

Trastornos de la identidad de género en la niñez

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ LAMARQUE*

RESUMEN

En el contexto de la clínica, el presente trabajo considera los orígenes y tratamiento de las alteraciones de la identidad de género, haciendo un breve resumen de las principales proposiciones psicológicas y psicoanalíticas, al respecto. La discusión teórica se sigue con una descripción de diez casos de niños mexicanos y sus padres, atendidos en la consulta privada por una alteración en su identidad genérica.

La experiencia de evaluación, tratamiento o ambos, incluye nueve varones y una niña mujer, provenientes de clase media y media alta urbana; en todos los casos ambos progenitores eran profesionistas y trabajaban en su carrera. El trabajo prolongado con estas familias, sugiere la necesidad de pensar más precisamente la influencia inconsciente de la psicopatología parental, especialmente la del padre, en el problema que ocupa. Se concluye que es importante atender, el lugar que juega la identificación proyectiva en la transmisión de la cultura y de las estructuras psíquicas saludables y enfermas.

PALABRAS GUÍA: *Trastornos de identidad de género, niñez, diagnóstico.*

INTRODUCCIÓN

sin insertarlo en parámetros
relacionales [...]
(Aulanger, 1992, p. 11)
[...] no podemos pensar lo humano

En el devenir psíquico del infante humano, la enorme importancia de lo interrelacional proviene del estado de prematuridad en el que llega al mundo. Estado que implica desamparo y una larga

dependencia de amor y de cuidados. El momento del nacimiento, es el instante en que se inicia un proceso complejo y dilatado de humanización de un cuerpo qué, partiendo del sexo cromosómico, desde ya, denominaremos hombre o mujer.

Empleando las palabras de Money (citado por Dio Bleichmar)¹:

Los padres pueden aguardar nueve meses, pero desde el momento en que se prende la luz rosa o azul se inicia un movimiento de *construcción de la identidad de ese cuerpo a través del lenguaje, actitudes, expectativas, deseos y fantasías que serán transmitidas de persona a persona* para abarcar todo el contexto humano con el que el individuo se encuentra día tras día, desde el nacimiento hasta la muerte. (las cursivas son mías).

He aquí, el origen de la creación de un sí-mismo (self) masculino o femenino, cimiento de la posterior identidad sexual que es asignación

* Profesora-Investigadora de la Universidad de las Américas y del Centro de Estudios de Postgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana

Correspondencia: Avenida Lomas Verdes 466, Edif. A-202,
Naucalpan de Juárez, Edo. de México,
Tel: 53445036
Correo electrónico: beberoli38@aol.com

Recibido: 10 de agosto de 2000
Aceptado: 4 de diciembre de 2000

posnatal de los padres, pero que lleva toda la carga de sus propias historias vivenciales, así como los determinantes, a través de ellos, de lo transgeneracional.

Altamente organizada por la cultura, la identidad de género, sobre todo en su componente de expresión (papel de género) de la masculinidad y la feminidad. Está reglamentada por normas, códigos y costumbres de lo que cada sociedad y cultura espera, prescribe y proscribe para cada género²⁻⁴ (Albores; Stoller y Herdt, y Tyson y Tyson). Conjuntamente a los ritos de socialización específicos y diferenciales, la cultura proporciona vías de canalización afectiva y relacional entre sus miembros, por ello, la desaculturización, sea cual sea su origen, no sólo impide la adaptación, sino que producen un exceso de angustia, traumatismos y conflictos que inciden en toda la conformación de la personalidad.

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO (TIG)

De acuerdo con la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁵ (DSM-IV por sus siglas en inglés) antes de poder establecer un diagnóstico del trastorno de identidad sexual en la niñez, es necesario que: 1) el chico o la chica no haya llegado todavía a la pubertad; 2) muestre una intensa y persistente identificación con el género opuesto; 3) presente un malestar considerable por ser hombre o mujer; y, 4) tenga un sentido de inadecuación con los papeles prototípicos de su sexo biológico.

LOS TIG EN NIÑOS

El comportamiento del niño varón que sufre una alteración en su identidad de género, se manifiesta (según el DSM-IV) por un deseo vehemente de ser niña/mujer, acompañado de una acentuada preocupación por actividades que tradicionalmente se consideran femeninas. Asimismo, puede adoptar manierismos, formas de caminar, inflexiones de voz y gesticulaciones predominantemente afeminados (DSM-IV, Rekers).^{5, 6}

Con frecuencia prefiere atuendos de mujer y cuando no los encuentra disponibles, él mismo los confecciona con materiales a su alcance. Gusta de ponerse prendas íntimas ('brasieros' y pantaletas)

vestidos, faldas, pelucas y zapatos de tacón alto; su inclinación travestista suele incluir el atavío con accesorios y afeites femeninos, por ejemplo, joyería de mujer, carmines y maquillajes para tez, ojos y uñas.⁶

Además de evitar los juegos bruscos y juguetes, y deportes típicamente masculinos, selecciona de manera persistente juegos, juguetes y pasatiempos de niñas, amén de insistir en que sean éstas, casi sus únicas compañeras de juego.

Las "barbies", que tienen género pero no sexo, figuran entre sus muñecas predilectas; sus fantasías de ser mujer se reflejan en sus dibujos, ya por el tema repetido de bellas princesas, ya por la índole de su composición ornamentada.

Cuando escenifican o dramatizan sus ensueños, los niños con TIG, suelen representar papeles femeninos; en el juego de papá y mamá, eligen "ser mamá" para "...dar a luz hijos y... pecho a los bebés".⁶

Lo anterior puede unirse a un repudio por sus genitales y a la expresión explícita de que cuando crezca, testículos y pene, de alguna manera desaparecerán; tal negación de su anatomía, puede afirmarse con la idea de obtener, algún día, una vagina, e.g. operándose; pero mientras ello sucede, hace como si no tuviera pene, escondiéndoselo entre las piernas y orinando sentado en la taza del baño, como lo hacen las niñas.^{5, 7}

LOS TIG EN NIÑAS

El diagnóstico descriptivo de los TIG en las niñas, sigue en el DSM-IV iguales criterios que en el de los niños, pero el comportamiento de ellas, es a la inversa; esto es, la niña tiene el deseo expreso de ser varón y se rehusa impetuosamente (a veces con ostensible angustia) a ponerse indumentaria de niña/mujer, llegando inclusive a negarse a ir a la escuela o a asistir a fiestas y actividades sociales que hagan necesario el uso de ropas típicamente femeninas.

Por su predilección por lo masculino (ropa, accesorios, pelo corto, juegos bruscos, deportes rudos, sueños y fantasías) y el hacerse llamar con nombres y apodos masculinos, las personas que no la conocen (a la niña) suelen confundirla con un niño.

Emparejado con lo anterior, hay casos en que la niña muestra una marcada agresividad "masculina", se niega a orinar sentada en la taza del baño, porfía



en que ya posee, o pronto le crecerá un pene y concomitantemente repulsa el futuro crecimiento de sus senos y la menstruación.^{6, 7, 8}

Por otra parte, parece ser que los TIG son relativamente raros, no sólo en la niñez sino también en la edad adulta.^{5, 6, 8, 9} Con todo, Rekers, en el trabajo citado,⁶ señala que en la infancia la tasa de niños enviados a tratamiento es de 20:1, respecto a las niñas.

Sugar⁸ considera que las niñas tienden a presentar más comportamientos y deseos transexuales, ya se trate de una población general (de 4 a 11 años, los porcentajes observados son de 3 a 6% de niños y del 10 al 12% de niñas) o de la clínica (1 a 6% de niños quieren ser niñas y del 9 al 19% de las niñas, desean ser varones) pero que no hay informes de tratamientos en niñas porque al parecer tanto los padres como la sociedad suelen tolerar más los comportamientos "marimachos" de una nena, que las conductas afeminadas de un chico.

Tal vez eso sea así, sin embargo cabe preguntarse: ¿no se tratará de una manifestación más, de ese maltrato general hacia las niñas (que en nuestro medio ha sido vastamente documentado por Lartigue de Vives,¹⁰ en "Edipo y Violencia contra la Mujer; la internalización de las asimetrías y desigualdades") porque los datos de Sugar,⁸ bien pueden denotar la falta de reparo en su sufrimiento mental (el de la niña) y en la situación que su protesta acusa.

Convenido en el problema que ocupa, es más que frecuente que los padres pasen inadvertida la contribución de su persona y proceder, al conflicto de su hijo/a; empero hay mucho que reconocer de la influencia de la personalidad y patología de los progenitores, en la constitución psíquica de sus vástagos.

La transexualidad (nombre de los TIG, antaño) infantil, según Rekers,⁶ es un factor de riesgo considerable para el desarrollo de trastornos psicológicos de transvestismo, transexualismo y algunas formas de homosexualidad en la edad adulta y aunque aún no se cuente con una comprensión decisiva de su etiología (de los TIG) las variables del aprendizaje social son su principal venero.

Para la psicología, la identidad de género se constituye entre los 18 y 36 meses de edad y hay estudios que apuntan al aprendizaje precoz de

dicha organización (Durand y Barlow).⁹

Si bien, en los TIG resulta plausible la intervención de factores biológicos, en la actualidad, aún están por descubrirse. Entre tanto, han sido precisamente las investigaciones en casos con desarreglos anatomofisiológicos (e.g. hermafroditismo) estudiados por Money y el accidente quirúrgico comunicado por Green en 1969 y descrito por Durand y Barlow,⁹ las que avalan el gran peso del elemento posnatal en la constitución de la identidad sexual.¹

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNOS

La identidad de género es el sentimiento profundo que posee una persona, de ser hombre o mujer; es una convicción, un núcleo organizador de la personalidad¹¹ (Kernberg et al., 2000). Su institución no transcurre^{1, 12} por el color (rojo) de la sexualidad, sino por el rosa o azul pastel, con que en nuestra sociedad suele distinguirse y anunciar el sexo de un recién nacido.

De acuerdo con Stoller,¹² el cimiento de la identidad de género es una coalición biopsicosocial, que fragua entre los 18 meses a los 4 o 5 años de vida, por lo cual después de estos años, resulta inmodificable.

Situada desde otra perspectiva, pero también psicoanalítica, Emilce Dio Bleichmar¹ afirma que en los estratos más profundos de la mente humana, residen los "fantasmas" inconscientes de masculinidad/feminidad, que son implantación de las representaciones, de los deseos parentales en el cuerpo (sexo) del niño/a, y que determinan, para bien o para mal, la organización de su sexualidad vía interacciones y vínculos inter-subjetivos; trayectorias de identificaciones circulares.

Esa misma autora señala que en la actualidad casi toda perspectiva psicoanalítica, tiene en cuenta el lugar que los otros, los adultos/los padres, juegan en la estructuración del psiquismo sano o enfermo, del infante humano.

Para la trayectoria de subjetivización, la madre y sus cuidados revisten primordial importancia, pues es ella la que libidiniza el cuerpo del hijo/a¹³ y otorga identidad, no únicamente al conferir a su nene o nena, un apellido, sino de acuerdo con su propia imagen de masculinidad y feminidad. Desde

este contexto, el odio por el propio cuerpo acusa las fallas en la función identificatoria de la madre.

Freud, en su libro "Tres Ensayos...",¹³ se explicaba las aberraciones sexuales como la persistencia en la vida del adolescente y adulto, de las etapas primeras del desarrollo libidinal; fijaciones que podrían sucederse a la manera de series complementarias, ya por factores hereditarios y constitucionales, ya por las vicisitudes de las relaciones de objeto tempranas.¹⁴

Desde el marco teórico de la psicología del yo y el abordaje de las relaciones de objeto dentro de esa corriente, Margaret Mahler,¹⁵ al describir el proceso de separación-individuación, brinda un andamio para pensar la influencia de la relación diádica preedípica, en los derroteros de la psicosexualidad, el funcionamiento del yo, superyo y el lugar de la agresividad en la configuración de la personalidad.

Del estado primordial de fusión con la madre, el de infante niño/a, ha de emerger con un sentimiento de mismidad, un 'self' separado. La prolongación de la matriz simbiótica favorece la feminización.

Así, ese momento del desarrollo es más complejo para el niño pues si ha de asirse de su masculinidad, necesita desidentificarse de la madre y encaminarse al mundo de los hombres. Ese proceso se trastorna cuando la economía libidinal de la madre, no tolera la separación y sí, en cambio, empuja a mantener una simbiosis "gratificante" que el padre no interrumpe por su ausencia, tanto física como psicológica.^{3, 12}

Estas teorizaciones de Stoller^{3, 12} juegan tanto para los TIG del niño, como de la niña y sus observaciones proporcionan los principios básicos que conducen al trastocamiento de género: 1) Un abrazo prolongado de la madre que, identificación mediante, intenta evitar a su hijo/falo idealizado, hasta las frustraciones inherentes a su desarrollo; 2) un padre coludido con ella, que por ausencia, no ejerce su función de corte; 3) del lado de la niña, una perturbación de la simbiosis, que resulta más peligrosa cuando va aunada a la presencia intrusiva del padre.

Igualmente, dicho autor piensa que los TIG no conllevan otras alteraciones del yo, más allá de las implicadas por esa relación; lo que sí considera, es el lugar de los "traumas reales, las humillaciones, frustraciones y sobreindulgencia, infligidos por

personas reales en la temprana infancia de los individuos con perversión o trastornos de género".¹⁴ Observación por demás importante, si se acepta que el maltrato infantil es un factor de riesgo en la psicopatología y que las niñas sufren abuso físico y sexual, con mayor frecuencia que los niños.

Coates (citado por Sugar,⁸) también señala que un trauma real, precipita los TIG, aunque incluye conflicto/defensa en su teoría. Sugar⁸ sugiere que la proximidad del niño con su madre y la de la niña con su padre, que fomenta imitación e identificación, es un factor de vulnerabilidad que predispone a los TIG.

Socarides^{16, 17} piensa que los conflictos nucleares subyacentes a toda perversión y deseos transsexuales, son de índole preedípica y que dichas formaciones están al servicio de la defensa, frente a las ansiedades generadas por una fijación a las subfases de separación-individuación; ansiedades que provienen de un deseo-urgencia-temor, de fusionarse con la madre y restaurar la unidad dual que era en el primordio.

La experiencia de Loeb y Shane,^{18, 19} así como la de Melitta Sperling,²⁰ que han tratado en psicoanálisis a niños con TIG, parece constatar las hipótesis de Socarides^{16, 17} y no las de Stoller,^{3, 16} quien estima que tales problemas no responden a una patología de conflicto.

Con sus estudios del desarrollo epigenético de la masculinidad, Peter Blos²¹ ha llegado a la conclusión de que la masculinidad, como la identidad sexual (no de género que es previa) es un logro de la adolescencia, que sólo se alcanza con la resolución, de lo que él llama "complejo paterno": una vinculación libidinal, diádica al padre, que es de origen preedípico y tiene una función adaptativa. En palabras de Blos:²¹

"Todo comienza durante el estadio de separación-individuación, cuando el niño influenciado por una necesidad innata de crecimiento y maduración, intenta perder la unidad simbiótica con su madre... [y] se vuelca hacia su padre como otro familiar... sin embargo, separado [que] será un agente facilitador **absolutamente** esencial en el proceso de separación-individuación" (las bastardillas son mías).

Lo anterior vale tanto para el niño como para la niña, pues el padre (objeto menos contaminado, según Mahler)¹⁵ no es aún el objeto sexuado del



edipo; es sí, un apoyo que mitiga los peligros del reengolfamiento y quien al momento de afrontar las diferencias anatómicas de los sexos, tendrá que sostener especialmente a su hija, por los riesgos que el período entraña para el destino de su sexualidad adulta.

Hasta aquí una síntesis por demás apretada de lo que puede acontecer por fracasos en las funciones parentales, pues el género se establece tanto por diferenciación como por complementariedad y para un desarrollo que conduzca a la salud, con lo que resulta así, como un prerrequisito, el que ambos padres participen en la vida de su hijo/a.

TRATAMIENTO

Stoller¹² recomienda brindar orientación a los padres para que acepten los TIG y una terapia conductual para el niño, con un terapeuta hombre; respecto a la niña piensa que es homosexual. En ninguno de los dos casos considera útil la psicoterapia psicoanalítica.

Para Rekers,⁶ la única terapia ética por haber probado sus bondades con investigación, es la del aprendizaje social.

Con base en su trabajo con niños con conductas sexualmente desviadas, Melitta Sperling²⁰ recomienda un modelo de trabajo psicoanalítico simultáneo, con el niño y su madre, con el mismo/a analista, porque de lo contrario, se pierden los elementos de una resistencia de los padres que aparecen a través del niño, pero que no se pueden manejar solamente con él. Al haber tratado con éxito varios casos de transvestismo, presenta el material analítico detallado de un prelatente (4 años 10 meses) que pudo seguir hasta la adolescencia. Recomendaba tener una alianza "superyoica" con la madre para evitar engaños.

Loeb y Shane¹⁸ también publican un relato detallado del análisis exitoso de Carlitos, durante 8 meses. El niño de cinco años tenía un deseo transexual. Además Loeb¹⁹ presentó los aspectos transferenciales del tratamiento de un niño de 4 1/2 años.

Haber presenta,²² con la autorización del paciente y su familia, el tratamiento paso a paso, de un niño de 3 años 9 meses que empezó su análisis deseando ser niña y que después de cinco años pudo solucionarse, suplantando el deseo de

ser mujer por la identificación con su propio género. Incluye el seguimiento durante dos años, que confirma los logros psicoanalíticos, pero aun no se sabe qué podrá suceder en la adolescencia.

Sugar⁸ hace una síntesis de los TIG e incluye una descripción de la terapia psicoanalíticamente orientada de un niño de cuatro años, con logros que lo llevan a pensar que la teoría conflicto/defensa es la de mayor utilidad clínica para entender y trabajar el TIG. Menciona que este enfoque es el más prometedor.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVA CLÍNICA

En la última década y media, he tenido la oportunidad de entrevistar a 10 parejas de progenitores, que consultaron por un trastorno de la identidad de género, en uno/a de sus hijos/as*; los niños fueron evaluados después de entrevistar a sus padres. Todas las familias pertenecían a la clase media y media alta del Distrito Federal, o zonas conurbadas; ambos progenitores trabajaban y ambos también, tenían una profesión, y un buen número contaba con estudios de posgrado.

Los niños, cuyas edades fluctuaban entre los cuatro y diez años, asistían a colegios particulares, en su mayoría bilingües. Esta influencia se hizo notar en la preferencia de los chicos por actividades recreativas y juguetes de obvia patente estadounidense, por ejemplo: siempre preguntaban por "barbies".

Como ya se comentó antes, (*Vid supra*) lo primero que salta a la vista es el número de niños varones para los que se solicita ayuda, frente al número de niñas (de diez, una). A excepción de una pareja que se había divorciado un año antes de que la madre solicitara la consulta, todas las parejas fueron entrevistadas conjunta y separadamente, como parte indispensable del proceso diagnóstico de sus hijos. En ocho de los 10 casos, el motivo de consulta fue directamente el TIG, manifestado por amaneramientos, transvestismo o ambos; la angustia de separación y la "apatía" condujeron, en los otros dos, a la búsqueda de ayuda.

En las entrevistas se pudo observar que todas las madres presentaban una depresión crónica (distimia en el DSM IV)⁵ y algunas incluso, una

* Puesto que únicamente se vio a una niña de aquí en adelante se usará únicamente el masculino.

“doble” depresión (distimia y episodio depresivo mayor, DSM IV).⁵ Igualmente, todas tenían una mala relación con sus propias madres y habían sufrido maltrato psicológico y físico; dos de ellas incluso habían sido víctimas de abuso sexual (incesto).

Los padres por su parte (8 de 10) mostraron evidentes dificultades en su relación con las mujeres, francos conflictos para integrar sus identificaciones femeninas, así como fuertes problemas en la relación afectiva con sus propios padres (hombres); ninguno de los papás de este grupo consideraba deseable la identificación con su propio progenitor, por su ausencia, que en el mejor de los casos dejó un vacío y en el peor (pasando por el maltrato a la madre) les parecía figura patética, denigrable y sometida, por debilidad y miedo, al agresor (generalmente la madre).

Todos los matrimonios entrevistados, presentaban algún grado de disfuncionalidad en su vida sexual conyugal, y siete de los diez, vivían en constante discordia cuando no, en abierta y peligrosa violencia doméstica.

Así, se puede decir que los trastornos de personalidad de estos progenitores influyeron positivamente en su disfuncionalidad marital y que esto, unido a su patología de carácter, fue una contribución determinante (no la única) en la génesis de los TIG de sus hijos.

Prácticamente, todos los padres pensaban que sus hijos (al momento de la consulta) eran ya homosexuales y que la culpable de ello era la madre (su cónyuge). Con poca capacidad autorreflexiva, aún después de años de tratamiento (propio y del niño) seguían proyectando y negando su contribución manifiesta (ya no se diga inconsciente) a la problemática de su hijo.

Con frecuencia, y a pesar de recomendaciones en contrario, mostraban una seducción frente al hijo para hacerlo su “confidente”, cómplice o

utilizarlo como arma en contra de su esposa; con un lenguaje sexual obsceno buscaban despertar en el niño el gusto por las mujeres, cuestión que nada correspondía a las necesidades de la edad del niño.

Imposibilitados para fijar y sostener límites cariñosos frente a los deseos y comportamiento inapropiados de sus hijos, fomentaban la violación de las fronteras transgeneracionales, para luego castigar con marcado sadismo esas mismas conductas.

A través de una inoculación inconsciente, vía metacomunicaciones, principalmente agresivas, ambos progenitores fueron implantando en su hijo pensamientos, afectos y representaciones denegados, tanto de ellos mismos (de su ‘self’) como objetales.

A la depresión por abandono de sus madres, estos niños respondían con una intensa angustia de separación y un incremento en la dependencia de su progenitora, para la gratificación de necesidades, más allá de lo que exigiría su edad cronológica. No contenían sus impulsos, difícilmente posponían sus satisfacciones y demandaban constantemente, la presencia de la madre y sus cuidados.

Salta a la vista, en la observación clínica que las posturas y gestos de los niños, no son otra cosa que una imagen en espejo, de las de sus propios padres, quienes no caen en la cuenta de tal fenómeno.

Una línea de interpretación factible y que vale la pena investigar, es el lugar que la identificación proyectiva juega en el desarrollo del núcleo de la identidad de género (tanto en los niños como en las niñas) cuestión cuya importancia ha sido poco valorada en psicoanálisis.¹ Lo mismo cabría decir de la figura real del padre, pues su psicopatología contribuye, en forma decisiva, en el trastorno que nos ocupa, el cual aparece como una patología relacional profundamente inscrita en lo inconsciente.

ABSTRACT

With a summary of the main psychological and psychoanalytic approaches and from a clinical perspective, the author considers the origins and treatment of gender identity disorders in children. The discussion centers in the assessment and/or treatment experience of ten Mexican children (nine boys and one girl) and their parents who sought private medical assistance for their child's gender disorder. The families were all from middle and upper middle urban class and both parents were working professionals. The work with these families suggests the need to rethink the influence of parental psychopathology, specially the father's. It is considered important to study the role of the projective identification in the transmission of culture and of healthy and pathological psychological structures.

Key words: *gender identity disorder, childhood, diagnosis.*

REFERENCIAS

1. Dio-Bleichmar E. Feminidad/masculinidad. Resistencias en el psicoanálisis al concepto de género. En: Burin M, Dio Bleichmar E. (comps.) Género psicoanálisis y subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 1996.
2. Albores-García V. Formación de la identidad psicosexual. En: Dallal y Castillo, (coord.) Caminos del desarrollo psicológico. Vol. II. México: Plaza y Valdez; 1999. p. 125-238.
3. Stoller RJ y Herdt GH. The development of masculinity: A cross-cultural contribution. J Amer Psychoanal Assn 1975; 99: 58.
4. Tyson P, Tyson RL. Psychoanalytic theories of development. New Heaven & London: Yale University Press; 1990.
5. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 4ª Edición. Barcelona: Ed. Masson; 1994.
6. Rekers GA. Terapia de juego con niños identificados con el género opuesto. En: Schaefer ChE, O'Connor JK. Manual de terapia de juego. México: Ed. El Manual Moderno; 1988. p. 335-47.
7. Saranson GI, Saranson BR. Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada. 7a. Ed. México: Prentice Hall, Hispanoamericana, S.A.; 1996.
8. Sugar MA. Clinical approach to childhood gender identity disorders. Am J of Psychother 1995; 49(2): 260-81.
9. Durand MV, Barlow DH. Abnormal psychology. An introduction. USA: Books Cole Publishing Company; 1997.
10. Lartigue de Vives T. Edipo y violencia contra la mujer. La internalización de las asimetrías y desigualdades. En: Vives-Rocabert J. (comp.). Violencia social, sexualidad y creatividad. México: Plaza y Valdez. Eds.; 1999. p. 15-34.
11. Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK. Personality disorders in children and adolescents. New York: Basic Books 2000.
12. Stoller RJ. The development and pathology of gender identity. Panel current concepts of the development of sexuality. Scientific Proceedings. Panel Reports. J Am Psychoanal Assn 1989; 37(3): 793-6.
13. Freud S. (1905/1952). Una teoría sexual y otros ensayos. O. C. Vol. II, No. 1. Buenos Aires: Santiago Rueda -Editor. Trad., de Luis López-Ballesteros y de Torres; p.9-106.
14. Sharfman MA y Vogel SA. Current concepts of the development of sexuality. J Am Psychoanal Assn 1989; 37(3): 787-802.
15. Mahler MS, Pine F, Bergman A. The psycho-

- logical birth of the human infant. New York: Basic Books; 1975.
16. Socarides ChW. The preodipal origin and psychoanalytic therapy a sexual perversion. New York: International Universities Press. Inc.; 1998.
 17. Socarides Ch. Supervisión pública. México, D.F. Centro Psicoanalítico de psicoterapia y orientación, A.C. Marzo 18, 1993.
 18. Loeb L, Shane M. The resolution of a transexual wish in a five-year-old boy. J Am Psychoanal Assn 1982; 30(2): 419-34.
 19. Loeb L. Analysis of the transference neurosis in a child with transexual symptoms. J Am Psychoanal Assn 1992; 40: 587-605.
 20. Sperling M. The Major Neuroses & Behavior Disorders in Children. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc. 1ª Ed.; 1994.
 21. Blos P. Masculinidad. La rebeldía contra el padre o el esfuerzo adolescente por ser masculino. Psicoanálisis con Niños y adolescentes. Tomo 1, No. 1: 19-30, 1991.
 22. Haber CH. The psychoanalytic treatment of a preschool boy with a gender identity disorder. J Am Psychoanal Assn 1991; 39(1): 107-29.