cutánea refleja una inestabilidad vasomotora.

El hecho de padecer algún trastorno emocional manifestado en un órgano específico, podría ocasionar alteraciones psicológicas en el paciente como sería por ejemplo la frustración, el rechazo, la sensación de inutilidad por la actitud que adoptan hacia los demás, o la obediencia forzada sin recompensa alguna. Consecuencia de todo ello puede ser una personalidad con invencibles deseos de someterse y ser atendido, de dominar, oprimir y herir a otros, de superar a todos, o de ser independientes y rechazar todo cariño. Estos impulsos pueden expresarse a través de un trastorno en las funciones de los órganos, o producir reacciones de miedo, ira y culpa (Mittelman, 1967).

Por tanto, es importante especificar que el acné se asocia con secuelas físicas y psicológicas. La presencia de numerosas lesiones inflamatorias o incluso una lesión ocasional en la piel expuesta, es físicamente desfigurante. El trauma que se origina de este defecto cosmético es bastante significativo ya que surge en el momento crítico del desarrollo emocional del adolescente. Por desgracia, el acné es más intenso cuando los jóvenes están tratando de establecer su identidad. El fomentar relaciones significativas con sus compañeros se dificulta y muchas veces se evita. La hostilidad y la conducta agresiva o depresiva y alejamiento de las actividades sociales son manifestaciones psicológicas significativas. Así mismo puede llegar a repercutir en la esfera psicosexual ya que su aspecto físico los hace sentir inseguros y poco atractivos para relacionarse con el sexo opuesto. También puede representar la angustia ante el desprendimiento parental, hacia la independencia que resulta tan conflictiva y ambivalente con estas figuras que fueron sus primeros objetos de vinculación.

Aunque todos pueden sufrir esta afección, el impacto es mayor en los adolescentes con problemas de desajuste emocional. La tensión emocional también puede derivarse de la aflicción por las cicatrices físicamente desfigurantes con consecuencias similares (Ruiz Maldonado, 1980).

## **2.2 Definición del trastorno:**

Acné Juvenil, Acné Vulgar, o Acné polimorfo, son sinónimos con los que se conoce a la enfermedad de la piel más frecuente en la adolescencia, son los comúnmente denominados "barros o espinillas de la juventud".

La palabra acné viene del griego "akmee" que significa punta, aludiendo a los levantamientos que son característicos de este padecimiento.

El acné es un estado inflamatorio de cierto tipo de folículos pilosebáceos frecuentes en la cara y en el tórax y que afecta exclusivamente al ser humano en la etapa de su vida en que tiene mayor importancia el aspecto estético. (Saúl, 1991).

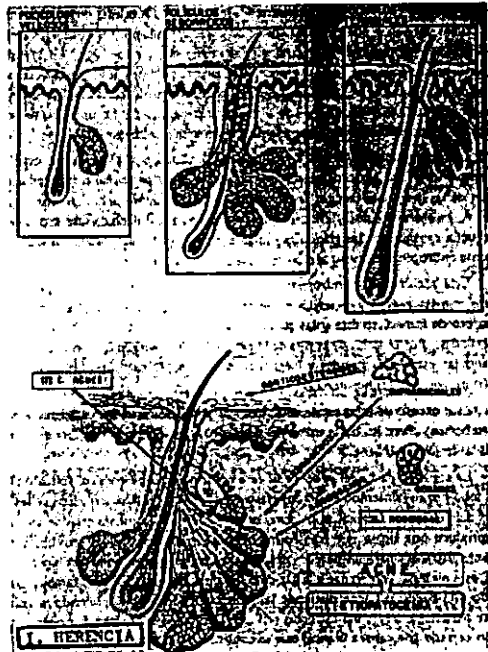
Es un trastorno de una estructura especializada de la piel: el folículo sebáceo. Esta estructura se reconoce clínicamente como un poro abierto. Las lesiones clínicas del acné son comedones abiertos y cerrados, pápulas eritematosas, pústulas, abscesos (nódulos) y cicatrices (ver Imagen 3).

Es uno de los padecimientos más frecuentes, prácticamente se puede decir que afecta en algún modo a todos los seres humanos en algún momento de su vida entre los 12 y 20 años. Las estadísticas varían en cuanto a su frecuencia. En la adolescencia las cifras llegan al 20 y 25% en México (López, 1963), mientras que en Estados Unidos es mayor. Afecta ligeramente más al varón que a la mujer y se inicia poco después de los 10 años en la mujer y después de los 12 en el hombre. La mayor incidencia de casos se presenta en la segunda década de la vida y disminuye rápidamente en la tercera. No existe una fecha límite para su desaparición, en general es alrededor de los 20 años, pero en ocasiones se prolonga hasta los 25 años y es raro encontrarla después de esta edad (Burton, 1971).

El acné, por lo general, aumenta y disminuye con las estaciones. Mejora durante los meses de verano y empeora en invierno. A menudo se exacerba en la fase premenstrual. La tensión emocional parece ser otro factor agravante. Cuando la enfermedad se manifiesta por primera vez en la edad adulta, cabe sospechar como causa posible un factor externo o medicamentoso. En las mujeres debe indagarse si hay un trastorno endócrino subyacente con excesiva secreción de andrógenos. El acné provocado por estos factores suele desaparecer si se limita a la causa o corrige el trastorno subyacente.

La etiología del Acné tiene múltiples facetas. Los andrógenos, sebo, microflora folicular, paredes del folículo y multitudes de factores tienen que ver en esta patología (ver Dibujo 5). Por su alta prevalencia se considera un proceso fisiológico normal. El 70 % de los casos tiene antecedentes familiares (Daniel, 1975). Esta varía de modo considerable en gravedad y duración. La enfermedad puede ser no inflamatoria, oscilando de unas cuantas espinillas o múltiples nódulos fluctuantes

IMAGEN 3. Acné Juvenil en el rostro.



DIBUJO 5. Tipos de folículos y etiopatogenia del acné

eritematosos. La forma más leve puede o no requerir tratamiento, en tanto que la forma grave hace imperativa la atención médica. En la mayoría de los afectados, la enfermedad se autolimita y disminuye de modo espontáneo en la segunda mitad de la adolescencia.

### 2.3 Cuadro clínico:

Los casos que son más habituales son los de un joven, hombre o mujer que muestra lesiones evidentes en la frente, mejillas, mentón, regiones submaxilares y en el tronco por ambas caras, excepcionalmente aparecen lesiones en los hombros y nalgas.

El cuadro es muy poliésional: por lo general aparece sobre una piel de aspecto grasoso, donde se distinguen las conocidas espinillas (comedones abiertos), pápulas de 1 a 2 mm, pústulas y abscesos de diversos tamaños, algunas cicatrices pueden completar el cuadro, todo esto mezclado abigarradamente.

El paciente señala una evolución crónica y por brotes, con mejorías espontáneas o arbitrarias y empeoramientos señalados erróneamente por la ingestión de algún tipo de alimento.

Se pueden dividir las lesiones del acné en tres grupos, las cuales siguen habitualmente las siguientes secuelas:

- Lesiones no inflamatorias: seborrea y comedones cerrados y abiertos.
- Lesiones inflamatorias: pústulas, papilas y abscesos.
- Lesiones residuales: cicatrices y "quistes".

La **seborrea** es el aspecto grasoso de la piel por salida excesiva del sebo cutáneo. Los **comedones cerrados** son pequeños levantamientos de 2 a 3 mm. centrados por un pequeño orificio y del color de la piel, los **comedones abiertos** son semejantes en tamaño, pero en su cúspide se observa un poro abierto con material negruzco (melanina), estas lesiones son conocidas comúnmente como espinillas.

Las **pápulas** son levantamientos sólidos de apenas 1 a 2 mm. de color rojizo y rodeados de un halo eritematoso. Las **pústulas** y los **abscesos** tienen contenido purulento, las primeras son superficiales, de unos cuantos milímetros y los segundos más profundos y más grandes, hasta de 2 a 3 cm. Las pústulas no dejan cicatrices si no se les traumatiza, los abscesos si tienden a dejar huellas visibles al desaparecer.

Las **cicatrices** son de diversos tipo, predominan las pequeñas, lineales y deprimidas o puntiformes, pero se pueden producir otras hipertróficas, que forman puentes o francamente queloides, sobre todo en la región esternal y en el hombro. Los mal llamados "quistes o nódulos" son en realidad material queratósico, sebo y detritus celulares que quedan englobados en la dermis, pero sin formarse una pared limitante, pueden persistir por años.

Hay sujetos en los que predomina más un tipo de lesión, de donde se originan las diversas formas de acné: comedónico o puntata, papuloso, pustuloso, y

conglobata. Este último se refiere cuando predominan los abscesos y las cicatrices deformantes.

## 2.4 Variantes del Acné:

Diversos autores, mencionan algunas formas de acné que son poco frecuentes y que varían en su cuadro clínico ( Saúl, 1991):

1. **Acné excoriado:** Es una forma leve de acné y consiste en unos cuantos comedones cerrados y pápulas ocasionales en la que numerosas excoiaciones están superpuestas. A menudo se producen cicatrices. Se presenta en mujeres compulsivas que ante cualquier mínima lesión de acné se la tocan y la exprimen, dejando pequeñas excoiaciones en la cara. Es más una psicodermatitis que un verdadero Acné. Una alteración en la adaptación psicosexual a menudo es la causa subyacente.

2. **Acné conglobata:** Afecta en mayor grado a los varones. Por lo general comienza en la pubertad, se agrava en la adolescencia y poco a poco se disipa durante la cuarta década de la vida. La característica de la enfermedad es un nódulo que se une a otros para formar lesiones conglobatas. Las pápulas están presentes casi siempre, las pústulas a veces y los comedones en raras ocasiones. El resultado final es una combinación de cicatrices desfigurantes, fistulas que drenan, grupos de espinillas gigantes y algunos quistes epidérmicos. La espalda casi siempre está afectada y con menos frecuencia la cara. Tórax, cuello, brazos. Glúteos y muslos.

3. **Acné tropical:** Es una variedad descrita por soldados norteamericanos que vivieron en zonas tropicales. Es similar al acné conglobata en cuanto al tipo y distribución de las lesiones. Sus características distinguibles son los abscesos que tienden a reventarse, produciendo una secreción supurativa, a menudo sanguinolenta. Los adultos jóvenes con acné leve o antecedentes de ésta en la adolescencia casi siempre quedan afectados.

4. **Acné fulminante:** Se manifiesta en adolescentes varones que tienen acné leve. La enfermedad es de comienzo explosivo. De repente aparecen nódulos sensibles en el tórax y en la espalda. Las lesiones se abren con rapidez y forman úlceras con bordes irregulares cubiertos por costras. La curación es lenta, con extensas cicatrices atróficas. Los pacientes están febriles. Además de las molestias locales, a menudo se presenta poliartritis. Las pruebas de laboratorio pueden revelar leucocitosis, mayor velocidad de sedimentación y anemia.

5. **Acné por cremas y pomadas:** En realidad son pseudoacné o erupciones acnéiformes ya que no obedecen a los mismos mecanismos etiopatogénicos del verdadero acné juvenil.

## 2.5 Mecanismos de formación de las lesiones:

1.-**El folículo pilosebáceo, sustrato anatómico del acné.** Los folículos pilosebáceos son de tres tipos: los vellosos que son los más abundantes ya que existen en todo el cuerpo, excepto en las palmas de las manos y las plantas de los pies, formados por un folículo rudimentario con un pelo muy delgado y una glándula sebácea también muy pequeña; los folículos terminales de la piel cabelluda, barba, bigote, pelo axilar y pubiano, en estos casos se trata de un pelo grueso que ocupa todo el espacio del folículo que es muy grande con una glándula sebácea alargada y grande, y los folículos llamados seborréicos, abundantes solo en la cara y el tronco por ambas caras. Estos folículos tienen un pelo delgado, pero el espacio del folículo es grande y queda mucho campo entre el pelo y las paredes del folículo, además la glándula sebácea es muy grande y arranimada. Estos son los folículos cuyas alteraciones darán origen al acné.

2.- **Formación del comedón.** El comedón en sus dos formas: cerrado y abierto se considera la lesión fundamental del acné y el origen de todas las demás. Es el resultado del taponamiento del folículo por material queratósico resultado de la irritación de las paredes del folículo más sebo y bacterias, especialmente el *Corynebacterium acnei*, bacteria anaerobia que vive en los folículos pilosos y se alimenta de los lípidos del sebo cutáneo (Plewig, et Cols. 1971).

La formación de este tapón va a depender de situaciones que se dan en la glándula sebácea y en las paredes foliculares.

Las **glándulas sebáceas** son glándulas de secreción holócrina, es decir formadas de un epitelio que está en continua renovación con las células de la epidermis, de las cuales derivan y por tanto su secreción está formada por los productos de la célula y la célula misma. El sebo cutáneo nada tienen que ver con la grasa del tejido celular subcutáneo y está formado por el 10 % de escualeno, 20 % de ácidos grasos libres (oleico y palmítico) y 60% de triglicéridos y además detritus celulares. Se vierte continuamente a la luz folicular y sale al exterior para lubricar la superficie de la piel, mantener su Ph ácido y proteger a la piel de gérmenes y hongos.

La primera alteración que sufre la glándula sebácea en el joven con acné es su crecimiento y por lo tanto su hipersecreción. Este proceso se realiza merced a la acción de las hormonas con acción androgénica: en el hombre por la testosterona que se produce en pequeña cantidad en las glándulas suprarrenales y por los progestágenos secundariamente androgénicos, por su acción opuesta a la de los estrógenos.

Esta acción de los andrógenos sobre la glándula sebácea está bien probada. Se sabe que las personas castradas no padecen acné y en cuanto reciben andrógenos, aparece de inmediato éste y las glándulas sebáceas aumentan de tamaño y se hacen lobuladas. Por biopsia de la piel de la cara se ha demostrado

que en la pubertad las glándulas están más grandes y lobuladas, precisamente cuando se inicia la producción mayor de estas hormonas.

Este exceso de sebo se vierte al exterior y explica el primer signo de acné: la seborrea. Pero no basta esta alteración de la glándula sebácea para explicar todas las lesiones de acné.

La segunda parte del proceso se va a realizar en las paredes del folículo piloso. El sebo por su contenido en ácidos grasos insaturados, produce irritación de las paredes del folículo. Además el *Corynebacterium Acnei* que vive del sebo aumenta considerablemente y produce una lipasa que transforma los triglicéridos en ácidos grasos libres doblemente irritantes para las paredes del folículo, las cuales responden con hiperqueratosis, este material córneo cae a la luz del folículo impidiendo la salida de este material a través del estrecho orificio folicular, este proceso da origen al comedón cerrado (de cabeza blanca) que se considera una bomba de tiempo ya que su contenido es altamente inflamatorio y su ruptura originará la salida de dicho material a la dermis y las lesiones inflamatorias.

Si en cambio, la presión del material contenido en el folículo dilata el poro folicular, se origina "la espinilla" o comedón abierto (de cabeza negra) cuyo color se debe a la melanina que queda suelta al dilatarse el poro folicular y no como se solía explicar antes por mugre o oxidación del sebo.

Tenemos pues, en resumen, las dos alteraciones que se suceden en el folículo pilosebáceo para la producción del comedón: la hipertrofia de las glándulas sebáceas y la hiperqueratosis del poro y la pared folicular. Las causas de esta alteración son el factor hormonal: andrógenos y el *C. Acnei* (el estafilococo y otros gérmenes tienen papel secundario). Sin embargo estos dos factores no actuarían sin uno tercero que en realidad es el básico: la predisposición genética, una especial receptividad del folículo pilosebáceo para responder a los dos factores anteriores de manera más intensa, diferente a como responden los folículos pilosebáceos en personas sin acné (Basler, 1977).

**3.- La inflamación en el acné.** Hasta aquí solo se ha explicado la obstrucción mecánica y la dilatación de los folículos, lo cual explica la seborrea y el comedón. A partir del comedón cerrado con gran contenido irritante, se van a producir las lesiones inflamatorias. La irritación de las paredes del comedón, atrae polimorfonucleares que se pegan a dichas paredes y se produce la pápula, siempre pequeña y superficial. La presión del contenido del comedón si no logra abrir el poro folicular y verterse al exterior, producirá la ruptura del comedón y su contenido rico en ácidos grasos se expulsará en la dermis y en la epidermis originando una intensa reacción inflamatoria que da lugar a la formación de la pústula cuando se hace en la epidermis y del absceso cuando se localiza en la dermis. Los fagocitos vendrán a limitar el "campo de batalla" y los fibroblastos a repararlo dejando cicatrices si las lesiones son profundas y extensas. Cuando ese material inflamatorio no se vierte al exterior ni es fagocitado, sino que permanece "enquistado" en la dermis, lo cual puede durar hasta años, se forman los llamados "quistes o nódulos".



## 2.6 Diagnóstico diferencial:

Resulta fácil hacer el diagnóstico clínico, sin embargo deberá diferenciarse el verdadero acné vulgar o juvenil de otras erupciones acneiformes como son las siguientes:

**Rosácea.** Mal llamada así. Se produce en personas mayores de 45 años, sobre todo en mujeres cercanas a la menopausia, afecta también la cara, pero no el tronco y las lesiones son pápulas, pústulas, raras veces abscesos, sobre un fondo eritematoso, con algunas telangiectasias, pero no hay comedones, Evolucionan por brotes y no se conoce su etiología.

**Erupciones acneiformes por medicamentos.** Los Halógenos, los corticoesteroides, la isoniacida, la vitamina B12, los anticonceptivos pueden producir lesiones que simulan acné. Pueden aparecer en cualquier edad y las lesiones son sobre todo pápulas foliculares queratósicas que aparecen en la cara y en el tronco, no hay tampoco comedones porque en realidad solo se produce una hiperqueratosis folicular y no hipertrofia sebácea.

**Dermatitis perioral o rosaceiforme.** Es causada por la aplicación tópica de corticoesteroides fluorinados. Se presenta sobre todo en mujeres de edad madura, con piel seborreica que usan para ello pomadas con esteroides fluorinados por largo tiempo. Se presenta alrededor de la boca y en el centro de la cara: sobre un fondo eritematoso aparecen diminutas pápulas y pústulas con algunas telangiectasias y en ocasiones franca atrofia de la piel. Evolucionan por brotes y es muy rebelde a los tratamientos.

**Erupciones acneiformes por hidrocarburos:** Aparecen en personas que usan estos productos en su trabajo y se manchan las ropas con ellos. La dermatitis por lo tanto se presenta no solo en la cara, el cuello, sino también en las extremidades en forma de pequeñas pápulas y pústulas que recuerdan un poco a las lesiones del acné, pero fuera de lugar. Se pueden presentar a cualquier edad.

**Tuberculides foliculares de la cara.** Están asociadas a la tuberculosis y se presentan en personas jóvenes en forma de pequeños nódulos diseminados en la cara que llegan en ocasiones a la necrosis y que pueden simular a primera vista un caso de acné.

**Acné del recién nacido.** Forma parte de la llamada "pubertad" en miniatura que se presenta en el recién nacido cuando la madre le ha pasado por vía placentaria hormonas que estimulan transitoriamente sus glándulas sebáceas, mamaria, útero, etc. y de esa manera el niño presenta pequeñas pápulas y pústulas que recuerdan el acné, salida de leche por los pezones y en las niñas hasta menstruación, lo cual asusta a la madre. Todo ello es transitorio, al perder el niño esas hormonas, todo vuelve a la normalidad.

También en los niños pequeños puede presentarse una erupción acneiforme más tardía, cuando la madre le aplica cremas y pomadas en exceso y se bloquean los folículos pilosos.

## 2.7 Pronóstico y Tratamiento:

El acné es un padecimiento benigno que bien manejado puede controlarse sin dejar secuelas. Sin embargo, puede llegar a ser una tragedia para el joven cuando están mal informados, cuando usan medicamentos o maniobras inadecuadas o cuando afecta en forma importante el aspecto estético. El acné además de ser una enfermedad psicósomática es somatopsíquica (Saúl, 1991).

Aunque la forma grave parece ser más resistente a la terapéutica, todas son dóciles de tratar. El tratamiento del acné no acorta la evolución natural de la enfermedad; solo suprime sus manifestaciones hasta haber una involución espontánea. Sin embargo el tratamiento que se continua durante meses y años reduce el número de lesiones y su intensidad. La apariencia del paciente mejora y la incidencia de cicatrización física y psicológica disminuye.

Los antecedentes familiares son la única fuente de información que podría predecir si se presentará acné y tal vez qué tan intensa llegará a ser. El acné grave tiende a manifestarse en familias enteras.

Las metas de cualquier tratamiento en un caso de acné deben ser: Disminuir al máximo el número e lesiones sobre todo inflamatorias y evitar que queden secuelas irreversibles que perduren durante toda la vida del paciente. No será posible librar por completo al joven paciente de lesiones de acné durante su adolescencia y así debe hacérselo saber al paciente y a la familia. Antes de los 20 años es sólo controlable ( Ruiz Maldonado, 1980).

Como los factores genéticos y hormonales no son modificables, ya que no se ha conseguido un antiandrógeno no feminizante que lograría terminar con el acné, el tratamiento solo se aboca a modificar los factores patogénicos: la hipersecreción sebácea, el taponamiento folicular y la inflamación.

Para ello existen tratamientos tópicos, sistémicos y medidas generales.

**Tratamiento tópico:** Este tratamiento tiene por objeto evitar la formación de comedones y si ya están formados facilitar su apertura y vaciamiento exterior, lo cual evitará la inflamación. Para ello se usan sustancias desgrasantes y exfoliantes. Entre las primeras está el alcohol, el éter y la acetona. Los dos primeros en partes iguales constituyen un licor denominado Hoffman y entre los segundos se utiliza el ácido salicílico que es antiinflamatorio y antiseborreico.

En la actualidad, se usan con reservas, el ácido retinoico que es un derivado de la vitamina A ácida y el peróxido de benzoilo que es además de comedolítico, bactericida.

Estos dos últimos productos son muy agresivos y debe advertírsele al paciente que producirán en poco tiempo inflamación de la piel que conducirá a una exfoliación molesta. Se utilizan por lo general cuando hay comedones y pápulas.

Contra el factor microbiano sobre todo de superficie se utiliza el alcohol yodado.

Así mismo se están utilizando antibióticos por vía tópica como la eritromicina y la clindamicina. Los resultados son inconstantes y no mejores que con el uso de

antibióticos por vía sistémica. Aún se encuentra en estudio este uso de antibióticos y sobre todo en espera de que pueda producirse dermatitis por contacto, aunque la piel seborreica del paciente con acné soporta mejor las agresiones.

**Tratamiento sistémico:** Se reduce al uso de antibióticos y antimicrobianos en casos de acné muy inflamatorio sobre todo el conglobata.

Las tetraciclinas y derivados como la minociiclina son los antibióticos más útiles por que tienen además de su acción antimicrobiana contra el *C. acnei* una acción antilipasa que evita la formación de ácidos grasos libres y por tanto evitarán la producción de comedones. Son muy bien tolerados y no producen ninguna molestia a la mayoría de los pacientes aunque pueden alterar a veces la flora intestinal del paciente. La eritromicina a grandes dosis produce gastritis y en ocasiones el tratamiento debe descontinuarse.

**Medidas Generales:** Estas son las instrucciones que por lo general se dan a los pacientes. Para eso es indispensable conocer al joven paciente, saber sus dudas, la influencia que está teniendo el padecimiento, los mitos que el paciente y la familia poseen sobre esta enfermedad. Las recomendaciones generales que se suelen hacer son:

1.- Lavado diario de la cara, una vez preferentemente por las noches con agua tibia y jabón de tocador. No es necesario usar jabones con azufre o antisépticos. Conviene el uso de una toalla facial para dar un masaje suave, sin destruir las lesiones.

2.- Aplicar la loción que normalmente se prescribe con un algodón en todas las regiones afectadas.

3.- El joven debe hacer una vida normal. Puede hacer deportes y recibir el sol. Las radiaciones lumínicas son útiles en la mayoría de los casos.

4.- Puede comer de todo.

5.- No debe exprimirse o abrirse las lesiones. En realidad la única prohibición que se le hace a una persona con acné es que no manipule sus lesiones, por la posibilidad de que queden lesiones permanentes residuales. Se le advierte al paciente que las lesiones por más aparatosas que sean tarde o temprano se quitarán, mientras que las cicatrices nunca.

Así mismo, es importante conocer desde el punto de vista dermatológico cuales son los mitos que produce el acné (Saúl, 1973):

1.- **Acné y dietas:** Usualmente el paciente, la familia y algunos médicos, consideran que la supresión de ciertos alimentos como las grasas, el chocolate y los azúcares disminuyen las lesiones de acné, lo cual es falso. Se sacrifica a los jóvenes con dietas inútiles, precisamente cuando más se antojan estos alimentos y más se necesitan para el crecimiento y el nivel energético. Como si se quisiera castigar al joven por el pecado del acné. Científicamente está probado que ningún alimento produce aumento de sebo de la piel y que solo la intensa inanición llega a disminuir la secreción sebácea de manera considerable.

2.- **Acné y relaciones sexuales:** Desde tiempo inmemorial se ha relacionado el acné con las relaciones sexuales, unos con el exceso y otros con la carencia. Es clásica la frase de Von Plenk "Matrimonium varus curat": el matrimonio cura los barros y también el hecho de considerar al acné "pecado de juventud", signo de concupiscencia. Sin embargo se considera que no existe ninguna relación entre el acné y las relaciones sexuales. La masturbación, fenómeno normal en la adolescencia y que tanto preocupa a los padres, tampoco guarda relación con el acné.

3.- **Acné y vitaminas:** Fuera de la vitamina A ácida (ácido retinoico) por vía tópica, las vitaminas no tienen acción sobre el acné, ni las altas dosis de vitamina A, ni la levadura de cerveza tan popular entre los pacientes con acné.

4.- **Acné y autohemoterapia:** Extraer sangre de las venas y aplicarla de inmediato por vía intramuscular no tiene en realidad ningún efecto en ninguna enfermedad como no sea por su efecto placebo.

5.- **Acné y mascarillas:** La limpieza de la piel mediante la extracción de comedones, aplicación de mascarillas que producen exfoliación, cosméticos también exfoliantes, no son en la práctica, dermatológica, de utilidad. Basta la limpieza mecánica y el uso de las lociones exfoliantes señaladas.

6.- **Acné y lavado frecuente de la cara.** Habiendo tanta grasa en la piel, el paciente quiere lavarse la cara tres o cuatro veces al día y lo que consigue es más seborrea ya que la glándula sebácea se activa cuando se seca la piel. Un buen lavado por la noche y uno ligero durante el día son más que suficientes.

7.- **Acné y radiaciones Ultravioleta:** A pesar de que el acné es beneficiado por las radiaciones ultravioletas, en un país con tanto sol como en México es absurdo someter al joven a lámparas con estas radiaciones.

8.- **Acné y antiandrógenos:** Se señaló anteriormente que no existe el antiandrógeno no feminizante y si bien puede usarse en mujeres con algunas precauciones, su acción es pobre y sus efectos colaterales importantes. En el hombre están contraindicados a riesgo de producir feminización.

En resumen, el acné, una enfermedad universal, complicada en su etiopatogenia, variada en su sintomatología, perjudicada en su tratamiento y manejo, puede verse como un hecho más en la evolución del joven o puede echar a perder los mejores años de una persona. Por tanto, el dermatólogo, debe dar explicaciones claras y sinceras al paciente y a su familia y controlarlo con tratamientos sencillos y nada agresivos.

## CAPITULO III: ADOLESCENCIA

### 3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA:

Adolecer es padecer las pasiones,  
Es acechar las emociones  
En el intento de ser.  
Aquello que se olvidará  
Cuando ya se sea.

Federico de Victoria.

Históricamente se ha tratado al adolescente como un ser difícil, rebelde, inquieto, e inestable, así como molesto para el adulto y la sociedad.

Stanley Hall (1904, cit. Por Muss, 1982), quien inició el estudio sistemático de la adolescencia a comienzos de este siglo, afirmaba que la fase adolescente es de "tormenta y tensión".

Mira y López (1951), declara: "La adolescencia es el periodo de crecimiento acelerado, el llamado "estirón", que separa la niñez de la pubertad."

Juan Mantovani (cit. Por Leao, 1951), afirma: " Es éste el momento de más fácil sumisión de la vida a la dirección del espíritu; la edad más apta para convertir la cultura en vida".

Maurice Debesse (cit. Por Leao, 1951), la conceptualiza como el conjunto de transformaciones corporales y psicológicas que se efectúan entre la infancia y la edad adulta. Para él, "la adolescencia es particularmente la aparición e instalación de la función sexual; la juventud es aquella hora en que el ser, entrando en posesión de todos sus medios, toma sus antecesores con impulso entusiasta e impaciente en el intento de construir su lugar al sol".

Para Brooks (cit. Por Leao, 1951), la palabra adolescencia (del latín *adolescere*, crecer hacia la madurez) se refiere al "periodo de crecimiento que se extiende aproximadamente de los trece a los veinte años. Termina con la virilidad en el hombre y la madurez en la mujer. Varias modificaciones, físicas, mentales y morales se realizan en la misma época; sus relaciones y coordinaciones son importantes para una comprensión exacta de esa hora de la vida".

Mauricio Knobel (1992), por su parte, define la adolescencia como "la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objeto-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace un duelo por la identidad infantil".

A pesar de sus múltiples divergencias y definiciones, se ha encontrada como factor común, que la adolescencia es una etapa en el ciclo de crecimiento del ser humano que marca el final de la niñez y la iniciación de la adultez. Comúnmente se caracteriza por un desequilibrio emocional pasajero, si se lleva a cabo un desarrollo

adecuado, dará paso a una estabilidad y madurez adultas. No es posible establecer periodos cronológicos fijos de inicio y de término de la adolescencia. Sin embargo, Muss (1982), quien revisó ampliamente las teorías de la adolescencia, fija una edad aproximada de inicio a los 12-13 años y de término a los 18-20 años de edad. Cabe señalar que la mayoría de los autores revisados fijan la iniciación de acuerdo a los cambios físicos y fisiológicos que se suceden y la terminación de la misma con el ejercicio de las responsabilidades adultas (elección de carrera, matrimonio, etc.). Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estas delimitaciones no están bien definidas y resulta difícil marcar una separación clara y tajante entre ellas.

Antes de discutir las características psicológicas del adolescente es necesario diferenciar los términos pubertad y adolescencia. Pubertad es un concepto que se refiere a los cambios físicos y fisiológicos que se encuentran en los orígenes de la adolescencia (caracteres sexuales primarios y secundarios) y la palabra adolescencia designa los cambios y manifestaciones psicológicas asociadas a la pubertad. Hay que aclarar que si bien se establece una diferencia semántica en estos conceptos, son dos entidades estrechamente ligadas.

Por tanto en la pubertad ocurren **cambios físicos**, los cuales se dan en tres niveles fundamentales (Ausubel, 1952) que son:

1. Un primer nivel, donde la activación de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual que ocurre en este periodo de la vida.
2. En el segundo nivel tenemos las consecuencias inmediatas de la secreción de la gonadotropina hipofisiaria y de la prosecución de la secreción de la hormona de crecimiento de la misma hipófisis: la producción de óvulos y de espermatozoides maduros y también el aumento de la secreción de hormonas adrenocorticales como resultado de la estimulación de la hormona adrenocorticotrófica.
3. En el tercer nivel se encuentra el desarrollo de las características sexuales primarias (con el agrandamiento del pene, los testículos, o el útero y la vagina) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (con la maduración de los pechos, la modificación de la cintura escapularia y pelviana, el crecimiento del vello pubiano, los cambios de voz), a los que debemos agregar las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo que se dan en este periodo vital.

Debido a la temática de nuestro estudio se considera importante especificar el desarrollo de las características sexuales primarias y muy particularmente la de los órganos sexuales masculinos<sup>1</sup>, los cuales crecen en desproporción al crecimiento general del cuerpo; es decir, el pene y el correspondiente conducto deferente, la

---

<sup>1</sup> En el presente estudio solo me referire a la masculinidad debido a que el hipospadias solo atañe al sexo masculino y a que la muestra fue únicamente con varones.

glándula prostática y la uretra, al igual que los testículos y el escroto, todos crecen notablemente durante la pubertad.

Reynolds y Wines (1951) proporcionen las siguientes cinco etapas de maduración genital masculina:

- 1.- Etapa infantil.
- 2.- Agrandamiento del escroto, primer enrojecimiento y cambio de textura (11.5 años).
- 3.- Primera configuración y agrandamiento del pene. (12.5 años).
- 4.- Configuración más acentuada y oscurecimiento del pene (13.5 años).
- 5.- Piel penil esencialmente adulta, de color rojizo café y floja, y pérdida de configuración aguda, (17 años).

Junto con el desarrollo del pene sobrevienen emisiones de semen, incluyendo células seminales espermáticas, que pueden ocurrir durante el sueño o por medio de la masturbación o el coito.

La configuración o funcionamiento del cuerpo adolescente puede llegar a determinar de manera indirecta el nivel y orientación de su tensión o excitación sexual. En primer lugar, a través de la imagen que el adolescente tiene de su aspecto físico y capacidad funcional sexual; y en segundo lugar, a través de la impresión que de este cuerpo tienen los demás (Moraleta, 1977).

Sin embargo, en ésta etapa, se observan cambios en todas las esferas del desarrollo. Primeramente, como vimos anteriormente, se trata de cambios físicos en relación con el tamaño, fortaleza y aspectos de la persona. Se producen también cambios endocrinológicos, que revolucionarán por completo la vida sexual. Pero se registran también, de manera simultánea, **cambios psicológicos** en el modo de expresar la agresividad, mayor estabilidad en el afecto y en el estado de ánimo, progresos en la esfera del rendimiento intelectual, reorientaciones con respecto a vínculos objetivos y relaciones sociales. Es decir que se producen cambios vertiginosos en toda la esfera del carácter y personalidad del adolescente.

Anna Freud (1958), dice que en la adolescencia es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico. Considera que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Sobre ésta base es que podemos aceptar que la adolescencia más que una etapa estabilizada significa una etapa de proceso y desarrollo.

Por su parte Aberastury y Knobel (1992), han nombrado esta etapa como el "síndrome normal de la adolescencia" ya que al igual que Anna Freud, la considera una etapa semipatológica y perturbadora, donde el adolescente va a establecer su identidad que es un objetivo fundamental en este momento vital.

Para ello, el adolescente no solo debe enfrentar el mundo de los adultos para lo cual no está del todo preparado, sino que además debe desprenderse de su mundo infantil en el cual y con el cual, en la evolución normal, vivía cómoda y placenteramente, en una relación de dependencia, con necesidades básicas

satisfechas y roles establecidos. Siguiendo las ideas de Aberastury podemos decir que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

1. El duelo por el cuerpo infantil perdido, que se impone en el individuo de forma física y biológica y que muchas veces es percibido como algo externo a él, frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.
2. El duelo por el rol y la identidad infantil, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.
3. El duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan. Esta situación se ve complicada por la propia actitud de los padres, quienes también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños y están en vías de ser adultos.
4. Se une a estos duelos el duelo por la bisexualidad infantil también perdida.

Aunado a esto, es de esperarse que en ésta etapa de cambios, el joven emprenda la búsqueda constante de **su identidad y del sí mismo** (Erikson 1965). Es decir, que busca el símbolo que cada uno posee de su propia persona. Esto se produce en toda las etapas del desarrollo, pero adquiere especial característica en la adolescencia. La idea del "sí Mismo o Self" es el conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico en su mundo circundante (Aberastury y Knobel, 1992). En consecuencia, el adolescente se halla en un estado de crisis, preocupado de sobremano por cómo es percibido por los otros y por cómo puede adaptar los roles y las aptitudes, con que contaba en fases anteriores, a su momento actual. Es decir, anda en busca de una mismidad y continuidad nueva y diferente de las experimentadas en fases previas, sin embargo en la búsqueda de esa identidad están presentes siempre remanentes de experiencias pasadas, de ahí su ardua labor.

Para evitar caer en lo que Erikson (1956) llama "confusión de rol", que es el extremo opuesto al logro de la identidad, es necesario que el adolescente se identifique con figuras nuevas y diferentes de las parentales, que ahora han sido ya desidealizadas. Paradójicamente, son justo las primeras relaciones objeto-parentales internalizadas las que permiten que se den nuevas identificaciones. De hecho la identidad adolescente es una integración y reestructuración de todas las identificaciones previas.

Ahora que tocamos las **relaciones primarias de la infancia**, es menester señalar lo determinante de éstas en el desarrollo ulterior. En la adolescencia, las pulsiones parciales propias de la sexualidad infantil se reactualizan conjuntamente con las fantasías del periodo preedípico y edípico, dirigidos hacia la madre y al padre, los primeros objetos de amor del niño pequeño. Por lo tanto, el complejo de Edipo se reactiva y debe iniciarse el **desligamiento definitivo de los padres edípicos**. Esto es necesario porque solo cuando los objetos infantiles quedan deslabinizados, los impulsos pregenitales y genitales dejan de ser amenazadores y



la culpa y la ansiedad que éstos generaban, disminuye. Hay que aclarar que el Edipo no se resuelve del todo, ya que perduran remanentes a lo largo de la vida.

Esta **separación progresiva de los padres**, le significa al joven mucha ambivalencia. Tiene que elaborar el duelo por los padres de la infancia. La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumarán, por supuesto, las experiencias infantiles anteriores y ulteriores y la actual de la propia adolescencia.

La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, y una escena primaria amorosa y creativa permitirán una buena separación de los padres, un desprendimiento útil, y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto.

Figuras parentales no muy estables ni bien definidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar lo que el mismo Erikson (1956) ha llamado "una **identidad negativa**", basada en identificaciones con figuras negativas pero reales. Esto es la base de las pandillas de delinquentes y los adictos a las drogas. Esto ocurre cuando los procesos de duelo por los aspectos infantiles perdidos se realizan en forma patológica, la necesidad del logro de una identidad suele hacerse sumamente imperiosa para poder abandonar la del niño, que se sigue manteniendo. Es preferible ser alguien, perverso, indeseable, a no ser nada.

Así mismo, Grinberg (1961), destaca la posibilidad de la disconformidad con la personalidad adquirida y el deseo de lograr otra por medio de la identificación proyectiva. Esta puede ser movilizadora por la **envidia**, sentimientos importantes en las relaciones de objeto (Klein, 1960). Las primeras etapas del desarrollo se caracterizan porque el bebé puede envidiar el pecho que no lo satisface y fantasear con su destrucción de acuerdo con la teoría Kleiniana. Es este un sentimiento negativo, ya que busca apoderarse del objeto y dañarlo. Se impide la escisión del mismo en bueno y malo y se crean situaciones confusas (Segal, 1969). Sobre esta base los atributos masculinos o femeninos pueden llegar a ser envidiados indistintamente, y la identidad sexual del sujeto se perturba dificultando notablemente la solución del proceso edípico adolescente. Puede ocurrir aquí la "identificación con el agresor", en la cual el adolescente adopta las características de personalidad de quienes han actuado agresiva y persecutoriamente con él. Sin embargo tocaremos más a profundidad este tema en los siguientes capítulos.

En un aspecto más positivo, el adolescente puede recurrir simplemente a buscar personalidades más consistentes y firmes, por lo menos en un sentido compensatorio o idealizado. Es de esperarse que se den identificaciones con ídolos de distintos tipos, artísticos, cinematográficos, deportivos, etcétera. También es así como aparecen relaciones fantaseadas con maestros, héroes reales e imaginarios o compañeros mayores que adquieran características parentales. Por tanto, el adolescente se identifica con una multiplicidad de identificaciones contemporáneas y contradictorias, por eso el adolescente se presentará como **varios personajes**. Es una combinación inestable de varios cuerpos e identidades. En esta dificultad de

adquirir una identidad coherente reside el principal obstáculo para resolver su **identidad sexual**.

Por otra parte, es común que la dependencia hacia los progenitores se transfiera al **grupo de contemporáneos**- amigos, banda, pandilla- como comportamiento defensivo en la búsqueda de uniformidad, que puede brindarle seguridad y estima personal. El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta. Por tanto, el grupo resulta útil para las disociaciones, proyecciones e identificaciones que aún ocurren en el individuo pero dejando atrás sus características infantiles. El adolescente recurre al grupo como refuerzo para su identidad, facilitando las conductas "como sí" ( Bloss, 1971) que son formas imitativas de conducta para ser aceptado y mantenido dentro del grupo.

Se observa, también, que en el fenómeno grupal, el adolescente busca un líder al cual someterse, si no, se erige él mismo como líder para ejercer el poder del padre o de la madre. Es así, como el adolescente lucha por mantener y defender su independencia en un momento en que los padres desempeñan todavía un papel muy activo en la vida del individuo.

La adolescencia corresponde también a la iniciación de la última etapa del desarrollo psicosexual, planteado por Sigmund Freud (1905). Es la etapa cuando se logra la subordinación de las zonas erógenas a un nivel genital, el establecimiento, fuera de la familia, el encuentro con nuevos objetos sexuales, diferentes en varones y mujeres. Es decir, que es el puente entre la sexualidad infantil difusa y la sexualidad adulta centrada en la genitalidad.

Es preciso destacar que el poder llegar a utilizar la **genitalidad** en la procreación es un hecho que determina una modificación esencial en el proceso del logro de la identidad adulta y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la identidad adolescente.

El acontecimiento de la maduración genital, junto con la reactivación de todas las etapas pregenitales de la evolución libidinal, así como con la interacción de los procesos psicológicos básicos de disociación, proyección, introyección e identificación, irán todos ellos estableciendo en su conjunto y de manera paulatina la personalidad más o menos definida del adolescente. Es decir, que se logrará llegar a una verdadera cristalización del arduo proceso de individuación.

Cabe mencionar, antes de ahondar más en los logros y la problemática del joven, la importancia que tiene en el desarrollo, la fase previa a la adolescencia llamada **latencia**. En ésta fase, el aspecto instintivo de la personalidad del niño se encuentra reprimida debido a la disminución que entonces experimentan los impulsos libidinales y agresivos. Este estado de latencia termina al empezar la adolescencia, cuando tiene lugar un aumento cuantitativo de los impulsos, que reactiva todos y cada uno de los instintos componentes de la sexualidad infantil y la agresión, y crea una necesidad abrumadora de satisfacción. Es decir que todas las pulsiones pregenitales que antes eran satisfechas "parcialmente" (Freud, 1905) en **zonas erógenas**, se integran y reducen ahora a un placer previo, subordinándose

a la zona genital y al acto sexual como placer último. Por lo tanto es en la adolescencia donde se logra la identidad sexual y se elabora la masculinidad y la feminidad. Estos procesos se dan paulatinamente, evolucionando desde el “**autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta**” (Aberastury y Knobel 1992), pasando por el ejercicio genital exploratorio y preparatorio (masturbación).

Durante el periodo adolescente, la **masturbación** – de acuerdo con Peter Blos (1971)- cumple la función de descarga instintiva, satisfacción de fantasías edípicas, preparación para una relación genital heterosexual y de elaboración del placer previo. También se instrumenta como una negación de la heterosexualidad, añorando y actuando el papel de ambos sexos, lo que llama Aberastury la **bisexualidad infantil perdida**.

En esta etapa el joven tiene un interés y una acusada curiosidad por los órganos sexuales. Busca conocer su anatomía y función, más que relacionarlos con experiencias amorosas, ya que el superyo aun no permite libre y directamente su satisfacción instintiva.

La masturbación es una conducta esperada en la adolescencia, ya que ayuda a llevar a la proclividad algunas fijaciones y someter los impulsos pregenitales o parciales a la genitalidad. Sin embargo, si la masturbación cumple la función exactamente opuesta, es decir que actúe por su uso excesivo como una consolidación regresiva de las fijaciones infantiles, como único regulador de tensión o como una pauta prematura y ya estabilizada de la personalidad, dará por resultado un desarrollo psicosexual patológico.

Ante este cúmulo de impulsividad, el adolescente reacciona con ansiedad, o como dice Blos (1971) con “un sentido de urgencia, miedo y pánico”. Merced a esta ansiedad el joven puede instrumentar **Mecanismos de Defensa** (Anna Freud, 1948) y romper los vínculos con los objetos de amor infantiles.

Los mecanismos defensivos son instrumentados por el Yo, son necesarios y usados por todo adolescente. Anna Freud (1948 y 1958) fue quien ahondó ampliamente en este rubro y planteó diversos mecanismos de defensa; esta autora considera que su uso es “normal” en tanto no sean excesivos o utilizados de manera aislada. A continuación se mencionaran los mecanismos típicos que aparecen en la adolescencia:

1. **Huida de los objetos primarios de amor:** La libido es desplazada a sustitutos parentales, lo que anteriormente se explicó como grupo de contemporáneos.
2. **Formación Reactiva y Negación de sentimientos positivos:** En su afán por deshacer los lazos con los progenitores y negar el amor y los sentimientos positivos hacia ellos, el adolescente recurre a actitudes groseras, desconsideradas y despreciativas. Aquí no se retira la libido de los objetos primarios sino que se transforma en lo contrario.

3. **Catectización del Yo y del Superyo:** En lugar de depositar la libido en nuevos objetos, se catectiza el Yo y el Superyo, originando en ocasiones ideas de grandeza y omnipotencia.
4. **El Ascetismo:** Pretende manejar los impulsos mediante estrictas prohibiciones, renunciando a toda satisfacción instintiva, sin embargo este ascetismo ha de ser pasajero, para dar paso a la conducta adolescente que busca llevar a cabo todo lo que antes había considerado prohibido, sin hacer caso de la desaprobación social. Tal paso del ascetismo al exceso, A. Freud (1958) lo llama "autocuración" y afirma que es un fenómeno normal para llevar a cabo el desarrollo adolescente, siempre y cuando no se rigidicen o se hagan extremos. Consideramos que el ascetismo se vincula con componentes altamente masoquistas.
5. **El uso de la fantasía y de la intelectualización** planteado por Aberastury (1959) se emplea como una de las formas típicas de manejar los impulsos. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba la identidad infantil, enfrenta al adolescente a sentimientos de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto obliga al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. Aparecen prolíficas fantasías y sueños diurnos, incluso pueden manifestarse sentimientos de alejamiento, de irrealidad y despersonalización en casos extremos, aunque normalmente el adolescente tiene cierta manera particular de percibir el mundo, y cree que es muy diferente a como lo ven los demás. Tal huida permite una especie de reajuste emocional, un "autismo positivo" en el que se da un incremento de la intelectualización que lleva a la preocupación por principios estéticos, filosóficos, sociales, que no pocas veces implican un formularse un plan de vida muy distinto al que se tenía hasta ese momento y que también permite la teorización acerca de grandes reformas que pueden ocurrir en el mundo exterior. Este mundo exterior se va diferenciado cada vez más del mundo interno y por lo tanto sirve también para defenderse de los cambios incontrolables de este último y del propio cuerpo. Surgen entonces las grandes teorías filosóficas, los movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc.. También es entonces cuando el adolescente comienza a escribir versos, novelas, cuentos y se dedica a actividades literarias, artísticas, etc. Aquí cabe señalar la existencia de cierta **desubicación temporal**, ya que el tiempo tiene las características de "presente y activo" como un intento por manejarlo y se rige de acuerdo a ciclos corporales y rítmicos.
6. **La regresión y Desplazamiento** (Blos, 1971), Cuando la **ansiedad** ante los instintos se intensifica, el Yo recurre a defensas cada vez más primitivas, como son la regresión y la identificación primaria, dando pie a alteraciones en el contacto de la realidad. Así mismo pueden generar diversos intereses de tipo obsesivo- compulsivo (coleccionar) y otras veces

originando síntomas pasajeros (tics nerviosos, fobias, tartamudeo, morderse las uñas, jugar con los cabellos, etc.)

Estos mecanismos defensivos cuando no cumplen su cometido, originan alteraciones en la emotividad. Así, por ejemplo, puede aparecer hostilidad o agresión, ya sea física (riñas, golpes), verbal (sarcasmos, ofensas) o bien la agresión puede ser volcada hacia sí mismo (autoreproches, autocastigo, degradación de sí mismo).

Otras veces cuando la ansiedad instintiva no es controlada, se manifiesta por desasosiego, nerviosismo, excitación o como dice Hurlock (1980) "en un estado emocional generalizado".

Es frecuente que se generen **sentimientos depresivos** como reflejo del duelo por las pérdidas, profundas y sumamente importantes, que esta etapa implica. Por lo general el Yo realiza intentos de conexión con el mundo, que no siempre se logran, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda de satisfacciones puede ser muy intensa y obligar al joven a refugiarse en sí mismo. He ahí que se dé el repliegue autista (Knobel, 1969) que es tan singular en la adolescencia y que puede dar origen a ese sentimiento de soledad, aislamiento y confusión tan característico y a esa tan típica situación de "frustración y desaliento" o a ese "aburrimiento" que suele ser un signo distintivo del adolescente. El joven se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia preparándose para la acción y elaborando constantemente sus vivencias y sus fracasos.

Durante la adolescencia el **narcisismo** se ve aumentado; disminuye en cuanto el objeto de amor es hallado (Blos, 1972). La producción artística se incrementa o bien aparece intensamente como una actividad sublimatoria que contiene ribetes narcisistas y de necesidad de relacionarse con los objetos.

El "**enamoramiento**" (Erikson cit. por Evans, 1975) que surge en la adolescencia, se ve desprovisto- no totalmente, por supuesto- de la parte sexual y constituye un intento de proyectar en el ser amado la propia identidad un tanto difusa, de modo que sea reflejada y gradualmente se vaya aclarando, dando así, una mayor comprensión del sí mismo, de quien se es y qué se quiere.

El **cuerpo** en la pubertad sufre cambios evidentes que pueden ser vividos como amenazadores y extraños a él. Este crecimiento se da generalmente de manera asimétrica - algunos sistemas de órganos crecen más rápido o más que otros- y exige al sujeto una "extrema adaptabilidad física y mental" (Blos, 1970), de ahí la torpeza típica del adolescente.

Las pérdidas que debe aceptar el adolescente al ver estos cambios son perturbadoras ya que debe aceptar el duelo por su cuerpo infantil, el cual que se evidencia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y que, además, le imponen el testimonio de la definición sexual y el rol que tendrán que asumir, no solo en la unión con la pareja sino con la procreación.

Solo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente sus aspectos de niño y de adulto, puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad.

Por otra parte, es frecuente que el joven compare su propio cuerpo con el de sus coetáneos, provocando un interés muy marcado por cuestiones corporales, llevándolo a veces a experimentar ansiedad por las diferencias individuales en el desarrollo. Por tanto, es necesario que acepte que los cambios corporales y los sentimientos libidinales son propios y forman parte de sí mismo.

La **imagen corporal** se relaciona ampliamente con el concepto de sí mismo; cuando hay una valoración favorable del físico, hay una mayor autoestima.

Cuando el adolescente considera problemático el carecer o poseer determinadas características, aparecen **alteraciones en el autoconcepto**, manifestado por sentimientos de inferioridad, minusvalía o disminución de la autoestima, en un extremo; en tanto sentimientos de omnipotencia, grandiosidad o sobrevaloración pueden surgir por otro lado.

Un autoconcepto desfavorable lleva al joven, en ocasiones, a aislarse de sus coetáneos, se deprime e intenta encontrar un grupo en donde sentirse identificado y donde igualar sus carencias. El **autoconcepto** abarca diversos aspectos (Hurlock, 1980):

1. **FISICOS:** Como es la estructura corporal, los defectos y las condiciones físicas y fisiológicas del organismo, tales como la salud o enfermedad corporal.
2. **PSICOLÓGICOS:** La inteligencia, emociones, sentimientos y características de personalidad (agresivo, tímido, honesto), habilidades, aptitudes, etc.
3. **SOCIALES:** El rol social que desempeñe, la aceptación social y la pertenencia a un grupo, los niveles de aspiración, vestimenta, estatus, influencias familiares, patrones culturales, etc.
4. **IDEALES:** Esto es lo que el adolescente quisiera ser en lo físico, psicológico y social y que tiene que ver en mucho con los ideales, ya internalizados y transmitidos por los padres en la infancia.

Es probable que el joven adolescente presente actitudes con **tendencias anti o asociales** que varían en intensidad. Frecuentemente guía su conducta por la acción (actuaciones) como forma de expresar sentimientos, emociones y pensamientos, en un afán por controlarlos. Debido a lo anterior surgen **contradicciones en su conducta**, principalmente a que no puede mantener una línea de comportamiento rígido, permanente y absoluto, aunque muchas veces la intenta y la busca.

Spiegel (1961) ha hablado de la personalidad del adolescente como "esponjosa". Es una personalidad permeable, que recibe todo y que también proyecta enormemente, es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes. Por tanto el adolescente presenta una personalidad normalmente lábil (Blos, 1970).

Así mismo, el joven presenta constantes **fluctuaciones del humor y del estado de ánimo** debido principalmente a las dolorosas elaboraciones de los duelos que tiene que vivenciar en esta fase y que tanto he mencionado, es decir que los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a

realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas o, cuando supera los duelos, puede proyectarse en una elación que muchas veces suele ser desmedida y que por lo general aparecen como microcrisis maniaco depresivas.

En cuanto a la **religiosidad**, se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas. Sin embargo, es curioso observar como un mismo adolescente llega a pasar del misticismo al ateísmo. Esto concuerda con toda la situación cambiante y fluctuante de su mundo interno.

Las tan frecuentes crisis religiosas no son más que un intento de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y con el enfrentamiento del fenómeno de la muerte de parte de su yo corporal y la aceptación de la posible separación definitiva de los padres.

Esto nos explica como el adolescente puede llegar a tener tanta necesidad de hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas, que le aseguren la continuidad de la existencia de sí mismo y de los padres infantiles. La figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar para él una salida mágica de este tipo. Si las situaciones de frustración son muy intensas y las vivencias de pérdida sumamente penosas, las ideologías totalitarias ejercen un particular encanto sobre la adolescencia, ya que brindan una identidad segura y convincente. El muchacho no tiene por qué preocuparse de quien es y cuál es su función y su rol, ya que el régimen le logra dar las respuestas.

El **rol social** comienza a elaborarse en la adolescencia para ser consolidado posteriormente. Aquí cabe señalar como lo plantea Aberarstury (1992), que las conductas y la personalidad del joven no son producto tan sólo de él mismo, y sería sin duda grave el atribuir todas sus características solo al cambio psicobiológico, como si en realidad todo esto no estuviese ocurriendo en un ámbito social. Las primeras identificaciones son las que se hacen con las figuras parentales, pero no hay duda alguna de que el medio en que se vive determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas que no es posible minimizar. La ulterior aceptación de la identidad está forzosamente determinada por un condicionamiento entre individuo y medio que es preciso reconocer.

Por ejemplo la misma situación edípica que viven los adolescentes, la viven los propios progenitores. La aparición de la instrumentación de la genitalidad, como una realidad concreta en la vida del adolescente, también es percibida por los padres. Es sabido que muchos padres se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos, reviviendo sus propias situaciones edípicas conflictivas. Este tipo de problemática es por tanto depositada en el núcleo familiar y afecta por tanto directamente al adolescente.

Así se provoca lo que Stone y Church (1959), han denominado la situación de "ambivalencia dual", ya que la misma situación ambivalente que presentan los hijos separándose de los padres, la presentan estos al ver que aquellos se alejan. Si a ello unimos los mecanismos proyectivos y esquizo-paranoides típicos del

adolescente y la reacción de la sociedad en la que el adolescente se mueve, podemos ver que es toda la sociedad la que interviene muy activamente en la situación conflictiva del adolescente.

No es simple casualidad que la entrada a la pubertad esté tan señalada en casi todas las culturas. Los llamados ritos de iniciación son muy diversos aunque tienen fundamentalmente la misma base: la rivalidad que los padres del mismo sexo sienten al tener que aceptar como a sus iguales a sus hijos- y posteriormente, admitir la posibilidad de ser reemplazados por los mismos.

La sociedad es la que se hace cargo del conflicto edípico y tiende a imponer su solución, a veces de una manera sumamente cruel, lo que refleja la situación de antagonismo que los padres sienten hacia sus hijos. Esto suele evidenciarse con la rigidez de algunos padres, las formalidades exigidas a los adolescentes, las limitaciones brutales, la ocultación que se hace de la aparición de la sexualidad, las negaciones de tipo moralista que contribuyen a reforzar las ansiedades paranoides de los adolescentes.

En la medida en que el adolescente no encuentre el camino adecuado para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad de realización, no podrá ser un adulto satisfecho.

No podemos dejar al margen un cambio muy importante en la adolescencia, ya que éste no cambia tan sólo en la esfera afectiva, social y sexual, sino que se da un cambio simultáneo en su forma de enfrentar los problemas y de solucionarlos. Un cambio en la estructura del pensamiento, que siguiendo lo que plantea Piaget (1969), le permite manejar la realidad sin tener que recurrir a lo concreto. El joven es capaz ahora de **elaborar hipótesis y proposiciones**, razonándolas sin contar con una comprobación actual y concreta: avanza por el cambio de lo real a lo posible, es lo que se llama el **pensamiento hipotético- deductivo o de las operaciones formales**.

Para finalizar, veamos que es lo que se supone sucederá cuando la adolescencia haya pasado. Blos (1971) nombra a estas fases "**adolescencia tardía y Postadolescencia**". Son etapas que mantienen una relación entre la adolescencia y la adultez y tienen la función de consolidación.

Cuando se lleva a cabo un sano desarrollo, el individuo "gana en acción propositiva, integración social, predictibilidad, constancia de emociones y estabilidad en la autoestimación" (Blos 1971). Es aquí donde se establecen funciones e intereses del yo más o menos fijos, la posición sexual se vuelve irreversible y se instala la primacía genital.

Aparecen procesos de armonización en el Yo y los impulsos, el superyo se establece como estructura decisiva gracias a la declinación del Edipo. Surgen arreglos o ajustes definitivos entre la conflictiva de los sistemas yo-ello-superyo.

Se perfila una dedicación por el trabajo y el amor, así como preferencias vocacionales y de recreación. Es en esta fase donde gradualmente se integran ambas etapas de la vida —adolescencia y adultez— manifestado en parte por el asumir el rol social, el matrimonio, la paternidad y maternidad entre otras.



## 3.2 COMPORTAMIENTO PSICOSEXUAL EN EL ADOLESCENTE:

El comportamiento psicosexual es un hecho complejo en el que entran en juego dos elementos: la genitalidad, que alude más directamente al componente biológico, y la inclinación erótica, a lo emotivo. Estos dos elementos son el fondo de donde surge la relación psicosexual entre un hombre y una mujer, y van evolucionando desde una situación de total diferenciación en la infancia, a una cada vez mayor integración en etapa adulta.

En esta evolución cabe considerar dos momentos: uno previo, en el que el sujeto descubre la dualidad y que corresponde a la infancia. Otro posterior, el de la reciprocidad y que corresponde a la adolescencia.

En este descubrimiento de la reciprocidad, a través de la adolescencia, es posible distinguir tres etapas en diferentes niveles de maduración estas son: la etapa masturbatoria, la etapa homoerótica y la etapa heterosexual (Schwarz, 1975).

Freud (1905) estableció la importancia de los **cambios puberales** para la instalación de la capacidad genital del sujeto. Señaló, que los cambios biológicos de la pubertad son los que imponen la madurez sexual al individuo, intensificándose todos los procesos psicobiológicos que se viven en esta edad.

Estos estímulos pueden ser directos, a través de los mecanismos biológicos que aparecen y se activan en el sujeto durante la pubertad, o bien indirectos, como un activador psicológico de dicho impulso a través de las impresiones de su estructura exterior, en particular los atributos del sexo.

Para que el adolescente alcance un adecuado desarrollo psicosexual no basta con haber alcanzado una maduración genital. Es necesario que esta genitalidad se haya integrado en un desarrollo emocional también correcto. De esta integración madurativa dependerá fundamentalmente el desarrollo psicosexual de cada sujeto, su lentitud o aceleración, su posible desviación, retención o incluso regreso a estadios supuestamente superados.

Así mismo este impulso sexual se ve influido por factores contextuales. Es decir que las variables socioculturales pueden contribuir a este desarrollo estimulándolo, acelerándolo o desviándolo. Debido a esto, cabe entender el desarrollo psicosexual de los adolescentes con una relativa plasticidad, causado por los determinantes contextuales.

### 3.2.1 La masturbación:

El adolescente busca en la masturbación, la descarga de la tensión sexual fuera de toda relación real y afectiva con el otro, mediante la autoestimulación de los órganos genitales.

Los motivos de la masturbación son numerosos, sin embargo se han podido concluir algunas causas a través de la investigación efectuada por Moraleta (1977). Este autor menciona las causas explícitas del acto masturbatorio. Reporta que para los adolescentes es un acto sustitutivo de la heterosexualidad. La

masturbación, no proporciona al sujeto un placer idéntico a la relación heterosexual plena. El orgasmo vivido en la unión heterosexual da al sujeto una seguridad de la que carece la masturbación. Así mismo puede significar una descarga convulsiva que sigue a un estado de hiperemotividad. Esta hiperemotividad es causa de la tensión sexual acumulada en esta edad. Por tanto puede convertirse, no tan solo, en un medio para buscar un placer sexual, sino también para acabar con una tensión que ha llegado a ser insoportable. Así mismo puede tener un origen no específicamente sexual, como por ejemplo: un esfuerzo deportivo, un fracaso, un día de juerga, etc. En cuyo caso la masturbación viene ser la recuperación de la fatiga o un posible acto regulador de ansiedad.

Otro motivo de la autoestimulación puede ser como medio para regular la agresividad. Este rol de catarsis reguladora se obtiene gracias a la función de descarga tensional que tiene el acto masturbatorio.

También puede significar la reivindicación de un derecho a la libre disposición de su propio cuerpo, ya que el adolescente piensa que es algo bueno; algo a lo que legítimamente tiene derecho. O también puede ser un acto reconfortante dentro de su sentimiento de soledad y tristeza. La masturbación es en estos casos, como indica Alsteen (1970) una llamada al "otro". Las imágenes que lo acompañan, los fantasmas que la alimentan, indican que está orientada hacia objetos exteriores, distintos de su propio cuerpo. Así mismo puede llegar a ser un refugio contra el aburrimiento y el hastio de la vida. Un refugio donde esconderse cuando se siente frustrado o deprimido; un medio para evadirse del mundo real.

A pesar de que la masturbación adolescente es esencialmente autoerótica muestra su apertura hacia la hetero u homosexualidad, o sea a una sexualidad compartida, mas allá del propio cuerpo, gracias a los fantasmas que la acompañan. Estos fantasmas son, con frecuencia, imágenes sexuales reales que implican un compañero o una chica a los que se sienten ligados por amistad y atracción. Un rasgo esencial de estos fantasmas es el de servir de expresión a los deseos más íntimos del sujeto. Otro rasgo también importante es su carácter de irrealidad. Esta irrealidad puede llevar al adolescente a convencerle de la ausencia de verdadera satisfacción sexual y con ello contribuir a que abandone su práctica. Pero también puede llevarlo, al contrario, a redoblar su ejecución, en la búsqueda incesante de una satisfacción que nunca alcanza plenamente.

Según el psicoanálisis, la masturbación adolescente no es más que una prolongación de la masturbación infantil expresada de modo diferente.

La actividad masturbatoria en la primera infancia tiene una finalidad exploratoria y preparatoria para la futura aceptación de la genitalidad (Aberastury y Knobel, 1966).

Estas experiencias de exploración en la infancia, tienen por finalidad encontrar órganos capaces de reproducir la relación perdida con la madre. Así mismo, van a ir configurando en el esquema corporal la imagen del aparato genital. Cuando la niña o el varón se masturban reconstruyen con una parte de su cuerpo el sexo que no tienen, es a esto lo que le llaman la bisexualidad infantil. Con la bipedestación, la marcha y el lenguaje, el niño tiene nuevas fuentes de satisfacción y se amplían

sus relaciones con el mundo (Aberastury,1958). La actividad masturbatoria disminuye entonces y se hace cada vez más creciente la actividad lúdica y las múltiples sublimaciones que surgen a esa edad.

La actividad masturbatoria iniciada en la temprana infancia se reactiva e intensifica en la adolescencia, frente a la necesidad de satisfacción genital. La intensidad del conflicto creado por la metamorfosis corporal y el incremento de la genitalidad explica la intensidad de esa actitud y sus características más angustiosas en la adolescencia.

Así mismo el triángulo Edípico es reactivado con toda intensidad durante la adolescencia, debido a que la instrumentación de la genitalidad se hace factible. La investigación psicoanalítica muestra cómo con el despertar de las glándulas sexuales se reactiva en los sujetos su primitiva orientación hacia los antiguos objetos de amor: los padres. Pero estos deseos se encuentran con la barrera de la prohibición del incesto. La tensión encuentra entonces su cauce en la masturbación: el adolescente vive a nivel inconsciente esta relación heterosexual con sus padres, representados a nivel simbólico por los fantasmas de los amigos u otras personas. Pero esta relación, aunque a un nivel imaginario, puede llegar a conservar su carácter incestuoso. De ahí que cuando los fantasmas que la acompañan son genitales, reactiven los antiguos miedos a la castración (Alsteen, 1970). Es por ello que las fantasías masturbatoria en la pubertad son mucho más destructivas y cargadas de culpa (Aberastury,1966) que en la infancia.

Es durante la adolescencia, y como aspectos de la elaboración de la situación edípica, que pueden verse aspectos de conducta femeninos en el varón y masculinos en la niña, que son las expresiones de una bisexualidad no resuelta.

Al ir elaborando el complejo de Edipo, aparecen en el varón, idealizaciones del padre, que adquiere entonces las características de un ser bueno y poderoso que permite visualizar los sentimientos que tiene el adolescente hacia su padre real y que va a poder manejar en la realización adulta con el mismo. Puede identificarse entonces con los aspectos positivos del padre, superar el temor a la castración por medio de realizaciones y logros diversos, completar sus estudios o su aprendizaje, aceptar sus progresos, que son los que le mostrarán que es en realidad él mismo, el propio adolescente, el que también tiene potencia y capacidad creativa.

Contra el florecimiento de esta genitalidad y la correspondiente reactivación del complejo de Edipo, generadores de culpabilidad, el adolescente puede adoptar una serie de actitudes defensivas, según A. Freud (1948), puede recurrir al ascetismo o rechazo radical del ejercicio de su genitalidad, que lo puede llevar a la renuncia de toda forma de virilidad o feminidad. Una consecuencia del gasto continuo de energía que supone este mecanismo represivo suele ser, el empobrecimiento de los recursos de energía psicológica disponible para relacionarse con el exterior y una situación de fatigabilidad en el desempeño de las tareas.

Otro mecanismo de defensa ante la genitalidad es la intelectualización que consiste en transformar cuanto se experimenta, al nivel de sentimiento, en ideas abstractas. Es un medio de mantener distancias con el instinto sexual desplazándolo al pensamiento abstracto y controlándolo así.

Un tercer mecanismo de defensa es la sublimación, donde el adolescente modifica la energía sexual que le resulta ansiógena, poniéndola al servicio de formas de expresión que le sirven para aliviar su tensión instintiva. Muchas de las ocupaciones realizadas por los adolescentes (deportivas, pictóricas, religiosas, sociales), pueden tener este carácter substitutivo.

Es posible resumir lo expuesto diciendo que la masturbación, como fenómeno normal de la adolescencia, le permite al individuo en esta etapa de su vida, pasar por la "etapa esquizo-paranoide" de su personalidad, considerar a sus genitales como ajenos a sí mismos, tratar de recuperarlos e integrarlos, y finalmente realizar el proceso depresivo a través de una angustia primero persecutoria y luego depresiva, e integrar sus genitales a todo el concepto de sí mismo, formando realmente una identidad genital adulta con capacidad procreativa, independencia real y capacidad de formar una pareja estable en su propio espacio y en su propio mundo. Es decir, habrá llegado el individuo a la genitalidad procreativa (Aberastury y Knobel, 1966).

### **3.2.2 Tendencias homoeróticas:**

A la etapa masturbatoria sigue, según Schwarz (1975), una etapa homoerótica, llamada así porque en ella es frecuente la aparición de amistades de alto tono afectivo entre adolescentes del mismo sexo. Esta etapa supone un avance sobre la etapa masturbatoria debido a que el sujeto ya no busca el placer sexual consigo mismo sino en la relación con otro del mismo sexo.

Existen diversas teorías que han intentado explicar la naturaleza y significado de este tipo de relación adolescente.

Para Sullivan (1953) la esencia de la personalidad son las relaciones interpersonales. En el desarrollo de éstas, existe una energía y un dinamismo integrador o de cambio de esa energía en patrones relativamente estables de relaciones sociales y comportamentales, saludables e integradores o bien patológicos y debilitantes. Según Sullivan, esta energía, que se manifiesta en los primeros años del individuo en forma de necesidad de tener un compañero de juego, ahora se manifiesta en la necesidad de intimidad. Esta búsqueda suele ser, al comienzo de la adolescencia, de carácter isofílico, es decir, con un miembro del mismo sexo.

Friedenberg (1959) describe estas relaciones de modo parecido a Sullivan. Opina que el amor intenso empieza en la pubertad y que este primer amor es solamente hacia alguien distinto de uno mismo (con frecuencia del mismo sexo). No será sino posteriormente, al final de la adolescencia, que la cualidad de "diferente de uno mismo", tan diferente como es el hombre y la mujer, entren en juego. Friedenberg opina que este amor isofílico es el que prepara el camino para que puedan darse los apegos heterosexuales intensos posteriormente.

Para Erikson (1956) estas relaciones isofílicas son interpretadas como una defensa contra la difusión de la identidad en un momento en que los cambios

corporales y el comienzo de los impulsos sexuales ponen en peligro la estabilidad de la propia identidad y de la imagen que tiene de sí mismo.

En este tipo de relaciones íntimas se efectúa una identificación del sujeto con un ser semejante a él, que tiene los mismos problemas, dudas, ansiedades, amistades, rebeliones, entusiasmos; que le ofrece la oportunidad de encontrarse en él y participar con él en los sentimientos demasiado pesados para soportarlos solo; de ahí que esta amistad sea de importancia capital y vaya a desempeñar un papel considerable en la evolución y crisis adolescente (Sullivan, 1953).

Estas amistades suelen ser exclusivas, fervorosas, celosas y tiene similitud con el amor. Toman del amor su lenguaje, se ven invadidas de tempestades, rupturas, perdones y reconciliaciones. La traición de un amigo íntimo puede suponer para el adolescente una experiencia muy dolorosa, puesto a que pone en duda su valor y sus necesidades intensas de amor.

En esta edad el amigo íntimo desempeña el valor de sostén del Yo; o mejor dicho, es un Yo idealizado que proyecta una imagen aseguradora de sí mismo. Por tanto en la base de esta amistad adolescente se encuentra, pues, el aspecto narcisista (Sullivan, 1953).

El psicoanálisis explica por su parte que estas relaciones isofílicas son fruto del abandono de las imágenes parentales, primeros objetos de amor e identificación del infante y un desplazamiento de la sexualidad hacia nuevos objetos de amor de identificación.

En la búsqueda de definición genital el adolescente suele tener que pasar por periodos de homosexualidad, que pueden ser la expresión de una proyección de la bisexualidad perdida y anhelada, en otro individuo del mismo sexo. De esta manera podría el adolescente, en su fantasía, recuperar el sexo que se está perdiendo en su proceso de identificación genital.

Por tanto es normal que en la adolescencia aparezcan periodos de predominio de aspectos femeninos en el varón y masculinos en la niña. Es necesario tener siempre presente el concepto de bisexualidad, y aceptar que la posición heterosexual adulta exige un proceso de fluctuaciones y aprendizaje en ambos roles.

Sin embargo puede ocurrir, que la falta de figura paterna, provoque que tanto el varón como la mujer queden fijados a la madre. El varón, al no tener una figura masculina con quien identificarse por déficit o ausencia de la figura paterna, tratará de buscar esa figura toda su vida (búsqueda del pene que da potencia y masculinidad). La niña queda fijada a la relación oral con la madre y en el contacto piel a piel, reprimiendo y negando las posibilidades de una relación con un pene, por la inexistencia del mismo en sus tempranas relaciones objetales.

Siguiendo estas ideas se puede decir que la raíz de la homosexualidad- que puede darse transitoriamente como una manifestación típica de la adolescencia- puede encontrarse bajo las circunstancias de que el padre no asume sus roles o está ausente. Entonces, tanto el varón como la niña van a ir a la homosexualidad, porque ambos quedan así obligados a mantener la bisexualidad como defensa frente al incesto.

### 3.2.3 Relaciones heterosexuales:

Las vinculaciones isofílicas y homoeróticas suelen ceder paso, normalmente, a las primeras relaciones heterosexuales. Moradela (1993), nos señala que a los 15 años el 78% de los chicos y el 76% de las chicas salen ya con compañeros de otro sexo.

En el camino hacia la heterosexualidad se puede distinguir primeramente una fase de idealización. En ella el conocimiento y el descubrimiento de la heterosexualidad no se inicia con aproximaciones reales entre los sexos, sino que en un primer momento prevalecen la idealización y el romanticismo.

En la idealización, el deseo de establecer contactos de naturaleza heterosexual existe, pero antes de llevarlos a la práctica en el grupo de pares, dichos encuentros se producen en un nivel de fantasía. En ella se refugia el adolescente ante el temor y la angustia que supone la posibilidad de mantener experiencias reales. El fantasear las relaciones sexuales supone para él, un entrenamiento del rol que deberá asumir posteriormente en la realidad. La actividad onírica y los ensueños adquieren, por tanto, un papel fundamental.

La persona hacia quien se orienta el deseo sexual suele ser idealizada. Es decir, tanto los chicos como las chicas, no se fijan en sujetos de la misma edad, sino que su primer deseo lo constituye una persona generalmente mayor (actores, profesores, amigos de un hermano mayor, etc). Se trata de amores platónicos cuyas fotografías invaden las paredes de su habitación y que monopolizan las conversaciones entre amigos del mismo sexo.

La intensificación del deseo que suponen estas fantasías con personas tan distantes se resuelve generalmente con la masturbación.

El primer acercamiento o exploración real del otro sexo se realiza generalmente a través del grupo mixto. Chicos y chicas salen juntos, en grupo. Ahora bien, las relaciones que se establecen entre ellos son superficiales e inestables. Son frecuentes los cambios de pareja sin que existan verdaderos dramas afectivos. Es el periodo de flirteo o coqueteo, en el que las primeras citas adquieren una gran importancia.

La coquetería adquiere aquí un papel fundamental. Antes de salir de casa se maquillan, se prueban varios peinados y varios vestidos, hasta que se sientan atractivas, lo que equivale a sentirse seguras de su aspecto exterior. Solamente entonces acudirán a las citas, que responden también a una satisfacción del narcisismo exhibicionista.

Es la edad de las discotecas. A través del baile, el adolescente satisface sus deseos de aproximación física al otro sexo y, por otra parte, debido a sus claras connotaciones sexuales, permite la liberación de la tensión sexual que no puede encontrar salida todavía en unas relaciones completas.

Generalmente los contactos entre los sexos se reducen a paseos, caricias, besos y miradas cómplices, etc. Debido a que el sentimiento está totalmente ausente en este tipo de relación puramente exploratoria. La disociación entre afecto y sexo es ahora máxima.

Cabe también aquí el aspecto de la curiosidad sexual, expresada en el interés por las revistas pornográficas, tan frecuentes entre los adolescentes. El exhibicionismo y el voyerismo se manifiestan en la vestimenta, el cabello, el tipo de bailes, etcétera.

Aparece de forma paralela la fase de enamoramiento donde se producen relaciones más selectivas y de naturaleza fundamentalmente emotiva e irracional.

Entre las transformaciones que implica el enamoramiento, una de ellas es que el adolescente se proyecta en su pareja. Nada le interesa ni importa si no es visto, sentido, vivido a través del "filtro" del otro. La familia, el trabajo, los amigos, pasan ahora a segundo plano. Para el enamorado, todo lo referente a su pareja es formidable, positivo, tendiendo a disculpar e ignorar la presencia en él de los aspectos negativos.

En el enamoramiento el adolescente se siente feliz colmado y motivado. A pesar de que no tenga la fuerza de voluntad necesaria para concentrarse en otras cosas que no tengan que ver con el gran amor que siente. El adolescente se encuentra inmerso en un estado de exaltación constante.

Lógicamente debido a su gran intensidad y a su carga irracional esta fase suele ser de corta duración. Cuando ese estado se acaba suceden dos cosas: o se transforma en un sentimiento más complejo y más adecuado a la realidad o termina abruptamente. El problema es que si termina, por lo general no termina del mismo modo en las dos personas. Entonces el que sufre el alejamiento del otro puede entrar en un estado de depresión profundo, sintiéndose decepcionado y vacío.

Es interesante observar que hay adolescentes que se enamoran continuamente y otros que no se enamoran nunca. En general, el adolescente que se enamora con gran facilidad es de naturaleza frágil, inseguro de sí mismo y con profundas necesidades sentimentales, con una constante necesidad de encontrar nuevos estímulos en personas cada vez más distintas, como una forma de verificar y descubrir su propia personalidad e identidad. Por su parte, los adolescentes que no se enamoran no corren el riesgo de sufrir una carencia. En la mayor parte de los casos se trata de estructuras cerradas, que viven en una especie de avaricia psicológica, como si creyeran que el tiempo que dedican a los demás fuera un tiempo perdido.

La conducta sexual de los adolescentes en los encuentros heterosexuales ha sido clasificada en dos tipos: el llamado "petting" y la conducta sexual plena.

El "petting" alude al conjunto de gestos, abrazos, caricias, besos por todo el cuerpo y contactos intergenitales, que lleva a la pareja a un alto grado de excitación sexual. Suele terminar con la masturbación recíproca o simplemente sin conclusión orgásmica. El papel del petting en la maduración sexual del adolescente es importante pues suele llevar a éste a un conocimiento gradual y progresivo del propio cuerpo y del compañero, encaminándolo en una relación más madura y a la realización del coito propiamente dicho. El petting, es en este sentido, el medio por el cual el adolescente aprende los gestos adecuados y se comunica las propias necesidades. El amor acompañado por una apresurada penetración puede ser vivido como agresión y conllevar poca satisfacción. Sin embargo en algunos adolescentes puede ser simplemente utilizado como descarga y, por tanto, como

barrera de los impulsos sexuales para no llegar al coito al que temen. En este caso tiene un significado más bien castrante de la sexualidad.

La conducta sexual plena, por su parte, se refiere al coito. Este es desde los 18 años a los 21 progresivamente más frecuente, llegando en esta última edad a practicarlo con mucha frecuencia el 50% de los chicos y el 63% de las chicas (Moradela, 1977-1993). Cuando se llega por primera vez a estas relaciones plenas, suele ser impulsado no sólo por el deseo físico, sino también por el deseo de conocerse. Pero en otras ocasiones, esta conducta se reduce para ambos en una tentativa tosca, insegura e impulsiva de hacer el amor, dentro de la más completa ignorancia y con una torpeza que proviene del temor a experimentar dolor, a no sentir nada y a fracasar o hacer un mal papel.

Es posible definir entonces a la genitalidad adulta como un pleno ejercicio de la capacidad libidinal de un sujeto, mediante la puesta en juego de los elementos remanentes de todas las etapas de maduración psicosexual, con la culminación en el nivel genital, con otro sujeto del sexo opuesto y con la aceptación implícita de la capacidad de procrear.



## CAPITULO IV: IDENTIDAD PSICOSEXUAL

"Todo es dual; todo tiene polos; todo su par de opuestos; los semejantes y desemejantes son los mismos; los opuestos son idénticos en naturaleza, difiriendo solo en grado; los extremos se tocan; todas las verdades son semiverdades, todas las paradojas pueden reconciliarse".

El kybalion.

### 4.1 DESARROLLO PSICOSEXUAL

Freud (1905), supone que el patrón fundamental de las actitudes sexuales es instintivo y natural en sus orígenes, pero que las expresiones de dicho patrón son más tarde influidas por fuerzas culturales. Por tanto, el instinto sexual existe desde la niñez, sin embargo se ha considerado como "degeneración o como ejemplo de una temprana corrupción" (Freud, 1905). La razón de esta negación se debe a lo que Freud explica como una peculiar amnesia que oculta los primeros años de la infancia hasta el séptimo u octavo año de vida. Sin embargo estas impresiones tempranas no están del todo olvidadas y dejan una importante huella en la vida psíquica de todo sujeto.

Es importante considerar que en la etapa infantil el instinto sexual no se orienta hacia otras personas sino que es autoerótico, es decir que el niño encuentra su satisfacción en el propio cuerpo. El niño haya por primera vez este placer en la succión del pecho de la madre. Por tanto, el chupeteo es uno de los primeros indicio de satisfacción sexual el cual esta ligado con un total embargo de placer y conduce a una reacción fisiológica parecida al orgasmo.

El instinto sexual se centra en diferentes zonas del cuerpo las cuales son llamadas **zonas erógenas**. Estas zonas son partes de la epidermis o de las mucosas del cuerpo en las cuales ciertos estímulos hacen surgir una sensación de placer. Su carácter rítmico juega un papel importante. El niño que ejecuta la succión, busca por todo su cuerpo y escoge una parte cualquiera de él. En su búsqueda tropezará forzosamente con una de las partes predestinadas (pezón, genitales, etc.) y conservará esta zona como preferida. Toda parte del cuerpo puede llegar a adquirir igual excitabilidad que los genitales y ser elevada a la categoría de zona erógena. Estas zonas juegan un papel determinante en el desarrollo de la personalidad, ya que son las primeras fuentes de excitación y de descarga de tensión y proporcionan las primeras experiencias placenteras de importancia.

Por tanto, Freud, centró la sexualidad infantil en diferentes zonas erógenas que juegan diferentes funciones a diferentes edades. Las clasificó como etapas del desarrollo psicosexual o fases pregenitales debido a que son organizaciones de la vida sexual en las cuales la genitalidad aún no juegan un papel determinante.

La primera de estas organizaciones sexuales pregenitales es la **Etapa Oral**, la cual aparece durante el primer año de vida y en donde las respuestas erógenas se centran alrededor de la boca, en ella la actividad sexual no está separada de la absorción de alimentos y se manifiesta con la succión, el morder, masticar y vocalizar.

Durante el segundo año, se manifiesta la **Etapa Anal**. En donde el control de esfínteres y los trastornos intestinales serán los encargados de producir intensas excitaciones en el niño. La actividad de acumulación, retención y expulsión de la materia fecal parece derivar en él, verdadero placer.

Entre los tres y los seis años de edad, aparece la **Etapa Fálica**, en donde los órganos genitales se vuelven una fuente destacada de placer. Tanto en el sexo femenino como en el masculino la zona genital se halla relacionada con la micción (pene o clitoris), por tanto es de esperarse que a través del contacto con las secreciones, los lavados y frotamientos de la higiene corporal la sensación de placer se haga inevitable. Así mismo, el niño descubre y comienza a darle importancia a las diferencias entre los hombres y las mujeres.

Freud, consideraba que la actividad autoerótica temprana era en ambos sexos la misma, y que es precisamente durante esta tercera etapa que los sexos se diferencian en el desarrollo psicológico y se da el proceso de la formación de la identidad sexual.

El concepto básico que ofreció Freud para explicar la adquisición de la identidad psicosexual es la identificación. La cual se da a través de la "resolución" del **Conflicto Edípico**, este se refiere a la atracción sexual que el niño desarrolla por su madre durante la etapa fálica, es decir que el varón desea poseer a la madre y eliminar al padre. Su disolución se lleva a cabo por el temor a la castración, esto es, identificándose con el agresor (padre) por el interés narcisista de que sus genitales no sean dañados. La identificación sexual se logra cuando el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo y adopta todas las características de este, incluyendo todos los comportamientos de su papel y sus actitudes; esto continúa siendo una fuerza decisiva de la personalidad durante toda la vida y es especialmente revivida durante la adolescencia.

Por tanto, la fase Fálica es de trascendental importancia en nuestro estudio debido a que es justo en esta etapa en donde comúnmente se efectúan las intervenciones quirúrgicas de los niños con hipospadias. Provocando en ellos mayores temores de castración como consecuencia de las operaciones y la aparición del complejo de Edipo. Así como, dificultando aun más su proceso de diferenciación sexual ya que alguno de ellos aun tiene que seguir orinando de manera sentada.

Una vez alcanzada la adolescencia, se llega a la última etapa en el desarrollo psicosexual, denominada **Etapa Genital**, en donde la pulsión sexual, hasta entonces predominantemente autoerótica, encuentra por fin el objeto sexual y los impulsos de las Fases Oral, Anal y Fálica se fusionan y se sintetizan en pulsiones genitales.

Anna Freud (1958) ha señalado que la genitalidad determina modificaciones del Yo que se ven en graves conflictos con el ello, obligándole a nuevos y más

específicos mecanismos de defensa. Melanie Klein (1964) sostiene que la resurgencia de libido después de la latencia, refuerza las demandas del ello al mismo tiempo que las exigencias del superyo se incrementan. El compromiso entonces no solo cubre al yo y al ello, sino que hace intervenir al superyo. Desde el primer momento intervienen los padres y son estas luchas con las figuras parentales mediante los procesos de identificación con las mismas, las que van a llevar a la confirmación final de la identidad adolescente, preparándola para ser una identidad adulta. Se da además una ratificación de la orientación sexual, aparecen ya de manera perceptible manifestaciones de atracción sexual, la socialización, las actividades de grupo, los proyectos vocacionales y la preparación para el matrimonio y la formación de una familia.

## 4.2 SEXO Y GÉNERO

" El género está en todo; todo tiene sus principios masculino y femenino; el género se manifiesta en todos los planes".

El Kybalion.

El **sexo** hace referencia a los mecanismos biológicos que determinan que una persona sea macho o hembra. Esta anclado en la dimensión biológica y desde la genética se explica por el par 23 de cromosomas (XX para la mujer y XY para el hombre). Aunque el sexo evoluciona a lo largo de todo el ciclo vital, el nacimiento constituye el punto de partida de su desarrollo. Durante el embarazo, el sexo se define como biológico pero a partir del nacimiento se investirá con los atributos que social y culturalmente se le atribuyen cotextualizándose en el género.

Por **género** entendemos el conjunto de rasgos y características social y culturalmente consideradas apropiadas para el hombre y la mujer.

La identificación entre sexo y género implica la necesidad de interiorizar los roles, funciones y valores que lo caracterizan. Los atributos que compone a cada género se han definido culturalmente. Así según la Biblia, el mito de la fundación de la sociedad humana se asignó a cada sexo una función básica: cuando el ángel echó del paraíso a Adán y a Eva les impuso a cada sexo un castigo diferente, a Adán lo condenó a "ganar el pan con el sudor de su frente" y a Eva a "parir sus hijos con dolor", desde aquí se orientó al sexo masculino hacia la producción (el trabajo), que se convirtió en obligación y prerrogativa de los hombres. En cuanto al sexo femenino se le asignó la maternidad y todos los atributos que de ella se derivan como son la reproducción biológica y la esfera doméstica que conlleva a la crianza de los hijos.

El acto reproductor tiene consecuencias diferentes para cada uno de los dos sexos: mientras que el macho fecunda y se separa físicamente de las consecuencias de su acto, la hembra es fecundada e integra físicamente las consecuencias del acto reproductor. El embarazo impone a la mujer un status diferente al del hombre.

Con el nacimiento del nuevo individuo también se modifica la dinámica del grupo o de la familia, debido a los cuidados que el bebé necesita. Mientras que la madre se involucra directamente, el padre lo hace indirectamente, de forma esporádica cuando la madre no puede realizarlas, quedando relegada sólo al cuidado de los hijos y a su integración social y cultural, reproduciendo los esquemas sociales. Así las mujeres y los hijos quedan sometidos al hombre, estableciéndose la familia patriarcal donde la cabeza de la familia ostenta la autoridad que le confiere el hecho de sostener con su trabajo a la familia. Es así como la dinámica reproductora impone una división sexual de las tareas.

En las sociedades agrícolas y cazadoras, la mujer además de la reproducción debe encargarse de la producción de alimentos para la familia mientras que el hombre se ocupa de actividades que requieren mayor fuerza física como son la caza de animales o la protección y seguridad de los miembros de su tribu, así como de su territorio. Si los hombres pueden lanzarse al nomadismo cazador o a la guerra es porque cuentan con el apoyo de este grupo que cuida de los hijos y de la supervivencia del grupo.

Esto no quiere decir que haya una tendencia innata a que los hombres sean cazadores o guerreros, ni que las mujeres estén hechas para cuidar a los hijos; esta división de papeles aparece bajo un conjunto de condiciones naturales y culturales que la determinan. División de papeles que marca la concepción sobre los valores, estereotipos, roles, etc., que competen a cada género.

Sin embargo, al paso del tiempo, la mujer se ha desligado de esta posición y se ha incorporado al mundo laboral, logrando dar a la familia un mejor status económico, aunque todavía es frecuente, en algunos estratos, que no se le dé la misma importancia que a la del hombre.

Volviendo a la diferenciación entre sexo y género, según Stoller ( cit, por Faure-oppenheimer, 1986), es necesario distinguir ambas palabras a fin de disipar las confusiones alimentadas por la palabra sexualidad, que remite tanto al cuerpo como al placer, a los signos de reconocimiento, a los fantasmas y a las identificaciones. Para este autor, el **sexo** es pues de orden fisiopsicológico, el género de orden psicosocial. El sexo cuyas connotaciones son biológicas, engloba los cromosomas, las gónadas y el aparato genital: es el referente a macho o hembra. El **género** es del dominio puramente psicológico de la sexualidad, designa los sentimientos, roles, actitudes y tendencias: referente a lo masculino y lo femenino. La interacción entre género y sexo, entre sexualidad y funcionamiento sexual es lo que se llama **psicosexualidad**.

Por su parte, Dio Bleichmar (1994), menciona que bajo el sustantivo **género** se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad, reservando **sexo** para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual en sí mismo.

Sin embargo es importante especificar que esta diferenciación no resulta del todo clara debido a que ambos términos se encuentran entremezclados en la

psique del individuo. Específicamente en los casos de hipospadias la malformación genital que atañe al sexo conlleva a una problemática en cuanto al género.

Por tanto, en este estudio comprenderemos a la conformación de la identidad psicosexual como una categoría compleja y múltiplemente articulada que engloba a los aspectos psicobiológicos sexuales y los genéricos propiamente dichos, en estos podemos a su vez diferenciar: 1) La atribución o rotulación del género; 2) la identidad del género, que a su vez se subdivide en el núcleo de la identidad y la identidad propiamente dicha, y 3) el rol del género. Estos términos se explican detalladamente a continuación.

#### **4.2.1 Atribución del género:**

Se refiere a la rotulación íntimamente relacionada de "sexo anatómico", que médicos y familiares asignan al recién nacido. Se convierte en el primer criterio de identificación de un sujeto y determinará el núcleo de su identidad de género. A partir de ese momento, la familia entera del niño se ubicará con respecto a este dato, y será emisario de un discurso cultural que reflejará los estereotipos de la masculinidad y la feminidad que cada uno de ellos sustenta para la crianza adecuada de ese cuerpo identificado. En los pacientes con hipospadias, la atribución de género no presenta conflictos debido a que a pesar de la malformación genital no existen dudas que el paciente es de sexo masculino, es decir no hay un problema intersexual o de ambigüedad de genitales. Sin embargo la problemática puede aparecer con respecto al discurso cultural emitido por la familia, donde pueden darse confusiones y mensajes poco claros en la crianza de la masculinidad.

#### **4.2.2 Identidad de género:**

Es el esquema ideo-afectivo más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro (Dio Bleichmar, 1994).

Debemos pensar que tanto la **feminidad** como la **masculinidad** aluden a una subjetividad que será la encargada de investir al cuerpo, de marcar tanto su anatomía, sus funciones, así como el deseo sexual, con las múltiples significaciones y fantasmas que modelan sus siluetas y comportamientos diferenciales.

La feminidad y la masculinidad no se hayan exclusivamente bajo el sustrato biológico, sino más bien por las experiencias vividas desde el nacimiento.

Lo masculino y lo femenino se expresan con mucha precocidad en la conducta y la presencia del niño, inducido por las actitudes y palabras de los padres, según su normativización irán construyendo el sistema simbólico de lo que es la feminidad y la masculinidad.

Stoller (1968a), sostiene que por el sentimiento "soy nena" o "soy varón" se debe entender el núcleo de la conciencia, la autopercepción de su identidad genérica, núcleo esencialmente inalterable que debe distinguirse de la creencia que

se relaciona pero es diferente a saber "soy viril" o "soy femenina". Esta última creencia corresponde a un desarrollo más sutil y más complicado, que no se consolida hasta que el niño/a comprende acabadamente de qué manera sus padres desean verlo/a expresar su masculinidad/ Femenidad, es decir como debe comportarse para corresponder con la idea que ellos tienen de lo que es un niño o niña.

En el caso del varón, por ejemplo, podrá tener alguna idea de lo que significa ser mujer y hasta fantasías tales como "me gustaría tener un bebé" o "tener tetas". Pero el conocimiento "yo soy un varón" como definición de sí, comienza a desarrollarse mucho más temprano que los sentimientos "soy masculino" o que las perturbaciones de la identidad de género como "soy femenino, soy una mujer". Por tanto en el niño con hipospadias la problemática no radica en si es niño o no, sino más bien en si es viril y/o masculino.

Desde el nacimiento en adelante el niño/a va teniendo percepciones sensoriales de sus órganos genitales, fuente biológica de su futura identidad de género. Existen numerosos trabajos que han estudiado las manifestaciones precoces de la genitalidad, del descubrimiento y manipuleo que hace el lactante de sus genitales aun durante el primer año de vida. Es esta fundamental y primer experiencia la que establecerá el núcleo de la identidad de género, el niño/a descubrirá sus genitales: el pene en el varón y la vagina en la nena. El índice conductual de que tal núcleo de la identidad se halla firmemente establecido, lo constituirá la aparición de la ansiedad de castración.

El papel que desempeña el otro en el descubrimiento y establecimiento precoz de la erogeneidad genital se presta también a algunas precisiones. Para algunos- siguiendo a Freud- la madre es el primer agente seductor, al realizar los cuidados corporales erotiza y favorece tanto el descubrimiento de los genitales como su integración al esquema del Yo corporal incipiente. Para otros, es necesario que a esta facilitación, que se establece por el contacto físico, se le sume la confirmación parental, término arbitrario, utilizado para designar todo lo que expresan los padres a un niño/a concierne a su sexo y a su género (Stoller, 1968a). Esta contribución atribuye mayor valor al poder de la creencia, del fantasma, del deseo, como modelos del núcleo del género, que a la asunción que puede hacer el niño de por sí, en base a sensaciones corporales, de su pertenencia a un sexo anatómico. Por tanto se piensa que en el niño con hipospadias esta confirmación parental es la que puede llegar a alterar su identidad psicosexual, debido a que los padres, en general, dudan de su funcionamiento y desarrollo como varones.

La percepción de la excitación genital y la masturbación se incrementan durante el segundo año de vida. Durante la etapa del control de esfínteres es cuando, en un contexto de confrontación de la función urinaria de los genitales y del apogeo del erotismo uretral, la inscripción de pertenencia a un género queda más firmemente establecida (Kleeman, 1965; Roiphe y Galeson, 1981). No hay que olvidar que los niños con hipospadias muestran problemas en esa función uretral debido a que tienen que orinar sentados.

Por tanto, el sentimiento de tener un núcleo de la identidad de género proviene para los distintos autores de diversas fuentes:

1. La percepción despertada naturalmente por la anatomía y fisiología de los órganos genitales;
2. de la actitud de padres, hermanos y de los pares en relación al género del niño, y
3. De una fuerza biológica cuyo poder para modificar la acción del medio es relativo.

#### **4.2.3 Rol de género:**

El rol, se refiere al conjunto de prescripciones para una conducta dada, las expectativas acerca de cuales son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto dado (Dio Bleichmar, 1994).

El rol de género es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Es la estructura social la que prescribe la serie de funciones para el hombre y la mujer como propias o naturales de sus respectivos géneros. En cada cultura, se halla rigidamente pautado qué se espera de la feminidad y la masculinidad de un niño/a.

A través de la observación, los niños incorporan las conductas pertenecientes al padre y la madre, aprendizaje que se realiza sin necesidad de un reforzamiento directo, porque los padres constituyen, por su condición propia, objetivos idealizados a los que se les desea imitar y además tienen el control sobre el otorgamiento del amor y del reconocimiento como recompensa.

Durante el segundo, tercer y aun cuarto año de vida, dependiendo de las peculiaridades de su socialización, presencia de hermanos, etc., los niños establecen las diferencias de género, por rasgos exteriores y secundarios que son en orden de frecuencia; largo del cabello, vestido, tamaño y forma corporal, según cual de estos atributos sea destacado por el discurso materno para establecer la rotulación.

El niño aprende a discriminar las rotulaciones de género que corresponden a los comportamientos aprobados y también aprende a emplear tal etiquetación para sí mismo y su proceso será reforzado o desaprobado por sus padres. En esto consiste el proceso temprano de identificación a su género.

Una vez que el núcleo de la identidad de género se halla establecida el niño mismo, ya inmerso en una de las categorías, organiza su experiencia en la búsqueda de iguales como modelos de rol con quien identificarse.

#### **4.2.4 Orientación sexual:**

Se refiere a la orientación o preferencia del sexo que debe poseer el compañero sexual. Las condiciones mencionadas anteriormente ( asignación, núcleo y rol de genero) se desarrollan y tienen sus raíces en las fases anteriores a

la fase fálica. No así la elección o preferencia de objeto sexual, que implica una compleja comprensión de la naturaleza sexual de la relación entre hombre y mujer, la función específica de los órganos genitales en el coito y en el apogeo de la pulsión genital. Este conocimiento opera una transformación sobre el deseo del niño. Pues la previa coexistencia de pulsiones sexuales hacia ambos padres, o de búsqueda de reconocimiento y aceptación narcisista, se ve conmocionada, y resulta necesario hacer una "elección", una opción, una renuncia, ante la presencia del conflicto.

Cualquiera que sea la dirección que se logre, ésta sólo definirá el tipo de orientación sexual, hetero u homosexual, pero no afectará al género del niño/a. Esta elección sólo se sella en la pubertad, sin embargo, el niño durante la latencia y la adolescencia llega a dudar de su orientación.

Por tanto, para describir el perfil psicosexual de una persona se requiere de cuatro especificaciones: el sexo anatómico, la identidad, el rol de género y el tipo de orientación o elección de objeto sexual.

#### **4.3 GÉNERO Y COMPLEJO DE EDIPO.**

Como se especificó anteriormente, el núcleo de la identidad de género se haya ya establecido antes de los tres años. Por tanto ¿cual es el papel que desempeña el conflicto edípico en este proceso?

Freud (1905), menciona que el momento en que la ansiedad de castración se instala con plena efectividad es cuando el niño comprende que si insiste en sus deseos incestuosos, puede perder su pene, es decir, convertirse en mujer, idea que lo atemoriza. Es entonces, esta consecuencia, el eventual cambio de sexo- lo que provoca la eficacia de la ansiedad de castración, que conduce a la represión de los deseos incestuosos y al desplazamiento de la ansiedad sobre el objeto externo. De lo cual se deduce, que solo un "ya existente" sentimiento de ser varón y el temor a perder la masculinidad se presentan como la condición previa necesaria para que la amenaza de castración obtenga su efectividad. Incluso la inadecuada resolución de la conflictiva edípica, con todas sus desviaciones posibles, no llegan a comprometer la identidad de género del implicado. Esta identidad es previa y se halla ya consolidada. Por tanto, el desenlace edípico conduce a una normativización del deseo, a la elección del objeto sexual. Su fracaso en cambio, puede alterar esa "normalidad" y pervertir el deseo pero no el género.

A pesar de lo dicho anteriormente, existe en la obra Freudiana un lugar independiente del complejo edípico de donde se puede estructurar el género.

En el planteamiento sobre la naturaleza del vínculo humano más primitivo, Freud (1921), habló que las relaciones del niño con sus padres muestra dos órdenes de enlace psicológicamente diferentes: uno francamente sexual hacia la madre y una identificación con el padre, al que considera como modelo a imitar. Estos dos enlaces coexisten durante algún tiempo sin influirse ni oponerse entre sí. Es decir, que el niño manifiesta un especial interés por su padre, quisiera ser como él y reemplazarlo en todo. Podemos pues, decir que hace de su padre un ideal.



Esta conducta no representa, en absoluto, una actitud pasiva o femenina con respecto al padre ( o a los hombres en general), sino que es estrictamente masculina y se concilia muy bien con el Complejo de Edipo a cuya preparación contribuye. Simultáneamente, o algo más tarde, a esta identificación con el padre, comienza el niño a desarrollar una verdadera catexis de objeto hacia su madre.

De esta formulación se desprende claramente que Freud consideraba la existencia de una identidad masculina en el niño, que se construye por medio de la identificación y que tal identificación se halla guiada por la similitud entre él y el padre, proceso previo y preparatorio del Complejo de Edipo.

Lo anteriormente mencionado nos indica que en la etapa preedípica se organiza un ideal del género, un prototipo, al cual se toma como modelo, y el Yo tiende a conformarse de acuerdo a este modelo. Ahora bien, todo este proceso se realiza en un contexto prevalentemente ajeno al conflicto edípico. El niño busca ser el preferido de cada uno de los padres, El los ha "elegido" para que lo amen, y con estos objetos poderosos e ideales el niño se identifica. Coexiste la catexis de objeto y la identificación sin que aún se haya efectuado "una elección de objeto sexual", pues el niño no se ha encontrado en la situación de tener que optar. A partir del momento en que el niño concibe la sexualidad de sus padres, y ubique al padre en una posición imposible de igualar, se producirá una modificación en la estructura de las relaciones del sistema triangular. El niño no sólo deseará ser como el padre, sino que se dará cuenta de que su padre es el objeto de amor sexual de su madre, a la que él deseará ahora no sólo oral, anal sino también fálicamente. Este cambio, conmueve la dinámica de la relación con el padre: si este constituía un ideal al cual el niño trataba de imitar en todas sus formas identificándose a él, ahora esta identificación no sólo sostendrá la ambivalencia propia de la naturaleza narcisista de tal identificación, sino un plus adicional correspondiente a la posición de rival edípico.

Se desprende claramente que, como resultado del Complejo de Edipo, el niño establecerá en el mejor de los casos una definida orientación hacia qué sexo dirigirá su deseo, es decir que establecerá los cimientos de su futura hetero u homosexualidad. Pero tanto una como otra descansa sobre un núcleo que no se ha cuestionado, el género del niño y el de sus padres. El puede dudar entre el deseo de penetrar a su madre o ser penetrado por su padre, pero no duda que él es un varón que será penetrado por otro varón o penetrará a una mujer. En resumen la idea Freudiana de la bisexualidad siempre se basó sobre una bipolaridad del deseo, no del género.

#### **4.4 IDEAL TEMPRANO DEL GÉNERO:**

Tomando en cuenta que el primer y principal modelo de identificación es la madre, para establecer el núcleo de la identidad de género y buscar activamente la identificación con los hombres, el niño varón debe desidentificarse de ella (Greenson, 1968; Abelin, 1975; Tyson, 1982). Si el varón imita la dulzura, los

movimientos, los gestos maternos, se feminiza. Por tanto el varón cuenta con la ventaja que su objeto de amor no varía a lo largo de su evolución, no es tan simple en cuanto al desarrollo de su identidad de género, pues la identificación con la madre no promueve su masculinidad. Los niños desarrollan una identificación femenina temprana que no parece resultar básicamente de un grave conflicto, sino por el contrario, de una fusión perfecta con la madre y de un conjunto de factores que si cumplen la condición de hallarse todos presentes, darían como resultado a un varón transexual:

1. Gran belleza física desde el nacimiento;
2. Extrema intimidad y cercanía en la relación temprana madre-hijo (que se acerca al modelo de relación incondicional y perfecta de la cual el niño no parece querer desprenderse);
3. Madres con severos síntomas de masculinidad en su desarrollo o deseos de ser varón, que experimentan con este determinado niño una extrema felicidad;
4. Mujeres que previamente al nacimiento del niño sufren una depresión crónica sin esperanzas, una vida inerte sin ningún estímulo;
5. relaciones de pareja caracterizadas por prolongadas ausencias físicas del esposo, déficit serios en el vínculo emocional, o marcado formalismo, y
6. Esposo pasivo, inafectivo y despreciado por la madre que abandona totalmente la crianza del niño en sus manos, no teniendo ningún contacto con él.

Ahora bien, estas condiciones son extremas en el transexual, pero la estructura de la relación dual madre-hijo y la identificación primaria y especular a ella es común a todos los varones de la especie; por tanto, uno podría interrogarse sobre cómo logra el varón desidentificarse de su madre y cuáles son las vicisitudes del desarrollo normal de la masculinidad del niño. Habitualmente se encuentra con una madre que desacreditará cualquier esbozo de conducta o juegos femeninos. En el curso de la socialización, el niño recibirá un infinito numero de claves en la comunicación y en el código social vigente, que le indicarán lo que se espera de él como varón. El proceso de desprendimiento, de separación de la madre, favorecerá que el niño se dirija hacia el padre. Aquí se demuestra la importancia tanto de la presencia real del padre-hombre, como de la presencia simbólica en el deseo de la madre para efectuar el corte de la relación dual con la ella.

#### **4.5 DESORDENES EN LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL:**

Como se ha venido exponiendo a lo largo de este capítulo, se considera normal que algunos muchachos adopten de forma transitoria comportamientos propios del sexo opuesto. Algunos muchachos llegan a presentar comportamientos tales como: deseos de usar los cosméticos de la madre, collares, tacones, etc. Este

tipo de exploración es por lo general temporal y episódica y constituye una experiencia de aprendizaje en el proceso de socialización normal del rol de género (Macoby y Jacklin, 1974; Mischel, 1970).

Sin embargo, en algunos casos, los niños se desvían del modelo normal de comportamiento masculino o femenino y puede ocurrir que estos comportamientos que comenzaron como juegos o simple curiosidad se vuelvan persistentes y excesivos, llegando a lo que se conoce como desordenes en la identidad sexual (Zucker 1985).

Los muchachos con estos desordenes, comúnmente llamados afeminados, rechazan su masculinidad y persisten en la creencia de ser niñas y desean ser madres. Evitan con frecuencia relacionarse con compañeros de su mismo sexo, les atrae la vestimenta, los artículos, cosméticos y los juegos femeninos, adoptan los gestos y manierismos estereotipados como femeninos.

Esta feminidad excesiva va más allá de una conducta transitoria y puede repercutir de forma importante en la vida familiar del sujeto. Las investigaciones acerca de estas perturbaciones tienen poco tiempo y no ha sido más que a partir de la década pasada que se han vuelto más fructíferas, logrando un mayor conocimiento de sus características, repercusiones y tratamiento dentro de la psicología.

Los disturbios referentes al género se clasifican en: 1) Feminidad excesiva en muchachos; 2) Masculinidad excesiva en muchachos; 3) Feminidad excesiva en muchachas y 4) Masculinidad excesiva en muchachas. De estos cuatro tipos potenciales de disturbios, los que tienen mayor incidencia son los de niños excesivamente femeninos, de lo que se ha deducido que las desviaciones sexuales se presentan con más frecuencia en varones que en hembras (Green, 1982), y que existe una mayor preocupación de los padres cuando sus hijos varones presentan dichos comportamientos, debido principalmente al contexto social.

Rosen, Rekers y Friar (1977), han distinguido dos síndromes básicos en los muchachos que muestran actitudes propias del sexo femenino: disturbios en el comportamiento del rol de género y alteraciones en la identidad sexual. El muchacho con disturbios en el rol de género prefiere usar, ya sea de forma imaginaria o real vestimentas, artículos cosméticos, gestos y manierismos del sexo contrario, así como inflexiones vocales y contenido de su discurso predominantemente femenino. Se observa, así mismo, cierta aversión en practicar actividades propias del sexo masculino.

Por su parte, los muchachos con alteraciones en la identidad sexual, además de adoptar comportamientos femeninos muestran un verdadero deseo de ser o creencia de ser del sexo opuesto (Greenson, 1968; Stoller, 1968b), rechazando su miembro viril y mostrando deseos persistentes de quitarse su pene.

A fin de que se comprendan mejor la distinción entre estos dos tipos de alteraciones, es posible hacer una semejanza entre el transvestismo adulto con lo que hemos venido llamando disturbio en el rol de género y el transexualismo con alteraciones en la identidad sexual.

Rekers (1972), menciona, por tanto, que los muchachos con perturbaciones con respecto a la identidad psicosexual, muestran conductas persistentes propios

del sexo femenino, así como una sensación crónica de pertenecer al otro sexo, combinadas con los siguientes comportamientos:

1. Muestra preferencia por utilizar vestimenta con características femeninas. En sus juegos puede llegar a improvisar ropa femenina haciendo uso de otros materiales o adecuar su ropa masculina y transformarla en ropa con tendencias femeninas.
2. Adopta gestos, movimientos de los brazos y posturas que culturalmente están estereotipadas para el género femenino. Estos amaneramientos suelen presentarse de manera inconsciente, mostrándose incapaz de inhibirlos.
3. Tiende a evitar compañías de su mismo sexo, buscando actividades, juegos y pasatiempos propios del sexo femenino. En la niñez, es común la preferencia por juguetes de niñas (muñecas, Barbies) o juegos en donde pueda obtener un papel femenino.
4. Puede llegar a ponerse un nombre o apodo asexuado o tendiente a lo femenino.
5. Su plática y sus intereses pueden tener contenidos predominantemente femeninos, tales como embarazos, ropa interior femenina, salones de belleza, artículos de belleza, etc.
6. De manera más rara, y en etapa infantil, puede mostrar un rechazo abierto por sus órganos genitales, negándose a orinar de forma parada, afirmando que su pene, testículos y escroto son repugnantes y que desaparecerán cuando crezca o que se operará para ya no tenerlos. Puede insistir en que preferiría no tener un pene y ocultarlo entre sus piernas para poder tener la apariencia de una mujer.
7. Hace declaraciones verbales directas y persistentes de que él preferiría ser del sexo opuesto.

Este tipo de alteraciones en la identidad psicosexual puede deberse a múltiples contextos dentro del desarrollo evolutivo del sujeto, sin embargo es frecuente que se instituya antes de la pubertad. En las investigaciones consultadas sobre este tema (Green, 1982; Zucker, 1985; Zuger, 1966, 1984), se ha podido observar que las historias de desarrollo de estos muchachos son paralelas a los informes retrospectivos de adultos travestís, transexuales y algunos homosexuales. Así mismo los estudios longitudinales indican que la mayoría de estos muchachos afeminados mostraron una orientación homosexual o actitudes transexuales y travestís en edad adulta.

Uno de los factores determinantes en este tipo de alteraciones es el núcleo familiar, ya que la literatura sobre el desarrollo psicosexual de niños normales ha revelado que los padres son los primeros agentes de identificación. Y en el caso de los varones el padre tiene un papel primordial en cuanto a que es el principal generador de los comportamientos sexuales apropiados para el género masculino. Por tanto se ha comprobado que los muchachos con estos disturbios muestran un alto índice de privación parental en donde el padre se encuentra física o psicológicamente ausente (Biller, 1974; Hamilton, 1977).

#### **4.6 PAPEL DEL PADRE EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD:**

Retomando la teoría de que el niño pequeño toma como modelos tanto el padre como a la madre en la construcción de su ideal temprano (Freud, 1905), es necesario hacer algunas precisiones sobre este punto. Resulta un tanto lógica, la identificación con la madre por ser el primer objeto de contacto y de supervivencia vital del niño. El padre, en tanto proveedor de cuidados, es más oscuro y difícil de captar por el niño pequeño y se requiere de un mayor desarrollo cognitivo para que esto suceda. De ahí la enorme relevancia que cobra la continuidad y la consistencia de su presencia para que se enjia en objeto interno idealizado (Abelin, 1975). Por tanto, es menester precisar a partir de que referencias es el padre para el niño un ideal temprano de identificación.

En la literatura se ha puesto mucho énfasis en las experiencias ligadas al falicismo uretral: "Comienza a mostrar gran fascinación hacia el chorro de orina de su padre" (Tyson, 1982), y es a partir de esta comunión anatómica cuando el niño empezaría a mostrar un exhibicionismo y un orgullo extremo por su órgano, entrando en lo que algunos autores han designado la fase fálico- narcisista de la etapa fálica.

Edgumbe y Brugner (1975) y también Nágera (1975) describen un periodo preedípico de la etapa fálica, durante el cual el niño, si bien ya conoce la oposición fálico-castrado y el erotismo genital, sin embargo el exhibicionismo y las fantasías fálicas girarían alrededor de la valorización y la narcisación de su cuerpo, más que sobre el deseo sexual hacia la madre, ya que las relaciones de objeto siguen manteniéndose duales. Lo que resulta importante subrayar es que el niño presenta todo tipo de deseos relacionados con las capacidades y funciones de un cuerpo humano, tanto poseer un pene potente y grandioso como también senos y bebés (Kestenberg, 1956); También en el varón se ha observado envidia al pene, ya que éste es vivido como una posesión narcisista del padre (Dio Bleichmar, 1981) que el niño desea para sí aún antes de haber desarrollado la comprensión cognitiva de su función en el intercambio sexual (Tyson, 1982).

## 4.7 MASCULINIZACIÓN DEL PENE:

Este énfasis en la función uretral y posteriormente en la genital, es decir en el pene real del padre como única referencia a la masculinidad, resulta un planteamiento no sólo reduccionista, sino una trampa en la que se ha caído frecuentemente<sup>2</sup>. Que el pene se haya erigido en el símbolo del poder del hombre en nuestra cultura no quiere decir que la transmisión y la estructuración de la masculinidad, en sus aspectos psicológicos y sociales, se realice sólo por la percepción del pene real y de sus funciones. El falocentrismo abarca una intrincada y vastísima red de significaciones en las que el falicismo peneana es una de sus variantes.

Sin embargo, uno se podría cuestionar si en la niñez el pene real no recubre la totalidad del falicismo, es decir que basta que el padre se desnude ante el niño, que comparta el ejercicio o haga conocer la función uretral, para que el niño adquiera el sentido de masculinidad y de la narcisización de la genitalidad, como paradigma de la masculinidad<sup>3</sup>. Aunque en cada cultura y en cada microcultura se registran variantes, existen parámetros sumamente rígidos de los valores por los cuales la masculinidad queda definida. Esta dimensión de la masculinidad, este ímago el padre, lo que constituiría la trama significativa de la estructura del ideal del Yo, aún queda por dilucidar.

En los últimos años, algunos trabajos sobre este tema recalcaron la importancia de la transmisión de la masculinidad, no sólo del padre real- en tanto donador efectivo de los atributos-, sino de status de la masculinidad en la fantasmática tanto del padre como de la madre, como de la ideología consciente sobre los mismos que posee la familia. El óptimo investimento narcisista en la masculinidad y en el rol de género masculino se establecerá en el niño cuando el padre y la madre muestren visible orgullo, tanto en la masculinidad paterna como en la del niño. Si el padre es controlador y dominante, no permitiendo el desacuerdo, puede provocar en el niño una actitud pasiva y dependiente que obstaculice la ausencia de comportamientos del rol masculino. Si la madre domina y desvaloriza, o franca y abiertamente rechaza los aspectos masculinos de la relación con el esposo, el niño encontrará serios obstáculos en ver las ventajas narcisistas en una identificación masculina; por tanto temerá ser dominado, empequeñecido y perder la estima de la madre, lo que dificultará su des-identificación con ella. Así mismo tiene una enorme importancia cómo el niño ve, concibe, va experimentando la masculinidad de su padre; si su padre que es una ímago-parental idealizada (Kohut, 1971) comienza a ser contrastado por el niño de manera que sus comportamientos de rol no se adecuen a los fijados como modelo, también esto afectará en su identificación.

---

<sup>2</sup> En nuestra cultura esta trampa se ejemplifica con la importancia que se le confiere al tener un pene grande y potente, simbolismo de fortaleza y hombría.

<sup>3</sup> Este planteamiento resulta importante dentro de nuestro estudio, ya que si lo aceptamos como tal, el niño con hipospadias se encontrará muy desaventajado debido a su malformación.

Resumiendo el padre participa en la construcción de la masculinidad del niño en forma múltiple:

1. Como modelo ejemplar del cuerpo anatómico del hombre;
2. Como modelo de hombre masculino en sus roles sociales;
3. Como modelo que valoriza su propia masculinidad y desea favorecerla en su hijo (su capacidad donativa);
4. como modelo de hombre masculino aceptado y deseado por una mujer, y
5. Activamente por la promoción de deseos y conductas en el hijo- a través de sus propios deseos y expectativas acerca de qué es lo que quiere que el hijo varón sea-, por el grado de compromiso en impulsar esta identidad.
6. En conclusión, el ideal del género se constituye por:

1. Representaciones ideales de los objetos, basadas en las tempranas impresiones de los padres, quienes son vistos como modelos ejemplares del género. Ejemplares en un doble sentido: ideales y patrones de clase, ya que a partir de la imagen ejemplar se incluyen por comparación todos los otros miembros de la misma: mamá-mujeres-señoras-niñas.

2. Representaciones del niño/a varón-mujer ideal. El Varón/niña modelo, que proviene del propio ideal de los padres de lo que debe ser un niño/a.

3. Representaciones del varón/niña ideal del propio niño, lo que el niño quiere ser.

Estos tres tipos de representaciones son independientes no sólo en su dinámica, sino en su génesis.

#### **4.8 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DE LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL:**

Como suplemento de la explicación anteriormente expuesta sobre el proceso de identidad psicosexual se menciona a continuación los factores que influyen en su adquisición:

##### **a) Edad:**

- La edad juega un papel importante en la adquisición de la identidad psicosexual:
- De 9-12 meses el niño se reconoce a sí mismo y se diferencia de los demás.
- A partir del año y medio empiezan a mostrar intereses y juegos tipificados socialmente según el sexo.
- Hacia los dos años se autclasifican como niño o niña.

- A partir de los 3 años aceptan o rechazan juegos, juguetes, gestos, vestidos, etc., en función de su sexo, rechazan aquellos niños que hacen cosas consideradas como propias del otro sexo, y aparece una tendencia a establecer lazos más estrechos con niños del mismo sexo.
- Hacia los 6-7 años aparece la consistencia de género.
- El conocimiento y la consistencia de los roles de género aumenta progresivamente hasta la adolescencia. Para poder considerar adquirida la permanencia de la identidad sexual y de género tiene que haber conciencia de:
  - No se puede cambiar la identidad por propia voluntad,
  - La identidad sexual es estable a lo largo del tiempo,
  - Es consistente a pesar de los cambios en la apariencia o en la actividad. - Esta consistencia depende de la permanencia de los genitales como órganos que definen la identidad.

#### **b) Nivel de desarrollo:**

Va muy ligado a la maduración e inteligencia. La adquisición de la identidad psicosexual exige:

- La discriminación entre diferentes personas.
- El reconocimiento de sí mismo y el reconocimiento de las diferencias de género,
- El concepto de permanencia de la identidad a lo largo del ciclo vital,
- Capacidades formales de razonamiento en las que lo real pasa a ser un subconjunto de lo posible.

#### **c) sexo:**

Se ha observado que los niños demuestran estar más rígidamente tipificados que las niñas. Ya que en las niñas es más frecuente o socialmente aceptado el interés por las actividades y los juguetes considerados como masculinos.

#### **d) Familia:**

El esquema familiar constituye el marco afectivo y social fundamental del niño, donde encuentra los primeros modelos de identificación; Sin embargo, en la adolescencia se busca sustituir los vínculos parentales por nuevas relaciones objetales.



**e) Escuela:**

Está al igual que la familia se convierte en un representante y transmisor de los valores sociales dominantes.

**f) Grupo:**

La influencia que ejerce el grupo en los adolescentes adquiere gran importancia. El adolescente, en interrelación con sus iguales, puede asumir las rápidas modificaciones corporales a que se ve sometido y que lo guían a una reconsideración y a una nueva revisión de su imagen corporal, llevándole a una redefinición de su identidad sexual y de género. El grupo en el cual se halla inmerso ejerce fuertes presiones sobre él, y acomodarse a los estereotipos de la apariencia física implica para el joven una mayor popularidad, una mayor seguridad en sí mismo, una autoconfianza y una mayor implicación en las relaciones heterosexuales y un mayor equilibrio personal; por el contrario el no hacerlo implica un retraimiento de las relaciones sexuales, una auto-desvalorización, inseguridad y dificultades afectivas. Las preocupaciones de esta etapa difieren según los sexos; mientras en las chicas la principal preocupación se halla en el deseo de gustar, en los chicos va a girar en torno al problema de la virilidad.

## CAPITULO V: MÉTODO

...mi propósito no es el de enseñar aquí el método que cada cual debe seguir para guiar acertadamente su razón, sino solamente el de mostrar de qué manera he tratado de guiar la mía.

Descartes.

### 5.1 ANTECEDENTES

En el campo de la psicología no se encontraron investigaciones previas en cuanto al trastorno de hipospadias en adolescentes, por lo cual solo se citaran tres realizadas con niños y adultos:

Kenawi, M.N (1976), examinó la función sexual de 82 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipospadias. El estudio se realizó mandándoles por correo un cuestionario en donde se indagaba: la condición original del padecimiento antes de ser intervenido, el número de cirugías, tipo de hipospadias, el estado civil de los participantes, el número de hijos que tenían, si existía infertilidad, grado de satisfacción en las relaciones sexuales, estado de erección y de eyaculación, dificultades para orinar, Así como satisfacción con el tamaño y apariencia del pene.

Dentro de la población estudiada se encontró que el tipo de hipospadias con más incidencia corresponde a las hipospadias medio peneanas (47%), así como los casos de cuerdas severas se encontraron en un 28.6%. En cuanto a los padecimientos asociados se reportaron 6 casos de criptorquidia unilateral y 3 de criptorquidia bilateral, así como 3 casos de hernias inguinales.

Con respecto a las edades correspondientes a las primeras cirugías se reportó que todas ellas habían sido practicadas durante la niñez.

El 78 % de los pacientes ya habían tenido su primera experiencia sexual, 34 de ellos antes de los 19 años y solo 19 pacientes no habían tenido aún relaciones sexuales.

30 estaban casados, donde la edad media de matrimonio correspondía a 22 años. De estos pacientes, 15 tenían hijos y 12 aún no tenían. 3 pacientes habían fallado en el intento por tenerlos y otros 3 se declararon como estériles.

Con respecto a la apariencia del pene: 3 reportaron que su pene era muy pequeño, 11 pacientes no estaban satisfechos con el orificio y 7 con la piel de su pene.

En cuanto a la satisfacción con respecto a la erección 77 pacientes se reportaron satisfechos y solo 4 insatisfechos.

El reporte con respecto a las dificultades para orinar solo se manifestó en 13 casos en donde los sujetos tenían dificultades para dirigir su orina.

En el presente estudio se concluyó que la función sexual de estos pacientes solo presentaba alteraciones o se reportaba como insatisfecha cuando existía una inadecuada o incompleta cirugía.

Mureau. M; Slipjer. F y cols. (1995), investigaron la percepción genital de pacientes operados de hipospadias a través de un cuestionario estandarizado. La muestra utilizada fue de 73 adultos entre 18 y 38 años y de 116 niños y adolescentes entre 9 y 18 años, todos ellos operados de hipospadias. Muestra que se comparó con 50 y 80 hombres del grupo control respectivamente, estos últimos tratados de hernias inguinales.

Las relaciones entre la edad del paciente, su apariencia genital, grado de hipospadias, número de cirugías, edad de la última cirugía y tipo de técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de hipospadias también fueron investigadas.

Se encontró que los pacientes de hipospadias tienen una percepción genital más negativa en comparación con los del grupo control, predominantemente porque están insatisfechos con el tamaño y forma de su pene y con la posición del meato.

La percepción genital no estuvo relacionada con la edad o el tipo de cirugía, pero sí fue significativamente más negativa cuando la apariencia del pene fue juzgada como diferente a la de otros hombres y cuando estaban insatisfechos con la circuncisión que se les practica como resultado de la cirugía.

Scandberg, D; Meyer, B. Y cols (1995), examinaron el rol de género en 175 niños de 6 a 10 años de edad, nacidos con trastorno de hipospadias. En este estudio se les pidió a los padres que completaran un cuestionario estandarizado acerca de la conducta de género. A través del cual los sujetos con hipospadias no mostraron diferencias significativas con el grupo control de 333 niños, en cuanto a conductas femeninas, pero sí se mostró un aumento en las conductas masculinas. La severidad del hipospadias se encontró relacionada al rol sexual. Así mismo, se encontró relacionado, un elevado número de hospitalizaciones debido a las cirugías, con un incremento en la conducta atípica de género. En esta investigación se concluyó que las hipospadias no influyen en la conducta de género.

En cuanto a las investigaciones realizadas con respecto al acné juvenil, no se encontraron antecedentes que tuvieran una relación con la identidad psicosexual o la sexualidad. Se pudo constatar que en el campo de la psicología el acné se ha estudiado muy poco y se ha relacionado más bien como un estado de tensión emocional, donde el stress o la angustia pudieran desencadenar como afección psicosomática una reacción en la piel provocando el acné. Más no se ha investigado si el acné pudiera deberse a problemas en cuanto a la sexualidad y menos aún que pueda llegar a provocar alteraciones en la identidad psicosexual de los adolescentes.

## **5.2 JUSTIFICACIÓN:**

Con base en los antecedentes mencionados anteriormente, se puede concluir que las investigaciones acerca del hipospadias son muy escasas y han sido realizadas principalmente en el extranjero. Así mismo estas investigaciones se

sustentan sobre una base metodológica cuantitativa, a través de cuestionarios estandarizados y aluden únicamente al aspecto médico del padecimiento, dejando de lado el aspecto psicológico. Se puede observar que los resultados de estos estudios son poco concluyentes, dejando abierto el campo para mayores y más profundas investigaciones.

Debido a esto se piensa que este estudio puede contribuir de forma importante. No sólo porque no existen investigaciones acerca de éste padecimiento en México, sino también porque no se han hecho investigaciones a un nivel cualitativo o proyectivo, enfatizando la problemática psicológica e inconsciente de éste tipo de pacientes.

Aunado a esto, se ha encontrado a través de la experiencia clínica que estos pacientes presentan niveles elevados de angustia y marcada resistencia a las cirugías, lo cual en la adolescencia se ha manifestado también a través de dificultades para relacionarse y personalidad retraída.

Así mismo se ha reportado que estos pacientes pueden tener problemas de erección o abstinencia en la practica de la actividad sexual.

Situaciones que en su conjunto presuponen repercusiones en el rol de género, identidad de género y orientación sexual. Por tanto se consideró necesario desde el campo de la psicología conocer si este padecimiento y las cirugías que implican, han afectado la identidad psicosexual de los pacientes en edad adolescente.

Con respecto al grupo de sujetos con Acné Juvenil, es preciso mencionar, que fue reunido explícitamente para tener un punto de comparación más objetivo con el grupo de sujetos con hipospadias. Es decir, que se creyó conveniente comparar el grupo de sujetos con hipospadias con otro grupo que no presentará ningún padecimiento de tipo orgánico, congénito o referente al área sexual. Por tanto ambos grupos se igualaron en cuanto al rango de edad, sexo, nivel socioeconómico y lugar de residencia. Difiriendo solo en el tipo de padecimiento.

Así mismo se pensó que dentro de los padecimientos atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría, el Acné Juvenil es de las enfermedades menos severas, que se presenta específicamente en edad adolescente y no tiene relación directa con los órganos genitales.

Sin embargo tomando en cuenta los aspectos psicosomáticos que pueden influir en la piel, es posible plantear que el acné puede llegar a repercutir en el desarrollo de la psicosexualidad ya que se presenta en la adolescencia, la cual es una etapa en donde el joven empieza a experimentar sus primeros acercamientos sexuales. Así mismo, es una época de múltiples cambios y tormentas emocionales, las cuales producen mucha ansiedad y pueden encontrar una descarga a través de una manifestación patológica de la piel, como es el Acné.

### **5.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Existen alteraciones en la identidad psicosexual de los adolescentes con Hipospadias en comparación con los adolescentes con Acné Juvenil?

## 5.4 OBJETIVOS:

- Conocer si los adolescentes con trastorno de hipospadias muestran alteraciones en su identidad psicosexual en etapa adolescente.
- Comparar la identidad psicosexual de adolescentes con diagnóstico de hipospadias con otro grupo de adolescentes con Acné Juvenil.
- Identificar los tipos de alteraciones en la identidad psicosexual de adolescentes con hipospadias y adolescentes con Acné Juvenil a través de 3 instrumentos psicológicos.

## 5.5 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

### 5.5.1 Hipotesis de investigación:

El grupo de sujetos con diagnóstico de Hipospadias presenta mayores alteraciones en la identidad psicosexual que el grupo de adolescentes con Acné Juvenil.

### 5.5.2 Hipótesis estadísticas:

La hipótesis de investigación se validará por medio de las siguientes hipótesis estadísticas<sup>4</sup>:

1. **Hi.** Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de:
  - 1.1 La puntuación total de la entrevista
  - 1.2 Las relaciones familiares
  - 1.3 La identidad sexual
  - 1.4 El área sexualdel grupo de sujetos con hipospadias y del grupo de sujetos con Acné Juvenil.

**Ho.** No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de:

- 1.5 La puntuación total de la entrevista
  - 1.6 Las relaciones familiares
  - 1.7 La identidad sexual
  - 1.8 El área sexual
- del grupo de sujetos con hipospadias y del grupo de sujetos con Acné Juvenil.

2. **Hi,** Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de:

---

<sup>4</sup> Es importante especificar que estas variables son independientes entre sí, es decir que con solo una que resulte estadísticamente significativa, indicara que existe alteración en ese rasgo con respecto a la identidad psicosexual.

- 2.1 La puntuación total del Test de la Figura Humana de Machover.
- 2.2 El sexo de la Figura Inicial
- 2.3 La Diferenciación Sexual entre las figuras
- 2.4 Las Características Sexuales Invertidas entre las figuras
- 2.5 El Tamaño de las figuras
- 2.6 Las Figuras Primitivas
- 2.7 Las Historias
- 2.8 Los Indicadores Corporales

del grupo de sujetos con hipospadias y del grupo de sujetos con Acné Juvenil.

**Ho**, No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de:

- 2.1 La puntuación total del Test de la Figura Humana de Machover.
- 2.2 El sexo de la Figura Inicial
- 2.3 La Diferenciación Sexual entre las figuras
- 2.4 Las Características Sexuales Invertidas entre las figuras
- 2.5 El Tamaño de las figuras
- 2.6 Las Figuras Primitivas
- 2.7 Las Historias
- 2.8 Los Indicadores Corporales

del grupo de sujetos con hipospadias y del grupo de sujetos con Acné Juvenil.

**3. Hi**, Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de:

- 3.1 La puntuación total del Test de Apercepción Temática
- 3.2 La identificación con personajes del mismo sexo
- 3.3 Las relaciones Madre-Hijo
- 3.4 Las relaciones Padre-Hijo
- 3.5 Las relaciones Hombre-Mujer
- 3.6 Los temas sexuales
- 3.7 Asignación del sexo de los personajes
- 3.8 Las tendencias Homosexuales
- 3.9 La Angustia a la Castración
- 3.10 Los Temores edipicos
- 3.11 Lapsus respecto al sexo

del grupo de sujetos con hipospadias y del grupo de sujetos con Acné Juvenil.

**Ho**, No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de:

- 3.1 La puntuación total del Test de Apercepción Temática
- 3.2 La identificación con personajes del mismo sexo

- 3.3 Las relaciones Madre-Hijo
  - 3.4 Las relaciones Padre-Hijo
  - 3.5 Las relaciones Hombre-Mujer
  - 3.6 Los temas sexuales
  - 3.7 Asignación del sexo de los personajes
  - 3.8 Las tendencias Homosexuales
  - 3.9 La Angustia a la Castración
  - 3.10 Los Temores edipicos
  - 3.11 Lapsus respecto al sexo
- del grupo de sujetos con hipospadias y del grupo de sujetos con Acné Juvenil.

## **5.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

### **5.6.1 Definición conceptual:**

**Hipospadias:** Es la aparición anormal de la abertura uretral en la parte ventral (debajo) del pene o en el perineo (Goodman, 1972).

**Acné Juvenil:** Es un estado inflamatorio de la piel de cierto tipo de folículos pilosebáceos frecuentes en la cara y en el tórax (Saúl, 1991).

**Identidad psicosexual:** La identidad psicosexual se referirá a la percepción consciente o inconsciente que un individuo considera que tiene él mismo acerca de su sexo, comprendiendo sus determinantes tanto psicológicas, como anatómicas y sociales, y considerando como sus características constitutivas: la identidad de Género, el rol de Género y la orientación sexual (Dio Bleichmar, 1994).

### **5.6.2 Definición operacional:**

La identidad psicosexual se definirá operacionalmente a través de los siguientes instrumentos:

**1) Entrevista semi-estructurada:** Donde se pretenden explorar datos acerca de las relaciones familiares, la identidad sexual, el área sexual y expectativas de vida con respecto a la orientación sexual de cada sujeto.

**2) Test de la Figura Humana de Machover:** La identidad psicosexual se cuantificó a través de: indicadores corporales que se relacionaran con una conflictiva de tipo sexual, así como el sexo de la figura con la cual se identifica el adolescente, la inclinación que muestra entre el género masculino y el género femenino, la existencia de diferencias en cuanto al sexo y tamaño de las figuras y la comparación entre ambas historias a fin de encontrar rasgos que indicaran algún tipo de alteración psicosexual.

**3) Test de Apercepción Temática de Murray:** Se pretendió a través de este Test explorar si el adolescente se identifica con personajes del mismo sexo, la manera de abordar los temas en relación a la actividad sexual, si reconoce en forma adecuada el sexo de los personajes, si muestra impulsos homosexuales, angustia a la castración, temores edípicos, lapsus con respecto al sexo y las relaciones madre-hijo, padre-hijo y hombre-mujer.

## **5.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Se trata de un estudio comparativo debido a que se compararon dos grupos con respecto a la identidad psicosexual. Descriptivo puesto que se sometieron a análisis dos grupos de sujetos especificando sus propiedades y la forma de manifestación del fenómeno estudiado. Y transversal porque la investigación se hizo dentro de un rango específico en la vida de los sujetos y su comparación se llevó a cabo en el mismo momento en el tiempo.

## **5.8 TIPO DE DISEÑO:**

Es un diseño no experimental, de comparación de dos grupos independientes, debido a que no hay una manipulación de variables dentro de una situación de control y a que estas variables ya existían antes de iniciar la investigación.

## **5.9 TIPO DE MUESTRA:**

El muestreo es no probabilístico, intencional por cuota, ya que se refiere a una muestra dirigida, es decir que la muestra incluyó solo adolescentes entre 13 y 18 años que tuvieran el diagnóstico de hipospadias puro<sup>5</sup> y el padecimiento de Acné Juvenil, lo cual indica un procedimiento de selección informal.

### **5.9.1 Sujetos:**

Para los fines de esta investigación se exploró la población existente en el archivo de pacientes con hipospadias registrados en el Instituto Nacional de Pediatría, en los últimos once años (1988-1999)<sup>6</sup>, a través de la cual se obtuvo una muestra de 10 adolescentes de 13 a 18 años, con diagnóstico de hipospadias puro intervenido quirúrgicamente y que residieran en el área Metropolitana de la Ciudad de México. Por lo tanto los tipos de hipospadias que se presentaron fueron los siguientes: Un caso con hipospadias coronal, 5 con hipospadias subcoronales, uno con hipospadias mediopeneana y 3 con hipospadias peneoscrotales, estos

<sup>5</sup> El hipospadias puro se refiere a que no tiene ningún otro padecimiento asociado.

<sup>6</sup> La estadística proporcionada en el archivo del INP, reportó 600 expedientes que indicaban el diagnóstico de hipospadias. Sin embargo se tuvo que hacer una depuración según el lugar de residencia, la edad y el diagnóstico puro de hipospadias sin ninguna enfermedad asociada. Por lo tanto sólo quedaron 32 pacientes que se pudieran incluir en el estudio, donde solo 10 pudieron ser localizados y aceptaron participar en la investigación.



corresponden a una gravedad media (distales y peneanos), dejando a un lado los casos de hipospadias muy severos (proximales) como son el Interescrotal o Perineal, los cuales por su localización se clasifican como padecimientos intersexuales o de ambigüedad de genitales, donde no es posible reconocer a simple vista a que tipo de sexo pertenecen.

Los sujetos del grupo comparativo fueron reclutados igualmente a través del archivo del Instituto Nacional de Pediatría y de la consulta externa del Servicio de Dermatología, cuidando que tuvieran como diagnóstico Acné Juvenil y que coincidieran en rango de edad, nivel socioeconómico, lugar de residencia y que no presentarían ningún padecimiento urológico. La muestra reunida fue igualmente de 10 sujetos entre 13 y 18 años.

Por tanto, la población provino del Instituto Nacional de Pediatría y el escenario en donde se levantaron los datos fue en el Servicio de Salud Mental del mismo instituto.

SUJETO	EDAD	PADECIMIENTO	TIPO
1	18 años	Hipospadias	Mediopeneano
2	16 años	Hipospadias	Peneescrotal
3	15 años	Hipospadias	Peneescrotal
4	17 años	Hipospadias	Subcoronal
5	14 años	Hipospadias	Peneescrotal
6	13 años	Hipospadias	Subcoronal
7	15 años	Hipospadias	Subcoronal
8	15 años	Hipospadias	Subcoronal
9	16 años	Hipospadias	Subcoronal
10	13 años	Hipospadias	Coronal
11	14 años	Acné	Juvenil
12	16 años	Acné	Juvenil
13	15 años	Acné	Juvenil
14	15 años	Acné	Juvenil
15	14 años	Acné	Juvenil
16	14 años	Acné	Juvenil
17	13 años	Acné	Juvenil
18	17 años	Acné	Juvenil
19	16 años	Acné	Juvenil
20	18 años	Acné	Juvenil

### 5.9.2 Criterios:

Se incluyeron aquellos sujetos que tuvieran entre 13 y 18 años de edad, que acudieran al Instituto Nacional de Pediatría a los Servicios de Urología y Dermatología, que tuvieran el diagnóstico de hipospadias puro intervenido

quirúrgicamente y de Acné Juvenil, que residieran en el área metropolitana de la Ciudad de México y que estuvieran dispuestos a participar en la investigación.

**Se excluyeron** a los sujetos que no coincidieran en rango de edad, que tuvieran algún otro padecimiento dermatológico o algún otro trastorno asociado al hipospadias, que tuvieran alguna deficiencia mental o algún tipo de psicosis, que vivieran en algún lugar dentro de la república mexicana o que no desearan participar en la investigación.

## **5.10 PROCEDIMIENTO:**

Este estudio, se llevó a cabo en colaboración con el servicio de Urología del Instituto Nacional de Pediatría, el cual derivó a los pacientes con diagnóstico de hipospadias. Así como con el Servicio de Dermatología, donde se reunió la muestra del grupo comparativo.

De forma complementaria, se pidió una estadística proveniente del archivo del Instituto Nacional de pediatría en donde se proporcionaron los datos de todos los pacientes con diagnóstico de hipospadias en los últimos once años y con diagnóstico de acné juvenil en los últimos 5 años, a través de la cual se obtuvo la muestra necesaria para la investigación y se localizó vía telefónica o telegráfica algunos pacientes, pidiéndoles que acudieran al Servicio de Salud Mental. Así mismo fueron incluidos los pacientes que acudían a consulta externa de urología y de Dermatología que cumplieron con los criterios de inclusión necesarios para la investigación.

Una vez seleccionados y reunidos los sujetos, se les invitó a participar en la investigación, explicándoles a grandes rasgos en que consistía y comprometiéndolos a través de una carta de consentimiento la cual debieron firmar (ver anexo). Posteriormente se procedió a darles una primera cita en donde se les efectuó la entrevista semi estructurada, la cual se llevó a cabo en una sesión de una hora aproximadamente. Al terminar la entrevista se les propuso otra cita donde se aplicaron las pruebas psicológicas, empezando por el Test de la Figura Humana de Machover y continuando con el Test de Apercepción Temática.

La calificación y el análisis clínico se efectuaron posteriormente con la colaboración de tres jueces por separado, para poder obtener una correlación interjueces y llegar a un acuerdo en los datos.

Se procedió a la descripción y al análisis de los resultados, así como a las conclusiones de la investigación.

## **5.11 INSTRUMENTOS:**

**Entrevista:** La entrevista es uno de los métodos más antiguos y que se utiliza con mayor frecuencia para la evaluación de la personalidad. El comportamiento no verbal de la persona que se somete a la entrevista, incluyendo

las posturas y el equilibrio corporal, las gesticulaciones, los movimientos oculares, así como la calidad y patrón del lenguaje, son aspectos importantes y deben observarse. No obstante, el énfasis principal en la entrevista es el contenido de las afirmaciones verbales que hace el entrevistado. Por tanto una entrevista puede definirse como un "intercambio verbal frente a frente en el cual una persona, el entrevistador, trata de obtener información por medio de las expresiones de opinión o creencias de otra persona" (Maccoby y Maccoby, 1954). La información que se obtiene en una entrevista consiste en detalles de los acontecimientos del entrevistado, datos acerca de sus sentimientos, actitudes, percepciones y expectativas.

La entrevista aplicada en esta investigación, se utilizó con la finalidad de indagar como se encontraba constituida la identidad psicosexual de los sujetos y como un medio para establecer un rapport antes de la aplicación de las pruebas psicológicas. Es una entrevista semi estructurada, es decir que consta de preguntas abiertas sobre un tema específico. Se compone de 18 preguntas, donde 3 son acerca de las relaciones familiares, 9 acerca de la identidad psicosexual y 6 sobre el área sexual. El nivel de medición utilizado es ordinal ya que tiene 2 categorías las cuales puntúan con 1 o 0, es decir presencia o ausencia de determinado rasgo.

Las preguntas de la entrevista se basan en los indicadores de desorden de la identidad psicosexual expuestos por Zucker y Rekers (1985 y 1972), así como en la necesidad de explorar el entorno personal y familiar del paciente y sus expectativas de vida y opiniones en torno a la sexualidad. A fin de unificar los criterios de evaluación que se utilizaron, estos se especifican en el anexo.

**Test de la figura humana de Karen Machover:** Es un Test proyectivo que consiste en dar al sujeto un lápiz de dureza mediana provisto con goma y una hoja de papel blanco de unos 21 por 28 cm. , pidiéndole que dibuje una persona de cuerpo completo; Una vez terminado el dibujo se le da otra hoja pidiéndole que dibuje otra figura humana pero del sexo contrario. Así mismo, el sujeto tiene que escribir una historia de cada una de las figuras, que contengan un presente, un pasado y un futuro. De este forma se obtienen un par de dibujos, varón y hembra, con indicaciones de cual se ha realizado primero.

Las mayores influencias en la construcción de este Test se deben a numerosos autores dentro de los cuales mencionaremos, en el terreno de los movimientos expresivos, a Mira (1940), Wolff (1943) y Harms (1946); Mientras que en la apreciación psicológica de los dibujos de los niños, quienes más han contribuido son Alschuler y Hattwick (1947). En la interpretación psicológica del arte de los niños perturbados, Bender (1937 y 1940) y Despert (1938), hicieron aportaciones de gran valor para la clínica. Wachner (1942) estudió las características formales de dibujos y pinturas. Pero lo que determinó, en definitiva, la elaboración y el desarrollo de este Test, fueron los trabajos de Goodenough (1926 y 1928), centrados en la figura Humana (Test del dibujo de un hombre). Goodenough reconoce en numerosas referencias, las posibilidades que encierra su

Test para el análisis de la personalidad, a pesar de que el propósito primordial del mismo era hallar un coeficiente intelectual. Los estudios que siguieron a las teorías de Goodenough, añadieron nuevas y originales sugerencias respecto a las variables de personalidad del test.

La experiencia adquirida en la aplicación de Goodenough a niños como medida de inteligencia, llevó a concebir una técnica de estimación de la personalidad basada en el dibujo de la figura humana. Se pudo observar que niños con C.I. idénticos, expresaban, no obstante, distintas características en sus dibujos. Lo cual centró el interés en establecer un clave fundamental acerca de la proyección de la imagen corporal del cuerpo humano con sus implicaciones funcionales.

Los principios de interpretación se han ido formulando paulatinamente, a partir del estudio de determinados rasgos de los dibujos, comparándolos con la historia clínica del sujeto, con datos complementarios del test y con ideas psiquiátricas y psicológicas. El grupo tomado para estudiar el significado de ciertos rasgos específicos del dibujo, estuvo formado por una serie de dibujos acompañados de las historias, observaciones y diagnósticos correspondiente, el cual se aplicó a sujetos de todas las edades y condiciones clínicas. Examinando los protocolos de cada individuo que presentaba un rasgo determinado, se consiguió averiguar el significado que el rasgo en cuestión tenía en tal individuo. Este minucioso estudio clínico permitió elaborar un sistema de interpretación bastante completo. Tales interpretaciones se ajustaban y se siguen ajustando a rigurosas normas de validación clínica en cada caso estudiado.

La técnica del dibujo parte del supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado. En términos generales el dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo o del cuerpo, en el ambiente. Cuando un individuo se propone "dibujar una persona" tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que pueblan su mente. Como quiera que sea la organización del propio Yo, esta es eminentemente selectiva, es decir que es producto de experiencias, identificaciones, proyecciones e introyecciones del sujeto. Por tanto en el proceso de creación de la figura intervienen ciertos factores determinantes que pueden ser conscientes o inconscientes, que nos orientan para lograr una representación unitaria y fluida del cuerpo.

Los dibujos se interpretan en términos de la ubicación de las distintas características de las figuras (sexo, calidad, posición, ropa e indicadores corporales). Aspectos particulares de los dibujos se consideran indicativos de ciertas características de la personalidad o condiciones psicopatológicas.

Para los fines de esta investigación se tomaron en cuenta 33 indicadores, los cuales están compuestos de 6 indicadores que pretenden comparar ambas figuras con respecto a la identidad psicosexual y 27 indicadores corporales que tienen que ver exclusivamente con aspectos sexuales. Los indicadores y los criterios de interpretación fueron tomados de la técnica utilizada por Karen Machover (1902), su forma de calificación fue de 1 punto si existía dicho rasgo en el dibujo o 0 si no se encontraba (ver formato en el anexo).

**Test de apercepción temática de Murray:** Es una técnica proyectiva para la investigación de la dinámica de la personalidad, tal como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del medio ambiente. En su forma actual, consiste en una serie de láminas que muestran una situación cotidiana, cuyos contornos son imprecisos y la expresión de los personajes difusa, lo cual permite una apercepción particular de cada individuo. Los materiales del T.A.T. consisten en 30 laminas con ilustraciones en blanco y negro (cuatro conjuntos superpuestos de 19 tarjetas cada uno para niños, niñas, hombres y mujeres) que representan personas en situaciones ambiguas, más una lamina en blanco. El procedimiento normal de aplicación es pedirle al sujeto que relate una historia completa sobre cada una de las laminas que se le presenten. Se especifica a los sujetos que dediquen aproximadamente 5 minutos a cada historia, explicando lo que sucede en cada lamina, que pensamientos y sentimientos tienen los personajes, que eventos llevaron a esa situación y cómo terminará.

El T.A.T. fue originalmente descrito por Morgan y Murray (1935). Tomkins (1947) muestra que hubo intentos previos realizados por psicólogos y psiquiatras, tendientes a obtener respuestas significativas de algunos examinados frente a cuadros. A esta etapa pertenecen investigadores como Brittain (1907) y Libby (1908) que publicaron intentos similares pero con niños. Schwartz (1932) utilizó un test de situación Social con las mismas finalidades. Sin embargo, ninguno de estos precursores, alcanzó la popularidad del T.A.T., que en la actualidad ocupa una posición similar a la del Test de Rorschach. El T.A.T. ofrece en mayor medida que ningún otro test actual, la dinámica concreta de las relaciones interpersonales. Por su naturaleza ofrece datos básicos sobre la relación del examinado con las figuras autoritarias masculinas o femeninas, con los contemporáneos de ambos sexos y, a menudo revela la génesis de las relaciones familiares. Así mismo nos habla acerca de la naturaleza de los temores y señala la jerarquía de las necesidades y la estructura de las transacciones entre el Ello, el Yo y el Superyo.

A partir de las historias que hace el sujeto se obtiene información sobre las necesidades, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de la persona, así como las presiones a las que está sometida.

A través de este test, los sujetos proyectan sus propias necesidades, deseos y conflictos en las historias y sus personajes, los cuales son en gran parte inconscientes. La interpretación de estas historias es un proceso subjetivo que se concentra en el análisis de las necesidades y personalidad del personaje principal (el héroe o heroína), que representa al sujeto examinado, y las fuerzas del entorno (presión) que interfieren con el personaje principal. La frecuencia intensidad y duración de la historia se toman en cuenta en la interpretación.

A pesar de que los métodos regulares para calificar e interpretar el T.A.T. son subjetivos, las calificaciones que determina el procedimiento de calificación sistemático es bastante confiable y puede interpretarse en término de las normas que se basan en los estudios de estandarización.

Debido a que los fines de esta investigación fueron los de indagar acerca de la identidad psicosexual se aplicaron solo 10 láminas (1, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 10, 13HM, 17VH), las cuales son las más representativas para nuestro estudio.

Para el análisis clínico, se utilizaron la forma de calificación propuesta por Murray y para la cuantificación de los datos se hizo un análisis de contenido de cada historia expuesta por los sujetos en donde se calificó con 1 punto la presencia de determinado rasgo y con 0 su ausencia. Por tanto los rasgos medidos fueron: si el adolescente se identificaba con personajes del mismo sexo, la forma de relacionarse con la figura materna, paterna, masculina y femenina, forma de abordar los temas sexuales, tipo de orientación sexual, forma en que reconocía el sexo de los personajes, impulsos homosexuales, angustia a la castración, temores edípicos, lapsus respecto al sexo de los personajes (ver en el anexo los formatos de calificación).

## VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

### 6.1 ANALISIS ESTADISTICO:

Debido a que los datos de esta investigación pertenecen a un nivel ordinal de medición se hizo uso de la estadística inferencial para pruebas no paramétrica. Con el fin de comparar las hipótesis y saber el grado de significancia se utilizaron las pruebas de probabilidad exacta de Fisher y Yates y la U de Mann-Whitney.

#### 6.1.1 ENTREVISTA:

##### 1.1Puntuación total:

GRUPO	MEDIA	D.E (desviación estándar)	F (probabilidad exacta de Fisher)	P (grado de significancia) <sup>7</sup>
Hipospadias	7.1	3.1	3.95	.062
Acné Juvenil	4.7	2.1		
Total	5.9	2.9		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones de la entrevista entre ambos grupos. Sin embargo se aprecia una tendencia en el sentido de que el grupo de pacientes con Hipospadias tienen mayor problemática en cuanto a la identidad psicosexual que los sujetos del grupo con Acné Juvenil( ver puntuaciones totales de la entrevista en el cuadro 1). En la entrevista se exploraron aspectos a un nivel consciente, es decir, si el propio adolescente expresa alteraciones en su identidad psicosexual a través de sus relaciones familiares, sus experiencias sexuales y la forma en que ellos mismos perciben su identidad sexual.

Considerando los diversos aspectos de la entrevista se tiene:

##### 1.2Relaciones Familiares:

GRUPO	MEDIA	D.E	U (U de Mann-Whitney)	P
Hipospadias	1.70	.82	46.500	.771
Acné Juvenil	1.80	.92		
Total	1.75	.85		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones con respecto a las relaciones familiares entre ambos grupos. Lo

<sup>7</sup> Para que existan diferencias estadísticamente significativas el grado de significancia debe ser menor a .05, es decir que solo se acepta la hipótesis de investigación si  $P < .05$ .

cual indica que ambos grupos respondieron de manera similar a las preguntas que tienen que ver en como perciben la relación con su madre, padre y hermanos.

### 1.3 Identidad Sexual:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	2.40	2.22	18,000	.011
Acné Juvenil	.40	.52		
Total	1.40	1.88		

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones con respecto a la identidad sexual entre los dos grupos. Lo cual indica que los sujetos con hipospadias puntuaron más alto en las preguntas que tienen que ver con la preferencia de compañías, empleo de vestimenta, manierismos, preferencia de juegos, deseos de ser del sexo opuesto o creencia de serlo, impresión de su aspecto físico, dudas acerca de su identidad sexual y disgusto anatómico. Por tanto a través de esta variable se logra aceptar nuestra hipótesis de investigación mostrando que los sujetos con hipospadias muestran mayor problemática en la identidad sexual que los sujetos con Acné Juvenil.

### 1.4 Área Sexual:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	3.00	.94	36,000	.256
Acné Juvenil	2.50	1.35		
Total	2.75	1.16		

No se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a las medias acerca del área sexual entre ambos grupos. Lo cual indica que los pacientes con hipospadias respondieron de forma similar a las preguntas que tenían que ver con sus experiencias sexuales, si han tenido novia, el deseo de casarse, de tener hijos y la práctica de la masturbación.

## 6.1.2. Test de la Figura Humana de Machover:

### 2.1 Puntuación total:

GRUPO	MEDIA	D.E	F	P
Hipospadias	17.20	3.33	14.000	.006
Acné Juvenil	12.60	2.88		
Total	14.90	3.84		



Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones totales del Test de la Figura Humana de Machover en ambos grupos. Lo cual indica que los sujetos del grupo de Hipospadias muestran mayor problemática en la identidad psicosexual que los sujetos del grupo con Acné Juvenil. Logrando aceptar nuestra hipótesis de investigación a través de este Test, el cual pretendió explorar si los sujetos mostraban por medio del dibujo de dos figuras humanas de ambos sexos, indicadores de conflictos con respecto a su identidad psicosexual y preocupación en cuanto a la sexualidad.

Considerando los diversos aspectos de este Test tenemos:

### 2.2 Sexo de la figura humana inicial:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.20	.42	40,000	.146
Acné Juvenil	.00	.00		
Total	.10	.31		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo de la figura inicial en ambos grupos. Es decir que, tanto el grupo con hipospadias como el grupo con Acné dibujaron como figura inicial una figura humana del sexo masculino, exceptuando dos sujetos del grupo con hipospadias (sujetos 2 y 3) que empezaron con una figura femenina.

### 2.3 Diferenciaciones sexuales entre las figuras:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.40	.52	35,000	.131
Acné Juvenil	.10	.32		
Total	.25	.44		

No se encontraron diferencias significativas con respecto a la diferenciación sexual de las Figuras humanas entre los sujetos de los dos grupos. Lo cual indica que solo cuatro sujetos del grupo con hipospadias (sujetos 2, 3, 4 y 9) mostraron dificultades en representar las características sexuales de sus dos figuras en comparación con solo un sujeto del grupo con Acné (sujeto 16). Por tanto las alteraciones en las diferencias sexuales de las dos figuras humanas no son significativas. Sin embargo, es preciso mencionar que el grupo con hipospadias mostró mayor problemática en plasmar las diferencias sexuales entre sus dos figuras que el grupo de sujetos con Acné.

#### 2.4 Características sexuales invertidas:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.70	.48	35.000	.189
Acné Juvenil	.40	.52		
Total	.55	.51		

No existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de las características sexuales invertidas de las figuras en ambos grupos. Sin embargo se aprecia cierta tendencia a que los pacientes con Hipospadias dibujaron un mayor número de figuras humanas con características sexuales invertidas que el grupo con Acné Juvenil. Los puntajes reflejan que 7 sujetos del grupo con hipospadias (sujetos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 9) mostraron figuras masculinas feminizadas o figuras femeninas masculinizadas en comparación con 4 del grupo con Acné (sujetos 11, 14, 16 y 20).

#### 2.5 Tamaño de las figuras:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.20	.42	45,000	.542
Acné Juvenil	.10	.32		
Total	.15	.37		

No se encontraron diferencias significativas con respecto al Tamaño de las figuras entre los sujetos de ambos grupos. Las puntuaciones reflejaron que solo 2 sujetos del grupo con hipospadias presentaron el tamaño de la figura masculina más disminuido que la femenina (sujetos 2 y 9) en comparación con 1 del grupo con Acné (sujeto 16).

#### 2.6 Figuras primitivas:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.40	.52	45,000	.648
Acné Juvenil	.30	.48		
Total	.35	.49		

No se encontraron diferencias significativas con respecto a las medias de las puntuaciones de las figuras primitivas en ambos grupos. Las diferencias fueron de 4 figuras primitivas del grupo con hipospadias (sujetos 2, 3, 4 y 10) contra 3 del grupo con acné (sujetos 16, 17 y 18). Por tanto estas diferencias no son significativas, mostrándose en ambos grupos indicios de una actitud defensiva, dibujos poco elaborados y pobres en detalles.

## 2.7 Historias de las figuras:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.30	.48	35,000	.067
Acné Juvenil	.00	.00		
Total	.15	.37		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones con respecto a las historias en ambos grupos. Las puntuaciones indicaron que 3 sujetos con diagnóstico de hipospadias mostraron historias con contenido que reflejaba alteraciones en la identidad psicosexual (sujetos 2, 3 y 8) en comparación con ninguno del grupo con Acné.

## 2.8 Indicadores corporales en referencia al área sexual:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	15.00	3.65	23.000	.043
Acné Juvenil	11.70	2.45		
Total	13.35	3.47		

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los indicadores corporales en ambos grupos. Lo cual indica que el grupo con hipospadias muestra mayores alteraciones y preocupación en cuanto a la sexualidad que el grupo con acné. Variable que nos permite aceptar nuestra hipótesis de investigación y deducir que en los dibujos de las figuras humanas se logró proyectar, a través de las diferentes partes del cuerpo, la conflictiva con respecto a las alteraciones en la identidad psicosexual y la preocupación en cuanto a la sexualidad de una manera más clara y detallada.

## 6.1.3. TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA:

### 3.1 Puntuación total:

GRUPO	MEDIA	D.E	F	P
Hipospadias	6.90	1.10	6.000	.001
Acné Juvenil	4.10	1.45		
Total	5.50	1.91		

Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación total del Test de Apercepción Temática entre ambos grupos. Lo cual indica que los pacientes con Hipospadias tuvieron mayores puntajes que los pacientes de Acné Juvenil. Por tanto los pacientes de Hipospadias presentaron

mayor problemática respecto a la identidad psicosexual a través del T.A.T que los sujetos con Acné Juvenil.

Considerando los diversos aspectos que se tomaron en cuenta a través del T.A.T tenemos:

### 3.1 Identificación con personajes del mismo sexo:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.50	.53	25,000	.012
Acné Juvenil	.00	.00		
Total	.25	.44		

Se encontraron diferencias significativas entre las medias de ambos grupos con respecto a la identificación con personajes del mismo sexo. Lo cual muestra que los pacientes con hipospadias tienen mayores dificultades para identificarse con personajes de su mismo sexo en comparación con los pacientes con acné juvenil. Es decir que a través de las historias los pacientes con hipospadias se identificaron, en mayor número con héroes del sexo femenino (sujetos 1, 2, 3, 6 y 8), mientras que los sujetos con acné, todos, se identificaron preferentemente con héroes de su mismo sexo. Circunstancia que nos permite aceptar nuestra hipótesis de investigación y demostrar que los pacientes con hipospadias muestran mayores alteraciones en la identidad psicosexual que los pacientes con Acné Juvenil.

### 3.2 Relaciones Madre-Hijo:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	1.00	.00	45.000	.317
Acné Juvenil	.90	.32		
Total	.90	.22		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de las relaciones Madre-Hijo entre los dos grupos. Lo cual indica que ambos grupos muestran conflictos en estas relaciones, situación que se pudo constatar principalmente en la lamina 4 (6VH), la cual refleja las relaciones madre-hijo, donde los adolescentes narran historias de disgustos, culpa, muerte, etc.. Las puntuaciones reflejan que en el grupo con hipospadias, todos los sujetos percibieron conflictiva la relación con su madre, mientras que en el grupo con acné sólo un sujeto reflejo una relación adecuada.

### 3.3 Relaciones Padre-Hijo:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.90	.32	40.000	.276
Acné Juvenil	.70	.48		
Total	.80	.41		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de las relaciones Padre-Hijo entre los dos grupos. Sin embargo se aprecia cierta tendencia en considerar que el grupo de sujetos con hipospadias presentan mayor conflictiva con el padre que los sujetos con acné, debido a que las puntuaciones indican que 9 sujetos (sujetos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 10) del grupo con hipospadias percibieron la relación paterna problemática, en comparación con 7 del grupo con acné (sujetos 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20).

### 3.4 Relaciones Hombre-Mujer:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	1.00	.00	45.000	.317
Acné Juvenil	.90	.32		
Total	.95	.22		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones acerca de las relaciones hombre-mujer entre los dos grupos. Se aprecia que ambos grupos mostraron conflictos en la forma de percibir las relaciones de pareja, a excepción de un sujeto del grupo con acné (sujeto 12).

### 3.5 Temas sexuales:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	1.00	.00	40.000	.146
Acné Juvenil	.80	.42		
Total	.90	.31		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones con respecto a la forma de abordar los temas sexuales entre los dos grupos. Lo cual indica que tanto el grupo con hipospadias como el grupo con Acné mostraron conflictiva en la forma de abordar los temas sexuales en las laminas del T.AT (Laminas 6 y 9), a excepción de dos sujetos del grupo con acné (sujetos 12 y 14). Por tanto existe cierta tendencia en considerar que el grupo con hipospadias mostró mayor conflictiva en sus historias con contenido sexual que los sujetos con acné juvenil a pesar de que esta no sea significativa.

### 3.6 Asignación del sexo de los personajes:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.20	.42	40.000	.146
Acné Juvenil	.00	.00		
Total	.10	.31		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones sobre la asignación adecuada del sexo de los personajes en las laminas en ambos grupos. Sin embargo se observa cierta tendencia a considerar que los pacientes con Acné juvenil asignaron de manera adecuada el sexo a los personajes, mientras que los pacientes con Hipospadias mostraron confusiones. Lo cual se reflejo en dos sujetos con hipospadias ( sujetos 4 y 6) que identificaron erróneamente el sexo de los personajes, en comparación con ningún sujeto del grupo con Acné, ya que todos identificaron adecuadamente el sexo de los personajes.

### 3.7 Tendencias homosexuales:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.70	.48	25,000	.028
Acné Juvenil	.20	.42		
Total	.45	.51		

Se aprecia una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las puntuaciones acerca de los impulsos homosexuales de ambos grupos. Lo cual indica que los pacientes con hipospadias presentan mayores impulsos homosexuales que los pacientes con acné juvenil. Esto se reflejó a través de las historias de las laminas 7, 8, 9 y 10, donde 7 sujetos con hipospadias ( sujetos 1, 2, 3, 6, 7, 8 y 9) mostraron tendencias homosexuales en comparación con solo 2 ( sujetos 16 y 20) del grupo con Acné Juvenil. Por tanto esta variable confirma nuestra hipótesis de investigación, donde los temores en cuanto a la identidad psicosexual se evidencian.

### 3.8 Angustia de castración:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.60	.52	25,000	.022
Acné Juvenil	.10	.32		
Total	.35	.49		

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones con respecto a la angustia de castración entre los dos grupos. Se mostró a través de Las laminas que 6 sujetos con hipospadias (sujetos 1, 2, 7,

8, 9 y 10) mostraron angustia a la castración en comparación con uno del grupo con Acné Juvenil (sujeto 20). Diferencia que muestra una mayor proporción de sujetos con angustia a la castración del grupo con hipospadias que del grupo con Acné.

### 3.9 Temores edipicos:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.60	.52	30,000	.075
Acné Juvenil	.20	.42		
Total	.40	.50		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones en cuanto a los temores edipicos entre ambos grupos. Se obtuvo a través de las laminas del T.A.T. que 6 adolescentes con Hipospadias (sujetos 2, 4, 5, 7, 9 y 10) mostraron estos temores en comparación con solo 2 del grupo con Acné (sujetos 16 y 20).

### 3.10 Lapsus en cuanto al sexo:

GRUPO	MEDIA	D.E	U	P
Hipospadias	.40	.52	35,000	.131
Acné Juvenil	.10	.32		
Total	.25	.44		

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones en cuanto a los lapsus entre ambos grupos. Sin embargo se obtuvo a través de las historias que 4 sujetos con Hipospadias (sujetos 1, 2, 4 y 8) presentaron lapsus con respecto al sexo de los personajes en comparación con solo uno del grupo con Acné (sujeto 13). Por tanto esta diferencia no es estadísticamente significativa sin embargo se observan mayores confusiones en los sujetos con hipospadias.

Cuadro 1. Puntajes de los Instrumentos Psicologicos.

	GRUPO DE PACIENTES CON HIPOSPADIAS										GRUPO DE PACIENTES CON ACNÉ JUVENIL											
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8	Sujeto 9	Sujeto 10	TOTAL GRUPO 1	Sujeto 11	Sujeto 12	Sujeto 13	Sujeto 14	Sujeto 15	Sujeto 16	Sujeto 17	Sujeto 18	Sujeto 19	Sujeto 20	TOTAL GRUPO 2
<b>ENTREVISTA</b>																						
RELACIONES FAMILIARES	3	1	2	2	2	2	0	2	2	1	17	1	3	2	2	3	1	2	2	2	0	18
IDENTIDAD SEXUAL	7	5	3	3	0	2	0	2	1	1	24	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	4
AREA SEXUAL	4	4	3	3	3	2	3	3	1	4	30	0	5	3	3	3	3	1	3	2	2	25
<b>Subtotal</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>71</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>47</b>
<b>TAT</b>																						
IDENTIF. CON PERS. MASC.	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RELACIONES MADRE -HIJO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
RELACIONES PADRE- HIJO	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
RELACIONES HOMBRE MUJER	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
TEMAS SEXUALES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
IDENTIF. DEL SEXO DE LOS PERS.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMPULSOS HOMOSEXUALES	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
ANGUSTIA A LA CASTRACIÓN	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TEMORES EDIPICOS	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
LAPSUS RESPECTO AL SEXO	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Subtotal</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>69</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>39</b>
<b>FHM</b>																						
FIGURA INICIAL	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIFERENCIACIÓN SEXUAL	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CARACT. SEXUALES INVERTIDAS	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4
TAMAÑO DE LAS FIGURAS	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
FIGURAS PRIMITIVAS	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
HISTORIAS	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INDICADORES CORPORALES	23	12	16	12	16	16	18	14	11	12	150	13	9	15	15	8	11	12	12	9	13	117
<b>Subtotal</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>172</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>126</b>



**CUADRO 2: Resumen de los valores estadísticos de las variables.**

<b>Variables</b>	<b>Media total</b>	<b>D.E. Total</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Fischer</b>	<b>Grado de Significancia</b>	<b>Hipótesis</b>
<i>Entrevista Puntuación total</i>	5.90	2.90	.....	3.95	0.062	Se rechaza
RELACIONES FAMILIARES	1.75	0.85	46,500	.....	0.771	Se rechaza
IDENTIDAD SEXUAL	1.40	1.88	18,000	.....	0.011	Se acepta
AREA SEXUAL	2.75	1.16	36,000	.....	0.256	Se rechaza
<i>Puntuación total TAT</i>	5.50	1.91	.....	6,000	0.001	Se acepta
IDENTIF. CON PERS. MASC.	0.25	0.44	25,000	.....	0.012	Se acepta
RELACIONES MADRE -HIJO	0.90	0.22	45,000	.....	0.317	Se rechaza
RELACIONES PADRE- HIJO	0.80	0.41	40,000	.....	0.276	Se rechaza
RELACIONES HOMBRE MUJER	0.95	0.22	45,000	.....	0.317	Se rechaza
TEMAS SEXUALES	0.90	0.31	40,000	.....	0.146	Se rechaza
IDENTIF. DEL SEXO DE LOS PERS.	0.10	0.31	40,000	.....	0.146	Se rechaza
IMPULSOS HOMOSEXUALES	0.45	0.51	25,000	.....	0.028	Se acepta
ANGUSTIA A LA CASTRACIÓN	0.35	0.49	25,000	.....	0.022	Se acepta
TEMORES EDIPÍCOS	0.40	0.50	30,000	.....	0.075	Se rechaza
LAPSUS RESPECTO AL SEXO	0.25	0.44	35,000	.....	0.131	Se rechaza
<i>Puntuación total FHM</i>	14.90	3.84	.....	14,000	0.006	Se acepta
FIGURA INICIAL	0.10	0.31	40,000	.....	0.146	Se rechaza
DIFERENCIACIÓN SEXUAL	0.25	0.44	35,000	.....	0.131	Se rechaza
CARACT. SEXUALES INVERTIDAS	0.55	0.51	35,000	.....	0.189	Se rechaza
TAMAÑO DE LAS FIGURAS	0.15	0.37	45,000	.....	0.542	Se rechaza
FIGURAS PRIMITIVAS	0.35	0.49	45,000	.....	0.648	Se rechaza
HISTORIAS	0.15	0.37	35,000	.....	0.067	Se rechaza
INDICADORES CORPORALES	13.35	3.47	23,000	.....	0.043	Se acepta

## 6.2 ANALISIS CLINICO:

### 6.2.1 Entrevista:

Como se pudo observar anteriormente, a través de la entrevista se exploraron tres áreas que tienen que ver con las relaciones familiares, la identidad sexual y la sexualidad. Sin embargo es importante especificar de que forma los sujetos respondieron a las preguntas y conocer cuales son los tipos de conflictivas que tiene cada grupo en cada determinada área (ver gráfica 1).

Se observa que en el *área familiar* los dos grupos comparativos puntuaron de forma similar (ver gráfica 1.1), específicamente se encontró que:

- 3 sujetos del grupo con Hipospadias en comparación con 2 del grupo con acné reportaron tener una mala relación con la madre, Mientras que el resto respondió tener una relación adecuada.
- 8 sujetos con hipospadias en comparación con 9 del grupo con acné reportaron tener una mala relación con el padre.
- 6 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 7 del grupo con acné dijeron tener una relación conflictiva con alguno de sus hermanos.

Por tanto estos datos indican que las relaciones familiares se observan muy similares en ambos grupos, donde se puede apreciar mayor conflictiva con la figura paterna y los hermanos.

Este tipo de problemática puede encontrarse agudizada en el grupo de pacientes con acné debido a que, desde nuestra argumentación psicósomática, los pacientes con acné, tienen mayor predisposición a exacerbar su problemática emocional y a reflejar dicha angustia a través de la piel.

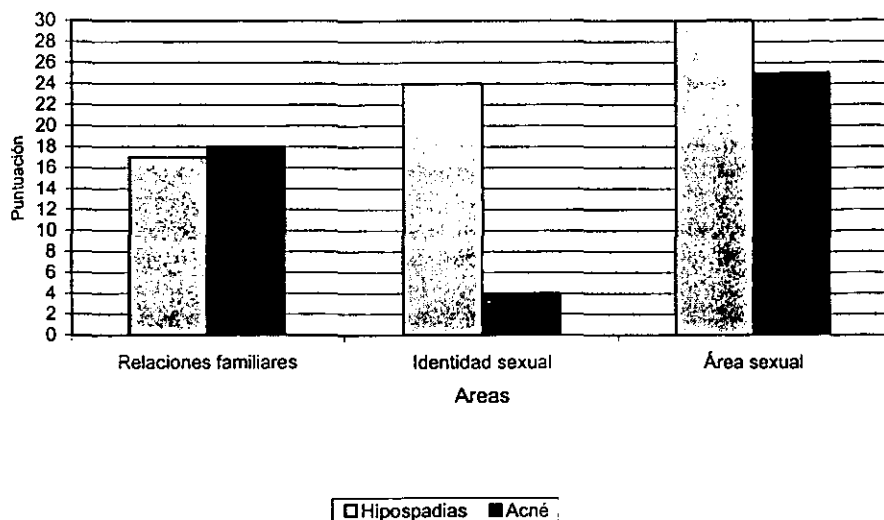
Tal como se planteó en el marco teórico, en la etapa adolescente son normales los conflictos familiares, que son reactivados a través de la conflictiva edípica, la cual vuelve a ser fuente de gran inestabilidad emocional y donde se evidencian problemas, principalmente, con la figuras parentales, así como cierta rivalidad con los hermanos.

Es importante especificar que el trastorno de hipospadias no mostró ser un motivo o causa por el cual los sujetos pudieron tener más conflicto en las relaciones familiares, sin embargo se aprecia que estos sujetos tienen mejor relación con la madre que con el padre y los hermanos, quizá porque el trastorno incrementó la rivalidad con los hombres "sanos" de la familia.

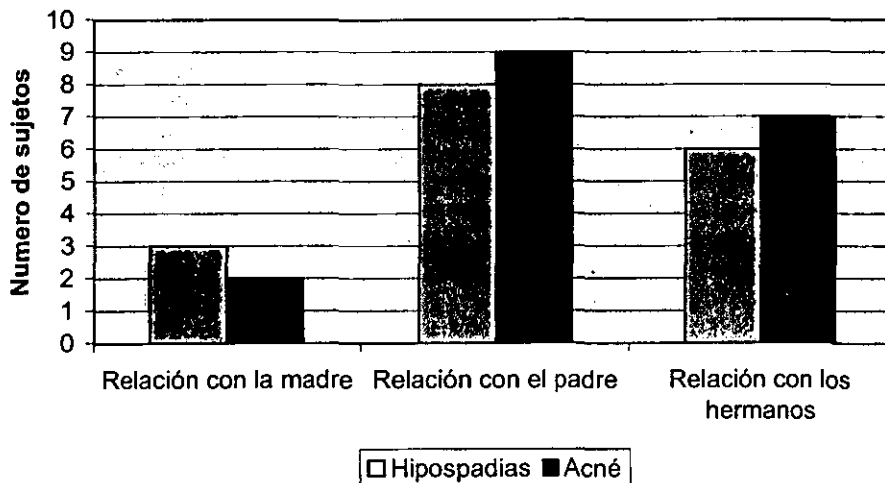
En el *área de la identidad sexual* se encontraron diferencias de importancia entre los dos grupos (ver gráfica 1.2). Las respuestas revelaron que:

- 3 sujetos con hipospadias reportaron una preocupación exagerada por parte de sus padres en cuanto a su conducta de género durante la infancia en comparación con ninguno de los sujetos del grupo con acné.

**Grafica 1. Puntuación de las áreas de la entrevista**



**Grafica 1.1 Relaciones familiares de la entrevista**



- 3 sujetos con hipospadias reportaron que la impresión de sus padres acerca de su aspecto físico era poco masculino o con tendencia a lo femenino, mientras que ningún sujeto del grupo con acné reportó algo similar.
- Solo 1 sujeto del grupo con hipospadias reportó que la impresión de sus compañeros acerca de que su aspecto físico era poco masculino o tendiente a lo femenino.
- Con respecto a la vestimenta 2 sujetos del grupo con hipospadias mostraron usar ropa entallada, arete, pulseras, anillos y/o pelo largo, en comparación con ninguno del grupo con acné.
- En cuanto a los tipos de juegos solo 2 sujetos del grupo con hipospadias reportó tener tendencias o inclinaciones hacia juegos predominantemente femeninos.
- Solo 1 sujeto del grupo con hipospadias mostró adoptar movimientos y actitudes afeminadas.
- 3 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 2 del grupo con acné expresaron preferir la compañía del sexo femenino y llevar una mejor relación con las mujeres que con los hombres.
- Con respecto a las dudas acerca de su identidad sexual y temor a la homosexualidad, 2 sujetos del grupo con hipospadias expresaron tener este tipo de dudas y sentir temor en ser o llegar a ser homosexuales.
- 7 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 2 del grupo con acné reportaron sentirse inconformes con su anatomía.

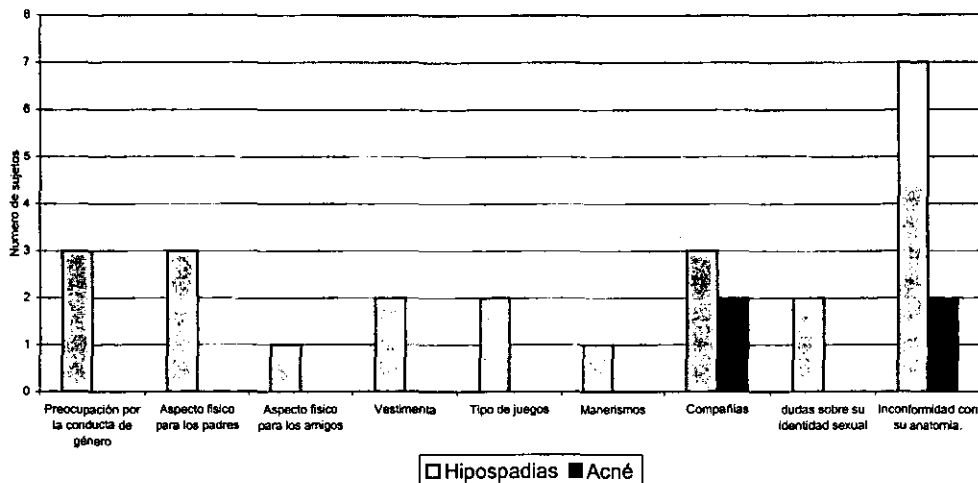
Por tanto a través de esta área, es posible identificar diferencias que desde el punto de vista psicológico son representativas y nos permiten deducir que existen conflictivas importantes en cuanto a la identidad psicosexual de los pacientes con hipospadias. Se observa principalmente el temor que tienen los padres en que sus hijos adopten otras posturas contrarias a su rol sexual. Temor que podría deberse a la falta de información que tienen los pacientes y sus familias acerca de las repercusiones de este trastorno, así como a que, el hipospadias, por su localización guarda muchos simbolismo en referencia a la virilidad y a lo que mencionamos en nuestro marco teórico como el falocentrismo, en donde el órgano efector masculino es el depositario de todo lo que implica ser macho y tener fortaleza masculina.

Así mismo esta ideología, así como la inconformidad marcada en su anatomía, pueden llegar a repercutir en la conducta de estos pacientes, donde se logran observar mayores tendencias en cuanto actividades, posturas y manierismos propios del sexo femenino.

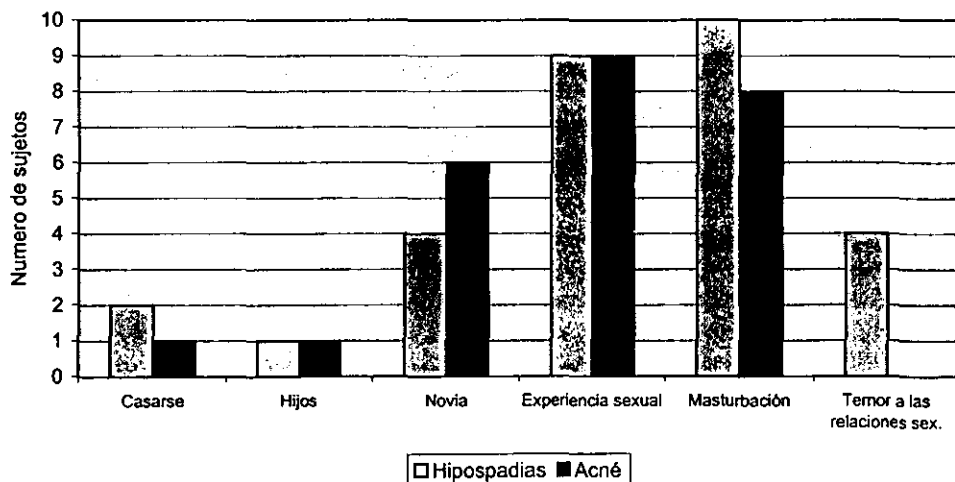
Con respecto al *área sexual* las respuestas obtenidas fueron las siguientes (ver gráfica 1.3):

- 2 sujetos del grupo con hipospadias reportaron no tener claro o no quererse casar en relación con uno del grupo con acné.
- 1 sujeto de cada grupo reportó no querer tener hijos.

**Grafica 1.2 Area de la Identidad sexual en la entrevista**



**Grafica 1.3 Area sexual de la entrevista**



- 4 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 6 del grupo con acné negaron haber tenido novia.
- 9 sujetos de cada grupo negaron haber tenido algún tipo de experiencia sexual.
- 10 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 8 del grupo con acné negaron haberse masturbado.
- 4 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con ninguno del grupo con acné expresaron sentir temor en tener relaciones sexuales.

La comparación efectuada a través de esta área nos indica que ambos grupos contestaron de manera similar. Se logra ver que las respuestas en torno al deseo de casarse, de tener hijos y de relacionarse con una pareja no fueron concluyentes para un grupo en específico, es decir que ambos grupos mostraron el deseo de formar una familia sin esto representar un obstáculo para su padecimiento.

Llama la atención que los sujetos de ambos grupos expresaron no haber tenido relaciones sexuales y/o haberse masturbado, respuestas que pueden deberse a diversos factores como son la edad, el nivel cultural y socioeconómico, ó a que no sintieron la suficiente confianza con la entrevistadora y a que dichas preguntas suelen resultar incómodas para un adolescente y provocan una actitud defensiva y de poca colaboración.

Con respecto al temor de tener relaciones sexuales, se pudo observar que el grupo de adolescentes con hipospadias mostró mayor temor en practicar la actividad sexual que el grupo comparativo, expresando su temor en base a que pudieran presentar algún tipo de fistula o a que debido al esfuerzo se les abriera su operación. Por tanto esta última aseveración muestra que existe una mayor preocupación en cuanto a la actividad sexual por parte del grupo de sujetos con hipospadias.

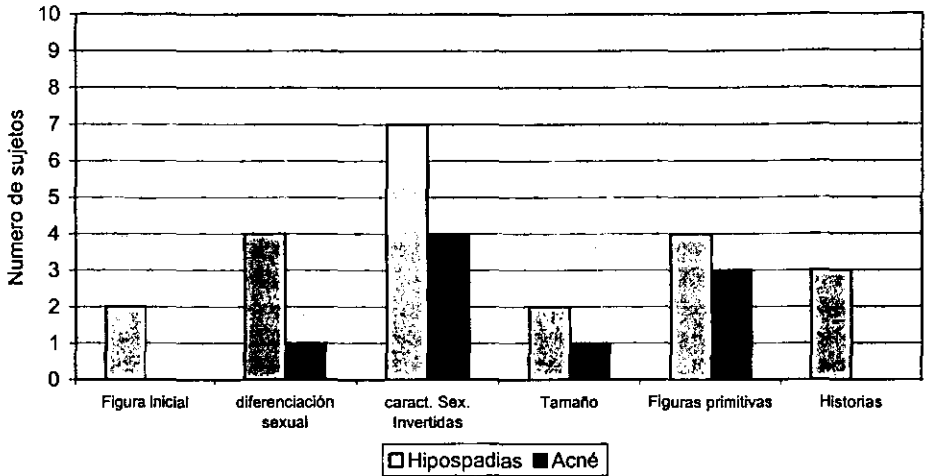
### **6.2.2 Test de la Figura Humana de Machover:**

A través de este test se lograron obtener datos que reflejan que el grupo de adolescentes con hipospadias mostró mayor problemática en cuanto a la identidad psicosexual (ver gráfica 2).

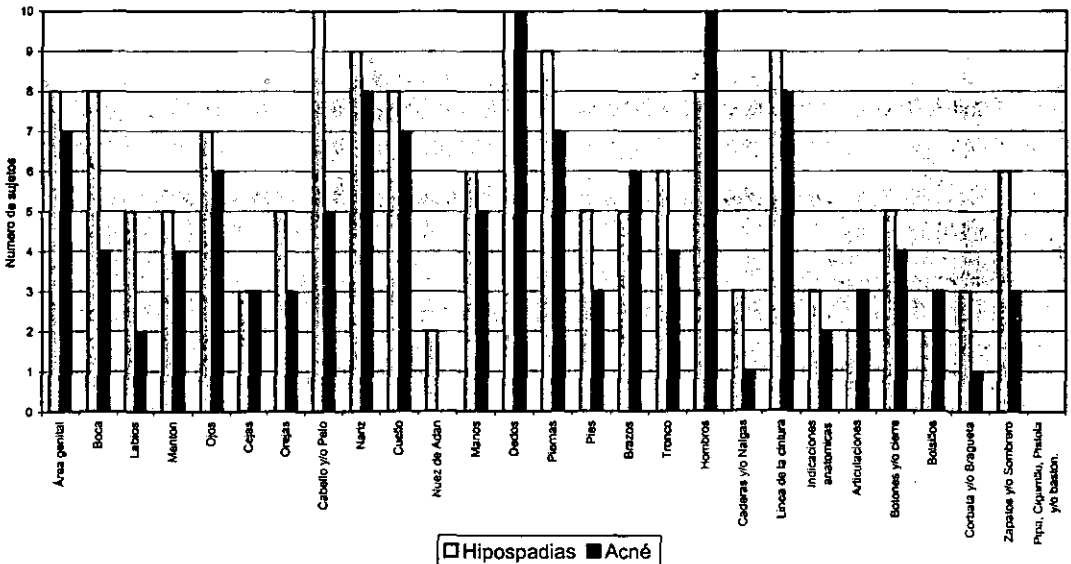
- Con respecto a la variable sobre el sexo de la **figura inicial**, se observó que solo 2 sujetos del grupo con hipospadias se identificaron con una figura del sexo femenino en comparación con ninguno del grupo con acné. Lo cual indica que en su mayoría, los sujetos de ambos grupos se encuentran bien identificados con su rol sexual masculino. Así mismo se puede concluir que para los sujetos con acné, su enfermedad no repercute en su rol sexual.

- 4 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con solo 1 del grupo con acné mostraron dificultades en **diferenciar** sus dos figuras humanas en cuanto al **sexo**. Por tanto esta diferencia no resultó significativa, lo cual es posible explicar a través de la argumentación expuesta por Dio Bleichmar (1994), acerca de la

**Grafica 2. Variables de la Figura Humana de Machover**



**Grafica 2.1 Indicadores anatomicos de la Figura Humana de Machover**



atribución de género, donde se puede deducir que estos pacientes reconocen de forma consciente que pertenecen al sexo masculino, es decir que no tienen dudas de que son varones a pesar de que su pene este malformado.

Sin embargo es preciso considerar que los pacientes con hipospadias mostraron mayores dificultades en plasmar las diferencias sexuales femeninas y masculinas en sus dos figuras, lo cual puede indicar que a pesar de que conocen bien y de manera consciente cuales son las diferencias sexuales para cada sexo, pueden existir confusiones o conflictos asociados con estas diferencias en forma inconsciente o vinculados con el trastorno, debido a que su propia parte sexual, no se encuentra, ella misma, bien determinada o formada.

- En cuanto a las **características sexuales invertidas**, se observó que 7 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 4 del grupo con acné mostraron figuras femeninas masculinizadas o figuras masculinas feminizadas. Estos resultados indican que los adolescentes conocen las características sexuales y los estereotipos en cuanto al rol de ambos sexos, es decir que se puede observar a simple vista si una figura es masculina o femenina, sin embargo el grupo con hipospadias mostró un mayor número de rasgos invertidos y propios del sexo contrario en sus dibujos. Por tanto se puede observar que en un plano inconsciente estos pacientes pueden tener deseos o inclinaciones por adoptar conductas y características del otro sexo o bien proyectar marcas de su malformación genital.

- Se observó que solo 2 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 1 del grupo con acné dibujaron la figura masculina más disminuida que la femenina, lo cual indica que en su mayoría los sujetos de ambos grupos proyectaron adecuadamente el **tamaño** de la figura masculina, sin mostrar, desde esta perspectiva, sentimientos de inferioridad. Por tanto la imagen masculina no se encuentra devaluada o negada, ni se observa mayor preferencia por la imagen femenina.

- Con respecto a la categoría de las **figuras primitivas**, 4 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con 3 del grupo con acné mostraron figuras pobres en detalles y poco elaborados. Lo cual reflejaría en ambos grupos conductas de defensa frente al impacto de ambos padecimientos y que el sentirse examinados promueve. Sin embargo el grupo de hipospadias se mostró más defensivo en plasmar sus figuras que el grupo con acné.

- Los puntajes muestran que solo 3 sujetos con diagnóstico de hipospadias en comparación con ninguno del grupo con acné mostraron en las **historias** de sus figuras humanas contenidos con alteraciones en la identidad psicosexual (ver historias de los sujetos 2, 3 y 8). Por tanto existe una tendencia en indicar que los sujetos con hipospadias proyectaron contenido inconsciente en las historias de la figura humana que muestra una mayor alteración en su identidad psicosexual.



- En cuanto a los **indicadores corporales** se observa una diferencia muy marcada de alteraciones psicosexuales en los pacientes con hipospadias que en los sujetos con acné. Estas diferencias se observan detalladamente en la gráfica 2.1, donde es preciso señalar que los indicadores corporales que resultaron más relevantes para el grupo con hipospadias fueron con respecto a la boca y los labios, mostrando figuras con mayor concentración oral o señales de una mayor sensualidad y afeminamiento. Así mismo se observa que los sujetos con diagnóstico de hipospadias mostraron mayores conflictos de virilidad y sentimientos de impotencia lo cual se apreció a través de la proyección del cabello o pelo y los pies.

### 6.2.3 Test de Apercepción Temática:

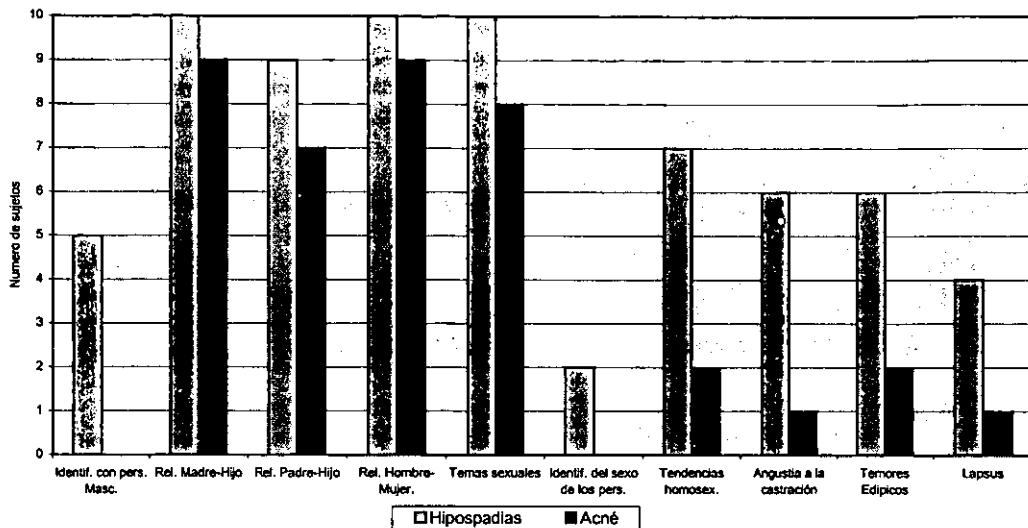
La puntuación total del Test de Apercepción Temática reflejó que los pacientes con hipospadias muestran mayores alteraciones en la identidad psicosexual que los pacientes del grupo comparativo. A fin de conocer las variables que se midieron a través de este test, estas se mencionan a continuación (ver gráfica 3):

- La variable que pretendió medir el **sexo de los personajes** con los cuales se identificaban los sujetos de investigación, demostró que el grupo de hipospadias se identificó a través de sus historias con personajes del sexo femenino en mayor proporción que el grupo con acné el cual se identificó preferentemente con personajes de su mismo sexo. Por tanto esta variable resultó representativa en cuanto a que existe una mayor confusión en cuanto a la identificación psicosexual de los sujetos con hipospadias.

- Las variables que pretendieron medir cual fue la apercepción que tenían los sujetos acerca de las **relaciones madre-hijo, padre-hijo, Hombre-mujer y temas sexuales**, reflejaron que ambos grupos muestran el mismo tipo de conflictiva, ya que los puntajes no mostraron diferencias significativas. Esto puede deberse, como se explicó a propósito de la entrevista, que en la etapa adolescente se encuentran problemas con las figuras parentales, por la reactivación del Complejo de Edipo, la búsqueda de identidad y al desprendimiento de los padres, el cual resulta angustiante y provoca mucha ambivalencia. Con respecto a los temas sexuales y las relaciones Hombre-mujer, es posible argumentar que este tipo de relación les resulta muy problemática sobre todo en la edad adolescente debido a que se encuentran experimentando sus primeros acercamientos de tipo sexual: situación que se ve posiblemente intensificada por las características visibles y el respectivo impacto psicológico de ambos padecimientos.

- Con respecto a la variable que midió si los sujetos **asignaban el sexo de los personajes** de manera adecuada, se pudo observar que en su mayoría ambos grupos fueron asertivos, con excepción de 2 sujetos del grupo con hipospadias, los cuales se equivocaron en cuanto a la asignación sexual de sus personajes. Por

**Grafica 3. Variables del Test de Apercepción Temática.**



tanto esta variable corrobora, lo que se expuso anteriormente acerca de que ambos grupos están conscientes de su asignación sexual.

- En cuanto a las **tendencias homosexuales**, esta variable mostró ser muy representativa para el grupo con hipospadias debido a que 7 sujetos mostraron este tipo de impulsos en comparación con solo 2 del grupo con acné. Por tanto es posible aseverar que existen mayores alteraciones en la identidad psicosexual de los adolescentes con hipospadias que los adolescentes con acné.

- Así mismo se encontró que la variable con respecto a la **angustia a la castración** resultó más significativa para el grupo con hipospadias, logrando afirmar que existe mayor angustia a la castración en los jóvenes con hipospadias que en los de acné. Resultado que nos confirma que el padecimiento y la intervención quirúrgica de los pacientes con hipospadias, desencadena fantasías de castración intensas.

- Con respecto a la variable acerca de los **temores edípicos**, se observó que 6 adolescentes del grupo con hipospadias en comparación con 2 del grupo con acné plasmaron en sus historias este tipo de temores. Este resultado confirma la tesis acerca del resurgimiento del Complejo de Edipo en etapa adolescente. Sin embargo, se aprecia cierta tendencia en considerar que los sujetos con hipospadias muestran mayores temores edípicos que los adolescentes con acné.

- La variable que midió la existencia de **lapsus** en las historias del T.A.T, reflejó que 4 sujetos del grupo con hipospadias en comparación con solo 1 del grupo con acné mostraron este tipo de formación de compromiso. Por tanto esta diferencia no resultó concluyente, sin embargo es posible apreciar cierta tendencia en que los adolescentes con hipospadias tuvieron un mayor número de lapsus que el grupo con acné.

## VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES:

1. Los propósitos de esta investigación fueron conocer si existen alteraciones en la identidad psicosexual de adolescentes con trastorno de hipospadias. Así como, identificar los tipos de alteraciones referentes a la identidad psicosexual de estos adolescentes.

2. Para lograr el primer objetivo se comparó la identidad psicosexual de dos grupos de 10 adolescentes entre 13 y 18 años de edad. El primer grupo presentó el trastorno de hipospadias y el segundo grupo el padecimiento de acné juvenil.

Se les aplicó, a ambos grupos, una entrevista semi estructurada y dos pruebas proyectivas (ver instrumentos p 70), a través de las cuales fue posible medir algunos rasgos de la identidad psicosexual de los sujetos en estudio.

Los resultados obtenidos en las pruebas, se analizaron por medio de la estadística inferencial, haciendo uso de las pruebas de probabilidad exacta de Fisher y Yates y la U de Mann-Whitney. Se compararon las medias de los puntajes totales obtenidos en cada prueba, así como de los puntajes de las variables que indicaban alteraciones en la identidad psicosexual. Esta comparación permitió conocer los grados de significancia de cada variable y saber si los pacientes con hipospadias presentaban mayores alteraciones en su identidad psicosexual que el grupo de sujetos con acné juvenil.

El segundo propósito de nuestra investigación se efectuó haciendo un análisis interpretativo de las pruebas y de la entrevista, donde fue posible analizar los tipos de respuestas y conocer más a fondo la problemática en torno a algunas características constitutivas de la identidad psicosexual de los adolescentes con padecimiento de hipospadias.

3. En el campo de la psicología no se encontraron investigaciones previas en cuanto al trastorno de hipospadias en adolescentes. Sin embargo fue posible obtener algunos antecedentes con niños y adultos en el campo de la medicina. Estas investigaciones arrojaron datos en donde fue posible observar que estos pacientes solo reportaron alteraciones o insatisfacción en la función sexual cuando existía una inadecuada o incompleta cirugía (Kenawi, 1976). Otro estudio investigó la percepción genital de pacientes operados de hipospadias concluyendo que existía una percepción negativa cuando los sujetos juzgaban la apariencia de su pene diferente a la de los demás hombres y cuando eran circuncidados durante la operación (Mureau; Slipjer y cols, 1995).

Estas investigaciones dejan en claro que el padecimiento de hipospadias no provoca forzosamente problemas con respecto a la función sexual.

En el marco teórico se especificó que si la intervención quirúrgica no presentaba complicaciones, los sujetos podían tener una vida sexual normal, mostrando una erección y eyaculación satisfactoria.

Sin embargo vale la pena discutir este punto debido a que, en nuestro estudio, fue posible observar que los pacientes con hipospadias tienen un temor

marcado en practicar la actividad sexual. Así mismo, a través de las pruebas mostraron grados elevados de preocupación con respecto a la sexualidad y negaron el hecho de haber tenido algún tipo de experiencia sexual y de haberse masturbado. Por tanto la problemática además de ser orgánica contiene factores psíquicos de suma importancia. Es decir que si bien el hipospadias no provoca problemas en cuanto al funcionamiento sexual sí produce alteraciones de índole psicológica, que pueden hacer que estos pacientes tengan repercusiones importantes en la esfera sexual llegando a evitar, entre otras cosas, la actividad sexual.

**A través de esta observación se pone en claro que la problemática de los pacientes con hipospadias no solo se basa en la cirugía reconstructiva ya que aún después de que son operados y que la malformación ha desaparecido, siguen presentando alteraciones psicológicas.**

De ahí la importancia de saber qué sucede con estos pacientes en etapa adolescentes cuando ya fueron operados y supuestamente ya se encuentran "a salvo" de su problema de hipospadias.

Nos parece importante ahondar en esta afirmación debido a que se podría suponer que al ser corregida la malformación no tendrían porque presentarse problemas con respecto a su sexualidad, ya que la cirugía reconstructiva por sí sola logra erradicar el padecimiento de hipospadias y que basta que el paciente ya no tenga la malformación para que se sienta bien y este "curado". Esta idea se ha podido observar en los propios padres y en algunos pacientes que esperan con ansia ser operados y de este modo "volver a ser normales". Así como en algunos médicos que basan su interés en lograr una cirugía perfecta y una estética que no deje huella.

**Por tanto concluimos que el padecimiento de hipospadias además de tener un factor orgánico y biológico (la malformación peneana), el cual es visible y se produce antes del nacimiento, también presentan como consecuencia intrínseca una repercusión psíquica de mayor importancia y que alude a determinantes de orden psicosexual, que tienen que ver con la crianza y educación de estos pacientes.**

Partiendo de que el hipospadias no provoca forzosamente problemas con respecto al funcionamiento sexual y tomando en cuenta que los sujetos con hipospadias aquí estudiados, presentaron una gravedad media con respecto a su padecimiento, donde no intervinieron casos de pacientes con ambigüedad de genitales o estados intersexuados, todos fueron asignados como varones desde su nacimiento y presentaron un cariotipo masculino y órganos sexuales internos sin ningún tipo de alteraciones. La cuestión a discutir es **¿de donde surgen los problemas de identidad sexual de estos pacientes?** Para tal discusión tomaremos en cuenta los siguientes aspectos.

4. Con respecto a los resultados obtenidos a través de la entrevista, el análisis estadístico muestra diferencias significativas en el área de la identidad sexual ( $P=0.011$ ). Esta área muestra que los sujetos con padecimiento de hipospadias puntuaron más alto en las preguntas que indicaban alteraciones en su identidad sexual.

El análisis interpretativo de las respuestas dadas por los pacientes con hipospadias muestran que estas alteraciones en la identidad sexual se deben básicamente a tres factores: **a)** temor por parte de los padres en que sus hijos desvíen su comportamiento psicosexual; **b)** percepción distorsionada por parte de los padres en el aspecto físico de sus hijos; **c)** Inconformidad con la anatomía del pene y **d)** temor marcado en practicar la actividad sexual.

Según la teoría expuesta por Dio Bleichmar (1994), estos factores influyen enormemente en la adquisición de la identidad sexual. Esta autora menciona que los padres son los principales agentes encargados de expresar todo lo concerniente al sexo y al género de sus hijos.

Por tanto se observa que en el caso de los pacientes con hipospadias esta confirmación parental se encuentra alterada, ya que los padres tienen una percepción distorsionada del aspecto físico de sus hijos y sienten temor en que desvíen su comportamiento psicosexual. Basándose en esto, fue posible observar que los padres no logran manejar de forma adecuada el padecimiento de sus hijos y proyectan en ellos sentimientos de inseguridad y mensajes ambiguos acerca de su identidad psicosexual.

Otro factor que toma en cuenta esta autora es con respecto a lo que ella llama la percepción y fantasías despertadas naturalmente por la anatomía y fisiología de los órganos genitales. Esta percepción se inicia desde el primer año de vida con el manipuleo y descubrimiento de los genitales. Después se va afirmando por la curiosidad y el interés que tiene el niño de conocer las diferencias sexuales (Fase Fálica).

Tomando en cuenta que esta percepción inicial es de suma importancia para la adquisición de la identidad sexual, es posible decir que el paciente con hipospadias se encuentra en serias desventajas, debido a que la apariencia de sus genitales es diferente a la de otros niños. Por tanto es probable que su proceso de diferenciación sexual y la percepción que tiene con respecto a su sexo se vea alterada.

La conflictiva con respecto a la percepción de la anatomía genital, se pudo corroborar en nuestro estudio, a través de los reportes efectuados por los adolescentes con hipospadias, donde mostraron inconformidad con la apariencia estética de su pene, argumentando que no era igual a la de los otros hombres por las cicatrices y la circuncisión realizadas durante la operación. Estos resultados son similares a los encontrados por Mureau, Slipjer y Cols en 1995 (ver antecedentes).

En cuanto al temor marcado por practicar la actividad sexual se encontró que este sentimiento está estrechamente relacionado con lo expuesto anteriormente. Es decir que la percepción negativa de la apariencia estética del pene influye en el temor por practicar la actividad sexual en los adolescentes con hipospadias.

Por tanto es posible concluir en este estudio, que los adolescentes con trastorno de hipospadias muestran mayores alteraciones en su identidad sexual que los sujetos con Acné Juvenil.

Así mismo fue posible observar que las alteraciones en la identidad sexual de los adolescentes con hipospadias tienen estrecha relación con la actitud que tienen los padres con respecto a la identidad psicosexual de sus hijos. Esta se reflejó en el temor marcado en practicar la actividad sexual y la inconformidad que sienten los adolescentes con respecto a la anatomía de sus órganos genitales.

5. En el test de la figura humana de Machover, las variables que resultaron significativas fueron las referentes a la puntuación total del test ( $P= 0.006$ ), donde fue posible observar que los pacientes con hipospadias proyectaron a través de sus dibujos un mayor número de alteraciones en su identidad psicosexual. Así mismo los puntajes obtenidos en los indicadores anatómicos se observaron más elevados para el grupo de sujetos con hipospadias que para el grupo de sujetos con acné juvenil ( $P= 0.043$ ). Por tanto nuestra hipótesis de investigación se confirmó a través de estas dos variables.

El análisis clínico muestra, en esta prueba, los siguientes tipos de alteraciones: a) conflictos de virilidad y sentimientos de impotencia; b) mayor sensualidad y afeminamiento; c) características sexuales invertidas.

Se piensa que los conflictos de virilidad y sentimientos de impotencia reflejados por los pacientes con hipospadias se pueden relacionar con lo expuesto en el marco teórico por Stoller (1968). Este autor sostiene que por el sentimiento "soy varón" se debe entender la autopercepción de la identidad genérica, núcleo esencialmente inalterable que debe distinguirse de la creencia que se relaciona y que es diferente a saber "soy viril". Esta última creencia corresponde a un desarrollo más sutil y más complicado, que no se consolida hasta que el niño comprende acabadamente de que manera sus padres desean verlo expresar su masculinidad.

Por tanto, esta teoría resulta ser de suma importancia ya que por una parte nos ratifica lo anteriormente expuesto acerca de la confirmación parental en la adquisición de la identidad psicosexual. Así mismo nos permite comprender que la problemática con respecto a la identidad psicosexual de los adolescentes con hipospadias no radica en el hecho de si se sienten varones o no, sino más bien en que no se sienten viriles.

Por tanto estos sujetos no tienen dudas acerca de su asignación sexual debido a que desde su nacimiento y a pesar de su malformación genital, los asignaron como varones y por tanto saben que pertenecen al sexo masculino, "se saben varones".

El mayor número de características sexuales invertidas, en los dibujos de los sujetos con hipospadias, indican que, a pesar de que conocen las características

sexuales y los estereotipos del rol de género para ambos sexos, muestran inclinaciones por adoptar conductas y características propias del sexo contrario. Estas actitudes guardan estrecha relación con los conflictos de virilidad y los sentimientos de impotencia los cuales pueden llevarlos a adoptar una postura más feminizada.

**Esta investigación evidencia que la problemática no es básicamente de género ya que los adolescentes con hipospadias se saben pertenecientes al sexo masculino y saben cual es la conducta y el rol social esperado como hombres. De hecho la mayoría de los jóvenes presentaron como figura inicial una figura del sexo masculino, pero en el análisis psicodinámico de sus pruebas aparecen reflejados claros conflictos de identidad. Por tanto se deduce que a un nivel inconsciente se evidencia de forma más clara su problemática en cuanto a su identidad psicosexual.**

**6. A través del Test de Apercepción Temática, fue posible obtener diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de este test ( $P= 0.001$ ), así como en las variables que midieron los impulsos homosexuales, la angustia de castración y la identificación con figuras masculinas.**

La angustia de castración resultó un factor interesante en este estudio, ya que confirma nuestra hipótesis inicial, donde se mencionó que el padecimiento de hipospadias implica muchas operaciones en el área genital, las cuales se efectúan generalmente entre los 3 y los 8 años de edad. Esta etapa corresponde, según la teoría freudiana, al momento en donde se afirma la identificación sexual y donde se evidencian las fantasías de castración.

Los resultados obtenidos a través de esta prueba muestran que las fantasías de castración se encuentran latentes en los sujetos con hipospadias aun en etapa adolescente, debido principalmente, al resurgimiento de la conflictiva edípica. Así mismo, fue posible observar que las intervenciones quirúrgicas a las que tuvieron que estar expuestos desde su temprana infancia han agudizados aun más estos temores. Es importante hacer hincapié que no solo en la fantasía de estos niños existió la posibilidad de perder su pene, sino en lo real sufrieron cortes en sus órganos genitales. Por tanto esta angustia puede estar desencadenada o reforzada por estas intervenciones y ser percibida como una castración real, provocando serios problemas en la resolución del conflicto edípico y en el desarrollo psicosexual de los pacientes con hipospadias.

**Esta investigación concluye que las intervenciones quirúrgicas provocan alteraciones en el desarrollo psicosexual de los pacientes con hipospadias debido fundamentalmente, a que se efectúan dentro de una época crítica del desarrollo del niño (entre los 3 y los 8 años).**

Con respecto a los impulsos homosexuales, es preciso mencionar, que a pesar que estos se manifiestan durante la etapa adolescente, se observan más intensificados en los sujetos con hipospadias que en los pacientes con acné juvenil.



Así mismo estos pacientes se identificaron en sus historias con un mayor número de personajes del sexo femenino. Es posible deducir que estas tendencias e inclinaciones se deben a que se sienten hombres en desventaja, por lo tanto demuestran su inseguridad, o como se planteo anteriormente su impotencia y conflictos de virilidad, adoptando una postura más femenina con tendencias homosexuales. Lo cual no significa que sean homosexuales o afeminados, pero si nos lleva a suponer que presentan estas tendencias.

**Por tanto es posible concluir a través del presente estudio que los adolescentes con hipospadias proyectaron mayores impulsos homosexuales, mayor angustia de castración y se identificaron preferentemente con figuras del sexo femenino. Indicadores que evidencian una mayor problemática en la identidad psicosexual.**

7. En resumen, es posible concluir que los tres instrumentos psicológicos arrojaron datos que demuestran que los sujetos con padecimiento de hipospadias tienen alteraciones en su identidad psicosexual. Así mismo fue posible conocer que las alteraciones encontradas se deben principalmente a la actitud de los padres y a las implicaciones psicológicas que tiene la malformación peneana y las intervenciones quirúrgicas.

Estas alteraciones se demostraron a través de los siguientes factores:

- Conflictos de virilidad y sentimientos de impotencia
- Preocupación por la sexualidad
- Temor en practicar la actividad sexual
- Inconformidad con la anatomía de su pene.
- Temor por parte de los padres en que sus hijos desvíen su comportamiento psicosexual.
- Mayor sensualidad y afeminamiento.
- Identificación con personajes femeninos.
- Impulsos homosexuales.
- Angustia a la castración

8. Se piensa que los resultados obtenidos de ambos tipos de análisis, cuantitativo y cualitativo, fueron complementarios, ya que permiten obtener una visión más amplia de la problemática en torno al padecimiento de hipospadias. Así mismo demuestra un intento por conjuntar las herramientas estadísticas con las interpretativas. Sin embargo consideramos necesario tomar en cuenta y discutir algunos puntos en referencia a la metodología utilizada en la realización de esta investigación.

a) El análisis estadístico solo reflejó como significativas a 7 variables de 23 que se midieron en nuestra investigación, a pesar que los puntajes en bruto y el análisis

interpretativo indican que los pacientes con hipospadias reflejaron en todas las variables una mayor problemática en la identidad psicosexual. Lo anterior se puede observar comparando las medias y los puntajes obtenidos en cada prueba. Ahí, es posible confirmar que estos puntajes son más elevados para el grupo de sujetos con hipospadias que para el grupo de sujetos con acné juvenil. Por lo tanto se piensa que el análisis estadístico por sí solo hubiera resultado un tanto limitante y no hubiera podido llenar todas las expectativas de nuestro estudio.

b) Es posible discutir esta limitación, tomando en cuenta que, son muchos los factores que implican alteraciones en la identidad psicosexual y no se tienen claros cuales podrían ser los más representativos para indicar una perturbación. Así mismo la falta de instrumentos ya estandarizados y validados, llevó a tener que adaptar una entrevista y algunas pruebas psicológicas, donde se pudieran cuantificar algunos indicadores de alteración en la identidad psicosexual. Por tanto se piensa que esta adaptación provocó que algunas variables no llegaran a ser tan significativas para lo que se pretendía medir y resultaran demasiado generales. Es decir que se tomaron en cuenta indicadores que tienen que ver con la identidad, con las relaciones familiares y con la sexualidad de forma general, ya que todo en conjunto tiene que ver con la conformación de la identidad psicosexual. Sin embargo en forma individual repercuten de diferentes maneras en toda la esfera emocional de cualquier individuo.

c) En cuanto a la población, se podría discutir el tamaño reducido de la muestra. Esto respondió a la poca incidencia de casos en edad adolescente ya que por lo general no acuden regularmente a consulta a esta edad, debido a que en su mayoría ya fueron intervenidos quirúrgicamente desde su temprana infancia y solo algunos se encuentran con seguimiento médico. Aunado a esto, el hipospadias es un padecimiento que suele encontrarse asociado a otras anomalías secundarias por lo cual algunos pacientes tuvieron que ser descartados debido a que presuponían otras implicaciones de tipo intersexual o de ambigüedad de genitales, cuando el objetivo de este estudio era solo con pacientes que presentaban hipospadias puro. Por tanto se podría suponer que el número reducido de pacientes repercutió en el análisis estadístico ya que las diferencias entre las medias de los dos grupos no llegaron a ser significativamente diferentes en todas las variables que indican perturbaciones en la identidad psicosexual.

d) De igual forma, la etapa de la adolescencia implica de suyo muchos cambios y conflictivos en el aspecto emocional del sujeto. Es la etapa en donde se consolida la identidad psicosexual, por tanto presupone muchas ambivalencias que resultan difíciles de identificar como posibles alteraciones o propias de la edad.

e) Otro factor a discutir es respecto al grupo comparativo. El cual se reunió por la necesidad de tener un grupo de comparación de donde partir para explorar las alteraciones en la identidad psicosexual y poder conocer si los conflictos encontrados se debían al padecimiento o si eran propios de la edad. Se decidió que

fueran pacientes con Acné Juvenil debido a que era necesario que ambos grupos se igualaran en cuanto a ser pacientes del Instituto Nacional de Pediatría y que tuvieran la misma edad y el mismo nivel socioeconómico. Por otra parte, el padecimiento de acné, es de los menos severos en el Hospital y es una enfermedad propia de la edad adolescente. Por tanto al buscar un grupo de comparación que se acercara lo más posible a un grupo de adolescentes "normales" se pensó que el grupo de sujetos con acné juvenil lograba reunir las características necesarias para la investigación.

Esta investigación refleja, asimismo, algunas de las limitaciones o características inherentes a la mayoría de los estudios clínicos. Deja en claro las dificultades encontradas en la cuantificación y en el análisis estadístico de las alteraciones en la identidad psicosexual.

Sin embargo se piensa que estas limitaciones se lograron reducir utilizando las herramientas clínicas e interpretativas que los instrumentos proyectivos posibilitaron. **La conjunción de ambos tipos de análisis permitió obtener un mayor número de aportaciones en el entendimiento de la problemática psicológica de los pacientes con hipospadias.**

9. Como primer acercamiento al estudio de la identidad psicosexual de adolescentes con hipospadias en México, se espera que esta investigación abra una línea dentro de un campo de investigación tan interesante y vasto.

Como principales **aportaciones**, este estudio muestra una forma de cuantificación de la identidad psicosexual la cual podría ser utilizada para nuevas investigaciones. Así mismo hace un intento por conjuntar el análisis interpretativo con el análisis estadístico y muestra los límites y posibilidades de este tipo de metodología.

También, deja en claro que los pacientes con hipospadias presentan alteraciones en su identidad psicosexual.

Por tanto se piensa que es de suma importancia hacer un trabajo psicológico a profundidad con los jóvenes y sus familias.

Como prevención en el tratamiento del hipospadias, sería importante proporcionar una orientación psicológica a los padres desde que el niño nace. De modo que conozcan las implicaciones del padecimiento, así como reducir la angustia y las fantasías inconscientes de los padres que puedan repercutir en el desarrollo emocional del niño.

Así mismo, es recomendable hacer un trabajo psicoprofiláctico con los niños antes de que sean intervenidos quirúrgicamente y llevar un seguimiento a lo largo de su desarrollo psicosexual, poniendo especial atención en la adolescencia, ya que es la etapa en donde se afirma la identidad y resurgen todas las fantasías y los conflictos inconscientes relacionados con la sexualidad. Se piensa que durante la etapa adolescente resultaría eficaz llevar una terapia grupal, donde puedan trabajar con otros jóvenes que coincidan en edad y en el tipo de problemática.



## **VIII. ANEXOS**

# ENTREVISTA

## I. DATOS GENERALES:

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**ESCOLARIDAD:**

**OCUPACIÓN:**

**PADECIMIENTO:**

## II. DATOS ACERCA DE LAS RELACIONES FAMILIARES:

1. RELACIÓN CON LA MADRE:

1 Conflictiva

0 Estable

2. RELACIÓN CON EL PADRE:

1 Conflictiva

0 Estable

3. RELACIÓN CON LOS HERMANOS:

1 Conflictiva

0 Estable

## III. DATOS SOBRE LA IDENTIDAD SEXUAL:

4. EDUCACIÓN RESPECTO A LA CONDUCTA DE GENERO DURANTE LA INFANCIA DEL PACIENTE:

1 Con preocupación exagerada por la masculinidad o tendiente a lo Femenino.

0 Sin preocupación exagerada por la masculinidad.

5. IMPRESIÓN DEL ASPECTO FÍSICO DEL PACIENTE PARA LOS PADRES:

- 1 Poco masculino o tendiente a lo femenino.
- 0 Masculino

6. IMPRESIÓN DE SUS COMPAÑEROS SOBRE SU ASPECTO FÍSICO:

- 1 Poco masculino o tendiente a lo femenino.
- 0 Masculino

7. EMPLEO DE VESTIMENTA:

- 1 Con tendencia a lo femenino.
- 0 Predominantemente masculina

8. PREFERENCIA DE JUEGOS:

- 1 Con tendencia a lo femenino.
- 0 Predominantemente masculinos

9. AMANERAMIENTOS:

- 1 Movimientos afeminados
- 0 No se detectan movimientos afeminados

10. PREFERENCIA DE COMPAÑÍA:

- 1 Predominantemente femenina o con tendencia al aislamiento.
- 0 Predominantemente masculina.

11. FANTASÍAS RESPECTO A SU FUTURA IDENTIDAD PSICOSEXUAL:

- 1 Homosexualidad, bisexualidad, o dudas acerca de la identidad.
- 0 No se detectan.

12. DISGUSTO ANATOMICO:

- 1 Existe inconformidad con su anatomía  
0 No existe inconformidad con su anatomía

**IV. DATOS SOBRE EL ÁREA SEXUAL:**

13. DESEA CASARSE:

- 1 No  
0 Sí

14. DESEA TENER HIJOS:

- 1 No  
0 Sí

15. TIENE NOVIA O HA TENIDO:

- 1 No  
0 Sí

16. HA TENIDO EXPERIENCIAS SEXUALES:

- 1 No  
0 Sí

17. SE HA MASTURBADO:

- 1 Lo niega  
0 Sí

18. TEMOR DE TENER RELACIONES SEXUALES:

- 1 Sí  
0 No

Porque -----

TOTAL -----

## CRITERIOS DE EVALUACION DE LA ENTREVISTA

PRG	TIPO DE RESPUESTA	INTERPRETACIÓN	PUNTUACIÓN
1	Conflictiva.	Cualquier respuesta donde el adolescente mencione no tener una buena relación con su madre, discutir con ella, sentir rechazo o poca atención.	1
	Estable	Respuesta donde el adolescente reporta una adecuada relación, tener comunicación, cuidados y/o buen trato.	0
2	Conflictiva.	Cualquier respuesta en la cual el adolescente mencione no tener una buena relación con su padre, discutir con él, sentir rechazo, ausencia, abandono o poca atención.	1
	Estable	El adolescente reporta una adecuada relación, tener comunicación, cuidados y buen trato.	0
3	Conflictiva.	El adolescente reporta rivalidad, poca relación entre ellos, discusiones constantes, sentimientos de desigualdad.	1
	Estable.	El adolescente menciona una relación adecuada, unión y/o confianza.	0
4	Con preocupación por la masculinidad o tendiente a lo femenino.	El adolescente reporta que los padres mostraron en numerosas ocasiones signos de alarma en cuanto a que su hijo no siga los patrones de conducta establecidos para el género masculino.	1
	Sin preocupación exagerada por la masculinidad.	Sin detectar signos de preocupación por la masculinidad.	0
5	Poco masculino o tendiente a lo femenino.	Que el adolescente mencione que sus padres le han hecho observaciones referentes a su poca masculinidad o feminidad en cuanto a sus actitudes, vestimenta o comportamiento.	1
	Masculino.	Que el adolescente niegue haber tenido observaciones por parte de sus padres referentes a su poca masculinidad o feminidad.	0
6	Poco masculino o tendiente a lo femenino.	Que el adolescente mencione que sus amigos le han hecho observaciones referentes a su poca masculinidad o feminidad en cuanto a sus actitudes, vestimenta o comportamiento.	1
	Masculino.	Que el adolescente niegue haber tenido observaciones por parte de sus amigos referentes a su poca masculinidad o feminidad.	0
7	Con tendencia a lo femenino.	Que el adolescente use ropa entallada o con colores pasteles, anillos, pulseras, aretes, pelo largo. (se puntúa con 3 de estos indicadores).	1
	Predominante masculina.	Que el adolescente no presente ninguno de los indicadores anteriores.	0
8	Contendencia a lo femenino.	Que el adolescente reporte aversión por los juegos considerados como masculinos, o que le gusten las actividades pasivas, propias de las niñas, o que requieran de poco esfuerzo físico.	1
	Predominante masculinos	Que reporte gustó por los juegos propios del sexo masculino, juegos bruscos o deportes.	0
9	Movimientos afeminados	Observar en el adolescente posturas, actitudes, gestos, tono de voz o discurso propio del sexo femenino.	1
	No se detectan movimientos afeminados.	No detectar comportamientos propios del sexo femenino.	0



## CRITERIOS DE EVALUACION DE LA ENTREVISTA

PRG	TIPO DE RESPUESTA	INTERPRETACIÓN	PUNTUACIÓN
10	Predominantemente femenina o con tendencia al aislamiento.	Cualquier respuesta en donde el adolescente exprese llevarse mejor con compañeras del sexo femenino, o tener tendencias al aislamiento por temor al rechazo o por imposibilidad a acercarse a jóvenes de su mismo sexo.	1
	Predominantemente masculina.	Que el adolescente reporte llevarse de igual forma con ambos sexos o tener más compañeros de su mismo sexo.	0
11	Fantasías de homosexualidad, bisexualidad o dudas acerca de su identidad sexual.	Que el adolescente exprese directamente tener dudas acerca de su identidad sexual, pensar en la posibilidad de ser homosexual o bisexual o poco masculino.	1
	No se detectan dudas acerca de su identidad sexual.	Que el adolescente no reporte ninguna duda acerca de su identidad psicosexual.	0
12	Inconformidad con su anatomía.	Que exprese estar inconforme con alguna parte de su cuerpo, sus genitales o su anatomía como varón.	1
	Conforme con su anatomía.	Que este conforme con su anatomía, sus genitales y su aspecto físico como varón.	0
13	No	Que exprese dudas, no saberlo, no tenerlo claro o no querer casarse.	1
	Sí	Que afirme el deseo de casarse.	0
14	No	Que exprese dudas, no saberlo, no tenerlo claro o no querer tener hijos.	1
	Sí	Que afirme el deseo de tener hijos.	0
15	No	Que niegue el haber tenido novia o cualquier tipo de relación con una pareja del sexo opuesto.	1
	Sí	Que afirme el haber tenido novia o algún tipo de relación con el sexo opuesto.	0
16	No	Que niegue el haber tenido algún tipo de experiencia, acercamiento o relación de tipo sexual.	1
	Sí	Que afirme el haber tenido algún tipo de experiencia, acercamiento o relación de tipo sexual.	0
17	Lo niega	Que niegue el hecho de haberse masturbado.	1
	Sí	Que afirme el hecho de haberse masturbado.	0
18	Sí	Que exprese sentir o haber sentido temor en tener relaciones sexuales.	1
	No	Que afirme no tener o no haber sentido temor a las relaciones sexuales.	0

## FIGURA HUMANA DE MACHOVER

### I. COMPARACIONES ENTRE AMBAS FIGURAS RESPECTO A LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL:

1.- Figura inicial del dibujo:

- 1 A. figura femenina  
0 B. figura masculina

2.- Diferenciación sexual de las dos figuras:

- 1 A. No hay diferencias en cuanto al sexo de las figuras o son figuras asexuadas.  
0 B. Si hay diferencias en cuanto al sexo en las figuras.

3.- Figuras con características sexuales invertidas:

- 1 A. Figura masculina con rasgos femeninos o Figura femenina con rasgos masculinos.  
0 B. Las figuras no están invertidas.

4.- Tamaño de las figuras:

- 1 A. Figura femenina es más grande que la masculina.  
0 B. No hay diferencias importantes en cuanto al tamaño.

5.- Figuras primitivas:

- 1 A. Las figuras son primitivas.  
0 B. Las figuras no son primitivas.

6.- Historias de las figuras:

- 1 A. Temas que indiquen alteraciones en la identidad psicosexual.  
0 B. Temas que no tengan alteraciones de identidad psicosexual.

## INDICADORES CORPORALES CON RESPECTO AL AREA SEXUAL:

### 7.- AREA GENITAL:

- 1 A. Borrada, omitida, remarcada, sombreada o con transparencias.  
0 B. Sin ninguna alteración.

### 8.- BOCA:

- 1 A. Boca cóncava receptiva; con lengua o ausencia de boca.  
0 B. Sin estos rasgos.

### 9.- LABIOS:0

- 1 A. Labios gruesos en figura masculina; con línea sensual; como arcos de cupido; con detalles cosmetizados o remarcados.  
0 B. Sin estos rasgos.

### 10.- MENTON:

- 1 A. Mentón agrandado o prominencia de la barba.  
0 B. Sin estos rasgos.

### 11.- OJOS:

- 1 A. Ojos pequeños con órbita grande; ojos con pestañas; evasivos o ausencia de ojos.  
0 B. Sin estos rasgos.

### 12.- CEJAS:

- 1 A. Ceja bien arreglada, delineada o levantada.  
0 B. Sin estos rasgos.

### 13.- OREJAS:

- 1 A. Orejas grandes o enfáticas.  
0 B. Sin estos rasgos.

14.- CABELLO O PELO:

1 A. Sombreado vigoroso con pobre delineación de la forma; abundante, ondulado o llamativo en la mujer y poco en el varón; pelo en la quijada o ausencia de pelo.

0 B. Sin estos rasgos.

15.- NARIZ:

1 A. Larga, reforzada, en corte o ausencia de nariz.

0 B. Sin estos rasgos.

16.- CUELLO:

1 A. Largo y fino; muy corto, ancho o ausencia de cuello.

0 B. Sin estos rasgos.

17.- NUEZ DE ADAN:

1 A. Presente

0 B. Ausente.

18.- MANOS:

1 A. Grandes; sombreadas; detrás de la espalda; en los bolsillos; enfiadas en la región genital o ausencia de manos.

0 B. Sin estos rasgos.

19.- DEDOS:

1 A. Anormalmente largos, sombreados; muy cortos; dedo índice o pulgar en forma sobresaliente o rígida; desmembración de un dedo o ausencia de dedos.

0 B. Sin estos rasgos.

20.- PIERNAS:

1 A. Sombreado o delineamiento de las piernas; piernas apretadas; piernas de mujer torcidas, musculosas o masculinas; trazado de una línea para dividir la falda formando pantalones; negativa en el dibujo de las piernas o la zona de bifurcación de las piernas.

0 B. Sin estos rasgos.

21.- PIES:

1 A. Semejantes a falos; dedos de los pies en figura que no esta desnuda o ausencia de pies.

0 B. Sin estos rasgos.

22.- BRAZOS:

1 A. Apretados al cuerpo o muy extendidos; omisión de los brazos en figura femenina y extendidos en figura masculina; o ausencia de brazos.

0 B. Sin estos rasgos.

23.- TRONCO:

1 A. Redondeado, con ángulos o reacio en cerrar el tronco.

0 B. Sin estos rasgos.

24.- HOMBROS:

1 A. Anchos, con borraduras o reforzados; hombros más robustos en la figura femenina.

0 B. Sin estos rasgos.

25.- CADERAS Y/O NALGAS:

1 A. Delineación y énfasis en caderas y/o nalgas

0 B. Sin estos rasgos.

26.- LINEA DE LA CINTURA:

1 A. Línea reforzada o interrumpida; cinturón elaborado o cintura apretada (tipo corsé).

0 B. Sin estos rasgos.

27.- INDICACIONES ANATOMICAS:

- 1 A. Ropa transparente; figuras desnudas; dibujo de órganos sexuales.  
0 B. Sin estos rasgos.

28.- ARTICULACIONES:

- 1 A. indicaciones que señalen codos, rodillas, coyuntura de los dedos o músculos.  
0 B. Sin estos rasgos.

29.- BOTONES Y/O CIERRE:

- 1 A. Línea mecánica de botones o de cierre.  
0 B. Sin estos rasgos.

30.- BOLSILLOS:

- 1 A. Presente.  
0 B. Ausente.

31.- CORBATA Y/O BRAGUETA.

- 1 A. Presente.  
0 B. Ausente.

32.- ZAPATOS Y/O SOMBRERO:

- 1 A. Presencia de sombrero; zapatos en forma de falo, remarcados, con agujetas; con tacones en figura masculina  
0 B. Sin estos rasgos.

33.- PIPA, CIGARRILLO, PISTOLA Y/O BASTON:

- 1 A. Presente.  
0 B. Ausente

## CRITERIOS DE EVALUACION DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

PREGUNTA	INDICADORES	INTERPRETACIÓN	PUNTUACIÓN
1	Figura inicial del dibujo	A: Confusión respecto al rol o a la identificación sexual.	1
2	Diferenciación sexual de las figuras	A: Confusión en cuanto a los roles y características sexuales determinadas para cada sexo.	1
3	Figuras con características sexuales invertidas	A: masculinización de la figura femenina o feminización de la figura masculina.	1
4	Tamaño de las figuras.	A: Mayor importancia al sexo femenino, devaluación del sexo masculino.	1
5	Figuras primitivas.	A: Actitud defensiva, represión o poca elaboración.	1
6	Historias de los dibujos.	Identificación y el rol masculino; lapsus respecto al sexo; contenido del discurso predominantemente femenino, etc.	1
7	Area genital.	A: Conflicto, ansiedad, ocultamiento o preocupación con respecto al área genital.	1
8	Boca	A: Cóncava: individuo dependiente; Lengua: expresión de sensualidad, señal erótica, concentración oral en un nivel primitivo; Omisión: depresión, culpabilidad por agresión oral.	1
9	Labios	A: Signo de afeminamiento, sensualidad o precosidad sexual.	1
10	Menton.	A: Compensación por debilidad o Fuerte impulso a parecer socialmente enérgico y dominante.	1
11	Ojos.	A: Pestañas: afeminamiento; Grandes: curiosidad visual (voyeurismo); Evasivos o cerrados: cerrarse al mundo, concentración narcisista.	1
12	Cejas	A: Afeminamiento, cuidado, desdén, arrogancia o duda.	1
13	Orejas	A: Reacciones a la crítica, opinión social, ideas de referencia, conflictos homosexuales (acompañado de otros rasgos).	1
14	Cabello o Pelo.	A: Impotencia, conflicto de virilidad dentro de una expresión sexualmente desviante.	1
15	Nariz	A: Simbolismo sexual; Larga: Virilidad sexual; en corte: Inadecuado sexualmente, indeciso (temores de castración); Ausencia: represión de la sexualidad.	1
16	Cuello	A: Largo y Fino: Control y represión de los impulsos; Corto: conducta guiada por el impulso.	1
17	Nuez de Adan	A: Virilidad o impulso de masculinidad.	1

## CRITERIOS DE EVALUACION DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

PREGUNTA	INDICADORES	INTERPRETACIÓN	PUNTUACIÓN
18	Manos	A: Grandes: sentimientos de insuficiencia, compensación por debilidad; Sombreadas: impulsos agresivos; culpabilidad por actividades masturbatorias; Dificultad en el contacto emocional.	1
19	Dedos	A: Masturbación; agresión; Castración; Dificultades en el contacto y la manipulación.	1
20	Piernas	A: Varones psicosexualmente inmaduros; trastornos sexuales, pánico homosexual.	1
21	Pies	A: Simbolismo sexual; Implicaciones agresivas; Insuficiencia sexual.	1
22	Brazos	A: Organos del contacto y la manipulación; Apretados: sentimientos pasivos y defensivos; Extendidos: necesidades agresivas dirigidas al exterior; Omisión en figura femenina: rechazo por parte de la madre o	1
23	Tronco	A: Redondeado: Mayor feminidad, menos agresividad y desarrollo; Con Angulos: asociado a la masculinidad; sin cierre del tronco: Preocupación sexual.	1
24	Hombros	A: Mayor énfasis en varones emocional y psicosexualmente inmaduros; Anchos: individuos sexualmente ambivalentes, sobrecompensación por insuficiencia corporal; Robustos en figura femenina: confusión en el poder físico y/o sexual.	1
25	Caderas y/o Nalgas	A: Atención indebida en varones con conflictos o inclinaciones homosexuales.	1
26	Línea de la cintura	A: Divide la parte inferior y superior del cuerpo, las cuales tienen los simbolismos de fuerza física (superior) y funcionamiento sexual (inferior). Indica el control y racionalización de la tensión sexual, la cual puede encontrar salida en arranques temperamentales o desviantes.	1
27	Indicaciones anatómicas	A: El trazado de las partes del cuerpo a través de ropa transparente o los órganos sexuales expuestos pueden señalar preocupación sexual, tendencias homosexuales o fantasías furtivas sexuales.	1
28	Articulaciones	A: Persona poseedoras de un sentido imperfecto e indeciso de su integridad corporal; Indicios de dependencia maternal e inmadurez psicosexual.	1
29	Botones y/o cierre.	A.: Dependientes, inadaptados e infantiles; sumisión a la autoridad.	1
30	Bolsillos	A: Pérdida afectiva o material, sentimientos de inadecuación o rechazo.	1



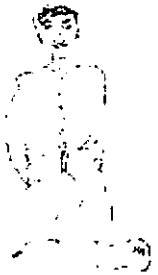
## CRITERIOS DE EVALUACION DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

PREGUNTA	INDICADORES	INTERPRETACIÓN	PUNTUACIÓN
31	Corbata y/o Bragueta	A: Simbolismo sexual; Adolescentes indecisos o inadecuado sexualmente	1
32	Zapatos y/o sombrero.	A: Zapato en forma de falo: varón involucionado, con algun grado de impotencia; Sombrero: regresión, conducta sexual primitiva.	1
33	Pipa, cigarrillo, pistola y/o bastón	A: Sombolismos sexuales.	1

**NOTA:** De no encontrarse estos rasgos, la puntuación es de CERO

**EJEMPLIFICACIÓN DE ALGUNOS DIBUJOS DE LA FIGURA HUMANA DE  
MACHOVER.**

**Pacientes Hipospadias:**



Paciente 1.



Just

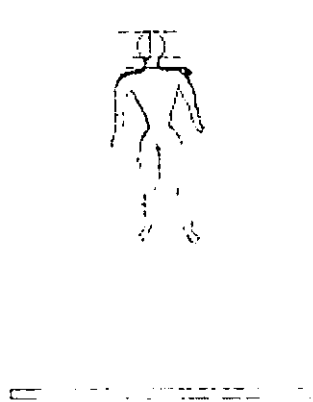
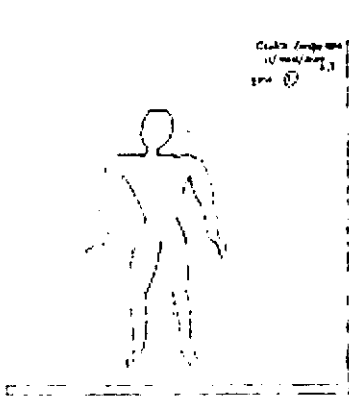
Me he dado cuenta que estoy en una situación  
de mucha confusión por mi falta de poder  
decidir sobre mi vida. Voy a intentar hacer  
lo mejor que puedo en esta situación.  
Me gustaría poder tener un hijo a través  
de un parto natural. Me gustaría tener un hijo  
que pueda crecer y ser feliz.

Me he dado cuenta que estoy en una situación  
de mucha confusión por mi falta de poder  
decidir sobre mi vida. Voy a intentar hacer  
lo mejor que puedo en esta situación.  
Me gustaría poder tener un hijo a través  
de un parto natural. Me gustaría tener un hijo  
que pueda crecer y ser feliz.

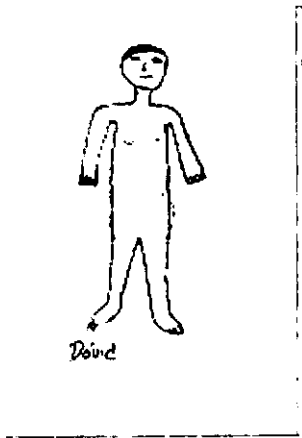
- 27/01/99  
- 28/01/99  
- 29/01/99  
- 30/01/99

- 27/01/99  
- 28/01/99  
- 29/01/99  
- 30/01/99

Paciente 2.

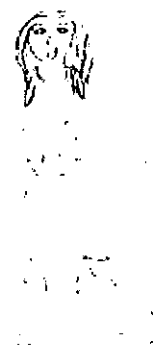


**Paciente 3.**

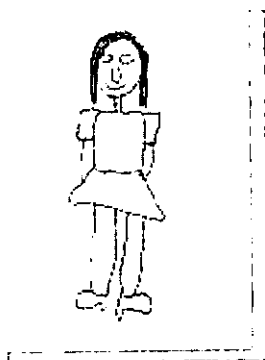
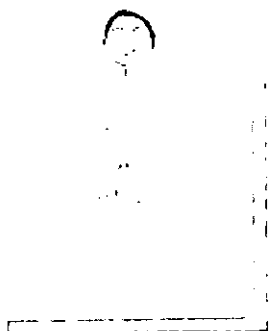


**Paciente 4.**

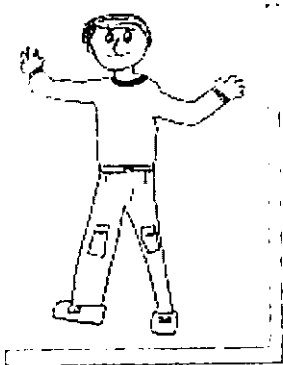
**Pacientes Acné Juvenil:**



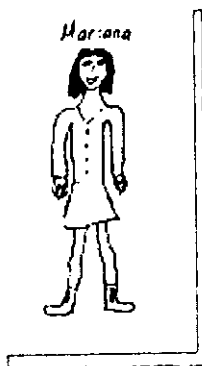
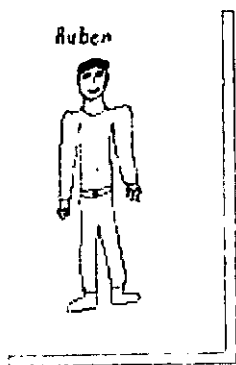
**Paciente 11.**



**Paciente 12.**



Paciente 15.



Paciente 19.

# EJEMPLOS DE ALGUNAS HISTORIAS DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER<sup>1</sup>

## SUJETO 1:

**Historia 1:** Emerson: El es una persona autosuficiente que le gusta aprovecharse de los demás a pesar de que tiene estudios se convirtió en una persona muy negativa que a pesar de lo que aparenta se aspecto es comprensivo y noble que si el quisiera volviera a su vida normal y superarse.

**Historia 2:** Minerva: Es una muchacha limpia en la cual siempre a sido una persona muy inteligente y nunca le ha gustado la mala vida y trata de cambiar a la gente que le rodea porque ella piensa en algo positivo para el mundo.

## SUJETO 2:

**Historia 1:** Yo me llamo edit tengo 14 años me gusta estudiar y jugar en mis tiempos libres me dedico a ayudar a mi mamá comparto mi amistad y mi alegría con mis amigos. Yo cuando sea grande quiero estudiar contabilidad y ayudar a los necesitados, tener mis propias decisiones y tener mucha comunicación con la gente también tener mis propios objetos necesidades y ayudar a mi familia.

**Historia 2:** Yo me llamo Joel me gusta estudiar y jugar en mis tiempos libres me dedico a estudiar. Yo comparto mi cariño con mis hermanos y padres. Cuando sea grande quiero estudiar Administración en fábricas. Yo quiero tener mis propias cosas y ayudar a mi familia a mis padres y hermanos ayudar al pago de mis hermanos en su escuela para que salgan adelante y aprovechen. Ayudar a mi papá y mamá más grande cuando ellos estén.

## SUJETO 3:

**Historia 1:** Este es el molde de un proyecto de diseño creado en una reconocida tienda de maniques a este proyecto esta destinada para la remodelación de vestidos de este Nuevo Milenio y será promovido por una alta cadena de diseñadores distinguidos.

**Historia 2:** En 1989 de construyo un estético cuerpo Artificial echo con exactitud a la misma medida de una mujer con talle perfecto para poder diseñar ropa de una sola medida que ajustara a cualquier mujer que tuviera más o menos estas características para promover ropa de otoño e invierno en esta nueva era y tener una buena producción en esta temporada. El molde fue tomado de una reconocida modelo norteamericana, que consistía con las características para este diseño.

## SUJETO 4:

**Historia 1:** A David le gustaria jugar en el equipo del Chivas Porque le gusta como juegan los jugadores y si puede llegar a jugar en el equipo le daría mucho gusto a el porque se lo propuso que podía llegar a jugar en el equipo del chivas y despues ir a la selección mexicana para jugar con los demás equipo que le toquen.

**Historia 2:** A Vanessa le gusta ir mucho a las discotecas porque le gusta mucho la musica que ponen en las discotecas y también le gusta a Vanessa bailar mucho luego sesale alas fiestas para ir a bailar con sus amigos de la escuela y les enseña a bailar a todos sus amigos de Vanessa.

## SUJETO 11:

---

<sup>1</sup> Las historias que se transcriben a continuación fueron escritas de forma idéntica a como las escribieron los sujetos de investigación incluyendo faltas de ortografía y dicción.

**Historia 1:** Jonathan es estudiante, estudia la prepa es muy sociable le gusta futbol quiere ser peleador profesional e irse a vivir a Brasil.

**Historia 2:** Leslie es tímida, no se viste bien quiere estudiar medicina y formar una familia vivir bien y comodamente.

#### **SUJETO 12:**

**Historia 1:** Hugo tiene 15 años y le gusta el futbol y diario ba a las canchas para practicar y ser el mejor.

**Historia 2:** Ella es cintya y le gusta mucho ir ala escuela y estudiar tiene 10 años.

#### **SUJETO 15:**

**Historia 1:** Se llama Luis vive en el Edo. De México, el tiene la edad de 12 años le gusta el futbol tiene un hermano mas chico que el. Luis estudia la primaria y quiere ser un buen medico.

**Historia 2:** Se llama Lola vive muy lejos de aquí tiene 11 años es muy bonita actualmente estudia y le gustaria ser una psicologa.

#### **SUJETO 19:**

**Historia 1:** En el otro lado hay el retrato de un muchacho de 20 años de cabello risado, negro, alto y muy buena persona. A el le gustaba estudiar y practicar deporte, no le atraian mucho las mujeres, lo que le interesaba a el era el futuro y no tanto el presente. El iva a la Universidad en la cual tenia buen promedio, admirado por su forma de ser y veian en el un gran futuro.

**Historia 2:** Mariana es una niña de 11 años que le gustaba el juego y la diversión. Era baja, morena, delgada y Bonita que así no le gustaba estudiar. Era una de las niñas mas conocidas de la escuela por su indisciplina y poco aprovechamiento escolar. A ella le gustaba divertirse y nunca pensaba lo que podría pasar por su mal comportamiento y siendo así reprobo el sexto grado de primaria.

## TEST DE APERCEPCIÓN TÉMATICA.

	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
1. El adolescente se identifica con el padre o con personajes del mismo sexo.	-----	-----
2. El adolescente muestra relaciones madre- hijo adecuadas.	-----	-----
3. El adolescente muestra relaciones padre- hijo adecuadas.	-----	-----
4. El adolescente muestra relaciones hombre- mujer adecuadas	-----	-----
5. El adolescente aborda temas sexuales adecuadas.	-----	-----
<b>Valor</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
6. El adolescente reconoce en forma errónea el sexo de los Personajes de las laminas.	-----	-----
7. El adolescente muestra impulsos homosexuales.	-----	-----
8. El adolescente muestra angustia a la castración.	-----	-----
9. El adolescente muestra temores edipicos.	-----	-----
10. Existencia de lapsus con respecto al sexo de los personajes.	-----	-----
<b>Valor</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	-----	



## Descripción de las laminas del Test de Apercepción Temática.

ORDEN	NÚMERO	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
1	1	Un niño contempla un violín instalado sobre una mesa ante él.	Esta lamina explora la identificación del examinado, cómo este pone de manifiesto la relación con las figuras parentales. También se examina con cual de ellos existe un determinado tipo de relación. El sometimiento a la autoridad. Las necesidades de logro y de éxito. Las respuestas sexuales simbólicas; temores de castración y masturbación.
2	4	Una mujer estrecha los hombros de un hombre, cuya cara y cuerpo aparta como si tratase de separarse de ella.	Se exploran las relaciones Hombre- Mujer. La actitud masculina frente al rol femenino. Problemas sexuales y celos triangulares.
3	5	Una mujer de mediana edad observa desde el marco de una puerta entreabierta el interior de una habitación.	Esta lamina explora la masturbación observada e historias encubiertas de la escena primaria.
4	6VH	Una mujer madura de escasa altura, parada de espaldas a un joven alto. Está mira hacia abajo, con expresión perpleja.	Se exploran las relaciones Madre- Hijo. Relación con otras mujeres y conflictiva edípica.
5	7VH	Un hombre maduro observa a un joven que mira malhumorado y con fijeza hacia el espacio.	Se exploran las relaciones Padre- Hijo y la autoridad masculina.
6	8VH	Un adolescente mira hacia el frente. A un lado el cañón de una escopeta, y al fondo una escena borrosa, como la imagen de un ensueño de una operación quirúrgica.	Esta lamina explora temas sexuales, agresión, castración y relación edípica.
7	9VH	Cuatro hombres descansan despreocupados sobre el césped.	Se exploran relaciones hombre a hombre, impulsos y temores homosexuales y prejuicios sociales.
8	10	La cabeza de una joven contra el hombro de un hombre.	Se analizan las relaciones de los hombres con las mujeres. Homosexualidad latente.
9	13HM	Un joven de pie con la cabeza inclinada, cubierta por su brazo. Detrás de él la figura de una mujer acostada en una cama.	Se exploran los conflictos sexuales en ambos sexos, sentimientos de culpa relativos a la actividad sexual. Actitud ante la homosexualidad.
10	17VH	Hombre vestido con mallas, que trapa o desciende por una cuerda.	Lamina que analiza historias de escape de un trauma físico. Temores edípicos. Sentimientos homosexuales e imagen corporal.

## EJEMPLO DE ALGUNAS HISTORIAS DEL TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA.<sup>1</sup>

### LAMINA 1

**Paciente 2:** Era una vez un niño que se sentaba en una mesa y siempre llevaba con él su violín. Todas las mañanas se la pasaba tocándolo, como siempre le gustaba tocar su violín. Porque ese día el muchacho estaba muy triste. No sabía que hacer, porque el se encontraba solo, desde niño a él siempre le había encantado tener un violín, porque a él le gustaba la música y tocar su violín, pero se lo quitaron y nunca pudo ser violinista.

**Paciente 5:** Es un niño que está pensando, puede ser en las cosas que ha vivido, en sus problemas con su familia o en la escuela, o tal vez está reflexionando en lo que es su vida, en lo que ha vivido o en cómo será su futuro, a qué se dedicará, si se casará o no o si tendrá hijos, seguirá estudiando o se pondrá a trabajar.

**Paciente 7:** Había una pareja recién casada que deseaba tener un hijo para comenzar a formar una bella familia. Hicieron todo lo necesario y, después de casi 9 meses, nació la criatura a la que llamaron Paco en honor al padre. Transcurrió el tiempo al igual que la infancia de Paco, la cual no fue muy grata para él, ya que el carácter de su padre era muy fuerte y rudo. Lo obligaba a sacar buenas notas en la escuela, haciéndolo estudiar hasta altas horas de la noche, pero esto no era lo peor, ya que además de hacerlo estudiar, lo ponía a trabajar en el oficio de la familia. Por este motivo no tenía muchas fuerzas para continuar en casa estudiando después de hacer trabajado una ardua jornada laboral. Como a veces fallaba Paco, su padre lo golpeaba con su cinturón, hasta que un día su madre vio que su esposo le estaba pegando tan fuerte al grado de que había sangre en la espalda de su pequeño. Así que su madre tomó una decisión y a espaldas de su esposo le propuso a Paco huir lejos de su padre, ya que si le decían a su padre no lo permitiría. El día en que tenían que partir llegó y escaparon silenciosamente. La mañana siguiente el padre se levantó y vio una nota que decía: "Te amo papá, por ese motivo te dejo para que nos hagamos daño nunca más". Esta nota hizo que el padre llorara y dentro de él sintió que era lo mejor para todos y se alejó de ellos para siempre.

**Paciente 8:** Un pequeño niño está consentándose para poder tocar el violín y no le falle en alguna nota musical está haciéndolo para un buen concierto musical para las personas que le rodean y así llegar a ser un violinista profesional. Pero en un concierto se descompuso su violín y todas las cuerdas se rompieron entonces el niño se puso muy triste.

**Paciente 12:** es un niño que está viendo una fotografía de sus padres porque se le da haber muerto y quisiera que estuvieran con él por que se siente solo. El niño es Gorje y tiene 10 años y va a la escuela. Está en su casa y acaba de llegar de la escuela y está viendo un cuadro y está triste.

**Paciente 15:** Se llama Víctor él está muy triste llorando porque se acaba de morir su mamá, él está pensando en lo malo que fue con ella y le urge gustoso pedirle perdón. Tiene 10 años, vive en la ciudad y no sabe que hacer.

**Paciente 18:** Un niño que piensa en cómo tocar el violín y lo está estudiando porque no sabe hacerlo y cómo que está algo confundido.

---

<sup>1</sup> Las historias fueron transcritas tal y como los sujetos de investigación lo hicieron incluyendo faltas de ortografía y dicción.

## LAMINA 2

**Paciente 1:** Esta es una pareja en la cual se ve egoista arrogante que no puede dejar su orgullo y soberbia (el hombre) la mujer se ve sincera humilde **deceoso** de cariño y comprensión y que lo puede dar todo por el.

**Paciente 2:** Era una vez una pareja que siempre tenía problemas. Ellos desde que empezaron nunca se entendían bien. De hecho, al hombre no le gustaba la actitud de la mujer. Siempre el hombre se la pasaba fuera de su casa con sus amigos y casi nunca estaba en la casa. Hasta que de pronto, la mujer quiso hablar con él de su comportamiento, que el hombre tenía. Él no la escuchó y ella decidió irse de la casa. La mujer pensaba que el comportamiento de él no la entendía y el muchacho como veía que ella no lo atendía, prefirió buscar otras personas que si supieran atenderlo a él y amarlos.

**Paciente 10:** Toño y Samantha eran una pareja, Toño antes de casarse era un señor muy trabajador al igual que Samantha y los dos querían tener un hijo pero no podían por causas desconocidas. Toño un día se enojó con Samantha porque no podían tener hijos. A los pocos meses adoptaron una niña y vivieron felices.

## LAMINA 3

**Paciente 2:** Era un vez una señora que siempre se encontraba en su casa. Ella tenía un esposo y 2 hijos. Ella un día entró a un cuarto y vio a sus 2 hijos que estaban en la cama estudiando. Ella siempre se preocupaba de sus hijos, que nunca les faltara nada. Como su esposo trabajaba mucho y casi nunca se encontraba en la casa, sus hijos siempre platicaban de su papá y le decía su mamá que donde estaba él. Ella les decía que salía a trabajar muy lejos, por eso no venía a la casa. Pero ella sin decirle la verdad a sus hijos de que su padre andaba con otra. Hasta que un día sus hijos encontraron toda la verdad sobre su papá y ese día ellos no querían saber nada que les dijera su papá. Hasta que de pronto, ella entró al cuarto de sus hijos y ya no los encontró porque se habían salido de su casa.

**Paciente 4:** El joven que va entrando a su casa para ir a la cocina va a ver si encuentra algo de comida y algo para beber entonces se da cuenta que no hay nadie en la cocina después de que ve que no hay nadie se va a comer y a beber, después se va a su cuarto para poder dormir en su cama para que pueda descansar su cuerpo.  
mamá supo la verdad, no lo pudo creer porque ellos siempre se la pasaban en la calle y no en su casa.

**Paciente 7:** María era una mujer muy feliz, ya que tenía 2 hijos y un esposo cariñoso y muy romántico. Tenía un empleo bueno su esposo y ella también, así que mantenían muy bien a sus hijos. Sus hijos no eran problemáticos, que más se puede pedir en la vida. Pero a veces suceden cosas que te cambian la vida. Un día su esposo junto con sus hijos salieron al parque, ella no fue porque tenía un poco de trabajo que terminar. Así que los tres salieron y al terminar de jugar con sus hijos cruzaron la calle cuidadosamente y vieron a 70 m un coche que venía despacio subieron hacia la acera y fue cuando el auto pasó encima de los 3, quedando muertos. María al saber del accidente se volvió literalmente loca, no lo podía asimilar. Lloró durante días. Su familia la consolaba, pero no era suficiente. Pasó el tiempo y ella seguía viviendo en su casa y a menudo oía risas, pasos en su casa. Ella lo escuchaba y corría hacia los ruidos, pensando que eran sus hijos. Cuando María se lo contó a sus padres, ellos decidieron que sería mejor para ella que la llevaran a un hospital psiquiátrico para que la curaran de su trauma. Aún en el hospital sigue escuchando las risas de sus hijos.

**Paciente 16:** Omar entró a su casa y vio un florero en la mesa que tenía un papelito que decía que era para su mamá. Omar se enojó y lo aventó al suelo y lo rompió. Las flores se maltrataron, siguió aventando la lámpara que estaba en la mesa, destruyó la mesa. Sus manos se lastimaron, se encajó

una astilla y le salio sangre, por lo que se lavo con jabon y se puso una venda. Despues illego su mama y le explico que habia pasado: es que te mandaron unas flores y las rompi, me enoje tanto que rompi todo. Y su mama se puso a llorar porque esas flores se las habia mandado su hermano y tambien se empezo a enojar, avento todas las cosas de su recamara hasta matar a su hijo con un espejo. Entonces se asusto y dijo **que voy a hacer sin mi hijo me tendre que quedar sola.**

#### **LAMINA 4**

**Paciente 2:** Era una vez una familia que siempre salia de viaje, pues siempre todos los dias la mama del papa siempre se asomaba a la ventana para ver si venian ellos y como hacia mucho tiempo que nunca venian a la casa, ella siempre se paraba en la ventana. Despues llego su hijo a la casa. El queria comentar donde estaba su hermano porque **el sabia la verdad de ellos.** El sabia que su hermano se habia ido con otra mujer y se habia casado **sin que su mama lo quisiera.** Su mama nunca supo la verdad, hasta que un dia su hijo le comento donde estaban, su hermano y su esposa. Ellos siempre se la pasaban en la calle y nunca les gustaba pasarla en la casa, hasta que de pronto su mama supo la verdad, no lo pudo creer porque ellos siempre se la pasaban en la calle y no en su casa.

**Paciente 4:** El señor que esta de traje esta platicando con su abuelita en la sala. Se ve que la abuelita esta enojada, por lo tanto el señor se deprime mucho. Despues el señor decide salir de su casa pero su abuelita lo intenta detener pero no puede detenerlo. Entonces el señor se va a la casa de un amigo de trabajo y empiesan a platicar que porque se salio de su casa, pero su amigo le empieza a decir sus verdades. Entonces el entra en rason y le dice esta bien voy a regresar a mi casa con mi abuelita. Entonces el señor regresa a su casa con su abuelita y su abuelita le dice espero que me disculpes no sabia lo que estaba haciendo. Entonces el señor le dice no te preocupes abuelita a veces unos tenemos errores. Entonces se abrasaron y vivieron felices **juntos para siempre.**

**Paciente 9:** Un dia hubo un joven muy bueno y amable el cual queria mucho a su mamá y le compraba cosas muy bonitas y caras y ella le decia: " hijo ya no me regales estas cosas tan caras, mejor compratelas para ti", el le contesto: " te las regalo con todo el amor de mi corazon". Y siempre la ayudaba en la casa lo que podia hasta que por mala suerte la perdio, lloro mucho pero se tenia que resignar, pobre de aquel joven tan solitario, ¿que seria despues de él?....

**Paciente 10:** Jorge es el hijo de chacha. Jorge desde niño queria mucho a su mamá. Despues de 20 años Jorge le dice a su mamá que se iba a casar pero la mamá no acepto y le dijo a Jorge primero muerta que verte casado y Jorge muy triste dijo que se iba a casar y Jorge se caso y vivio feliz.

#### **LAMINA 5**

**Paciente 2:** Era una vez un padre y un hijo que siempre se la pasaban en el trabajo del papa. Siempre llevaba a su hijo a todos los trabajos que él tenia. **El padre queria que él siempre fuera como el papa.** Puesto que el hijo no le gustaba el trabajo que tenia su papa, a el le gustaba tener sus propias cosas y trabajar lo que al el le gustaba. Porque al hijo siempre le gustaba trabajar por él mismo. Pero el hijo nunca le dijo al papa a que se dedicaba, que le gustaba, puesto que no queria saber en que problemas estaba, pero el papa a su hijo siempre le daba todo y queria lo mejor para el, puesto que el padre nunca supo la verdad.

**Paciente 3:** Los dos personajes estan teniendo una combersación muy seria sobre una proposicion de el señor de edad hacia el mas joven, la que guardaran en secreto para toda la vida.

## LAMINA 6

**Paciente 3:** Esto se trata de un conflicto muy serio, y que a el niño ya no le interesa, se siente triste por lo que esta susediendo y se siente mal al no poder hacer nada.

**Paciente 4:** Estan operando a un joven que esta mal. Entonces el joven esta dormido por la anestecia. Los doctores estan operando para poder ser todo lo posible. Despues de varias horas el doctor que opero al joven salio al pasillo de espera aber a sus familiares y les comenta que la operacion fue un exito. Despues de que el joven que esta en recuperaci3n sale de los quirofanos y lo internan en una cama que es la 252. Despues de varios dias el joven sale del hospital y al dia siguiente sale de su casa y se va a la escuela porque todos sus amigos lo esperan como mucha fe.

**Paciente 5:** Se ve a un se1or que esta siendo operado mientras un joven podria ser su hijo que se ve preocupado por lo que valla a pasar con su padre esa cara de tristeza que puede tener cualquiera al estar preocupado por la salud de uno de sus seres que m1s ama y al no poder hacer nada para que este mejore, solo esperar lo que diga el doctor que lo esta atendiendo aunque si esta en manos expertas todo va a salir muy bien.

**Paciente 7:** Manuel era un ni1o un poco diferente a los dem1s, ya que nunca jugaba con los dem1s ni1os de su colonia. Sus padres pensaban que s3lo era un poco t3mido, pero no s3lo era t3mido sino que tambi3n lo era con su familia. El siempre ten3a sue1os extra1os, ve3a en su mente sucesos escalofriantes y 3l se ve3a en su sue1o como si fuera invisible a lo que pasaba. Parec3a como si lo que so1aba se convert3a en realidad. Fue cuando un d3a so13 que 2 personas acuchillaban a una persona y 3l estaba presente, junto a un rifle. El no se explica porqu3, pero lo cont3 a su familia, al escucharlo no le cre3an solamente sino que consideraban que manuel estaba loco. As3 que lo llevaron con especialistas en la materia para que lo curaran. Estando en el hospital, los padres vieron por la televisi3n que una persona hab3a sido apu1alada el d3a anterior que su hijo les hab3a dicho. Al escuchar esto por la T.V. fueron r1pidamente al hospital y sacaron a su hijo de ah3, ya que 3l no era loco sino una persona que ve el futuro, gracias a esto sus padres no volvieron a dudar de 3l nunca m1s.

**Paciente 16:** Carlos y Pablo siempre andaban juntos porque se quer3an mucho como si fueran hermanos. Un d3a salieron los dos en patineta y atropellaron a Pablo. Pablo se quedo desmayado. El se1or del carro se bajo y al verlo tirado se asust3 pero lleg3 una ambulancia y se llevo a Pablo. Pedro tambien se fue a alcanzarlos en su patineta se colg3 en la defensa de la ambulancia pero en una vuelta se descontrol3 y se le soltaron las manos y se cay3 en un pozo con todo y patineta. Cuando despert3 Carlos no sab3a donde estaba y no sab3a como iba a salir de ah3. Pero de pronto vio unas escaleras y que se sube por ah3 y llega al hospital por esas escaleras. Pregunto por su amigo Pablo y estaba bien, Entro a verlo y Carlos estaba muy triste.

## LAMINA 7

**Paciente 1:** Se ve que son hombres malos en lo cual no figuro como que estan descansando atraves de aver echo algo desagradable y sucio.

**Paciente 2:** Era una vez cuatro amigos que se la pasaban en la calle, dos de ellos se llamaban Juan, otro Carlos y el ultimo Ra3l. Ellos siempre estaban en la calle tomando. Hasta que de pronto, Raul ese dia no tomo y al amanecer sus amigos se hab3an dormido en la calle y el los estaba observando y el pensaba que no era bueno lo que hab3an hecho. Pues como siempre tomaba con ellos, ya ten3an el vicio desde mucho tiempo. Pues Raul, el no sab3a lo que era emboracharse, el duro nada m1s una semana con ellos y prefirio no seguir tomando y regreso a su casa para que as3 sus padres le dieran consejos, lo que estaba bien y lo que estaba mal.

**Paciente 3:** En este dibujo tenemos a un grupo de personas que se encuentran fatigados y en muy mal estado y por lo tanto se encuentran descansando, **muy agusto unos con otros.**

**Paciente 9:** Erase una vez un joven maduro llamado Carlos que le gustaba hacer lo que el queria y que nadie le dijera nada, cierto dia le dijeron: " no quieres entrarle" y el les dijo que si como juego, pero al paso del tiempo y ano fue juego y se convirtio en vicio el cual ya no podia dejar, el Carlos poco a poco se iba hundiendo más y más hasta que encontro el hoyo de su vida. No pudo dejar de hacer cosas prohibidas con sus compañeros.

## LAMINA 8

**Paciente 2:** Era una vez una familia que siempre se preocupaba por su hijo. Ellos sabian en que pasos andaba su hijo puesto que ellos no querian que siguiera así pues al **muchacho siempre le gustaba andar con sus compañeros.** El llevo a su casa ya muy noche y sus papas siempre lo esperaban, ya que ellos quisieron hablar con el, no pudieron, pues ese dia ya no estaba su hijo en la casa. Sus padres no querian que el siguiera en la calle, pues lo que estaba haciendo estaba mal. Sus padres siempre querian para el lo bien pero ellos no pudieron hacer nada por su hijo.

**Paciente 4:** La pareja que estan abrazados estan muy tristes. La pareja se empieza a comer. Despues empiezan a platicar de sus cosas privadas uno al otro. Despues se enteran que **van a tener un hijo los dos.** Los jovenes empiesan a comprar cosas para **sus hijos** y a construir su casa. Despues de varios dias nacio su hijo y la pareja estaban muy contentos y felices **de poder tener hijos.**

**Paciente 5:** Se nota a una madre que esta con su hijo se nota que el hijo tuvo problemas, pero su mama esta ahí para ayudarlo y apoyarlo en todo, y **estar con el siempre** en las buenas y en las malas, si son cosas malas debe orientarlo y explicarle que eso es muy mal y llevarlo a cosas buenas, como deve de ser una madre con su hijo.

**Paciente 6:** Los hermanos: Un dia uno fue al africa a explorar la tumba de tutancamon y ese mismo dia cayo a un poso profundo y nadie lo veia su hermano penso que estaba muerto con piedras que estaban hay trato de arrojarlas aver si alguien lo veia y asi fue su hermano lo fue a rescatar y regreso a su hogar para **vivir felices los 2.**

**Paciente 13:** Se ve que **son dos hombres desandose** o un hombre con una mujer besandolo o un señor diciendole algo en secreto.

## LAMINA 9

**Paciente 1:** El aver tenido relaciones sexuales y sentirse **acomplejado o no capaz** de hacer algo a su capacidad y no entiende lo que hace o hizo en ese momento.

**Paciente 5:** Muestra una mujer acostada en una cama desnuda y aun hombre que podria ser que la **violo**, pero ese hombre se nota que esta arrepentido de lo que hizo, tal vez la asesino o la golpeo pero su arrepentimiento ya no tiene perdon porque eso puede quedar marcado en la vida de esa mujer para siempre.

**Paciente 6:** La desgracia: Un día un sr. se enoja con su esposa por no atenderlo vien y le pego asta sangrar al ciguiente dia estaba muerta y prometio no pegarle a ninguna otra mujer.

**Paciente 7:** Los invitados estaban llegando a una reunión de amigos y entre ellos llegaron Laura y Javier, los cuales eran novios desde meses atrás. La fiesta terminó hasta altas horas de la noche y

cuando todos se despidieron ellos también lo hicieron. Al día siguiente el despertó un poco "crudo", ya que había bebido más de la cuenta y su novia aun no despertaba, fue entonces cuando se dio cuenta que tenía que ir a trabajar, Se arregló rápidamente el cabello, la cara y se fue así, ya que se había dormido con el traje y corbata del trabajo. Cuando llegó a su trabajo no recordaba nada del día anterior, así que sus amigos se lo recordaron y se quedó atónico cuando recordó que la mujer que estaba a su lado cuando despertó no era su novia, sino alguien que había conocido en la fiesta, según sus amigos. Entonces pensó y decidió ir rápidamente a su casa y vio que ya no estaba ella sino su verdadera novia. Entonces les contó a sus amigos de esto y ellos no aguantaron más y le dijeron que durmió casi toda la noche con su novia, pero al despertar la habían cambiado por otra. Entonces todo había sido una broma de mal gusto, dijo Javier, mientras todos reían del él.

**Paciente 9:** Alfredo es el nombre de un joven de los 70' s muy bueno y cordial tenía una madre un poco grande, pero el la amaba, siempre le ayudaba un día ella se comenzó a sentir mal y sin mas ni mas se desmayo, Alfredo llamo al doctor para que la revisara. Alfredo supo una noticia terrible, que su **madre estaba betada**, al oír esto rompió en un mar de lagrimas por que tenía cancer, trato de que no se enterara, pero poco a poco ella se iba dando cuenta, hasta que se entero de su mal y le dijo que porque no le había dado esa noticia- contestandole Alfredo- porque te quiero mucho como para perderte....

**Paciente 10:** Un día coque se caso el penso que iba a a vivir feliz pero se abia equivocado porque cuando fue a su luna de miel mato a su esposa y fue a la cárcel por sospechoso y vivió infeliz.

**Paciente 15:**Un señor acaba de levantarse despues de haber violado a una mujer, muy hebrío todavia se levanta dispuesto a irse a su casa.

**Paciente 20:** El es un hombre casado y se fue a un hotel con una prostituta pro el no sabia que tenía el virus de VIH, el tambien se contagio y contagio a su esposa. Un día ella al medico a un examen general y le dijo que tenía VIH, entonces le dijo asu esposo y tambien se fue a revisar y salio positivo se pensaron suicidar pero con el tiempo aprendieron a vivir con el virus.

## LAMINA 10

**Paciente 7:** Juan era una persona optimista, capaz de lograr lo que él se proponga. El era muy tenaz, pero un día tuvo una pérdida importante en su familia, murió un hermano de él, el cual lo quería y él también. Siempre en su infancia jugó con él, Juan era mayor que él. Cuando supo de su muerte él no sabía que hacer, decir o pensar, quedo muy desconcertado. Al grado de que ya no era Juan el capaz, el optimista sino Juan el triste, el desilusionado. Hasta que su padre le dijo a Juan que la pérdida de un hijo es muy dolorosa, pero no debe hacer que la familia se desmorone, al contrario es para que la familia se una más cada día. Así que Juan entendió y emprendió una nueva vida con mayor vigor que antes, ya que la muerte lo hizo fuerte y analítico. Y así es como cada qué escala más en su vida le recuerda a su hermano con tanto amor.

**Paciente 16:** Martin y la cuerda siempre andaban juntos escalando por las montañas de hielo. Pero un día se cayo Martin y rodo por las montañas de hielo y se pego en una roca y se abrió la cabeza. Entonces la cuerda dijo: que te paso martin y martin le contesto: pues que no ves que me pegue con esta roca en la cabeza. Como me voy a dar cuenta, sino tengo ojos, solo soy una cuerda muy estirada que no me puedo romper con nada y martin dijo: con nada, no con fuego y entonces le puso fuego a la cuerda y se empezó a romper y dijo martin: no que no te rompias con nada. Pero oyo una risa y la cuerda se volvió a unir y martin dijo: quien se esta riendo de mi. Y vio la cuerda que se había vuelto a unir y dijo: no lo voy a volver a hacer nunca, tu eres mi mejor amiga y vivieron felices.

MÉXICO, D.F. A..... DE..... DE .....  
EXPEDIENTE NO.....

## CARTA DE CONSENTIMIENTO.

POR MEDIO DE LA PRESENTE  
YO..... HAGO CONSTAR QUE  
ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO QUE SE REALIZARA CON  
ADOLESCENTES PARA FINES DE INVESTIGACIÓN. SE ME INFORMA  
QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS SERÁN MANEJADOS EN FORMA  
CONFIDENCIAL, ASÍ COMO TAMBIÉN QUE LA APLICACIÓN DE LAS  
PRUEBAS NO PRODUCIRÁ DAÑOS FÍSICOS O PSICOLÓGICOS. Y QUE  
LAS CONSULTAS NO TENDRAN COSTO.

SI POR ALGUNA RAZON DECIDIERA SUSPENDER LA VALORACION,  
ESTO NO REPERCUTIRA EN EL TRATAMIENTO QUE EL INSTITUTO ME  
ESTA OFRECIENDO.

LOS RESULTADOS ME SERAN PROPORCIONADOS EN FORMA  
GRATUITA AL TERMINO DE LA INVESTIGACION. EN CASO DE QUE SE  
DETECTE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL, EL SERVICIO DE ESTE  
INSTITUTO OFRECERA LA ATENCION PSICOLOGICA NECESARIA PARA  
MI BIENESTAR EMOCIONAL.

-----  
FIRMA DE CONSENTIMIENTO

DE LA MADRE

-----  
FIRMA DE CONSENTIMIENTO

DEL ADOLESCENTE



## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Abelin, E.** (1975). Some further observations and comments on earliest role of the father. International Journal of Psychoanalysis, 52, 293-302.
- Aberastury, A.** (1958). La detención, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. Revista de Psicoanálisis, 15, 41. Buenos aires.
- Aberastury, A.** (1959). El mundo del adolescente. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 3, 3. Montevideo.
- Aberastury, A. y Knobel, M.** (1966). La masturbación y los mecanismos maniacos. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 8, (3), 209. Montevideo.
- Aberastury, A, Knobel, M.** (1992). La adolescencia normal. Ed. Paidós: México. 44-104.
- Aguirre, A.** (1988). Diccionario de Psicología para Educadores: El Complejo de Edipo, PPU: Barcelona.
- Aiken, L.R.** (1996). Test psicológicos y evaluación. Prentice Hall Hispanoamericana. México.
- Allen, T.D. and Spence, H.M.**(1968). The surgical treatment of coronal Hypospadias and related problems. Journal of Urology, 100, 204.
- Alvarez-Lovell, L.** (1969). Factores etiológicos en el acné juvenil y su repercusión en el tratamiento de dicho cuadro. Actas Dermatológicas, 6, (1-2). Madrid.
- Anderson & Anderson.** (1976). Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Ed. Rialp. S.A. España.
- Alsteen, A.** (1970). La masturbación en los adolescentes. Herber. Barcelona.
- Anzieu, D.** (1971). Le moi peau. Revista francesa de psicoanálisis, 12: 26-32.
- Ausubel, D.P.**(1952). Theory and problems of adolescent development. Grune & Stratton: Nueva York.
- Avellan, L.** (1976). The development of puberty, the sexual debut and sexual function in hypospadiacs. Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive surgery, 10, 29-44.

- Basler, R.S.W., Walters, J.H. and Taylor, W.B. (1977).** Clacifying acné lesions. Internacional Journal of Dermatology, 16, 755-758.
- Bauer, S.D; Retik, A.B and Colodny, A.H. (1981).** Genetic aspects of Hypospadias. Urology Clinic of North America, 8, 559.
- Beck, C. (1917).** Hypospadias and its treatment. Surg. Gynecol. Obstret, 5, 511.
- Bellack, L. (1978).** Psicología proyectiva. Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Bell, A. (1968).** Additional aspects of passivity and femine identification in the male. International Journal of Psychoanalysis, 49, 640-647.
- Berg, R.; Svensson, J. and Astrom, G. (1981).** Social and sexual ajustement of men operated for hypospadias during childhood: a controled study. Journal of Urology, 125, 313.
- Biller, H.B.(1974).** Privación Paternal. Lexington, Masa: C.O.Heath.
- Birksted- Breen, D. (1996).** Phallus, penis and mental space. International Journal of Psychoanalysis, 77,(4), 254-260.
- Blair, V.P. and Byars, L.T. (1938).** Hypospadias and epispadias. International Journal of Urology, 40,814.
- Blos, Peter. (1970).** Los comienzos de la adolescencia. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.
- Blos, Peter. (1971).** Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquin Mortiz. 82-234. México.
- Blos, Peter. (1972).** The function of the Ego Ideal in adolescence. The psychoanalytic study of the child,27,93-97.
- Burton, J.L., Cunliffe, W.J., Shuster, S. (1971).** The prevalence of acne vulagaris in adolescence. Britanic Journal of Dermatology, 85, 119-129.
- Cecil, A.B. (1932).** Surgery of Hypospadias and Epispadias in the male. International Journal of Urology, 27,507.
- Chiozza, L. (1976).** Cuerpo, afecto y lenguaje. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Daniel, F.( 1975).** Acnés. Encyclopedie Medico- Chirurgicales, 10, p 1240.

**Delfin, M. (1983).** Algunos aspectos de la identidad psicosexual en sujetos intersexuados. ( Tesis de licenciatura. Fac. De psicología). UNAM México.

**Dio Bleichmar, E.D. (1981).** Temores y Fobias. Condiciones de Génesis en la infancia. Fundación acta: Buenos Aires.

**Dio Bleichmar, E.D. (1994).** El feminismo espontaneo de la histeria. Ed. Fontamara: México.

**Edgcumbe, R. y Burgner, M. -(1975).**The phallic-narcissistic phase. A differentiation between preodipal and oedipal aspects of phallic development. Psychoanalytic Study of the Child,30,161-179.

**Erikson, E.(1956).** The problem of ego identity. American Journal of Psychoanalysis, Assn. 4, 56.

**Erikson, E. (1965 ).** Infancia y sociedad. Ed Hormé: Buenos Aires. Pp 235-237.

**Erikson, E. (1970).** Identidad, juventud y crisis. Ed. Paidós: Buenos Aires.

**Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (1994).** Psicodiagnóstico Clínico del niño. Manual Moderno: México. Pp 149-186.

**Evans, I.R. (1975).** Dialogo con Erick Erikson. Ed. F.C.E. 41-66. México.

**Farkas, L.G, and Hynie, J. (1970).** Aftereffects of hypospadias repair in childhood. Postgraduate Medicine. 47 ,(4),103-105.

**Faure-opperheimer, A. (1986).** La elección de sexo. Ed. Voces nuevas en psicoanálisis: Akal.

**Fenichel, O. (1966).** Teoría psicoanalítica de la neurosis. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.

**Fernandez, J. (1987a).** Nuevas perspectivas en el desarrollo de la tipificación sexual y de género. Estudios de psicología, 32,47-69.

**Fernandez, J. (1987b).**Posible fundamentación biológica de las principales diferencias según el sexo. Estudios de psicología, 32,71-93.

**Frazier, E. (1967).** La enfermedad psicósomática: una forma de actualización a través del lenguaje corporal.

**Freud, Anna.** (1948). El Yo y los Mecanismos de Defensa. Ed. Paidós: México. 151-190.

**Freud, Anna.** (1958). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Ed. Paidós: Barcelona. 165-203.

**Freud, Sigmund.** (1973). Obras Completas. Traducidas por Lopez-Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva: Madrid.

- Tres ensayos de la teoría sexual (1905).
- Duelo y melancolía (1917).
- Introducción al Narcisismo (1914)
- Teorías sexuales infantiles (1908)
- La organización sexual infantil (1923).
- Algunas Consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925).
- La ilustración sexual del niño (1907).
- Análisis de la Fobia de un niño de cinco años (1909).
- Pegan a un niño (1919).
- Psicología de las Masas y Análisis del Yo (1921).

**Friendenberg, E.Z.** (1959). The vanishing adolescent. Dell: Nueva York.

**Garat, J.M.** (1975). Urología pediátrica. Ed. Salvat. México.

**Goodman, R.M.** (1972). Trastornos genéticos. Ed. Salvat. Buenos aires.

**Green, R.** (1982). Relaciones entre el comportamiento masculino y femenino durante la niñez y la orientación sexual en edad adulta. Nelson-Hall. Chicago.

**Green, A.** (1992). El complejo de castración. Ed. Paidós: Argentina.

**Greenson, R.** (1968). Dis-identifying from mother, its special importance for the boy. International Journal of Psychoanalysis, 49,370-374.

**Grinberg, L.** (1961). El individuo frente a su identidad. Revista de psicoanálisis, 18, 344. Buenos Aires.

**Hammer, E.F.** (1992). Test Proyectivos Gráficos. Paidós: México. Pp 65-82.

**Hamilton, M.I.** (1977). Influencia del padre. Nelson-Hall: Chicago.

**Harnisch, R.D.; Rainbault, G. et Cukier, J.** (1982). L' incidence psychologique de l' hypospadias chez les parents et les enfants. Journées Urologiques de Neker, 95. Paris: Masson.

**Harton, C.E. and Device, C.J. (1973).** Hypospadias. Plastic and Reconstructive Surgery of the Genital Area. Boston, Pp 235-381.

**Hernandez-Sampieri, R.; Fernandez- Collado, C.; Baptista-lucio, P. (1998).** Metodología de la investigación. Ed. McGrawHill: México.

**Hugh-Coolican. (1994).** Métodos de investigación y estadística en psicología. Ed. Manual Moderno: México.

**Hurlock, E.( 1980).** Psicología de la adolescencia. Ed. Paidós: Buenos Aires. 85-106, 538-552.

**Kenawi, M.M. (1976).** Sexual functions in hypospadias. British Journal of Urology. 47, 883- 890.

**Kerlinger.(1988).** Investigación del comportamiento. Tecnicas y Metodología. Ed. Mc. GrawHill. México.

**Kestenberg, J. (1956).** Vicissitudes of female sexuality. American Journal of Psychoanalysis Assn., 4, 453-476.

**Kleeman, J. (1965).** A boy discovers his penis. Psychoanalysis study of the child. 20, 239-266.

**Klein, M. (1960).** Las emociones básicas del hombre: Envidia y gratitud. Ed. Nova: Buenos Aires.

**Klein, M. (1964).** El psicoanálisis de niños. Ed. Hormé: Buenos Aires.

**Knobel, M. ( 1962).** Psicología de la adolescencia. Revista de la universidad de La Plata. 16, 55. La Plata: Argentina.

**Knobel, M. ( 1969).** La adolescencia y su psicopatología social. Revista de Medicina Psicoanalítica Argentina. 6, (14), 29-47. Buenos Aires.

**Knobel, M. ( 1974).** Sexualidad y educación sexual en la adolescencia. Revista de Psicología Médica. (ene-marz).Buenos Aires.

**Kohut, H. 1971.** The analysis of the Self. Monograph Series of the Psychoanalytic Study of the Child. I.U.P: New York.

**Kolodny, R.C. (1983).** Tratado de medicina sexual. Ed. Salvat. México.

**Koppitz, E.M.**(1994). Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana. Ed. Manual Moderno: México.

**Leao, C.A.** (1951). Adolescencia, sus problemas y educación. Ed. Hispano-Americana: Mexico. 25-32.

**Lebovichi, S. y Kreisler,L.**(1978). La homosexualidad en el niño y el adolescente. Nueva visión: Buena Aires.

**Loewenstein, R.M.** (1935). Phallic passivity in men. International Journal of Psychoanalysis, 16, 48-56.

**Lopez, H.A.** (1963). Acné: Aspectos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos en México. Tesis: UNAM.

**Macoby , E.E y Macoby, N.** (1954). La entrevista: un instrumento de las ciencias sociales. Handbook o social psychology, Pp 449-487. Reading, MA: Addison - Wesley.

**Macoby , E.E y Jacklin, C.N.**(1974). Psicología de las diferencias de los sexos. Stanford University Press.

**Machover, K.** (1902). Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Ed. Habana Cultural. Pp 28-115.

**Mahler, M.** (1975). El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar. Buenos Aires. Argentina.

**Marberger, H. and Pauert, W.** (1981). Experience in hipospadias repair. Urologic Clinics of North America, 8, (3), 403-419.

**McKinney,J.P.; Fitzgerald,H.M.; Stommen,E.A.**(1982). Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente. Ed. Manual Moderno: México.

**Mills, C.J.**(1981). Sex roles, personality and intellectual abylities in adolescents. Journal of Youth Adolescence, 10 (2), 85-112.

**Mira Y Iopéz, E.** (1951). Psicología evolutiva del niño y del adolescente. Ed. El Ateneo: Buenos Aires.

**Mishel, W.** (1970). Sex typing and socialization. Journal of Child Psychology, 11, Pp 3-72.

**Mittelmann, B.** (1967). Breve Tratado de Medicina psicosomática. Ed. Paidos: Argentina.

**Mollard, P.** (1982). Traitement actuel de l'hypospadias. Journées Urologiques de Necker, 26. Paris: Masson.

**Money, J.; Ehrhardt, E.** (1981). Man and woman, boy and girl. John Hopkins University Press. Baltimore.

**Moraleda, M.** (1977). Vida sexual de los adolescentes españoles. San Pio X. Madrid.

**Moraleda, M.** (1992). Psicología del desarrollo. Marcombo. Barcelona.

**Moraleda, M.** (1993). Cambios en la conducta y actitud sexual de los adolescentes y jóvenes españoles en la coyuntura actual de nuestra sociedad. Conferencias del III Congreso INFAD. Universidad de León. España.

**Mureau, M; Slipjer, F; Slob, A; Vertlust, F.** (1995). Genital perception in boys, adolescents and adults with hypospadias surgery. Journal of sex Research, 32, (4) 289-298.

**Muuss, R.E.** (1982). Teorías de la adolescencia. Ed. Paidós: Buenos Aires. 10-27.

**Nagera, H.** (1975). On female sexuality and the Oedipus Complex. Jason Aronson: New York.

**Pichon- Riviere, E.** (1970). Aspectos psicossomáticos de la dermatología. Revista psicoanalítica Argentina, 6: 2, pp 295-315.

**Piaget, J., Inhelder, B.** (1969). Psicología del niño. Ed. Morata: Madrid. 131-136.

**Plewig, G., Fulton, J.E., Kligman, A.M.** (1971). Cellular dynamics of comedo formation in acné vulgaris. Archives of Dermatology, 242, 12-29.

**Rekers, G.A.**(1972). Patología en el desarrollo de género. Guilford: New York.

**Rekers, G.A; Rosen, E. et cols.** (1990). Projective test findings for boys with gender disturbance: Draw a person Test, I.T. Scale and Make a Picture Story Test. Perceptual and Motor Skills, 71, (dec-3), 771-779.

**Reynolds y Wines.**(1951). Physical changes associated with adolescence in boys. Amer. Journal of diseases in children, 82, pp 529-547.

**Robertson, M. y Walker, D.** (1975). Psychological factors in Hypospadias repair. Journal of Urologics, 113, 698.

**Roiphe, H. y Galesson, E.** (1981). Infantile Origins of sexual identity. I.U.P: New York.

**Rosen, A.C.; Rekers, G.A y Friar, L.R.**( 1977). Theoretical editions of gender disturbance in childhood. Journal of sex research, 13 (2), 89-103.

**Rosenberg, B y Sutton-Smith, B.** (1972). Sex and Identity. I.U.P: New York.

**Ruiz-Maldonado.** (1980). Temas de Dermatología pediátrica. Mendez-Cervantes: México.

**Ruiz-Maldonado.** (1981). La importancia de la piel del niño para el pediatra. Actas pediátricas de México, 2: 4, pp. 143-145.

**Saul, A.** (1973). Los Mitos del Acné. Dermatología, Rev. Mex., 17. Pp. 93-96.

**Saul, A.** (1991). Lecciones de dermatología. Mendez-Cervantes: México.

**Scanberg, D; Meyer, B; Heino, F; Yager, T; Hensle, T. et cols.** (1995). Gender development of boys born with hypospadias. Psychoneuroendocrinology, 20, (7) 693-709.

**Segal, H.** (1969). Introducción a la obra de Melanie Klein. Ed. Paidós: Buenos Aires.

**Sheldon, J.L.** (1972). Psychosomatic disorders. Approches to behavior pathology series. E.U. pp 116-128.

**Socarides, C.W.** (1968). A provisional theory of aetiology in male homosexuality. International Journal of Psychoanalysis, 49, 27-37.

**Spiegel, L.A.** (1961). Adolescence: Identity and adolescence. Paul Hoeberg, Inc.: Nueva York.

**Stone, L.J. y Church, J.**( 1959). Niñez y adolescencia. Ed. Hormé: Buenos Aires.

**Stoller, R.** (1968a). Sex and Gender. (Vol I). Jason Aronson: New York.

**Stoller, R.** (1968b). A further contribution to the study of gender identity. International Journal of Psychoanalysis, 49, 364.



**Strauss, J.S., Kligman, A.M.** (1960). The patologic Dynamics of acne vulgaris. Archives of Dermatology, 82, 779-790.

**Sullivan, E.** (1953). Teoría interpersonal de la psiquiatría. Norton: Nueva York.

**Svensson, J. y Berg, R.** (1983). Micturition Studies and sexual function in operated Hypospadias. British Journal of Urology, 55, 422.

**Sweet, R.A; Schrott, H.G; Kurland, R; Culp, O.** (1974). Study of the incidence of hypospadias in Rochester Minesota. Mayo clinic proceedings, 49, 52-58.

**Tubert, J.** (1982). Cuerpo simbólico y simbolización del cuerpo. Cuadernos de psicoanálisis, Vol. XV, No. 1-2, pp. 97-121.

**Tyson, P.** (1982). A developmental line of gender identity, gender role, and choice of the love object. American Journal of Psychoanalysis, 30, 61-86.

**Vives, J.** (1982). Cuerpo e imagen corporal. Cuadernos de psicoanálisis, Vol. XV, No. 3-4, pp. 46-54. APM.

**Walsh, P.C., Curry, N., Mills, R., et cols.** (1976). Plasma androgen response to Hcg stimulation in prepubertal boys with hypospadias and cryptorchidism. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 42, 52-59.

**Williams, M.** (1978). Tratado de endocrinología. Ed. Salvat. Barcelona. España.

**Winnicott, D.** (1953). Mind and its Relation to the Psyche-Soma, in through Pediatrics to psycho-analysis. London, The Hogarth Press.

**Zuger, A.** (1966). Afeminamiento en la niñez temprana. Journal of pediatrics, 69, 1098-1107.

**Zuger, A.** (1984). Comportamiento afeminado: resultado y significación homosexual. Journal of mental health, 172, 90-97.

**Zucker, K.** (1982). Childhood gender disturbance: diagnostic issues. American Journal of academic child psychiatry, 31, 274-280.

**Zucker, K.** (1985). Development and treatment of Gender disturbance. Plenum Publishing Corp. New York.