



UNIVERSIDAD LATINA

CAMPUS CUERNAVACA

INCORPORACIÓN A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

DE MÉXICO CON CLAVE DE REGISTRO 8344-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**LA DISFORIA DE GÉNERO Y SU REPERCUSIÓN EN EL AUTOCONCEPTO UN
ESTUDIO DE CASO EN CUERNAVACA, MORELOS**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ITZEL ROQUE MACARIO

ASESORA DE TESINA: DRA. ARACELI SIXTOS MEDINA

CUERNAVACA, MORELOS

JULIO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I. DEDICATORIA

Este proyecto es principalmente dedicado a estas personas:

A ti madre:

Te entrego este logro porque sin tus esfuerzos y apoyo incondicional en todo momento no habría podido llegar a esta meta, no tengo como pagarte por tanto y en este escrito te hago saber que eres la mejor madre, sin duda alguna te admiro como mujer, te amo mamita.

Tía Ángela:

Mi segunda madre tengo muchos recuerdos tuyos cuando yo era pequeña, no tengo como agradecerte el amor que me tienes y el apoyo que me has brindado siempre, gracias por cuidarme como una hija, este logro es dedicado a ti sin embargo es un regalo valioso que tú me has dado de corazón, te amo.

Evelyn:

Hermana mi cómplice de toda una vida como ya lo sabes eres una de las mujeres que más amo, gracias por darme el mejor regalo de este año mi Emi, y este logro lo comparto contigo por estar conmigo en las buenas y malas, toda la vida juntas.

Mi pequeño:

Bebe has llegado en ese momento exacto para alegrar mis días, en algún momento sé que leerás esta dedicatoria, podrás saber que desde ahora estas en todo momento te amo con toda mi fuerza mi pequeño gran amor.

A mi esposo:

Gracias por todo, no puedo estar más agradecida con Dios por haberte puesto en mi camino y compartir una vida juntos, esta meta es uno de tantos apoyos que me has brindado, nuevamente gracias por tu amor y apoyo.

II. AGRADECIMIENTO

Primero que nada quiero decir que estoy muy orgullosa de haber estudiado en esta institución me dio muchas experiencias que todo estudiante se lleva en esta etapa sin duda cada uno con un diferente significado personal en ellas conocí a gente muy inteligente, amigos, verdaderos profesionales de quienes me llevo algo positivo y una de ellas es la Doctora Sixtos siempre he tenido la admiración de que a un teniendo un grado profesional muy alto siempre se mostró una persona muy humana, ética y sobretodo profesional, le doy las gracias por ser partícipe de mi proyecto volvería a elegirla como mi asesora.

La Directora Olga, una maravillosa maestra y persona tuve el honor de haberla conocido en este proceso de formación, le agradezco la atención en todo momento y las buenas enseñanzas como profesionista y persona.

Mis profesores quienes me compartieron de su conocimiento y tiempo:

Profesor Amador gracias por el apoyo en la educación de esta carrera y la aportación de este proyecto, siempre aprendí sobre sus materias por la forma divertida que lo hacía.

Jonathan Ferrer, uno de los mejores profesores de Neuropsicología gracias por la aportación en este proyecto.

Alejandro Ponce no tuve la oportunidad de tenerlo como profesor lo único que me dejo fue una gran aportación para este proyecto.

También quiero compartir mi experiencia dentro de la institución y agradecimiento la oportunidad de haber sido practicante en el área de Recursos humanos de la universidad conocí a personas que fueron muy significativas la Lic. Dendirha y Brenda quienes siempre me motivaron, me enseñaron y que gracias a ellas pude tener la experiencia en esta área de la psicología.

III. ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPITULO I	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Preguntas secundarias de la investigación.	7
1.3 Objetivos de la investigación	7
1.3.1 Objetivo general de la investigación	7
1.3.2 Objetivos específicos de la investigación.....	7
1.4 Justificación de la investigación	8
1.5 Alcances y limitaciones de la investigación	9
1.5.1 Alcances de la investigación.....	9
1.5.2 Limitaciones de la investigación	9
CAPÍTULO II	10
2.1 Marco teórico.....	10
2.2 Disforia de género	10
2.2.1 Antecedentes de la disforia de género.....	10
2.2.2 Sintomatología de disforia de género en niños, adolescentes y adultos	18
2.2.3 Factores de la disforia de género	21
2.2.4 Tratamiento psicológico que se ha llevado acabo con la disforia de género	25
2.3 Autoconcepto	28
2.3.1 Antecedentes del autoconcepto.....	28
2.4 Fundamento de la teoría	34
CAPITULO III	40
3.1 Metodología.....	40
3.1.2 Enfoque cualitativo	40
3.1.3 Método descriptivo	40
3.1.4 Técnica de entrevista	41

3.1.5 Perfil del entrevistado	41
3.2 Diseño del instrumento de recolección de datos	41
3.2.1 Entrevista	41
3.3 Etapas del piloteo y jueceo de instrumentos, recolección y procesamiento de datos.42	
3.3.1 Etapa 1. Validación de instrumentos.....	42
3.3.2 Etapa 2. Piloteo	43
3.3.3 Etapa 3. Jueceo	47
3.3.4 Etapa 4: Justificación del pilotaje y jueceo del instrumento de recolección de datos e interpretación de la interpretación de la información del objeto de estudio.....	52
CAPÍTULO IV	54
4.1 Análisis de datos e interpretación de la información del objeto de estudio.....	54
4.1.2 Entrevista dirigida a su historia de vida:.....	54
4.1.3 Análisis de investigación de la historia de vida:	55
4.2 Hallazgos de la investigación:	67
Conclusiones.....	70
Propuesta de la investigación.....	73
Bibliografía	82

IV. RESUMEN

El presente estudio se abordó en un análisis de una manera crítica sobre el concepto de disforia de género de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales y los cambios que ha tenido a través del tiempo así como de varios puntos de vista según grupos involucrados en este tema, con la influencia de este mismo y el autoconcepto, para esto se realizó un análisis de caso acontecida en una persona de 29 años en Cuernavaca Morelos, basado en torno a su preferencia de género, características, y sus experiencias inmersas de cirugías, procesos basados en esta correspondencia al que ha llegado por la incongruencia de su malestar que establece a través de la sociedad, por lo que se planteó una entrevista dirigida a su historia de vida, y preguntas específicas a estudiar para explicar la influencia que tiene sobre esto con el autoconcepto que ha formado.

La aproximación teórica se dividió en dos ejes principales: el primer eje es con respecto a la disforia de género, divididos en subtemas como los antecedentes históricos, la sintomatología que puede comenzar desde una edad temprana, en la adolescencia y adultez, asimismo los factores según diferentes autores, el tratamiento psicológico que se ha llevado a cabo. El segundo eje trata del autoconcepto y antecedentes históricos, destacando el tema de interés central de la investigación que es la influencia del segundo eje con la disforia de género, estos indicadores fueron empleados y comparados para mostrar la repercusión que existe en la persona que se eligió para estudio de caso, indicando que los resultados del análisis existen diversos factores significativos, por lo que el objetivo fue llegar a una conclusión fundamentado por teorías de Sigmund Freud y Erick Erikson que aportan la existencia del tema a analizar.

V. INTRODUCCIÓN

La presente tesina es una investigación de análisis de caso que tuvo como objetivo estudiar la sintomatología de la posible disforia de género en una persona adulta con el apoyo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) que contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Asimismo, se estudió el autoconcepto del sujeto como repercusión al padecimiento ya mencionado; explorando diferentes fuentes bibliográficas que han sido basadas en artículos sobre sobre el tema.

Esta investigación presentó en cada capítulo lo siguiente:

En el capítulo I se prolongó el planteamiento del problema de la investigación basado en artículos, la pregunta general, preguntas secundarias, objetivo general y específicos, la justificación, los alcances y limitaciones.

En el capítulo II se abordó aspectos teóricos de la investigación relacionados con la posible aparición de la disforia de género y los ejes de análisis que describirán los puntos a estudiar.

En el capítulo III se plantearon los aspectos interdisciplinarios que son orientados para esta investigación como el enfoque cualitativo, método descriptivo y la técnica a realizar, la descripción del participante, los instrumentos utilizados para la recopilación de datos o información, las etapas del piloteo y jueceo de instrumentos, recolección y procesamiento de datos, y la justificación de este proceso.

Finalmente, en el capítulo IV se llegó a un análisis de los datos recabados y la interpretación de la información del objeto de estudio, asimismo hallazgos de la investigación, las conclusiones y la propuesta que se trabajó en el estudio de caso.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con (Mas, 2017) destacó, que el “padecimiento disforia de género es una nueva clase diagnóstica dentro del Manual y Estadístico de los Trastornos Mentales, por lo que ha sido separado de las disfunciones sexuales y las parafilias, esta reclasificación puede ser entendida como otro intento más de la APA para lograr una categoría de apariencia menos estigmatizante, pues ahora ya no está junto al exhibicionismo o la pedofilia” además, otra de las principales novedades y punto importante fue de (Rodríguez & Martín Sánchez, 2016,) quienes comprobaron que los criterios de la edición española sustituyeron:

género” por “sexo”, eliminando por completo la palabra “género”, ya que existe actualmente un amplio consenso, incluso en el mundo hispanohablante, sobre el uso de este término al referirse a la significación social y personal de la morfología corporal. Otra novedad que mencionó el autor de esta investigación fue el establecimiento de un periodo mínimo de seis meses para determinar la “marcada incongruencia”. En uno de los borradores previos, los miembros del grupo de trabajo explicaron que la literatura científica no establece ningún umbral idóneo, pero que al final han decidido consensuar estos seis meses para poder realizar una “mínima distinción” entre la disforia transitoria y la persistente.

Así mismo Rodríguez, Martin Sánchez (2016) habló, por vez primera de “transgénero” y recurrió a una definición que goza de cierto consenso del término que se refiere:

al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifican con un género diferente de su género natal” citado en (APA). Además, al haber establecido el cumplimiento de un mínimo de dos subcriterios, ya no es necesario mostrar el deseo de operarse los genitales para obtener el diagnóstico, con estas últimas modificaciones se han relajado las exigencias para aquellas personas que no se ajustan al ideal transexual, con el DSM-5 las personas intersexuales pueden ser diagnosticadas con “disforia de género” si el género que sienten como propio no coincide con el género que el estamento

médico les adjudicó en la infancia y que a menudo fue consolidado con agresivas cirugías.

Por otra parte, Rodríguez, Martín Sánchez (2016) reflexionaron, sobre los equipos nacionales e internacionales que asumieron la transexualidad trastorno de la identidad de género (TIG) como una categoría diagnóstica de las Clasificaciones Internacionales de los trastornos mentales, fundamentado en alteraciones de modelo dicotómico tradicional (binarismo sexo/género, hombre-masculino/mujer-femenina), dado que establecieron el diagnóstico de transexualismo y que debía realizar el diagnóstico diferencial con otros TIG como con algunas parafilias, como el travestismo fetichista y descartar que el problema de identidad fuera un síntoma de un trastorno psicopatológico o de personalidad desde esta conceptualización podría considerarse el transexualismo como una psicopatología que precisaba una intervención médico asistencial, consideración que ha sido ampliamente criticada por los colectivos afectados.

El problema no se planteaba con aquellas que ya desde la infancia sentían y pensaban que pertenecían al sexo contrario a su sexo biológico ("transexuales primarios o genuinos"), que son la mayoría de las que consultan en las unidades de género, y cuyo sentimiento y pensamiento se había hecho permanente a lo largo de los años, sino más bien con quienes desarrollaban una DG de comienzo más tardío ("transexuales secundarios") que además podía coexistir con otros trastornos psicopatológicos. La no inclusión de algunos de estos casos en el proceso terapéutico era vivida con gran malestar, conllevando la decisión clínica de una gran subjetividad, argumentando que nadie mejor que ellas (las personas usuarias) sabían lo que sentían y cuáles eran sus necesidades.

Seguidamente Rodríguez, Martín Sánchez (2016) notifico:

la nueva terminología de Disforia de Género dejando de tener connotaciones psicopatológicas, la identidad en sí no es objeto de diagnóstico, solo el malestar que produce incluso señalo, que la DG no solo está presente en las personas transexuales, para estas personas, transgénero y disconformes con su género,

la identidad o expresión de género puede diferir del sexo natal, por lo que el sujeto cumpliría el criterio de DG con un mínimo de características (2 de 6), como puede ser, un fuerte deseo de ser del otro sexo o de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto al que se le asigna), interesante es este planteamiento del DSM-5 rompe con el binarismo sexo/género hasta ahora hegemónico e introduce la posibilidad de identificarse con un sexo/género alternativo y que no se limita a la categoría de hombre y mujer o femenino y masculino.

Por otro lado (Hurtado, 2015) planteó, la transexualidad como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento y el sexo/género sentido por esta razón el abordaje del tratamiento en esta población tiene que hacerse en equipos multidisciplinares expertos, el protocolo más aceptado entre los distintos equipos está basado en los estándares asistenciales, propuestos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero, que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial, por tanto el proceso para el cambio de sexo contempla tres fases: psicológica, hormonal y quirúrgica.

Al mismo tiempo hurtado (2015) resumió, que la gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas, siendo condiciones complejas y asociadas a intenso malestar dado que es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral, si la identidad de género está perfectamente consolidada no hay motivos para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento. Hoy en día los equipos de tratamiento defienden que se debe iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, habiendo un diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivido el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado.

("OMS, 2018) informó, que las personas con la denominada incongruencia de género, como la transexualidad, eran consideradas enfermedades mentales a la luz de la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo porque quienes no se sentían identificados con su sexo de nacimiento compartían lugar con males como la

esquizofrenia, las demencias, las neurosis y las psicosis en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento que traía la 'Clasificación internacional de enfermedades' (CIE10), por esta razón la necesidad de que conductas como la transexualidad se dejaran de considerar enfermedades mentales era un reclamo de varias décadas.

Se trató, en realidad de un camino que comenzó a abrirse en la psiquiatría moderna desde 1980, cuando el 'Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales' (conocido como DSM, por sus siglas en inglés), construido por la Asociación Psiquiátrica Americana y todo un referente a nivel mundial para esta especialidad, fue descartado como una entidad clínica, aun hoy en ese libro la transexualidad se describe como una disforia de género o "un estado de insatisfacción general derivada del hecho de tener la vivencia permanente de ser alguien que su cuerpo no expresa plenamente" pero según Rodrigo Córdoba, director del departamento de Psiquiatría de la Universidad del Rosario, la OMS confirmaron que se trata de conductas y comportamientos, pero no de una enfermedad.

Continuando con la novedad de la OMS (2018) fue, importante mencionar que "hace rato, la mayoría de los psiquiatras en el mundo dejó de considerar el transgenerismo como una psicopatología", Córdoba explicó que es común que los transexuales, por ejemplo, tengan cuadros de depresión o ansiedad, producto de las dificultades adaptativas y del entorno. "Esos síntomas están muy lejos de relacionarse directamente con una enfermedad mental", resaltó.

Por consiguiente (Esteva, 2012) manifestó, que la identidad de género (sentimiento de ser un hombre o una mujer) evoluciona gradualmente durante la infancia y la juventud este proceso de aprendizaje cognitivo y afectivo ocurre en interacción con los familiares, compañeros y el entorno, desconociéndose cuándo cristaliza la identidad de género o qué factores contribuyen al desarrollo de una identidad de género atípica. Los estudios genéticos sobre trastornos del comportamiento en la infancia sugieren un componente hereditario, sin embargo, salvo la disforia de género que se presenta como secundaria a ciertos trastornos de la diferenciación sexual, no hay información clara sobre la etiopatogenia de las alteraciones de identidad sexual en la infancia y,

dado que en la mayoría de los niños la disforia no persiste durante la adolescencia y la edad adulta, estos datos no son extrapolables a los de adultos.

En resumen, Esteva (2012) narró, que no existe un conocimiento adecuado acerca de los efectos de los esteroides sexuales en el desarrollo y funcionamiento cerebral, que identifique las bases biológicas de la formación de la identidad de género en humanos, ni los estudios biológicos, ni los psicológicos proporcionan una explicación satisfactoria de la aparición de esta situación en estas edades.

Por lo antes explicado la pregunta general para ésta investigación es:

¿Cómo influye la disforia de género en el autoconcepto de un estudio de caso de 29 años en Cuernavaca, Morelos?

1.2 Preguntas secundarias de la investigación.

1. ¿Qué es la disforia de género?
2. ¿Quiénes podrían padecer disforia de género?
3. ¿A qué edad se presenta la Disforia de Género y cuál es su sintomatología?
4. ¿Qué tratamiento psicológico se ha llevado acabo con las personas con disforia de género?
5. ¿Qué es el autoconcepto y cómo repercute en la disforia de género?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general de la investigación

- Explicar la forma en que influye la disforia de género en el autoconcepto a través de un análisis de caso en Cuernavaca Morelos, con propósito de determinar ambos puntos.

1.3.2 Objetivos específicos de la investigación

- Conocer el autoconcepto de la persona analizada con posible disforia de género.

- Distinguir la sintomatología de la disforia de género en el análisis de caso.
- Identificar los factores que impactan en el autoconcepto de las personas con disforia de género.

1.4 Justificación de la investigación

Por lo anterior es necesario poner interés en el tema disforia de género que ha tenido poca importancia y tabús en la sociedad desde épocas pasadas, ya que hay publicaciones e investigaciones muy escasas en dado caso únicamente solo informes basados de grupos como personas que expresan alguna preferencia como orientación sexual, identidad de género, expresión de género, de acuerdo a esto se realizó el objetivo de conocer la sintomatología que se encuentra en los libros que diagnostican enfermedades mentales y comprender la evolución del concepto, pero sobretodo esta situación se convirtió en una problemática social y cultural puesto que en grupos multidisciplinarios tuvieron diferentes puntos aportados además que algunos profesionales se refirieron a la transexualidad, transgenero y homosexualidad como un trastorno mental o tal como es diagnosticado en el DSM-5 disforia de género.

Considero que se ha visto en la sociedad en general falta de conocimiento sobre el tema ocasionando varias veces un cambio determinado del concepto disforia de género por los especialistas con intención de hacerlo menos estigmatizante, esto quiere decir una falta de apoyo por parte de la sociedad y del entorno de las personas que lo sufren puesto que nos lleva a una problemática social. El estudio que se llevó acabo tuvo la pretensión de conocer los factores principales que afectan el su autoconcepto de una persona con posible disforia de género.

Por lo tanto, en esta investigación que ha sido realizado a través de un análisis de caso enfocado en un varón que es identificado con el sexo opuesto desde lo biológico, social y fisiológico dando características de la sintomatología disforia de género de acuerdo al DSM-5 en consecuencia, dado a esto es afectado el autoconcepto formado en efecto de sus experiencias de vida. También es importante aclarar controversias sobre el concepto disforia de género, lo que actualmente es conceptualizado ya no una enfermedad mental si no a una incongruencia percibida entre la propia identidad

de género y el sexo atribuido al propio cuerpo según la novedad del CIE-10 y de todos los criterios que se derivan de ello.

Este análisis tiene como objetivo brindar según lo estudiado explicar la influencia que hay en la disforia de género y autoconcepto, que ayudara al psicólogo clínico y público en general de conocer sobre las molestias que deriva el padecimiento además nuevas alternativas que refuercen dichos objetivos y prevenir desde una edad conveniente brindando más información de dichas conductas, poniendo como referencia el sujeto de estudio que se hizo llamar “transexual” por conductas desde una edad temprana y experiencias de desventajas en un mundo dicotómico donde las barreras sociales y actitudinales son evidentes y desfavorables las cuales son factores principales de la problemática, y en representación a lo anterior es considerable la educación que el público o sociedad necesita saber de la realidad de las personas que afrontan estas situaciones, por esta razón se debe mejorar la comprensión, mejorar el autoconcepto, conocer el padecimiento y las controversias que ha ocasionado la sociedad, así como las novedades que hay actualmente, por esta razón se sugirió la intervención de un proyecto especialmente planificado a cultivar y concientizar sobre el tema.

1.5 Alcances y limitaciones de la investigación

1.5.1 Alcances de la investigación

Contrastar los cambios del concepto disforia de género por grupos multidisciplinarios que se han visto afectado principalmente por la sociedad ocasionando factores predominantes que limitan a estas personas desenvolverse en áreas comunes de su vida afectando su autoconcepto a través de experiencias negativas.

Por lo que el alcance de esta participación es determinar la influencia de todos estos puntos importantes en la vida de la persona, por lo que se añadió un curso de talleres para todo público con el fin de dar información de conocer, prevenir e indicar ciertas conductas que afectan la sociedad y a las personas que viven disforia de género.

1.5.2 Limitaciones de la investigación

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Diferentes puntos sobre el concepto de disforia de género, así como también diversos grupos multidisciplinares enfocados a definir dicho concepto.
- No incluir alguna pregunta específica en la entrevista que pudiera distinguir algún punto sobre la disforia de género o autoconcepto.

CAPÍTULO II

2.1 Marco teórico

(W., 2002) sostuvo, que el marco teórico es lo que encuadra, contiene, ubica y hace relevante el sentido del problema, en la teoría en cuanto permite describir, comprender, explicar e interpretar los problemas, les da a los mismos un marco.

La importancia de este análisis de caso para la investigación y el marco teórico es que nos posibilita ampliar, observar personalmente la descripción del tema con guía de diversos puntos teóricos.

Por lo antes explicado este estudio tiene como ejes de análisis los siguientes:

1.- Disforia de Género

2.- El auto concepto

2.2 Disforia de género

2.2.1 Antecedentes de la disforia de género

(Lorenci, 2013) mencionó a Westphal (1869) quien publicó, el artículo llamado “Die contrare sexuellempfinding” que fue considerado el primer artículo sexológico, incluso Foucault apuntó que se podría tratar de la fecha de nacimiento de “el homosexual” como personaje con un pasado, una historia, una infancia, un carácter, una anatomía y fisiología especiales y una forma de vida. Desde nuestra perspectiva, también se consideró el alumbramiento de “el transexual”.

Otro punto de vista fue de Magnus Hirschfeld (1868-1935) citado por Lorenci (2013) quien dijo que el sexólogo alemán, desarrolló la teoría del “tercer sexo” o “estados sexuales intermedios”, produciendo un discurso alternativo a los discursos

heteronormativos de su época que incluía la posibilidad de un “tercer sexo” además del binario masculino/femenino. Hirschfeld, convencido de que un mayor conocimiento científico de la homosexualidad eliminaría la hostilidad hacia los homosexuales, fundó un comité para anular el artículo 175 de la ley alemana, que penaba las prácticas homosexuales entre hombres, en 1910 acuñó el término travestidos, que contenía lo que ahora llamaríamos transexualidad, travestismo y feminidad masculina, y más tarde en 1931, el de transexualismo mental.

Siguiendo con Lorenci (2013) refirió que Cauldwell (1950) utilizó, por primera vez el término transexual en su texto “Psychopatia transexualis”, donde describió:

“Cuando un individuo que está desfavorablemente afectado psicológicamente determina vivir y presentarse como miembro del sexo al que no pertenece, este individuo se puede llamar psicópata transexual significa simplemente, que no está sano mentalmente, y por esto la persona desea vivir en el sexo opuesto” presentó en su artículo el caso de Earl, una paciente que, según refirió, le demandaba insistentemente de hormonación y cirugía para convertirse en un hombre, Cauldwell consideró que sería criminal que un cirujano extirpase órganos sanos por esta causa, planteando como más apropiada la adecuación de la mente al cuerpo mediante la intervención psiquiátrica. En función de esta lógica, el sexo se considera verdad natural inmutable, y es la mente la que debe adecuarse a la anatomía.

También Lorenci (2013) nombro a John Money (1947) psicólogo especializado en tratar a bebés intersexuales que utilizó la noción de género por primera vez en relación con la posibilidad de modificar hormonal y quirúrgicamente el sexo de los bebés cuyos genitales no son claramente reconocibles como masculinos o femeninos. Posteriormente, Money acuñó en 1969 el término identidad de género, y describió la transexualidad como “Un problema de identidad de género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto, y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto” citado por (Bergero 2004).

Luego Lorenci citó a (Benjamín, 1954) quien refirió, una distinción entre transexualidad y travestismo que radicó en el deseo de las personas transexuales de corregir el “error anatómico” de la naturaleza mediante cirugía, considerando que no se trató de una afectación mental, sino endocrina. Más tarde en su libro “The transexual phenomenon” clasificó a los transexuales en “no quirúrgicos” y “verdaderos” en función de la intensidad de su deseo de intervención, defendiendo la cirugía como una forma de ajustar “el cuerpo a la mente”, dado que las intervenciones psicoterapéuticas que pretendían ajustar la mente al cuerpo no resultaban exitosas.

Enseguida Lorenci (2013) habló de Robert Stoller (1968) que publicó en su libro “Sex and Gender” en el que analizó desde el psicoanálisis variante de la sexualidad humana, describió el Transexualismo como:

“la convicción de un sujeto biológicamente normal de pertenecer al otro sexo y en el adulto a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo”, stoller trató de determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, diferenciándolo de otros trastornos como el travestismo o la homosexualidad en los que, a diferencia del transexual, la persona se sentiría perteneciente a su sexo asignado, y gozaría con sus órganos sexuales.

Aquí el deseo o no de modificar el cuerpo mediante técnicas médico quirúrgicas como consecuencia del rechazo de algunas partes del mismo comenzó a convertirse en eje que vertebra la clasificación de los cuerpos, primero en travestistas y transexuales después, en transexuales falsos (no quirúrgicos) y verdaderos. Desde este momento, y hasta el momento actual, gran parte de los esfuerzos de los investigadores se invertieron en discriminar correctamente para qué personas con la adecuada la intervención médico-quirúrgica y cuales corrieran riesgo de arrepentimiento, siendo este enfoque imprescindible para la emergencia de la disforia.

Además, Lorenci (2013) citó a Fisk (1973) quien refirió, “la búsqueda del transexual primario o verdadero, para el que realmente estuvo indicado la adecuación del cuerpo

a la mente, la disforia de género quien señaló el aumento de interés tanto en los sectores médicos como en la opinión pública sobre las cuestiones relacionadas con el género, y considera una moda pasajera el interés de ciertas élites intelectuales y creativas en las personas con comportamiento cruzado de género”.

Siguiendo con Fisk (1973) describió, el género como una compilación compleja de un número amplio de factores biológicos, psicológicos y psicosociales entre los que incluye los genes, el sexo de asignación y de crianza, la morfología genital, factores endocrinológicos pre y postnatales, aspectos relativos al comportamiento. Para definir la disforia, lejos de revisar las discusiones existentes al respecto en la psicopatología de la época, va al diccionario: disforia quiere decir insatisfacción, ansiedad, inquietud y malestar, desde este punto de vista, podemos decir que “disforia de género” pudo definirse como malestar en un género.

Asimismo, Fisk planteó una clasificación dimensional en lugar de categorial que amplió los márgenes del transexualismo clásico, considerando que existió un aspecto de trastornos de género más y menos severos de los que la transexualidad estaría en el extremo donde incluyó en este aspecto

la homosexualidad masculina afeminada”, la “hipermasculinidad homosexual femenina”, un “fascinante” subgrupo de pacientes que pudieron describirse como “personalidades inadecuadas pasivo-dependientes con fetichismo travestista de medio a moderado”, y un grupo de personas de “personalidad psicopática” que buscaban la conversión sexual para convertirse en un “transexual profesional” y conseguir fama y fortuna. Si somos estrictos al analizar esta lista, pudimos suponer que estaba considerando que tenían disforia de género todas aquellas personas que demandaban intervenciones médico-quirúrgicas para modificar las partes de su cuerpo codificadas como caracteres sexuales fuera cual fuera su motivación, incluida una supuesta motivación económica.

Lorenci (2013) nombró, el inicio del siglo XX que comenzó a producirse una separación entre el homosexual y el transexual, para la que es necesario que ocurran

dos eventos, en primer lugar la aparición de la hormona sintética y las técnicas quirúrgicas que permitieron intervenir los genitales y pudieron justificar estas intervenciones en los bebés con genitales ambiguos, la emergencia de la noción de género como aspecto psicológico y cultural del sexo, y la de identidad de género como autoconciencia estable de la pertenencia a un género, estos conceptos convertirán la transexualidad en una forma de intersexualidad mental, teoría que aún se mantiene por parte de algunos autores, sobre todo endocrinólogos (Ehrhardt & Meyer-Bahlburg, 1981; Dörner, 1977; Gooren, 2003) de esta forma con una lógica similar a la aplicada en la intersexualidad, el médico descubrió la auténtica verdad profunda de la identidad sexual para corregir la anatomía, que se consideró equivocada.

Lo dicho hasta aquí supone Lorenci (2013) y afirmaron autores mencionados a partir de este momento, se hace imprescindible diferenciar aún más el cuerpo transexual del resto, será aquel cuyo deseo de intervención quirúrgica en relación directa con el rechazo de su anatomía, sea detectado como más genuino por el médico. En un primer momento se descubrió al transexual verdadero en función de una narrativa biográfica concreta, sin embargo, el acceso de las personas trans a los textos médicos tiene como consecuencia que esta diferenciación sea cada vez más complicada, puesto que las personas que acuden a las consultas comienzan a mimetizar la “historia natural de la transexualidad” en sus relatos. Además, la idea de una experiencia transexual cuyo núcleo es el sufrimiento que va tomando cada vez más peso, en este contexto, en relación con esta búsqueda del transexual verdadero, y con la idea de sufrimiento inherente asentándose progresivamente en su descripción, por lo que aparece el concepto de disforia de género.

(Mayer, 2016) aclaró, que se pretende decir con “género” y “sexo” comenzando con una definición de uso general, citando en este caso un folleto publicado por la American Psychological Association (APA):

El sexo viene asignado de nacimiento, hizo referencia a la condición biológica del individuo como masculino o femenino y se asoció básicamente a atributos físicos como los cromosomas, la prevalencia hormonal y la anatomía externa e interna. El género hizo referencia a los roles construidos, conductas, actividades

y atributos que una determinada sociedad consideró apropiados para niños y hombres o niñas y mujeres. Estos aspectos influyen en cómo las personas actúan, interactúan y se sienten consigo mismas. Mientras que los aspectos del sexo biológico son similares en diferentes culturas, los relativos al género pueden diferir.

Mayer (2016) admitió, en el texto la obviedad de que existieron ciertas normas sociales para hombres y mujeres, que variaron en diferentes culturas y no vinieron simplemente determinadas por la biología. Pero va más allá al afirmar que el género está en su totalidad “definido socialmente” (es decir, no está ligado al sexo biológico, como si fuera siempre y totalmente independiente del sexo biológico). Este fue un elemento fundamental del movimiento feminista a la hora de buscar reformar o eliminar los tradicionales “roles de cada género.” En el clásico libro del feminismo el segundo sexo citado por Simone de Beauvoir (1949) escribió que “no se nace mujer: una llega a serlo” este concepto es una de las primeras versiones de la ahora habitual distinción entre el sexo como designación biológica y el género como constructo cultural: aunque una nazca, como asegura la APA, con los “cromosomas, prevalencia hormonal y anatomía externa e interna” de una mujer, socialmente se la condiciona para asumir los “roles, conductas, actividades y atributos” de una mujer.

Por otro lado Mayer (2016) refirió, que es necesario aclarar sobre la disforia de género no es lo mismo que disconformidad de género o trastorno de identidad de género, la disconformidad de género describe a un individuo que se comporta de manera contraria a las normas específicas del género al que corresponde su sexo biológico, como se indicó en el DSM-5, algunos travestis, por ejemplo, no son transgénero en general, los hombres que se visten de mujer no se identifican como mujeres no obstante, ciertas manifestaciones de travestismo se pueden asociar con un inicio tardío de la disforia de género.

De igual modo Moyer (2016) explicó, que el trastorno de identidad de género término obsoleto utilizado en una versión anterior del DSM y ya eliminado en la quinta edición, por lo que se empleó como diagnóstico psiquiátrico, si comparamos los criterios de diagnóstico para disforia de género (el término vigente actualmente) y trastorno de

identidad de género (el término previo), vemos que ambos requieren que el paciente muestre

“una marcada incongruencia entre el género que siente/expresa y el asignado.” La diferencia fundamental es que un diagnóstico de disforia de género implica que el paciente debe presentar además “un malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento” asociadas a esos sentimientos de incongruencia, por consiguiente, el principal conjunto de criterios diagnósticos utilizado en psiquiatría contemporánea no indicó que todos los individuos transgénero padecieran un trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, no se consideró que un varón biológico que se identifica como mujer tenga un trastorno psiquiátrico a menos que experimente un malestar psicosocial significativo derivado de esa incongruencia. Un diagnóstico de disforia de género puede ser parte de los criterios utilizados para justificar una cirugía de reasignación de sexo u otras intervenciones clínicas.

Asimismo, un paciente que ha sido sometido a modificaciones médicas o quirúrgicas para “expresar” su identidad de género puede seguir sufriendo disforia de género, siguiendo con Moyer (2016) refirió, que no hay pruebas científicas de que todos los transgénero sufran disforia de género o que todos tengan un conflicto con su identidad. Algunos individuos no transgénero (es decir, que no se identifican con un género distinto a su sexo biológico) podrían, no obstante estar en conflicto con su identidad de género; así, por ejemplo, algunas niñas con ciertas conductas típicamente masculinas pueden experimentar diversas formas de malestar sin por ello identificarse jamás con los niños. Por otra parte, personas que se identifican con un género distinto al suyo biológico pueden no sufrir un malestar clínicamente significativo por su identidad de género.

Por último, Moyer (2016) mencionó, el concepto empleado en el DSM-5 de “sentir” subjetivamente que el género propio es incongruente con el sexo biológico tal vez requiera de un mayor escrutinio crítico y, posiblemente, alguna modificación. La definición exacta de disforia de género, aun siendo bien intencionada, es un tanto vaga

y confusa, ya que no recoge a individuos que se identifican como transgénero pero no sufren disforia asociada a su identidad de género y que recurren a la asistencia psiquiátrica por discapacidades funcionales referentes a cuestiones ajenas a la identidad de género, como ansiedad o depresión. En esos casos se les cataloga erróneamente como pacientes con disforia de género, ya que manifiestan su deseo de ser identificados como miembros del sexo opuesto, cuando en realidad han llegado a una resolución satisfactoria, a nivel subjetivo, con esa incongruencia y pueden tener depresión por razones que no guardan relación alguna con la identidad de género.

(Fernandez, 2002) redujo, que la transexualidad no es un fenómeno actual sino existe desde muy antiguo y en diferentes culturas lo que el término transexual empieza a utilizarse en 1940 que denomino a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto y que quieren someterse a la cirugía de reasignación de sexo, existiendo pues una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que se siente pertenecer este sentimiento de pertenecer a un determinado sexo biológico y psicológicamente se llama identidad de sexo o de género.

(Camacho, 2015) mencionó, el vocablo transexual como una persona que mediante tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere los caracteres sexuales del sexo opuesto. Según Bergero mencionado por Camacho (2015) la transexualidad es también conocida como síndrome de Harry Benjamín “SHB”, disforia de género o síndrome transexual, entre otras denominaciones que son el punto de controversia. Seguidamente Germán Lozan citado por Camacho (2015) indicó, que el abordaje de la transexualidad ha de verificarse desde una visión totalizadora ya que se trata de una gama de factores tanto físicos, psíquicos, sociales, religiosos, morales, científicos, y desde luego jurídico constitucionales.

(Aznar, s.f) manifestó, de acuerdo con los criterios médicos psiquiátricos más recientes la transexualidad definido como:

Trastorno de la identidad sexual que ocasiona una disforia de género, entendiéndose como tal el posible desequilibrio psicológico que puede surgir ante

el antagonismo entre la imagen corporal deseada y la percibida, dicho desequilibrio psicológico puede ser permanente o puede resolverse en algún momento de la vida, especialmente tras la adolescencia, según el “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10”, la transexualidad se definió como “el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, lo cual usualmente va acompañado por una sensación de disconformidad con el sexo anatómico que uno tiene y consecuentemente con el deseo de recibir un tratamiento hormonal o quirúrgico para que el propio cuerpo sea acorde con el sexo preferido por cada uno”.

2.2.2 Sintomatología de disforia de género en niños, adolescentes y adultos

(M. J. A., s.f) señaló, que la disforia de género puede plantearse desde la infancia no obstante, deberemos tener en cuenta que no siempre dicha alteración evolucionará hacia la vida adulta, ya desde niños pueden sentir cierta aversión por los estereotipos que intentan inculcarles y consecuentemente pueden comenzar a experimentar un significativo malestar al que conviene prestar especial atención.

(Restrepo, 2013) precisó, los criterios de Disforia de género en niños de acuerdo al DSM-5 Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales.

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio):

A1) 1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.

3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.

4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.

5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.

6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.

8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Disforia de género en adolescentes y adultos. 302.85 (F64.1)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).

2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Especificar si:

Postransición:

El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto

o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastia en una paciente nacida mujer).

Otra disforia de género especificada 302.6 (F64.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de otra disforia de género especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de disfunción sexual. Esto se hace registrando “otra disforia de género especificada” seguido de un motivo específico (p. ej., “disforia de género breve”). Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación de “otra especificada” es el siguiente: El trastorno actual cumple los criterios sintomáticos de disforia de género, pero su duración es inferior a seis meses.

Disforia de género no especificada 302.6 (F64.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de la disforia de género. La categoría disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disforia de género, e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (pp.239-242).

2.2.3 Factores de la disforia de género

(Lopéz, 2018) mencionó, que la asignación de identidad, rol-género y orientación del deseo son crías de la especie humana socializadas como niñas o niños, cada vez de forma más temprana por lo que refirió algunos factores como:

— Algunas parejas ya deciden dar vida no a una nueva persona, sino explícitamente a un niño o una niña. Esta manera de proceder no está permitida ni generalizada entre nosotros, pero ya se puede “comprar el sexo de los hijos”, si uno está dispuesto a pagar lo que piden en algunos lugares del mundo. Es el sexo como elección básica o como condición para que un determinado embrión se le deje seguir adelante. Quienes hacen esto, obviamente, tienen una idea bien biológica y sexista de lo que es un hombre y una mujer, porque si no fuera así, no estarían tan motivados por definir el sexo de su descendencia.

— Casi todos los padres y madres intentan saber, cuanto antes, cual es el sexo de su cría, para ello recurren a técnicas hoy generalizadas que permiten conocerlo.

— Conocido el sexo de los hijos se organiza lo que será su habitación (cuna, cortinas, ropa de cama, pintura de la habitación, etc.) y se compra la ropa, los juguetes, etc., siguiendo las convenciones sociales sobre los niños y las niñas.

— Es decir, antes de nacer, ya les espera un mundo organizado hasta el mínimo detalle: un mundo para un hombre o un mundo para una mujer.

— Cuando nacen, confirman el sexo visualmente y comienza un sistema de trato que es una clara socialización desde muchos puntos de vista.

— Nombre sexuado, de niño o niña, esta asignación es tan importante que no sabemos relacionarnos con una cría humana sin saber “qué es”.

a) Asignaciones sexuadas. Este es el aspecto de la socialización más latido y seguramente más conformador, porque reúne todas las expectativas sobre un ser humano un mundo de convenciones que se le presentan como el modelo a seguir.

b) Trato diferente: verbal, táctil, etc. Lenguaje lleno de significados sexistas y formas de acariciar distintas: más suaves con las niñas, más fuertes con los chicos.

c) Un mundo organizado en sexos que afecta a la figura corporal, a los adornos, a los vestidos, a los juguetes, a los juegos, a las actividades familiares y escolares, a las profesiones que se espera y facilita, etc.

d) Una vida sexual que se espera y tolera que sea convencionalmente sexista, de forma que las niñas deberían acabar jugando como novias y madres, mientras los niños deben hacerlo como novios y padres.

e) Un modelado de los padres, familiares, entorno y medios de comunicación que les conforma como masculinos o femeninos. Lo importante es comprender que aún antes de que los niños y niñas se puedan autoclasificar como tales, los padres le han organizado una identidad sexual y un género, a partir de sus genitales externos (p.19-20).

Por otra parte, López (2018) resaltó, las posibles vicisitudes de la identidad y el género comenzaron a centrar y comprender la incomodidad y malestar que supone para un niño o una niña, para un hombre o una mujer, no poder aceptar este orden biológico y convencional, el desacuerdo mental y emocional, con el orden biológico, por lo tanto, definió a las personas homosexuales

quienes no aceptan normalmente las convenciones sociales asociadas al sexo biológico y suelen ser combativas con la identidad de género masculina y femenina asignadas a hombres y mujeres por la sociedad. Pero las personas homosexuales y bisexuales no ponen en cuestión el “orden biológico”, sino algunos de los usos y abusos que se han hecho de él. Y esto es así, porque estas personas aceptan su biología y su cuerpo tal y como es, no demandan modificaciones, únicamente resuelven sus necesidades sexuales y amorosas con personas de su mismo sexo biológico. O están abiertas a ambos sexos, caso de las personas bisexuales.

También López (2018) expresó, que las personas transexuales propiamente dichas no aceptan el orden biológico, porque rechazan, en uno u otro grado, su cuerpo sexuado, dado que están seguras de tener una identidad en contradicción con su biología sexual. Tampoco aceptan el orden convencional de los roles sexuales asignados en el

vestir, adornarse, etc. Pero unos (a) son críticos con los roles de género construidos socialmente y no aceptan el género binario, y otros (b) no aceptan el género que se les asigna socialmente en razón de su sexo, pero sí, y de forma muy convencional, el asignado al otro sexo, justo con el que coincide la identidad sexual que saben tienen o desean tener (p.21).

(Cordero, 2013) definió, en cuanto a los factores psicosociales citados por Swaab (2004), el concepto de "neutralidad sexual al momento de nacer, después de lo cual los infantes hacen la diferenciación entre masculino y femenino como resultado de las experiencias sociales que presumió que el sellado de género comienza a la edad de un año y que se establecerá entre los 3 y 4 años".

Después Cordero (2013) menciona a Person y Ovesey (1974) quien planteó, que el deseo transexual se originó a consecuencia de la irresuelta ansiedad de separación durante la fase de individuación-separación del desarrollo infantil, según éstos, para contrarrestar dicha ansiedad de separación, el niño recurre a una fantasía preparatoria de fusión simbólica con la madre; la resolución transexual es un intento de librarse de la ansiedad mediante una reasignación de sexo. Estos investigadores hablaron de un gradiente de desarrollo desde el homosexualismo afeminado al travestismo y el transexualismo, dentro del cual la capacidad para manejar la ansiedad de separación determina la posición del sujeto (p.23).

Por otro lado, Cordero (2013) también tomó en cuenta a Stoller (1979) dado que señaló, el núcleo de la identidad de género femenino del transexual masculino está libre de conflictos, este autor mencionó una serie de factores psicológicos de los padres del transexual masculino como:

una madre deprimida que mantiene una gozosa intimidad física y emocional con un niño excepcionalmente guapo de forma ininterrumpida, durante años, y aunque nazcan otros hermanos; la madre tiene un fuerte componente bisexual y está casada con un padre afeminado o pasivo, que rara vez está en el hogar, el matrimonio resulta vacío y conflictivo, pero no se llega a la separación o el

divorcio, este autor consideró que el transexualismo verdadero era muy raro, y prácticamente sólo se reconocería en los chicos.

A su vez Stoller (1975) contempló, la constelación de variables psicológicas como responsables del transexualismo en las mujeres: a su nacimiento, la niña es percibida como fuerte y vigorosa, no como bonita o tierna; la madre es incapaz de nutrir emocionalmente a la niña debido a su depresión o enfermedad física, el padre no sabe o no quiere hacerse cargo de las funciones prenatales y no sirve de apoyo en la depresión o enfermedad de la madre; entonces se deposita en la niña la pesada carga de aliviar la depresión materna; el padre alienta y admira la adquisición de identificaciones y conductas masculinas por parte de su hija.

Desde otro punto de vista Cordero (2013) tomó, en cuenta una investigación relacionada con el tema del transexualismo conducida por Walinder (1967) quien encontró, que alrededor del 90% de los sujetos comenzaron a mostrar señales de conducta transexual antes de los 15 años; la capacidad intelectual, están en la curva normal de inteligencia; y cerca del 37% ha sufrido en alguna forma por la ausencia de uno de sus padres durante la infancia ya sea, por divorcio, muerte o abandono sobre las incidencias familiares, en el 27% de los casos, los padres los vistieron cuando eran pequeños con ropa del sexo opuesto, o querían tener un hijo del sexo opuesto en el 6% de los casos, otros miembros de la familia han vestido con ropa del sexo opuesto.

2.2.4 Tratamiento psicológico que se ha llevado a cabo con la disforia de género

(Cretella, 2017) indicó, que la psicología ha rechazado de modo creciente el concepto de normas para la salud mental; ha centrado su atención en la angustia emocional, por lo que explicó en la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM-V, por sus siglas en inglés) que la disforia de género se encuentra en su lista no porque exista una discrepancia entre los pensamientos de la persona y la realidad física, sino debido a la presencia de la angustia que impide el desempeño social. El DSM-V también señaló que se necesita un diagnóstico, para que las compañías de seguro de salud paguen el uso de hormonas y cirugía para cambiar de sexo para aliviar la angustia que produce la

disforia de género, una vez que se alivia dicha angustia, ya no se considera que la disforia de género sea un desorden.

También Cretella (2017) mencionó, que la disforia de género está en la mente; no en el cuerpo, los niños que padecen disforia de género no tienen un desorden en el cuerpo, aunque sientan que ése es el caso, de manera similar, la angustia que siente un menor de edad ante el desarrollo de sus características sexuales secundarias no significa que la pubertad sea una enfermedad que deba ser eliminada, porque la pubertad, de hecho, no es una enfermedad, también de manera similar, aunque muchos hombres que sufren disforia de género creen que su esencia es “femenina” y que se encuentran atrapados en un cuerpo masculino, esta creencia no tiene fundamento científico.

Hasta recientemente, el concepto predominante respecto de la disforia de género era que dicha disforia reflejaba una manera de pensar anormal o una confusión por parte del niño que podía ser o no transitoria, consecuentemente, la manera estándar de abordar este asunto era el seguimiento o la psicoterapia familiar o individual. Las metas de la terapia eran abordar la patología familiar, en caso de que existiese, tratar cualquier anomalía psicosocial en el niño, y ayudarlo a conformar su identidad de género con su sexo biológico (p.8).

(García, 2001) aportó, para la psicología clínica el objetivo en general la terapia clínica para lograr un bienestar psicológico y duradero con su género, para maximizar la adaptación psicológica y autorrealización, en la actualidad queda clínicamente comprobado que la única terapia válida para estos pacientes es la reasignación del sexo deseado, como la terapia triada compuesta por la experiencia en la vida real en el rol deseado, con la hormonación para el género deseado y la cirugía para cambiar los genitales y las otras características sexuales.

Siguiendo con García (2012) mencionó, después de la fase de valoración y diagnóstico espontáneamente cambian sus aspiraciones, otros se adaptan adecuadamente a sus identidades de género sin intervenciones médicas y otros se arrepienten durante la terapia psicológica a seguir la secuencia tríadica. Los pacientes

se van beneficiando de la terapia psicológica en cada etapa de evolución de género, esto incluye la fase de diagnóstico y verificación del proceso transexualizador, el periodo hormonal y por el ultimo el quirúrgico y posquirúrgico si se realiza, esta estructura intento adaptarse secuencialmente a los cambios físicos que va a vivir el individuo.

Asimismo para García (2012) remarcó, el periodo de verificación y diagnóstico del proceso transexualizador cualquier persona puede acceder a esta etapa que tiene como finalidad descartar situaciones distintas de la transexualidad comprobando la aptitud psicológica del solicitante, incluye una fase de terapia que permite que se valore la historia, que se comprendan los dilemas a los que se enfrenta y las ideas irracionales y los comportamientos desadaptativos que presenta, no se tratara de curar la identidad de género sino lograr un estilo de vida estable con oportunidades realistas de éxito en las relaciones sociales en el área educativo y laboral y en la expresión de identidad de género. En este momento la familia juega un papel muy importante directo o indirectamente resultando necesario para el trabajo psicológico; también en esta etapa el psicólogo discutirá con el paciente con el fin de lograr una toma de conciencia, las consecuencias posibles a nivel familiar, laboral, económico que el cambio de género le acarrearía.

Este periodo tendrá una duración no inferior a 3 meses, durante este tiempo el psicólogo diagnosticara con exactitud el "trastorno" explicitando la existencia o no de comorbilidad psicológica para ello se hace necesario la realización de un diagnóstico diferencial tales como: comportamiento de disconformidad, el fetichismo travestista asimismo seguirá con la fase de periodo hormonal este proceso se inicia tras el periodo de verificación y diagnóstico, la intervención del psicólogo en esta fase está orientada por un lado, a manejar las posibles dificultades que aparezcan en la esfera biopsicosocial así como la orientación cara el futuro y por ultimo ayudara al sujeto en la experimentación en la vida real en el rol deseado.

2.3 Autoconcepto

2.3.1 Antecedentes del autoconcepto

(Molero C. y., 2013) considero a Musitu y Román (1982) quienes relataron, sobre platón que inició el estudio del self entendido como alma. Aristóteles, en el siglo III a.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo, sin embargo, va a ser San Agustín el que describió un primer atisbo de introspección de un self personal durante la Edad Media la cuestión del conocimiento del self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época, más tarde con el renacer cultural de Europa del siglo XVII el concepto se self se reflejó en el pensamiento de Descarte, Hobbes, y Locke.

Molero (2013) refirió, de acuerdo con una revisión histórica realizado por Rodríguez (2008) que fue James a finales del siglo XIX (1890) el primer psicólogo que desarrolló la teoría del autoconcepto y que estableció un esbozo de lo que hoy sería la concepción jerárquica y multidimensional del mismo, su obra *The principles of psychology* estableció una clara distinción entre dos aspectos fundamentales del yo: el yo como sujeto y el yo como objeto, entendiendo al yo sujeto como el responsable de la construcción del yo objeto, y a éste como la entidad que recoge la globalidad de conocimientos sobre nosotros mismos, y, por tanto, el autoconcepto vendría a ser este último, dicha globalidad de autoconocimientos, también entendido como yo objeto o autoconcepto, estaría dividida, a su vez, en cuatro componentes:

- a) el yo-material, formado por el cuerpo y por todas aquellas propiedades materiales que entendemos como propias;
- b) el yo-social, que comprende las percepciones interiorizadas procedentes de las personas de su entorno;
- c) el yo-espiritual conformado por el conjunto de capacidades, rasgos, impulsos, motivaciones propias y
- d) el yo-puro (corporal), de definición mucho más difícil, pero equiparable a un sentimiento de unidad que cada cual va experimentado a lo largo de su vida y que

otorgo identidad a los comportamientos y emociones vividas a lo largo de las etapas evolutivas de la persona.

Siguiendo con Molero (2013) refirió, que James no sólo describió las distintas partes del autoconcepto sino que también las organizó en una estructura jerárquica donde el yo-espiritual ocuparía el ápice de la estructura, por debajo de él se encontraría el yo-social, y en la parte más inferior de la jerarquía se situaría el yo-material a estas dos características de multidimensional y jerarquía del autoconcepto James añadió otras, de un lado con su afirmación de que tantos yo sociales como individuos que generan una imagen mental de esa persona, declaro que el autoconcepto es eminentemente social; y, de otro lado, señala la trascendencia de la diferencia entre los logros (yo-percibido) y las aspiraciones (yo-ideal), y de la distinción entre la percepción (el juicio) y la importancia conferida (valor) a esos logros.

(Pacheco, 2018) citó a P. Saura en Gil (1997) realizó, una descripción del autoconcepto como un conjunto de percepciones organizado jerárquicamente, coherente y estable, aunque también susceptible de cambios, que se construye por interacción a partir de las relaciones interpersonales. El constructo autoconcepto incluyó: ideas, imágenes y creencias que uno tiene de sí misma.

- ✓ Imágenes que los demás tienen del individuo.
- ✓ Imágenes de cómo el sujeto cree que debería ser.
- ✓ Imágenes que al sujeto le gustaría tener de sí mismo.

Dicho brevemente el autoconcepto en la infancia y adolescencia puede estar especialmente condicionado por la imagen corporal (autoconcepto corporal).

Por otro lado, Pacheco (2018) nombro a (Shelenker, 1982 y 1985) quien dijo que la imagen corporal es importante siempre, dado que la primera impresión que tenemos de las otras es a través de su apariencia física, lo es mucho más durante la adolescencia. Muchos adolescentes se inquietan y preocupan por su cuerpo, los cambios rápidos que experimentan no dejan de producirles cierta perplejidad, extrañeza y cierta inquietud.

Siguiendo con Pacheco (2018) explicó, que además la ansiedad generada por el cambio en lo corporal se ve reforzada por unos poderosos medios de comunicación que presentan un cierto ideal físico de hombre y de mujer, necesario para triunfar en la vida, según los cánones de belleza del momento. Autoaceptarse como uno es, es la condición fundamental de la autoestima y la autorrealización. La autoaceptación implica el reconocimiento de las propias cualidades, la toma de conciencia del propio valor, la afirmación de la propia dignidad personal y el sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse.

(Sánchez, 2009) estimó a Rosenberg (1982) quien valoró el autoconcepto como dos dimensiones o componentes: el elemento cognitivo (que se refiere a los pensamientos) y el evaluativo (que se refiere a los sentimientos) de manera que el autoconcepto es el conjunto de creencias que una persona tiene sobre sí misma y que abarca imagen corporal, valores, habilidades y características, pero a su vez está vinculado con un aspecto afectivo que se relaciona con la autoestima, la cual de acuerdo con Costa y McCrae (1988), refirió los sentimientos positivos o negativos que una persona posee sobre sí misma.

(Molero C. L., 2013) cito a Núñez y González 1994, quienes apuntaron que el autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de auto percepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente a medida que pasan los años se va formando un autoconcepto cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Las auto percepciones se desarrollan en un contexto social lo cual implica que el autoconcepto y su funcionamiento particular están vinculados al contexto inmediato. Sin embargo, las auto percepciones también dependen de las características evolutivas de la persona en cada momento de su desarrollo. En consecuencia, el desarrollo del autoconcepto puede ser visto desde un enfoque interaccionista: el ambiente posibilita ciertas experiencias las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas.

Se consideró, desde el modelo de Shavelson (1976) que son siete las características fundamentales en la definición del constructo. El autoconcepto puede considerarse como:

a) Organizado: la gran variedad de experiencias de un individuo establece la fuente de datos sobre la que se basa sus propias percepciones para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias una persona las cifra en formas más simples o categorías esta última representan una manera de organizar las propias experiencias y de darles significado una característica del autoconcepto, por lo tanto, es que está organizado o estructurado.

b) Multifacético: las áreas en particular reflejan el sistema de categorización adoptado por un individuo concreto o compartido por grupos.

c) Jerárquico: las distintas facetas del autoconcepto pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas éstas en la base de la jerarquía, hasta el autoconcepto general, situado en lo alto de la jerarquía.

d) Estable: el autoconcepto general es estable, sin embargo, a medida que uno desciende en la jerarquía del autoconcepto, éste va dependiendo cada vez más de situaciones específicas y así llega a ser menos estable.

e) Experimental: al aumentar la edad y la experiencia (especialmente al adquirir los niveles verbales), el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más a medida que el niño coordina e integra las partes de su autoconcepto, podremos hablar de un autoconcepto multifacético y estructurado.

f) Valorativo: no solamente desarrolla el individuo una descripción de sí mismo en una situación particular o clase de situaciones las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el “ideal” al que me gustaría llegar, y pueden hacerse comparándose con patrones relativos, tales como “observaciones”. La dimensión evaluativa varía en importancia y significación según los individuos y también según las situaciones.

g) Diferenciable: el autoconcepto es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado, por ejemplo, el autoconcepto se haya influido por experiencias específicas.

(Serra, 2015) indicó, que el autoconcepto puede ser definido de una forma simple como la percepción que un individuo tiene de sí mismo es un constructo teórico que presenta características importantes por englobar lo que se denomina la identidad de un individuo, nos permite comprender la continuidad y la coherencia del comportamiento humano a lo largo del tiempo. Esclarece sobre la forma como una persona interactúa con las otras y lidia con áreas relacionadas con sus necesidades y motivaciones lleva a entender aspectos del autocontrol, por qué es que un individuo inhibe o desarrolla determinado comportamiento o por qué ciertas emociones surgen en determinados contextos por otro lado, se relaciona además con ciertos rasgos y actitudes de personalidad.

Serra (2015) menciona a Firestone (1987) quien resaltó el autoconcepto como un individuo a desarrollar una especie de voz interna, un esquema de pensamiento, que se enlaza a sentimientos y actitudes esta voz interna influencia los juicios de valor que el ser humano hace a su respecto y sobre los otros, de sus capacidades e incapacidades.

(López I, 2016) citó a Núñez y González Pienda (1994), exponiendo el autoconcepto como un papel importante para el desarrollo de la personalidad. Un autoconcepto positivo es fundamental para la vida social y profesional del individuo y la base del buen funcionamiento de las personas es multidimensional como persona, como padre y madre, como hijo/a, como compañero/a, etc. Depende también de la edad y las experiencias, es decir, tiene dinamismo es jerárquico porque hay un autoconcepto general en la cima y por debajo estarán otros autoconceptos específicos, como el académico, el social, el físico y el emocional. Existen en él cambios de información de cognitivismo seleccionando y ordenando la información las auto percepciones que forman el autoconcepto están basados en los roles o papeles que se hayan desempeñado en la vida, en los atributos personales y en las creencias y valores que se tengan.

(B., 2017) determinó, la importancia del autoconcepto según Fernández (2015) donde el niño por primera vez podrá buscar el conocimiento de sí mismo, del cual se podrá distinguir de sus compañeros por otro lado depende la visión que los niños tengan de ellos mismos y sabiendo los aspectos que lo describen, ellos irán formando su propia autoestima la cual se podrá ayudar a que se quieran tal como son de igual manera cuando el niño presenta un buen autoconcepto logra manifestar buenas actitudes, expectativas, logran valorar y obtener un alto afecto por sí mismo de igual manera llegan a ser independientes en la sociedad.

(A. R. , 2013) explicó, el autoconcepto como una realidad psíquica muy compleja y dentro de lo que es autoconcepto general se distinguen otros autoconceptos más concretos que se refieren a áreas específicas de la experiencia y que se relacionan a continuación:

- **Autoconcepto físico:** La percepción que uno tiene tanto de su apariencia y presencia física como de sus habilidades y competencia para cualquier tipo de actividad.
- **Autoconcepto académico:** El resultado de todo el conjunto de experiencias, éxitos, fracasos y valoraciones académicas que el alumno tiene a lo largo de los años escolares.
- **Autoconcepto social:** Consecuencia de las relaciones sociales, de su habilidad para solucionar problemas, de la adaptación al medio y de la aceptación de los demás.
- **Autoconcepto personal:** Incluye la percepción de la propia identidad y el sentido de responsabilidad, autocontrol y autonomía personal.
- **Autoconcepto emocional:** Se refiere a los sentimientos de bienestar y satisfacción, al equilibrio emocional, a la aceptación de sí mismo y a la seguridad y confianza en sus posibilidades.

(M. A. , 2009) expuso a la psicóloga De Narváez (2002) que afirmó que cuando se tiene un concepto bueno del niño, se acepta como es, se le ayuda a mejorar sus debilidades y se resaltan sus cualidades su autoestima se ve fortalecida. Todo lo que

los padres dicen o hacen influye en el concepto que los niños se forman de ellos mismos si durante mucho tiempo se califica al niño como torpe e incapaz o, por el contrario, audaz e inteligente muy probablemente crecerá asumiendo esto como cierto y generando actitudes según estos conceptos.

2.4 Fundamento de la teoría

Se fundamentó a través de la teoría de (Freud, s.f) quien fue el fundador del psicoanálisis, conocido como el arqueólogo de la mente, quien nació en Viena (Austria) en 1856, hijo de un segundo matrimonio su padre era comerciante de lana, muy humilde, que vivía en una casa de una habitación. Era un ambiente familiar bastante confuso para Freud, donde su padre era muy viejo lo llamaba el niño dorado, y era el hijo preferido, los estudios y la medicina fueron una constante en su vida, llegando a dominar idiomas entre ellos el castellano que aprendió de pequeño para poder leer el Quijote. En sus estudios de Medicina, destacó su desinterés por la patología orgánica que como el refiere, estudio con más o menos agrado, pero le fascinó de manera irremediable todo lo relacionado con la mente y la psiquiatría.

(A. T. , s.f) describió, la teoría de Sigmund Freud como se ha conocido la sexualidad con el desarrollo del inconsciente freudiano en ella se propuso que en los primeros años de nuestras vidas atravesamos distintas etapas de desarrollo vinculadas a la sexualidad y a distintas fijaciones, y que lo que ocurra durante ellas influirá en el modo en el que el inconsciente condicione a la persona una vez haya llegado a la adultez. Es decir, que cada una de las etapas del desarrollo psicosexual marcaría los tiempos que delimitan qué tipo de acciones son necesarias para expresar la libido de manera satisfactoria y cuáles pueden llegar a crear conflictos que queden enquistados en nosotros de manera inconsciente.

(Bátiz, s.f) aportó, sobre la investigación de la etapa fálica también recibiendo el nombre de identificación primera que abarca de los 2 a los 6 años durante esta etapa la zona de mayor placer se concentra en los genitales, la masturbación se acentúa por ser una actividad que proporciona al niño o la niña tanto el reconocimiento de sus genitales como el placer de tocarlos, la socialización marcada por el ingreso del niño(a) a la escuela constituye uno de los acontecimientos más importantes ahí tendrá la

oportunidad de convivir e intercambiar experiencias y sentimientos con niños y niñas de su propia edad, la curiosidad está presente en los constantes "¿por qué?", ¿por qué no soy igual que mi hermano?, ¿por qué no tengo que ir a la escuela?, ¿por qué sale el sol?, etcétera.

Se desarrolla una mayor conciencia de la diferencia de sexos, con lo cual el órgano fálico adquiere especial relevancia para el niño el descubrimiento de sus genitales va acompañado de un simbolismo que le da seguridad y orgullo de poseerlos; mientras que la niña, al comparar sus genitales con los del varón, puede experimentar la sensación de estar incompleta y carente de algo, el complejo de castración, representado por las reacciones emocionales provocadas por la presencia o ausencia de falo, es el punto a partir del cual cobra impulso el complejo de Edipo este último está marcado por el ingreso del niño y de la niña a un mundo sexual auténtico y el inicio de la relación triangular hijo madre, hija padre.

Siguiendo con el Bátiz (s.f) mencionó, en el caso del niño el complejo edípico la madre deja de ser el centro exclusivo de amor; ahora tiene que "competir" con un rival: el padre, quien simbólicamente lo obliga a excluir a la madre de su actividad genital los sentimientos ambivalentes que el niño experimenta hacia sus padres, como el amor a su madre y el tener que renunciar a ella; el rechazo a su padre, por miedo a ser castrado, y su necesidad de identificarse para afirmar su identidad sexual, le permiten buscar otros objetos de placer y determinar la forma en que se vinculará con el sexo femenino en el caso de la niña, el complejo edípico tiene otras variantes ella se identifica con su propio sexo por la carencia de pene, se siente en igualdad de condiciones con su madre y rivaliza con ella para obtener el amor del padre.

Este conflicto puede ser resuelto en la medida en que la niña valore su propia anatomía y supere la supuesta "carencia orgánica" por otra parte, si la madre es un modelo de identificación cálido y creador, esto le permitirá aceptarse a sí misma y relacionarse con miembros del sexo masculino podría decirse que las experiencias vividas durante la etapa edípica son: la percepción de la ausencia del pene en las niñas, que les ocasiona el temor de ser castradas o de haberlo sido y pueden interpretar esta ausencia como el castigo recibido por una cosa mala que hayan hecho;

la rivalidad que experimenta el niño con su padre, quien tiene un pene más grande y es más fuerte; por otro lado, ante la posible rivalidad con una madre "fálica" o "castrante", el niño tiene que tomar uno de dos caminos:

1. Intentar dominar a su madre mediante el supuesto: "Yo soy hombre, tú eres mujer, así que cállate".

2. O bien tomar la actitud: "Tú eres mujer, yo soy hombre y debo someterme". De estas experiencias y de la identificación con las imágenes paternas, maternas, fraternas y de otras figuras importantes de su medio ambiente, los niños y niñas, mediante el mecanismo de la internalización, van logrando su propia identificación.

Bátiz (s.f) dijo que este momento poseen ya la madurez que se requiere para afrontar el temor a la castración y a la masturbación: la represión, mediante la cual pueden enviar al inconsciente o deformar los sentimientos negativos, los impulsos y los temores, cuando el niño o la niña en etapas anteriores ha rechazado la confianza básica (durante la etapa oral) y la oportunidad de establecer controles coherentes (durante la etapa anal) y ha logrado la identificación psicosexual y la posibilidad de utilizar el mecanismo de la represión (durante la etapa fálica), los actos se desexualizan y se manifiestan como conductas socialmente aceptables cuando esto ocurre es porque la etapa fálica ya ha sido resuelta, cuando el niño o la niña no logra resolver adecuadamente alguna de las etapas del desarrollo (oral, anal o fálica), es posible que desarrolle una conducta patológica, como por ejemplo una conducta compulsiva y repetitiva, agresión desmesurada, temor y ansiedad.

Es necesario recalcar lo que cito Bátiz (s.f) exponiendo a Freud quien dividió los homosexuales en manifiestos y latentes, siendo los primeros insignificantes en número con respecto a los segundos. A lo largo de su obra, Freud describe una serie de mecanismos que podrían ser los responsables de la homosexualidad y que giran en torno a la resolución del complejo de Edipo y que resulta ser la explicación más conocida acerca de la génesis de la homosexualidad. El amor del niño hacia la madre es tal que la renuncia de este amor debe hacerse mediante la identificación total y fidelidad con el objeto perdido el niño busca entonces objetos eróticos en los que pueda encontrarse a sí mismo y amarlos como pudo amar a su madre. De este modo

el sujeto se mantiene fiel a la madre no conduciendo sus impulsos libidinosos hacia otras mujeres y de este modo evita la rivalidad con el padre y por tanto la amenaza de castración.

Aquí Freud considero, la importancia de la influencia de los padres en la génesis de la homosexualidad un padre débil, distante y alejado de la madre y del niño es incapaz de ofrecer una imagen masculina gratificante con la que el niño pueda identificarse, la madre dominante, excesivamente protectora y con actitudes y conductas seductoras hacia el niño y que a la vez infravalora o niega el papel autoritario del padre serían los ingredientes básicos un mecanismo alterado en desarrollo de la libido que conduce a la elección de objeto erótico distinto a la madre y centrado en la propia persona, es decir a la elección narcisista de objeto sexual aquí la sexualidad infantil autoerótica se fija en el órgano viril y desemboca en una elección de objeto homosexual al inicio de la etapa fálica el niño se siente orgulloso de su pene y defraudado por la no existencia de éste en la mujer, su vuelta a la heterosexualidad no puede hacerse por el miedo a la castración.

Otro mecanismo implicado en la génesis de la homosexualidad sería la adherencia y fidelidad al objeto erótico madre, el niño hacia los cuatro años comienza a apreciar las diferencias genitales, la figura paterna es considerada como rival que restringe su placer con la madre y que amenaza con la posible castración, la resolución de este espacio triangular edípico debe renunciar al amor que siente por su madre como objeto erótico asumiendo el complejo de castración e identificarse con la figura materna y a la misma vez con el padre, para poder llegar a tener lo que el padre tiene.

Finalmente ofrece otro mecanismo explicativo a través de la transformación del rival odiado en objeto erótico, el origen es el mismo que el de los instintos sociales: la hostilidad y las situaciones de rivalidad, que no pueden demostrarse ni alcanzar satisfacción, se reprimen y surgen en sentimientos sociales de identificación, esta situación se encuentra más cerca de la elección narcisista de objeto que de la identificación con la madre, que queda relegada a un segundo plano, la homosexualidad resultante no es del tipo exclusivo y puede incluir una actividad heterosexual.

De igual modo se mencionará la teoría de Erikson:

(Bordignon N. , 2005) relató, un poco sobre la biografía de Erik Homburger Erikson quien nació en Karlsruhe Alemania el día 15 de junio de 1902 en su juventud estudió arte terminando como profesor en una escuela de Viena que atendía los hijos de los pacientes de Freud, hecho que lo hizo aproximarse a los niños y al psicoanálisis en este período conoció a Joan Serson psicoanalista, con quien se casó, estudió psicoanálisis en el Instituto Psicoanalítico de Viena, llegando a ser psicoanalista infantil en 1933, emigró a los Estados Unidos donde, como profesor de la Universidad de Harvard, presentó la teoría del desarrollo psicosocial que abarco el ciclo vital completo de la persona, reconstruyendo las ideas de Freud a partir de la Antropología Cultural fue miembro de la Clínica Psicológica de Harvard y de otros Institutos, donde realizó sus investigaciones murió el 12 de mayo de 1994, a los 92 años de edad.

Mientras tanto (Bordignon N. , 2005) explicó, la perspectiva de Erikson quien organizo una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, extendiéndolo en el tiempo de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial, organizados en ocho estadios, cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado.

Por lo anterior se debe agregar para el análisis de caso el estadio: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe Adolescencia: de 12 a 20 años, explicando el período de la pubertad y de la adolescencia que se inicia:

con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual, la integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos:

a) Identidad psicosexual por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida.

- b) La identificación ideológica por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político.
- c) La identidad psicosocial por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social.
- d) La identidad profesional por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente.
- e) La identidad cultural y religiosa en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida.

Siguiendo con Bordignon (2005) explicó, la fuerza diatónica es la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad, la relación social significativa es la formación de grupo de iguales, por el cual el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales puede establecer relaciones autodefinitorias; superar la confusión de roles; establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad; consolidar las formas ideológicas o las doctrinas totalitarias y enfrentar la realidad de la industrialización y globalización, la fuerza específica que nace de la constancia en la construcción de la identidad es la fidelidad y la fe.

La fidelidad es la solidificación y asunción de los contenidos y proceso de su identidad, una vez establecida como proyecto de vida, son resumidos en la frase: "Yo soy el que puedo creer fielmente" un justo equilibrio entre la formación de la identidad y la confusión alimenta la búsqueda constante de nuevos estadios de perfeccionamiento del amor, de la profesión, de la cultura y de la fe. Este proceso puede extenderse a través del tiempo previsto.

En conclusión, de la teoría de Freud y Erickson:

Se considera que en esta etapa hay experiencias en todo el ser humano donde ya se encuentra un autoconcepto, una identidad, decisiones en la vida laboral, social, personal, amorosa considerando que la adolescencia es una etapa importante para la definición de una vida, dado las teorías de Sigmund Freud y Erickson nos refieren que en cada cambio de las etapas psicosociales y psicosexual hay una crisis y un conflicto en el cual se debe superar de la mejor manera considerándolo como oportunidad de desarrollo para cada persona, si hay una resolución positiva de las crisis presentadas emergerá una potencialidad de lo contrario surgirá una patología en la vida de la persona.

CAPITULO III

3.1 Metodología

3.1.2 Enfoque cualitativo

En esta investigación se utilizó el enfoque cualitativo para analizar el autoconcepto, y la sintomatología de la disforia de género.

(R., 1994) manifestó, en su más amplio sentido a la investigación cualitativa que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable.

3.1.3 Método descriptivo

En esta investigación se pretendió conocer la disforia de género y su influencia en el autoconcepto.

(Cazau, 2006) definió, la investigación descriptiva como el que se utiliza para recoger, organizar, resumir, los resultados de las observaciones, estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno.

Por consiguiente, el método descriptivo es de gran utilización para la recopilación y presentación de datos que nos ayuda a una idea más clara de la determinada situación

ya que se conoce las observaciones de la sintomatología de la disforia de género y autoconcepto predominando las actitudes y comportamientos de una forma más exacta.

3.1.4 Técnica de entrevista

(Soriano, 1976) refirió, esta técnica en diversas disciplinas tanto sociales (antropología, sociología, pedagogía, trabajo social) como de otras áreas (enfermería, epidemiología, entre otras), para realizar estudios de carácter exploratorio, ya que permite captar información abundante y básica sobre el problema. También se utiliza para fundamentar hipótesis y orientar las estrategias para aplicar otras técnicas de recolección de datos. Asimismo, la entrevista estructurada o dirigida se emplea cuando no existe suficiente material informativo sobre ciertos aspectos que interesa investigar, o cuando la información no puede conseguirse a través de otras técnicas.

3.1.5 Perfil del entrevistado

El sujeto de estudio del análisis de caso es considerado para realizar una serie de preguntas estructuradas dirigidas a ciertas conductas observables de autoconcepto, al mismo tiempo se profundizo y comprendió la sintomatología de disforia de género de acuerdo al DSM-5, el sujeto refirió estar en un proceso hasta llegar a un total cambio del sexo con el que se identifica, se observó una persona insatisfecha por los cambios contemplados a futuro. Su nombre es T. S. F con edad de 29 años, ocupación empleada de un bar, estado civil soltera, vive con sus padres, tiene una hermana de 35 y hermano de 37 años de edad, afirma que sus conductas e identificación comenzaron desde que tenía 4 años comenzando con una vida de experiencias buenas y malas.

3.2 Diseño del instrumento de recolección de datos

3.2.1 Entrevista

El escritor Cabrera y Espin citado por (Sarria, s.f) definió, la entrevista como una " Comunicación cara a cara, entre dos o más personas, que se lleva a cabo en un espacio temporal concreto y entre las que se da una determinada intervención y no verbal con unos objetivos previamente establecidos", es decir que antes de realizar una entrevista se debe de tener claro por qué cómo y cuándo se va a realizar la

entrevista para de esta manera tener objetivos previamente establecidos antes de llevarla a cabo.

Dicho lo anterior se consideró la entrevista estructurada para esta recopilación citando a (Bertomeu, s.f) quien expuso que la información requerida y en base a ello se establece un guion de entrevista fijo y secuencial, con el fin de que el entrevistador siga un orden marcado y las preguntas estén pensadas para ser contestadas brevemente.

Finalmente se decidió realizar el método de entrevista estructurada ya mencionado su objetivo que es basada por una serie de preguntas determinadas que llevaron al sujeto a responder sobre el tema ya planteado y con puntos a esclarecer sobre la disforia de género y la influencia en su autoconcepto, por consiguiente se establecieron 17 preguntas que distinguieran los malestares que determina el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5, 7 preguntas específicas para entender las áreas más importantes de su vida que definan el autoconcepto, por último se concluyó con una pregunta abierta dirigido para su opinión libre sobre la entrevista y el tema.

3.3 Etapas del piloteo y jueceo de instrumentos, recolección y procesamiento de datos.

3.3.1 Etapa 1. Validación de instrumentos

(G., 1997) mencionó, diversas formas como la investigación cualitativa asegurando la validez y la confiabilidad de los hallazgos, algunas de ellas se relacionan con el investigador, otras con la recolección de los datos, y otras más con el análisis de información.

Con base a lo anterior y debido a las necesidades de la investigación sobre el estudio de **“La disforia de género y su repercusión en el autoconcepto: un estudio de caso en Cuernavaca, Morelos**, se elaboró una entrevista objetiva que consta de 25 reactivos en total que pretenden describir el autoconcepto de una persona y la influencia con la disforia de género.

Para validar dicho instrumentó se llevaron a cabo dos fases importantes que son el pilotaje y el jueceo, las cuales se describen a continuación.

3.3.2 Etapa 2. Piloteo

El pilotaje del instrumento de recolección de datos e interpretación de la información del objeto de estudio.

El presente guion de entrevista formó parte del trabajo titulado **“La disforia de género y su repercusión en el autoconcepto: un estudio de caso en Cuernavaca, Morelos** “aplicación para obtener la licenciatura en psicología.

Guion de entrevista.

A su libre juicio verifique si las siguientes preguntas son adecuadas, tienen coherencia, y si es necesario anexar, modificar o cancelar alguna, favor de anexar notas y comentarios.

Nombre:

Edad:

Género:

Fecha:

1. ¿A qué edad notaste tu cambio como mujer? ¿Por qué?
2. ¿Crees que existe algún factor que haya influido en esta decisión? ¿Cuál y por qué?
3. ¿Qué significado tiene para ti el haber tomado esta decisión?
4. ¿Qué experiencias buenas y malas has tenido durante esta transición?
5. ¿Cómo te sientes actualmente con esta decisión? ¿Por qué?
6. ¿Tienes flexibilidad para adoptar indistintamente el género masculino y femenino?
¿Por qué?

7. ¿Aceptas tu sexo e identidad biológica? ¿Por qué?
8. ¿Cómo te hace sentir el adoptar vestimenta y actitud del sexo opuesto? ¿Por qué?
9. ¿Qué simboliza para ti la ropa femenina?
10. ¿Cómo sientes tú la decisión de otras personas cuando aceptan identificarse con esta alternativa de vida?
11. ¿Te sientes identificado con el otro género? ¿Si, no por qué?
12. ¿Tienes alguna ropa femenina en especial con la que te sientas más cómodo? ¿Por qué?
13. ¿Has pensado en alguna operación corporal? ¿Cuál y por qué?
14. ¿Tienes alguna inconformidad con tu cuerpo? ¿Por qué?
15. ¿Consideras tener un bienestar físico y mental? ¿Por qué?
16. ¿A qué edad tuviste el primer acercamiento o relación con el sexo opuesto?
17. ¿Crees que debiste nacer siendo del otro género? ¿Por qué?
18. ¿Cómo es tu relación con las mujeres y los hombres? ¿Por qué?
19. ¿Has sufrido alguna discriminación por tu forma de vestir y expresarte?
20. ¿Cómo han tomado esta decisión tu familia y amigos?
21. ¿conoces el concepto de disforia de género?
22. ¿Tienes deseo por desprenderte de tus caracteres sexuales? ¿Por qué?
23. ¿Te gusta ser tratado como el sexo del cual te identificas? ¿Por qué?
24. ¿Cómo crees que te percibe tú alrededor?

25. ¿Te sientes aceptado en tu círculo social? ¿Por qué?
26. ¿Te consideras bueno en lo que haces? ¿Por qué?
27. ¿Has sido discriminado en algún trabajo?
28. Mencióname 3 virtudes y 3 defectos
29. ¿Cómo te ves en 10 años?
30. ¿Qué te hace sentir orgulloso de ti mismo?
31. ¿Si pudieras que es lo que cambiarías sobre dicha situación?
32. ¿Qué áreas de tu vida te gustaría mejorar?
33. ¿Cuál es el recuerdo de tu infancia que tienes más vivo relacionado con tu identificación?
34. ¿Qué parte del tema conversado consideras que debería ser más tomado en cuenta en la sociedad?
35. ¿Qué te gustaría decir sobre la transexualidad y lo platicado?

Agradecemos el apoyo y colaboración a las personas que nos proporcionaron la información necesaria y verídica para llevar a cabo el presente proyecto que su valiosa información.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación en las siguientes tablas:

Sujeto # 1	Emiliano
Reflexión	
-En la pregunta 32 ¿a qué áreas de su vida te refieres?	

Sujeto # 2	Dazaev
Reflexión	
<ul style="list-style-type: none"> - En la pregunta 1 ¿no crees que ya estas confirmando su identidad? - Quedaría mejor ¿A qué edad notaste un cambio en ti? 	

Sujeto # 3	Jessica
Reflexión	
<ul style="list-style-type: none"> - En la pregunta 19 y 31 ¿Qué calificas con estas preguntas? 	

Sujeto # 4	Gustavo
Reflexión	
<p>Cambia la pregunta 1 es muy "directo"</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pregunta 32 especifica tu interés a investigar - En la pregunta 28 que te mencione más virtudes y defectos - Dirige las preguntas al género del cual se identifica 	

Sujeto # 5	José
Reflexión	
<ul style="list-style-type: none"> -En la pregunta 1 cambia la estructura de la pregunta -En la 2 abre la cuestión con un verbo 	

3.3.3 Etapa 3. Juceo

Con la finalidad de conocer la confiabilidad del instrumento de investigación, la cual está orientada hacia el nivel de concordancia interpretativa entre diferentes observadores, evaluadores o jueces del mismo fenómeno; se realiza un jueceo por medio de un grupo de discusión o grupos de enfoque, ya que son útiles en la construcción de preguntas para una entrevista, debido a que se puede identificar qué tipo de preguntas son adecuadas, tienen coherencia, cohesión.

Es por ello que es una prueba apropiada en las etapas del diseño del estudio.

Nombre:

Edad:

Género:

Fecha:

1. ¿A qué edad notaste tu cambio como mujer? ¿Por qué?
2. ¿Crees que existe algún factor que haya influido en esta decisión? ¿Cuál y por qué?
3. ¿Qué significado tiene para ti el haber tomado esta decisión?
4. ¿Qué experiencias buenas y malas has tenido durante esta transición?

5. ¿Cómo te sientes actualmente con esta decisión? ¿Por qué?
6. ¿Tienes flexibilidad para adoptar indistintamente el género masculino y femenino?
¿Por qué?
7. ¿Aceptas tu sexo e identidad biológica? ¿Por qué?
8. ¿Cómo te hace sentir el adoptar vestimenta y actitud del sexo opuesto? ¿Por qué?
9. ¿Qué simboliza para ti la ropa femenina?
10. ¿Cómo sientes tú la decisión de otras personas cuando aceptan identificarse con esta alternativa de vida?
11. ¿Te sientes identificado con el otro género? ¿si, no por qué?
12. ¿Tienes alguna ropa femenina en especial con la que te sientas más cómodo?
¿Por qué?
13. ¿Has pensado en alguna operación corporal? ¿Cuál y por qué?
14. ¿Tienes alguna inconformidad con tu cuerpo? ¿Por qué?
15. ¿Consideras tener un bienestar físico y mental? ¿Por qué?
16. ¿A qué edad tuviste el primer acercamiento o relación con el sexo opuesto?
17. ¿Crees que debiste nacer siendo del otro género? ¿Por qué?
18. ¿Cómo es tu relación con las mujeres y los hombres? ¿Por qué?
19. ¿Has sufrido alguna discriminación por tu forma de vestir y expresarte?
20. ¿Cómo han tomado esta decisión tu familia y amigos?
21. ¿conoces el concepto de disforia de género?

22. ¿Tienes deseo por desprenderte de tus caracteres sexuales? ¿Por qué?
23. ¿Te gusta ser tratado como el sexo del cual te identificas? ¿Por qué?
24. ¿Cómo crees que te percibe tú alrededor?
25. ¿Te sientes aceptado en tu círculo social? ¿Por qué?
26. ¿Te consideras bueno en lo que haces? ¿Por qué?
27. ¿Has sido discriminado en algún trabajo?
28. Mencíname 3 virtudes y 3 defectos
29. ¿Cómo te ves en 10 años?
30. ¿Qué te hace sentir orgulloso de ti mismo?
31. ¿Si pudieras que es lo que cambiarías sobre dicha situación?
32. ¿Qué áreas de tu vida te gustaría mejorar?
33. ¿Cuál es el recuerdo de tu infancia que tienes más vivo relacionado con tu identificación?
34. ¿Qué parte del tema conversado consideras que debería ser más tomado en cuenta en la sociedad?
35. ¿Qué te gustaría decir sobre la transexualidad y lo platicado?

Agradecemos el apoyo y colaboración a las personas que nos proporcionan la información necesaria y verídica para llevar a cabo el presente proyecto que su integración es valiosa información.

Nombre:	-Javier Ponce
Formación profesional:	-Maestro en educación
Lugar laboral:	
-UNILA	
Reflexión crítica:	
<p>-Poner acentos</p> <p>-En la pregunta 20 “ Esta pregunta sale del grupo de preguntas que vienes manejando, parece como si te regresarás o te adelantaras a la conclusión de tu entrevista”</p> <p>-La pregunta 33 “Se más específica al mencionar que es en él “</p> <p>-Debes cerrar con algún tipo de cuestionamiento libre en el cual él pueda expresar algo extra a tu entrevista.</p>	

Nombre:	-Jonathan Ferrer
Formación profesional:	-Maestro en neuropsicología
Lugar laboral:	
<p>-UNILA</p> <p>-UAEM</p> <p>-Consulta particular</p> <p>-Estudiando maestría</p>	
Reflexión crítica	
<p>-Pon en orden tus preguntas</p> <p>-Instrucciones</p> <p>-Agrega preguntas sobre la sintomatología</p>	

Nombre:	-Amador Ocampo
Formación profesional:	-Lic. En Psicología -Maestría en Neuropsicología
Lugar laboral:	
-UNILA	
Reflexión crítica	
<p>-Pregunta 1 ¿A qué edad te identificaste como mujer?</p> <p>-Pregunta 2 Quitar “crees y decisión” por “consideras e identidad”</p> <p>-Pregunta 3 ¿Qué significado tiene para ti la reasignación de género?</p> <p>-Pregunta 4 quita “buenas y malas” ella te dará la explicación de las 2</p> <p>- Elimina la pregunta 6, 17, 22 y 35</p> <p>-Pregunta 9, Cambia “simboliza” por significado</p> <p>-Pregunta 10, Cambia la estructura por ¿Qué opinión tienes sobre las personas que se identifican con el otro género?</p> <p>-Pregunta 11, Cambia la pregunta por ¿Qué te identifica como mujer?</p> <p>-Pregunta 18, en vez de ¿Por qué? Que te “explique”</p> <p>-Pregunta 19, agrega en la pregunta “ ¿Cómo cuáles?”</p> <p>-Pregunta 20, agrega “Describe”</p> <p>-Dirígete en las preguntas de acuerdo a su identificación.</p> <p>-Pregunta 33, Cambia la pregunta por: ¿Qué parte del tema sobre la se asignación de sexo consideras que debería ser más tomado en cuenta en la sociedad?</p>	

Nombre:	-Rosa Báez
Formación profesional:	-Lic. En Psicología
Lugar laboral	
-UNILA	
Reflexión crítica	
<p>-Pregunta 10, cambia la estructura de la pregunta por " ¿Qué opinas sobre la decisión tomada (elegida) o decisión realizada'?</p> <p>-Pregunta 11, cambia la pregunta por ¿Consideras que te identificas con el otro género?</p> <p>-Pregunta 13, quita "pensado" por considerado</p> <p>-En una pregunta libre pudiera ser, Si tuvieras que presentarte con alguien, ¿Qué dirías de ti? Evaluaría el autoconcepto</p>	

3.3.4 Etapa 4: Justificación del pilotaje y jueceo del instrumento de recolección de datos e interpretación de la interpretación de la información del objeto de estudio.

El instrumento quedo justificado para su aplicación de acuerdo a los comentarios como sigue:

El presente guion de entrevista forma parte del trabajo titulado "la disforia de género y su repercusión en el autoconcepto: un estudio de caso en Cuernavaca, Morelos" aplicación para obtener la licenciatura en psicología.

Nombre:

Edad:

Género:

Ocupación:

Fecha:

A continuación, se te realizara una serie de preguntas por favor contesta lo más honesto y claro, en caso de que alguna no puedas contestar la omitimos, pero trata de responder a todas.

1. ¿A qué edad te identificaste como mujer? ¿Por qué?
2. ¿Consideras que existió algún factor que haya influido en esta identidad? ¿Cuál y por qué?
3. ¿Qué significado tiene para ti la reasignación de género?
4. ¿Cuál es el recuerdo de tu infancia que tienes más vivo relacionado con tu identificación?
5. ¿Cómo te sientes actualmente con esta decisión?
6. ¿Aceptas tu sexo e identidad biológica? ¿Por qué?
7. ¿Cómo te hace sentir el proceso del sexo opuesto?
8. ¿Qué significado tiene la ropa femenina?
9. ¿Qué te identifica como mujer? ¿Si, no por qué?
10. ¿Has pensado en alguna operación corporal? ¿Cuál y por qué?
11. ¿Tienes alguna inconformidad con tu cuerpo? ¿Por qué?
12. ¿Tienes deseo por desprenderte de tus caracteres sexuales? ¿Por qué?
13. ¿Te has sentido triste o solitario por esta situación de cambio?
14. ¿Cómo han tomado esta decisión tu familia y amigos? Describe
15. ¿Te gusta ser tratado como el sexo del cual te identificas? ¿Por qué?
16. ¿Conoces el concepto de disforia de género?
17. ¿Qué experiencias has tenido durante esta transición?
18. ¿Cómo crees que te percibe tú alrededor?
19. ¿Te sientes aceptado en tu círculo social? ¿Por qué?
20. ¿Te consideras bueno en lo que haces? ¿Por qué?
21. Mencíname 10 virtudes y 10 defectos.
22. ¿Cómo te ves en 10 años?
23. ¿Qué te hace sentir orgullosa de ti?
24. ¿Qué áreas de tu vida personal te gustaría mejorar?

25. ¿Qué parte del tema sobre la reasignación del sexo consideras que debería ser más tomado en cuenta en la sociedad?

Agradecemos el tiempo proporcionado para la realización de esta entrevista.

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis de datos e interpretación de la información del objeto de estudio

4.1.2 Entrevista dirigida a su historia de vida:

Mi nombre es Fernando Sariyan flores con proceso de cambio de Tanya Sariyan Flores tengo 29 años, actualmente trabajo en un “tipo bar” de 11 am a 11 pm soy soltera, vivo con mis padres, tengo 2 hermanos una mujer de 35 años y otro hombre de 37, bueno la historia sobre mi transexualidad comenzó desde que yo tenía 4 años era muy pequeña me gustaban mucho las barbies, jugar a la comidita, vestirme de quinceañera y maquillarme con los labiales de mi mamá aunque se enojara, recuerdo cuando entre a la primaria me juntaba con dos niñas una de ellas siempre la peinaba “no se” pero me trataban “como lo que soy” igual mis hermanos nunca tuve agresiones de parte de ellos al contrario mi hermano me defendía siempre que era agredida en la escuela hasta una vez supo que anduve con su amigo le dijo a mis padres yo no sabía el porque me gustaban los niños me acuerdo perfectamente bien que mi padre me dijo que no estaba bien que ocultara el cómo me sentía, yo no sabía que me sucedía solo en ocasiones me sentía como “desesperada” de no verme como las demás niñas quería tener el cabello largo y peinarme ponerme listones, otra de las cosas que recuerdo fue cuando la directora mando a llamar a mis padres no sabía porque razón hasta que mi hermana me dijo y fue porque me gustaba que me llamaran “Tanya” nunca me dijeron nada, al contrario siempre me respetaron como hasta ahora, igual mis hermanos se preocupan por mí y están al pendiente de cada vez que me opero, me preguntabas como me he sentido de hace unos 5 años para acá, me siento cada vez mejor y más bonita aunque me ha costado la vida mi primer operación fue a los 18 años y fueron los pechos que por cierto se me complico por no saber si era apta meses después me sentía “horrible” de tener pechos solamente, y comencé a generar y

ahorrar dinero para la cirugía de bichectomía, rinoplastia cada vez siento que estoy más cerca de lo que soy, solo me faltan dos cirugías las más caras por cierto de los genitales y la lipo... me desespera el no poder hacer mi cambio rápidamente porque ponía en peligro mi salud física porque de la cabeza me estoy volviendo "loca".

Y bueno en mi vida personal no tengo mucho que contar mi primer noviazgo yo creo tenía como 7 años más o menos y fue con el amigo de mi hermano yo lo tome como novio porque nos besábamos atrás de los salones (risa) y creo que desde ese solo fueron aventuras porque no recuerdo haber estado estable con alguien "mmmm" en mi vida solo he querido a una sola persona pero no puede estar conmigo fue el que presente en mi casa y hasta ahí soy de las que "no le parece algo y los manda a la chin.." como te lo había dicho esta identidad es soledad muchos solo quieren "cog.." con uno por tener un bonito cuerpo me han lastimado emocionalmente y si solamente he querido una persona y no creo que haya más... esta vida no me ha sido fácil lo único que me ha mantenido estar aquí es el apoyo de mi familia porque si no fuera por ellos ya estuviera como otras que he conocido que han llegado al suicidio aunque muchas veces pase por eso, por las malas circunstancias.

4.1.3 Análisis de investigación de la historia de vida:

Por lo tanto, se elaboró un análisis sobre su relato de vida más significativa que dio a conocer sobre su transición en este proceso comenzando en el cambio de nombre, vida laboral, familia, inicio de transexualidad, relaciones interpersonales, cirugías. Relativamente como se ha investigado la disforia de género en el caso del sujeto se originó desde una edad temprana de edad de 4 años mencionando que tenía preferencias de vestirse con ropa femenina resistiéndose a la ropa de su sexo asignado, así como sus preferencias por los juegos y juguetes, también una marcada búsqueda de socializar con compañeros de su sexo opuesto y el ser tratado como niña.

Posteriormente inicio su malestar de incongruencia con el cuerpo que percibía con su sexo natal, que decidió por desprenderse de sus caracteres sexuales primarios y secundarios a una edad de 18 años poniendo el peligro su integridad física. Más tarde refirió inquietud o deterioro en lo interpersonal como fracaso en una de sus relaciones

amorosos llevando a generalizar a su contexto de igual forma, poniendo en prioridad el apoyo de su familia.

En resumen el auto concepto influenciado y significativamente notable es en el área interpersonal donde ha descrito una percepción de imagen y pensamientos que enlazan negativamente sentimientos y actitudes hacia las personas que se acercan a él , construyendo una voz interna influenciada por los juicios de valor experimentados de su vida social, de la misma manera afectando su autoconcepto emocional que ciertamente es dañado por la insatisfacción de bienestar , sentimientos y una desconfianza en las personas.

Disforia de género

Pregunta 1. ¿A qué edad te identificaste como mujer? ¿Por qué?

Respuesta:

Si no me falla la memoria yo creo a los 4 años, porque siempre tuve la preferencia “ no tanto por los hombres ” si no como las cosas de mujer, me gustaba mucho la ropa femenina, los juguetes de niña, siempre fue así de que jugábamos con mis hermanos y yo era la quinceañera y mis hermanos chambelanes.

Análisis:

De acuerdo a los criterios del Dsm 5 podemos especificar alguna conducta dadas en la infancia que sería el punto número 2. Que describe una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino.

Pregunta 2. ¿Consideras que existió algún factor que haya influido en esta identidad? ¿Cuál y por qué?

Respuesta:

La verdad no lo creo, yo creo que ya lo traía era algo de nacimiento, no es tanto que te influya algo si no es lo que tu sientes, es como tú te ves en el espejo.

Análisis:

Con lo referido para (Humberto Murillo 2015) la gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas, siendo condiciones complejas y asociadas a un intenso malestar.

Pregunta 3. ¿Qué significado tiene para ti la reasignación de género?

Respuesta:

Es algo importante porque es una identidad, tú no puedes estar en un cuerpo o en una apariencia que no te gusta y a mi realmente mi apariencia masculina no me gustaba nada y si puedes modificarla a base de cirugías y hormonas que te hará feliz, yo creo que en esta vida todo lo que te haga feliz se vale.

Análisis:

Es muy importante el significado que le da a estas personas que están en proceso o que ya han adoptado un cambio en su identidad como él lo ha relatado ya que nos proyecta si existe alguna disconformidad biológica que ocasione conductas de sometimiento de cirugías y hormonas.

Pregunta 4. ¿Cuál es el recuerdo de tu infancia que tienes más vivo relacionado con tu identificación?

Respuesta:

Me vestía de quinceañera y bailaba “el vals” me daba risa que siempre mi hermana pedía juguetes para mí, porque siempre le decía “tienes que pedir estas barbies para mí”, yo la obligaba a que me pidiera las barbies y pues luego el momento que ya sabía lo que me gustaba, mis padres me traían carritos pero pues yo ni los jugaba se los regalaba a mi hermano.

Análisis:

De acuerdo a su respuesta podemos analizar otra conducta de acuerdo al criterio 4 en la disforia de género en la infancia manifestó preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.

Asimismo al criterio 6 en los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos.

Pregunta 5. ¿Cómo te sientes actualmente con esta decisión?

Respuesta:

No es decisión porque ya me sentía así y pues me siento bien como todos a veces te acostumbras, no estamos en una sociedad " bastante open", "bastante abierta" como en otras ciudades o países del mundo, pero creo México ya va un poquito más adelantado.

Análisis:

El punto a identificar es si el sujeto tiene alguna preocupación, inconformidad en algún aspecto personal, familiar o social, cabe destacar que hay un poco de deterioro social ya que manifiesta prejuicioso la sociedad.

Pregunta 6. ¿Aceptas tu sexo e identidad biológica? ¿Por qué?

Respuesta

No la acepto, y realmente si tú me preguntaras si me haría una reasignación en cuanto a mis partes genitales que en eso estoy sin embargo si tuviera las posibilidades económicas ya lo hubiera hecho.

Análisis:

De acuerdo al DSM 5 en uno de los criterios es que en estas personas no aceptan su identidad biológica por lo que les genera malestar psicológica asimismo en las novedades de este aspecto, planteo (Mas, 2017) que ya no es necesario mostrar el deseo de operarse los genitales para obtener el diagnóstico, si no al menos 6 meses con esta identidad.

Pregunta 7. ¿Cómo te hace sentir el proceso del sexo opuesto?

Respuesta:

Pues te digo es poquito difícil por la sociedad, pero cuando tienes lo más importante de una persona transexual que es el apoyo de los familiares, y están bien contigo realmente la opinión pública pasa a segundo término.

Análisis:

Percibe nuevamente la sociedad prejuiciosa, para estas situaciones es muy importante el apoyo el consentimiento de sus familiares, y un acompañamiento psicológico para confrontar todas esas circunstancias de su entorno y las ideas irracionales, comportamientos desadaptativos.

Pregunta 8. ¿Qué significado tiene la ropa femenina?

Respuesta:

Ay!!! Me encanta siempre me ha gustado desde que tengo 4 años o uso de razón, actualmente gasto mucho en vestidos, maquillaje y accesorios, me gusta verme bien, lógicamente no me atrevo a usar todo tipo de ropa.

Análisis:

Existió alguna tendencia de travestismo de acuerdo al criterio 2 Del Dsm 5 en niños lo cual efectivamente podemos simular el atuendo femenino.

Pregunta 9. ¿Qué te identifica como mujer? ¿Si, no por qué?

Respuesta:

Todo porque lo soy, somos muy coquetas.

Análisis:

Manifiesta el criterio A según disforia de género en adolescentes y adultos, que describe una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, que en este caso ha sido más del periodo considerable.

Pregunta 10. ¿Has pensado en alguna operación corporal? ¿Cuál y por qué?

Respuesta:

Tengo dos cirugías en las bubis, y ahorita voy a afilarme el rostro, hacerme la bichectomia, y la de los genitales en poco tiempo.

Análisis:

En algunas personas con este padecimiento buscan cirugías de sus partes genitales este caso lo desea realmente, pero por falta de economía no lo ha realizado, cabe mencionar que al practicar con este procedimiento no garantiza la desaparición del malestar junto con la Disforia de Género, en lo manifestado podemos observar que hay ansiedad para cambiar dicho sexo y destacar una apariencia femenina.

Pregunta 11. ¿Tienes alguna inconformidad con tu cuerpo? ¿Por qué?

Respuesta:

Si, a veces suelo subir mucho de peso, muy rápido y eso me causa depresiones, me causa inconformidad, molestias en mi persona.

Análisis:

La pregunta es dirigida para detectar algún deseo de operación de alguna parte de su cuerpo, lo que respondió y enfatizo fue un autoconcepto físico y disconformidad con el mismo.

Pregunta 12. ¿Tienes deseo por desprenderte de tus caracteres sexuales? ¿Por qué?

Respuesta:

Si, desde que tengo uso de razón, pero no es nada barato y requiere de bastantes cuidados.

Análisis:

El criterio 2 que nos remarca la DG en adultos en el DSM 5 indica que estas personas tienden a sentir fuertes deseos por desprender de sus órganos sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa, lo que ha afirmado el sujeto.

Una de las novedades que hay actualmente es no necesariamente se deba someterse a cirugías de sus órganos sexuales para calificarlo como DG.

Pregunta 13. ¿Te has sentido triste o solitario por esta situación de cambio?

Respuesta:

No me siento triste por ser "transexual", sino porque pues a veces el hecho de ser una persona trans es una vida muy solitaria, realmente encontrar a una pareja que este contigo es muy difícil.

Análisis:

Tomando en cuenta el criterio B del DSM 5 en adultos el problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Pregunta 14. ¿Cómo han tomado esta decisión tu familia y amigos? Describe

Respuesta:

Bastante bien, mi familia siempre me ha apoyado al 100 y hablo de mi familia en general, siempre me han respetado; yo creo que cada quien es feliz o llega a ser feliz porque la familia es la que te da la seguridad de salir a la calle porque te sientes bien y llena.

Análisis:

Considerablemente una de las principales fuentes de apoyo para dicho proceso es la familia nuclear, amigos y un buen concepto de sí mismo siendo uno de los factores como aprendizaje social.

Pregunta 15. ¿Te gusta ser tratado como el sexo del cual te identificas? ¿Por qué?

Respuesta:

Claro, a mí me molesta que me traten o me quieran hacer sentir mal hablándome como hombre, si me gaste más de \$50, 000 pesos en “chichis” o sea hay que ser respetuosos y yo creo lo que ves es como debes de tratar a la persona.

Análisis:

El criterio 5 del DSM 5 en adultos califica el deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna), por lo que refiere y demanda ser tratado como se identifica.

Pregunta 16. ¿Conoces el concepto de disforia de género?

Respuesta:

Lo he escuchado, pero la verdad no recuerdo.

Análisis:

La pregunta apunta al conocimiento que tiene sobre el tema, ya que en ocasiones por falta de información no suelen desenvolverse como debería o estar actualizados de los cambios de su padecimiento, o buscar ayuda profesional de salud mental.

En este caso hay muy poca información sobre su padecimiento.

Pregunta 17. ¿Qué experiencias has tenido durante esta transición?

Respuesta:

Pues han sido experiencias duras pero también experiencias muy satisfactorias, al principio era un poco difícil porque realmente no sabía lo que iba a pasar con mi

familia, afortunadamente soy una persona que siempre ha contado con el apoyo de mis padres y desde un principio yo nunca tuve que decirles que tenía diferentes gustos en cuanto a mi sexualidad y género, simple y sencillamente se fue dando, ellos se fueron dando cuenta, hasta hoy en día jamás me han dicho “oye qué onda con tu vida” ellos han visto mi cambio cuando yo decidí operarme por primera vez los senos lo único que hice fue decirles “saben que me voy a poner esto” me apoyan o no me apoyan , no pues que sí y siempre han estado conmigo, siempre en todos los aspectos.

Análisis:

Se conoce las vivencias significativas relacionadas con la identidad que desempeño desde corta edad, repite nuevamente el apoyo de su familia nuclear, así como las decisiones sobre su primer cambio como el otro sexo, las experiencias duras las omite.

Autoconcepto

Pregunta 18. ¿Cómo crees que te percibe tú alrededor?

Respuesta:

Pues es que hay de todo, en la vida hay de todo, tanto como hay gente que te quiere mucho y que te respeta, también hay gente que ha puesto su barrera que ha dicho “respeto mucho tu género, y otros que te dicen “no me lates como amigo” y también es muy respetable.

Análisis:

(García 2013), menciona que cada experiencia específica podría formar un autoconcepto social que influya alguna consecuencia de las relaciones que vivió y pudiera ir formando de manera positiva o negativa por lo que refiere que no ha tenido experiencias muy favorables en sus relaciones interpersonales.

Pregunta 19. ¿Te sientes aceptado en tu círculo social? ¿Por qué?

Respuesta:

Sí, bastante porque mi familia y amigos siempre han estado conmigo, las demás personas me dan igual.

Análisis:

El desarrollo del autoconcepto es formado por las primeras vivencias como ser humano participando la familia principal y el entorno más cercano, en lo que el sujeto menciona que no tiene una mala perspectiva en estas áreas de su vida y de lo que ha formado como parte de su autoconcepto.

Pregunta 20. ¿Te consideras bueno en lo que haces? ¿Por qué?

Respuesta:

Si, la verdad he desempeñado muchos trabajos y me considero buena persona, considero que tengo buena atención hacia los demás pues mi trabajo se trata de estar atendiendo, de estar interactuando con las personas que van a tomar una cerveza.

Análisis:

(Sánchez, 2009), menciono que el autoconcepto tiene dos dimensiones o componentes: el elemento cognitivo (que se refiere a los pensamientos) y el evaluativo (que se refiere a los sentimientos).

De esta manera podemos analizar el cómo percibe sus habilidades y valores de sí mismo, lo que relata con una actitud positiva la comunicación con la gente y buena en su trabajo.

Pregunta 21. Mencióname 10 virtudes y 10 defectos.

Respuesta:

Mis virtudes es ser: trabajadora, responsable, buena amiga y defectos tengo muchísimos, impuntual, soy chismosa, carácter pésimo, y tengo un gran defecto es que como amiga puedo ser la más buena onda, pero como pareja puedo ser un

hígado por odiosa, celosa, posesiva, controladora, bastante perfeccionista me gusta que las cosas salgan como yo quiero en todos los aspectos.

Análisis:

Consiste en analizar el concepto que tiene de sí mismo pretendiendo conocer cómo percibe sus virtudes y defectos lo cual destaca una acumulación de vivencias sentimentales como negativas.

Pregunta 22. ¿Cómo te ves en 10 años?

Respuesta:

“Metiéndome mucho cuchillo” (risa) yo creo que más guapa, yo creo que día a día vas madurando más y cosa que no hacía hace 10 años, ahora las hago comienzo a comprar muchas cremas, me empiezo a cuidar un poco más, trato de ver a futuro para no verme tan mal, pero como todo, si están en las posibilidades hacerte un arreglito estético para mi mejor, ya para ese entonces me veo distinta.

Análisis:

P. Saura (1996, en Gil 1997), cito la construcción del autoconcepto mediante ideas e imágenes como el sujeto cree que debería de ser o verse en un futuro refiriendo cambios en su aspecto estético reflejando inconformidad de ello.

Pregunta 23. ¿Qué te hace sentir orgullosa de ti?

Respuesta:

Todo, yo creo que todo, yo creo que soy una persona que es feliz, como todos a veces te sientes sola, hay uno que otro fracaso, a veces no tienes lo que quieres, pero creo en lo que cabe mi vida está bien soy una persona que me mantengo sola, vivo sola, tengo casa de mis padres, en el trabajo me va bien, en mi vida personal también tengo bastantes amigos.

Análisis:

En el autoconcepto emocional se explica los sentimientos de bienestar y satisfacción, al equilibrio emocional, a la aceptación de sí mismo y a la seguridad y

confianza en sus posibilidades, por lo que el sujeto expuso sentimientos de insatisfacción en lo que ha logrado.

Pregunta 24. ¿Qué áreas de tu vida personal te gustaría mejorar?

Respuesta:

Me gustaría cambiar mi forma de ser, soy bastante "ojete" muy poca gente lo tolera y por ese mismo punto he terminado con relaciones que he querido mucho que me han provocado muchas depresiones por mi actitud, si pudiera cambiar mi actitud hacia las personas que quiero estaría mucho mejor.

Análisis:

Destacó un autoconcepto emocional negativo y con insatisfacciones en sus proyectos.

Pregunta abierta

Pregunta 25. ¿Qué parte del tema sobre la reasignación del sexo consideras que debería ser más tomado en cuenta en la sociedad?

Respuesta:

Pues a veces debería ser más tomado en cuenta yo creo que como dicen en la televisión "amor es amor" eso la gente debe tenerlo siempre en cuenta y si no estás a gusto con tu apariencia puedes modificarla sin que nadie te diga nada, y así debería de ser pero la gente a veces es muy cruel con sus opiniones, sus críticas y a veces hay gente que no las aguanta o que no sabe lidiar con esos problemas sociales y caen en el suicidio o drogadicción, y esto lo hacen porque no saben sobrellevar a la sociedad, mientras tú le ayudes a entender a la sociedad que deben de aceptarnos la gente va a cambiar es como cultivarlos.

Análisis:

En este punto conocemos la opinión de una persona que en la sociedad ha sido víctima de disgustos, por lo que pide más información sobre este tema, mas

armonía, ya que manifiesta que por los prejuicios o falta de interés suelen terminar con su vida, o dañarse.

4.2 Hallazgos de la investigación:

De acuerdo a la investigación contestaremos a las preguntas secundarias:

1. ¿Qué es la disforia de género?

La disforia de género hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto el género asignado, debemos aclarar que no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia, algunos accederán a las intervenciones físicas mediante hormonas y/o cirugía deseadas por el sujeto.

2. ¿Quiénes podrían padecer disforia de género?

No solo personas transexuales podrían padecer Disforia de género si no personas transgénero, disconformes con su género un sujeto cumpliría el criterio de DG con un mínimo de características de 2 a 6 criterios y un mínimo de la identidad identificada de 6 meses, ya no necesariamente tiene que cumplir el criterio del deseo de desprender los genitales.

3. ¿Qué sintomatología habría que darse para diagnosticar la disforia de género?

Los sujetos que han desarrollado disforia de género padecieron una incongruencia marcada entre el sexo que les ha sido asignado normalmente en el nacimiento, lo que se refiere como sexo natal y el sexo que sienten o expresan, esta discrepancia y el deterioro social, laboral y otras áreas de su vida son los componentes centrales de diagnóstico, debido a la incongruencia el sexo que se experimenta puede incluir identidades alternativas de sexo más allá de los estereotipos binarios, en consecuencia el malestar no se limita a un deseo de ser simplemente del oro, sino que puede incluir el deseo de ser de un sexo alternativo, siempre y cuando difiera del sexo que le ha sido asignado.

La disforia de género se manifiesta de modo diferente en los diferentes grupos de edad.

Las chicas prepuberales con disforia de género pueden expresar el deseo de ser un chico afirmar que son un chico o afirmar que cuando crezcan serán un hombre, prefieren las ropas y el estilo de pelo de los chicos son percibidas por los desconocidos como chicos y puede que pidan ser llamadas por el nombre de un chico, normalmente manifiestan intensas reacciones negativas hacia los intentos parentales de hacerles llevar vestidos o atuendos femeninos, algunas pueden rehusar ir a la escuela o a actos sociales donde se requieran tales vestimentas, estas chicas pueden mostrar una marcada identificación con el otro sexo en juegos de rol, sueños y fantasías, prefieren a menudo los deportes de contacto, los juegos de pelea, los juegos masculinos tradicionales y jugar con compañeros masculinos.

Muestran poco interés en los juegos por ejemplo muñecas y las actividades de disfraces femenino o juegos de rol que se basan en los estereotipos femeninos, ocasionalmente se niegan a orinar en posición sedente, algunas chicas nacidas mujeres pueden manifestar del deseo de tener pene o aseguran que tienen pene o que cuando crezcan lo tendrán, también pueden afirmar que no quieren desarrollar el pecho ni menstruar.

Los chicos prepuberales con disforia de género pueden expresar el deseo de ser chica, afirmar que son una chica o afirmar que cuando crezcan serán mujer, su preferencia es vestir con ropas de chicas o de mujeres y pueden improvisar vestidos con los materiales a mano por ejemplo usando toallas, delantales, pañuelos para el pelo o faldas, estos chicos juegan a hacer el papel de figuras femeninas por ejemplo juegan a las "madres" y se interesan a menudo intensamente por las fantasías femeninas, prefieren a menudo actividades, juegos y pasatiempos que son estereotipos tradicionales femeninos por ejemplo a jugar a las "casitas" hacer dibujos femeninos y ver los programas de televisión los videos de los personajes que prefieren las chicas, las muñecas que son estereotipos femeninos por ejemplo las "barbies" son a menudo los juegos favoritos y las chicas son sus compañeras de juego preferidas, evitan los juegos de peleas y los deportes competitivos y tienen un poco interés en los

juguetes que son estereotipos masculinos por ejemplo "coches, camiones. Algunos pueden fingir que no tienen pene e insisten en sentarse para orinar, con menos frecuencia pueden afirmar que encuentran su pene a sus testículos desagradables, que quieren quitárselos o que tienen, o quieren tener una vagina.

4. ¿Qué tratamiento psicológico se ha llevado acabo con las personas con disforia de género?

Es un grupo multidisciplinario quien ha colaborado en el tratamiento de la disforia de género como la psicoterapia, la terapia hormonal del sexo opuesto y a veces la cirugía de cambio de sexo, cuando amerita el tratamiento está destinada a ayudar a los pacientes a adaptarse y no a intentar disuadirlos de su identidad. La mayoría de los transexuales que requieren tratamiento son varones de nacimiento que reclaman una identidad sexual y femenina y ven sus genitales y características sexuales masculinas, sin embargo, dado que los tratamientos han mejorado la transexualidad femenino- masculino es cada vez más frecuente en la práctica médica y psiquiátrica.

El objetivo principal de los transexuales al buscar ayuda no es obtener un tratamiento psicológico, sino hormonas y cirugía en los genitales que les den un aspecto físico próximo al de su identidad sexual, la combinación de psicoterapia, la reasignación hormonal, la experiencia de vivir al menos un año con el género de identificación y la cirugía de cambio de sexo puede curar el padecimiento. Aunque los pacientes con disforia de género ya no son obligados a tener psicoterapia antes de considerar los procedimientos de reasignación hormonal y quirúrgicos, los profesionales de la salud mental pueden hacer lo siguiente para ayudar a los pacientes a tomar decisiones, como evaluar y tratar los trastornos conmovidos por ejemplo la depresión, consumo de sustancias, a lidiar con los efectos negativos de la estigmatización como la desaprobación, la discriminación, a encontrar una expresión de genero con la que se sientan bien, y facilitar los cambios de roles de género y el proceso de declarar públicamente su identidad sexual.

5. ¿Qué es el autoconcepto?

Como ya lo hemos mencionado en el eje de análisis el autoconcepto es la imagen que hemos creado sobre nosotros mismos, no una imagen solamente visual desde luego se trata más bien de un conjunto de ideas que creemos que nos definen a nivel consciente e inconsciente, prácticamente que podrían influir a la imagen sobre nosotros mismos ya que cada idea puede albergar en su interior creando un sistema de categorías que están unos de otros, lo cual podría ser un componente de nuestra manera de relacionarnos, comunicarnos y de comportarnos.

Ya que las personas van evolucionando las autopercepciones se vuelven mucho más detalladas y organizadas ya que las personas forman una mejor idea de quiénes son y qué es importante para ellos en la vida, uno de ellos en el establecimiento del yo individual se refiere a los atributos y rasgos de personalidad que nos diferencian de los demás, también el yo relacional se define por las relaciones con otras personas significativas para uno mismo y por último el yo colectivo que refleja nuestra pertenencia a grupos sociales, siendo todo esto una combinación.

Conclusiones

Las conclusiones que se llegaron del estudio de caso fueron las siguientes:

El concepto de la disforia de género ha sido tema a debatir ya que en diversas fuentes multidisciplinarias desde su existencia únicamente ha sido un tema con diversos puntos de vista, por lo que ha sido un poco confusa por las controversias que fueron aportadas, se ha llegado a los conceptos erróneos sin destacar que es un tema de importancia ya que actualmente es necesario valorar y aportar, por lo que se debe especificar desde donde ha provenido este concepto, como se ha manifestado ya que en estas personas suele presentarse tanto en la infancia o en la adultez que deriva de un sufrimiento emocional significativo y una gran desventaja adaptativa, uno de los problemas más graves que es el aislamiento social, que repercute de manera notable en el autoconcepto ya que estas personas tienen que enfrentarse a consecuencias adversas por ser poco aceptado socialmente.

De acuerdo al fundamento de la teoría de Sigmund Freud podemos decir que la sexualidad es constante en toda la estructura de la vida de una persona por lo que pasa por diferentes etapas que conllevará procesos biológicos, psicológicos y los socioculturales que serán fundamento para el desarrollo humano. Sigmund Freud explica que los primeros años de vida son decisivos para el desarrollo de la personalidad es aquí donde la sexualidad cobra importancia y comienza a darse los conflictos a futuro.

Impartiendo de acuerdo a su teoría las personas atraviesan por distintas etapas y por ellas la etapa fálica que influirá en el modo en el que la persona haya llegado a su adultez, en esta etapa el complejo de Edipo dará una explicación sobre el análisis de caso que muestra una relevante identificación primera con la madre con una personalidad más demandante y el padre con poca autoridad desde una edad de 4 años en este paréntesis se manifiesta que en el sujeto ya tiene una identificación de rol con el sexo opuesto, asimismo comienza a buscar e intercambiar experiencias y sentimientos que lo van definiendo con comportamientos e insistencias de lo que siente y expresa como sexo femenino, así como marcadas preferencias por los juguetes, juegos y actividades.

En esta etapa el niño vive un descubrimiento en los genitales que va acompañado de una gran significación que le da seguridad de poseerlos y en el caso de la niña puede sentirse incompleta lo que manifestara el complejo de castración que provocara la presencia del falo donde comenzara el complejo de Edipo, sin embargo los roles de los padres ayudara y dependerá lo que el niño tenga como identificación ya que puede experimentar sentimientos ambivalentes hacia ellos que por miedo de ser castrado podría afirmar su identidad sexual lo cual buscara objetos de placer que vinculara con el mismo sexo.

Por otro lado en la teoría de Erikson plantea aspectos sociales que definen la identidad donde el sujeto comienza apuntarla basándose en las experiencias vividas y conflictos que se van presentando en esa etapa, lo que en este caso el sujeto determino que debía sentirse en todos los sustentos como el sexo opuesto, ya que cuando comenzó ser mayor de edad definió con comienzo de operaciones y un cambio

de género ya establecido en esta etapa lo que quiere de la vida, y una independencia con una sexualidad integrada.

Estas teorías hablan de la definición del logro de una construcción de una identidad de género, lo cual que en el sujeto no refirió conflicto por el apoyo que obtuvo de su entorno más cercano.

Sin embargo, respondiendo a la pregunta general de la investigación

¿Cómo influye la disforia de género en el autoconcepto de la persona de 29 años?

De acuerdo a lo manifestado dependió de muchos factores y más por la razón del padecimiento en la sociedad ya que es vista muy prejuiciosa. En la entrevista realizada con el sujeto de estudio mi objetivo fue el cómo se percibía desde varios aspectos como la apariencia física, capacidades, historia personal, contexto familiar, éxitos, fracasos, ambiente en donde fue criado, y en la observación cuando se realizó la entrevista manifestó que estas personas pueden depender de mucho del cómo se sientan relativamente con su cuerpo que les genere como piensan que estarían mejor como ejemplos observados que menciono como con otro tipo de pelo, con más o menos kilos encima, o con un cuerpo más femenino, del cómo se relacionan con la gente, como son aceptados en su entorno social, ambiental y familiar.

También se observó notablemente como su identidad no encaja con su cuerpo por lo que cada persona desarrolla un sentido personal de sí misma en función de sus experiencias, de su historia, de sus características y de sus percepciones, así como en función de sus interacciones y de los valores y normas que rigen su cultura, por lo que debido al concepto de la identidad, algunas veces influye la identidad personal con el autoconcepto en gran medida porque todos estos aspectos hacen referencia al sentido del sí mismo o al “yo”, lo que respecta que es de suma importancia de esta referencia en sí misma.

Por su parte, la identidad que el individuo vive refiere a aquellos aspectos o características que permiten diferenciarse de otras personas y a la vez ubicarse como parte de un grupo ante el reconocimiento de rasgos o comportamientos, lo que

constituye entonces una construcción personal que involucra el reconocimiento de la singularidad, la unicidad y la exclusividad que permiten a un individuo saberse como único, pero a su vez, es también de manera muy importante una construcción social, que una persona puede identificarse con determinado grupo y diferenciarse de otro.

Propuesta de la investigación

De acuerdo a la investigación y análisis de entrevista realizada se denoto problemáticas emocionales en el autoconcepto y manifestaciones de sintomatología de disforia de género asimismo conceptos del padecimiento no conocidos por mismo de las dificultades de tipo social y psicológico que presenta por lo que propongo diseñar una planificación sobre este tema en talleres de 5 sesiones para trabajar con temas del género, identificar la sintomatología disforia de género a una temprana edad y auto concepto.

Dejando claro que el tema a desarrollar tiene como objetivo cultivar al público en general con el tema principal esto conducirá la comprensión de la situación de las personas que lo confrontan ya que es un tema que se da aún más en la sociedad y que se debe concientizar y aún más dentro de la familia que pudiera presentar esta situación.

- El primer punto a trabajar conforme al desarrollo del tema será la identidad de género que consiste en el concepto que se tiene de uno mismo como ser sexual, sentimientos, el cómo se relaciona con nuestro cuerpo desde la experiencia personal y cómo lo llevamos al ámbito público, esto ha llevado a muchas personas a confundir lo que realmente es y significa cometiendo errores en los conceptos lo cual el objetivo es concretar cuando nos referimos a este tema.
- Definir conceptos básicos sobre la expresión de género, identidad de género, etc., con propósito ayudar a tener menos prejuicios y evitar la intolerancia.
- Destapar mitos y falsas creencias sobre la identidad de género dejando a un lado los pensamientos negativos hacia estas personas como los estereotipos "las lesbianas lo son porque necesitan un hombre "de verdad", la

homosexualidad es un vicio, se nota que una mujer es lesbiana porque se viste de marimacho, un niño no puede jugar con muñecas, los travestis son prostitutas, la transexualidad es una enfermedad,”

Asimismo, impulsaremos a evitar discriminación verbal y física por falta de información ya que existen personas que tienen actitudes negativas ocasionando que estas personas tengan dificultades de integración en la sociedad que provoca falta de empleo por los rechazos, menor nivel educativo a consecuencia del bullying, lo cual apuntara a una mayor integración social que pueda repercutir positivamente en la salud y la calidad de vida de todas las personas.

- El segundo punto a trabajar es el más importante y a causa de esto se debe tener conocimiento de los temas anteriores que se dará a exponer, por lo que se debe dejar claro el concepto de DISFORIA DE GENERO y en que conlleva todo este padecimiento tal que daremos a conocer los criterios que lo caracterizan en la edad adulta, además es importante saber cómo ha ido cambiando este concepto y en los debates que ha implicado por ser un tema demasiado estigmatizante.

Otro punto a cultivar es conocer cuáles son los síntomas principiantes en la niñez como:

- Preferencia de vestirse como el otro sexo
- Insisten en que pertenecen al otro sexo
- Desean despertarse perteneciendo al otro sexo
- Prefieren participar en juegos y actividades estereotípicos del otro sexo
- Tienen sentimientos negativos sobre sus genitales

Como se dijo arriba, el consentimiento que se debería actuar y ofrecer información de centros especialista para dicha situación, debo dejar bien claro que no por uno o dos comportamientos que se mencionan el niño padezca disforia de género.

Por ultimo incitaremos el autoconcepto como ya se mencionó en la investigación la imagen que hemos creado sobre nosotros mismos no una imagen solamente visual, desde luego; se trata más bien del conjunto de ideas que creemos que nos definen, a nivel consciente e inconsciente.

Lo que mi objetivo a aplicar en el taller es que estas personas puedan:

- Afrontar el estrés que podrían ocasionarles la sociedad y recuperarse de acontecimientos difíciles, recordando sus fortalezas y logros.
- Inducir a involucrarse más a comunidades como participar en actividades que sean significativas para uno mismo.
- El tener personas capaces de dar afecto y soporte alrededor de uno, actúa como un factor de protección en tiempos de crisis.
- Aprender a ser adaptables en cualquier situación o lugar.
- Permanecer en una actitud positiva de cualquier ocasión desagradable.
- Inducir a cuidar sus propias necesidades como el cuidarse la salud, el cuerpo realizando actividades de ejercicio, etc.
- Poner en práctica sus habilidades para preparar y confrontar cualquier tipo de situación.

Los talleres se llevarán a cabo en escuelas de educación básicas para padres e hijos que van a contar de 5 sesiones que serán impartidos.

Sesión de actividades a conocer:

Objetivo:	Para el público en general tengo como objetivo cultivar sobre el tema de orientación sexual con la posible sintomatología disforia de género y la influencia en el autoconcepto que existe en estas personas y prevenir la falta de conocimiento.	
Sesión 1	Transexuales.	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar conocimiento de identidad• Destapar mitos y falsas creencias• Dinámica de conocimiento
Sesión 2	Orientación sexual como víctima en la sociedad.	<ul style="list-style-type: none">• Evitar discriminación y fomentar la integración.• Dinámica de empatía
Sesión 3	Disforia de género y quienes lo sufren.	<ul style="list-style-type: none">• Desplegar el tema y criterios en adultos, el cambio en el concepto.
Sesión 4	La sintomatología y programas de intervención y atención	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar la detección de ciertas conductas• Promover atención de grupos de apoyo

Sesión 5

Autoconcepto.

- Reforzar el concepto de sí mismo
- Implicar el valor y amor de las personas
- Inducir la autonomía

TEMA 1

Identidad de género

Tiempo: 1 hora 30 minutos

Dirigido a: adultos y niños

Material: hojas blancas ,manzanas de chamoy y dulces

Se realizara la bienvenida como rapport se les pedirá que se presenten empezando por nombre, edad, ocupación, hobby preferido y el que esperan del taller, también se complementara con una dinámica de rompimiento de hielo que se llamara "Autorretrato" que implica en que se dibujen a sí mismas y reunir todos los retratos y colgarlos; luego jugar a que traten de adivinar



de quien es cada autorretrato, esto ayuda a que el ambiente sea menos tenso y más participativo, posteriormente comenzaremos con el taller del tema "identidad de género" la cual tendrá una duración de 1 hora al concluir se les hará breves preguntas sobre el tema como:

¿A que nos referimos cuando hablamos de personas con orientaciones sexuales diferente?

¿La expresión de género en qué consiste?

¿A qué se refiere cuando hablamos de sexo biológico?

¿Qué tipos de orientación sexual existen y descríbeme una?

¿Qué mito han escuchado y explicar porque no es verdad?

En cada respuesta correcta se les premiará con una manzana de chamoy UNICAMENTE a las personas que respondan correctamente terminando la dinámica de participación se les dará dulces a todos por presencia.

Tema 2

La orientación sexual como víctima en la sociedad.

Tiempo: 2 horas

Dirigidos a: adultos

Material: hojas con etiquetas y bolígrafos.

Se les dará dicho tema, posteriormente para la reflexión de esta lección se realizará una dinámica que produzca empatía de dicha situación que implicará en colocar a la vista etiquetas con frases de:

“Si yo tuviera esta orientación seria...”

“No soy aceptado porque me atraen ...”

“Si yo fuera transexual seria...”

“Me siento excluido si...” etc.



Lo cual trata de terminar las frases en cuestión al tema expuesto, una vez se hayan completado las frases se les pedirá que cada uno comente su etiqueta y que lo comparta con objetivo de aportar soluciones en grupo consistirá en dar consejos, concientizar, ayudar dicha situación.

Al terminar cada uno participara y mencionara como fue que sintieron estando en esa situación y que fue lo que les dejo a reflexionar.

Tema 3

Disforia de género y ¿en quién existe?

Tiempo: 2 horas 30 minutos

Dirigido a: adultos

Refrigerio de: 15 minutos

Material: folletos

Después de dar a conocer dicho tema y punto más importante, se les entregará un folleto donde desplegará la información dada en el taller que tendrá de contenido:

- El nuevo Concepto y por qué ha cambiado
- Que es la Disforia de género en adultos
- Como podríamos detectar la posible DG
- La disforia de género existe en...



Para dejar más claro el tema se les pondrá una película llamada "Transamerica" y al finalizar se hará una pequeña especulación.

Tema 4

La sintomatología y programas de intervención y atención

Tiempo: 45 minutos

Dirigido a: adultos

Material: hojas con información

Comenzando con el tema ya dado, se realizará una plática de situaciones parecidas para dejar a un lado que no por una cierta conducta el niño pueda sufrir DG, asimismo se les dará 2 hojas con contenido de centros de apoyo y función.



Tema 5

Autoconcepto

Tiempo: 45 minutos

Dirigido: adultos

Material: hojas blancas, colores.

Finalizando con el último tema, se añadirá una técnica llamada "el árbol" para el reforzamiento de dicho objetivo.

Se distribuirá una hoja en blanco a cada uno se les pedirá que dibujen un árbol comparándola con su pasado, el presente y el futuro especificándoles que le pongan color y que cada parte del árbol debería tener su significado al terminar se les pedirá que voluntariamente expongan su dibujo y nos platicuen de ello, lo que hará es que se conozcan a sí mismo y contraponer su percepción a la que los demás tienen de su manera de ser o vivir o desea ser.

Al terminar se les pedirá que compartan el cómo fue que se sintieron al dibujar cada parte del árbol y que fue lo que aprendieron, resaltando que es un punto importante para todo ser humano y que debe adiestrarse a los hijos.

Bibliografía

- (15 de septiembre de 2018). Obtenido de <http://psicocode.com/resumenes/10educacion.pdf>
- A., R. (30 de septiembre de 2013). *La educacion emocional, el autoconcepto*. Obtenido de La educacion emocional, el autoconcepto: Recuperado de Dialnet-LaEducacionEmocionalElAutoconceptoLaAutoestimaYSu-4596298.pdf
- A., T. (s.f). *Las 5 etapas del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud*. Obtenido de Psicología y mente: Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/etapas-desarrollo-psicosexual-sigmund-freud>
- A.C, P. y. (30 de Octubre de 2010). *SlideShare* . Obtenido de <https://es.slideshare.net/pei.ac01/histeria-5619131>
- Aznar. (07 de septiembre de s.f). *Causas de la transexualidad. ¿Existe un gen de transexualidad?* Inf. téc. Obtenido de Causas de la transexualidad. ¿Existe un gen de transexualidad?: Causas de la transexualidad. ¿Existe un gen de transexualidad?
- B., M. (09 de Noviembre de 2017). *Correlación entre el autoconcepto y creatividad en un grupo de niños*. Obtenido de Correlacion entre el autoconcepto y creatividad en un grupo de niños.: Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Melgar-Bertha.pdf>
- Bátiz, L. (s.f). *Sexualidad Infantil*. Obtenido de Docplayer: Recuperado de http://www.hispanoingles.edu.mx/taller_abuelitos/descargar/Sexualidad_infantil_para_abuelitos.pdf
- Bertomeu, P. (s.f). *La entrevista*. Obtenido de Técnica de recogida de información: La entrevista: Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson, el diagrama epigenético del adulto. *Lasallista de Investigación*, p. 51-57.
- Bordignon, N. A. (2 de julio de 2005). *Revista Lasallista de Investigación* . Obtenido de Revista Lasallista de Investigación : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>>
- Camacho, A. (2015). La transexualidad en México. El paradigma desde la patología al derecho humano de modificar la identidad. *Revista de Bioética y Derecho.*, (pp.6-7).

- Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación de ciencias sociales*. Buenos Aires: Tercera Edición.
- Cordero, C. (2013). La transexualidad: ¿construcción de una identidad? *Revista Griot*, pp.22-23.
- Cretella, M. (Agosto de 2017). *La disforia de género en menores de edad*. Colegio de Pediatras EEUU. Obtenido de La disforia de género en menores de edad: <https://www.acpeds.org/wordpress/wp-content/uploads/4.6.17-Gender-Ideology-full-statement-in-Spanish.pdf>
- Esteva, M. y. (26 de abril de 2012). Guías de práctica clínica para la valoración de tratamiento de la transexualidad. Grupo de identidad y diferenciación sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinología y nutrición*, 16. Obtenido de Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento : www.elsevier.es/endo
- Fernandez, B. (2002). *Trastornos de Identidad de genero*. Sociedad Española de Endicronología y nutrición.
- Freud, S. (s.f). *Sigmund Freud (1856-1939)*. Obtenido de Sigmund Freud (1856-1939): Recuperado de <https://www.mec.gov.py/cmsmec/wp-content/uploads/2009/04/sigmund-freud.pdf>
- G., C. C. (s.f de 1997). *Educación y ciencia*. Obtenido de Confiabilidad y validez en estudios cualitativos.: Recuperado de <http://www.educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/viewFile/111/pdf>
- García, B. y. (s.f de Diciembre de 2001). *Protocolo de intervencion psicologica de la transexualidad*. Obtenido de Colegio Oficial de Psicólogos de las palmas.: Recuperado de <https://docplayer.es/18386821-Protocolo-de-intervencion-psicologica-de-la-transexualidad.html>
- Hurtado, F. (abril de 2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica . *Revi Esp Endocrinol Pediatr*, p. 45. Obtenido de Revista española Endocrinol Pediatr: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A283.pdf>
- I., L. (24 de 06 de 2005). *El mundo es salud*. Obtenido de El mundo es salud: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/06/24/medicina/1119625636.html>

- Isabel Esteva de Antonio. (2015). disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN) . *Endocrinología y Nutrición* .
- J., B. D. (s.f). Teorías psicológicas acerca de la génesis de la homosexualidad. *Revista Bioética*, pp. 1345-1346. Obtenido de Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/1997/4/32/1344.pdf>
- López. (Mayo de 2018). *Disforia de género en la infancia y adolescencia*. Obtenido de Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.: Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Disforia%20de%20genero%20en%20la%20infancia%20y%20adolescencia.pdf>
- López I, G. C. (08 de Junio de 2016). Del autoconcepto general al autoconcepto artístico. *Revista Elsevier Magister.*, p. 44.
- Lorenci, D. I. (2013). Repensando los orígenes de la Disforia de Género. *Revista de estudios de Juventud*, pp. 35-40.
- M., A. (2009). Influencia del rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista electronica de Investigación y Docencia*, p. 29.
- M., J. A. (s.f). Disforia de género. *Revista de salud y bienestar*.
- Maestre, F. (07 de Julio de 2011). *El hombre de la mujer histérica* . Recuperado el 10 de diciembre de 2017 , de <http://rpp.pe/lima/actualidad/el-hombre-de-la-mujer-histerica-noticia-382440>
- Mas, G. (2017). Del transexualismo a la disforia de Género, cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista internacional de Sociología.*, pp. 6-8.
- Mayer, L. S. (2016). *Sexualidad y Género*. Inf. téc.: The new atlantis a Journal of technology & society. .
- Molero, C. L. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, p. 45.
- Molero, C. y. (2013). Revisión Teórica Sobre el Autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, pp.51-52.
- "OMS, ' . n. (19 de Junio de 2018). La nueva mirada de la OMS a la "incongruencia de género". *Universidad del Valle, Facultad de Salud Grupo de Comunicaciones*, págs. Recuperado de <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2018/06/19.06.18-La-nueva-mirada-de-la-OMS-a-la->

incongruencia-de-g%C3%A9nero.pdf. Obtenido de <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2018/06/19.06.18-La-nueva-mirada-de-la-OMS-a-la-incongruencia-de-g%C3%A9nero.pdf>

Oropeza, R. (10 de Febrero de 2015). *Tal para cual el obsesivo y la histerica* . Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de <https://rbkesther.wordpress.com/2015/02/10/semana-del-amor-episodio-2-tal-para-cual-la-histerica-y-el-obsesivo/>

Pacheco, Z. C. (19 de septiembre de 2018). Plan de orientación y acción tutorial para Educación Primaria. En Z. C. Pacheco, *Plan de orientación y acción tutorial para Educación Primaria*. (pág. 31). Gades. Obtenido de Yo, autoestima, autoconcepto: <https://orientacionandujar.files.wordpress.com/2010/09/yo-autoestima-y-autoconcepto.pdf>.

R., T. S. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Nueva York: Paidós.

Restrepo, R. (2013). *Guía de consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5*. Chucago (EEUU): American Psychiatric Association.

Rodríguez, M. F., & Martín Sánchez, E. (01 de 09 de 2016,). Reflexiones entorno al marco epistemológico de la Disforia de Género. . *Revista Española de Salud Pública* , pp.1-2 . Obtenido de Revista Española de Salud Publica: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728022>.

Sánchez, R. (agosto de 2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, pp. 250-251. Obtenido de Periodicos electronicos psicologicos: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200006.

Sánchez., F. L. (2018). Disforia de género en la infancia y. *Adolescere* , 19,20 y 21.

Sarria, D. (s.f). *Concepto de entrevista y reportaje 1288*. Obtenido de Concepto de entrevista y reportaje 1288.: Recuperado de <https://sites.google.com/site/danielasarria1288/concepto-de-entrevista-y-reportaje>.

Sebastian, V. H. (2012). Autoestima y autoconcepto docente. *Revista Filosofia Phainomenon* , 29.

- Serra, V. (2015). Lo que un buen autoconcepto puede hacer por nosotros. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, revista iberoamericana de psicosomática.*, pp. 48-49.
- Soriano, R. R. (1976). Guía para realizar investigaciones sociales . En R. R. Soriano, *Guía para realizar investigaciones sociales* (págs. 216-217). México, D. F. : Plaza y valdez.
- W., D. (2002). ¿Qué es un marco teórico? *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.*, p. 80.
- Zapata, O. A. (2005). *Herramientas para la elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*. México DF: Pax México.