

## **PSICOTERAPIA DE NIÑOS CON TRASTORNOS EN LA IDENTIDAD SEXUAL\***

**Paulina F. Kernberg\*\***

Este trabajo tiene el propósito de señalar los objetivos para la psicoterapia de chicos con trastornos de identidad sexual basados en la utilización de investigaciones llevadas a cabo en la psicoterapia con los propios chicos y su familia. De acuerdo con R. Greene, M.D., J.D. 1987 las metas en este tratamiento son reducir el conflicto y estigma que suponen tales trastornos para estos niños. Más concretamente, facilitar su reingreso en el cauce adecuado para su óptimo desarrollo porque nosotros observaremos que estos chicos tienen desviaciones, parones o regresiones en su desarrollo. Los investigadores clínicos están de acuerdo (Coates, 1985) en que estos chicos sufren varias desviaciones psicológicas que van más allá del específico trastorno sexual.

Todos los autores opinan que la identidad sexual está multideterminada. Desde el nivel de los cromosomas a las gónadas, al impacto de hormonas en genitales externos e internos y a los decisivos efectos de hormonas en el desarrollo del cerebro. Como en los genitales internos, existen circuitos mas-

---

\* Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "La identidad y sus trastornos" tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

Traducción realizada por Sokoia Lasa.

\*\* Psiquiatra. Psicoanalista. Jefe Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Universidad de Cornell (New York).

culinos y femeninos en el cerebro que son bisexuales (Money, 1989). Estos circuitos masculinos y femeninos pueden existir en alguna pero no en todas las partes del cerebro. En los seres humanos, el término en que estos factores genéticos, de gónadas y de hormonas, influyen en la formación de la identidad sexual no está calculado todavía, pero hay una creciente evidencia de que afectan en comportamientos individuales que, a su vez, facilitan las reacciones de padres, hermanos y amigos del chico en particular. Yo estoy incluyendo, por ejemplo, cuestiones de temperamento, sensibilidad y motricidad entre otros. Probablemente no exista otra área como la identidad sexual en la que los asuntos biológicos y de desarrollo se entremezclen de manera tan rotunda.

A pesar de todo, el factor más importante en el ser humano a este respecto es la atribución del sexo del niño por parte de los adultos que le rodean y las experiencias que siguen a la determinación de la identidad sexual nuclear del niño, su identidad dentro de un rol sexual, esto es, su masculinidad o feminidad y, por último, su orientación sexual.

De hecho, la masculinidad y feminidad en la mente y comportamiento del individuo se derivan de las experiencias a lo largo de su propio desarrollo y no se circunscriben, como sabemos, únicamente por el sexo de los cromosomas, gónadas u órganos interiores. Money (1989) comparó esto con el desarrollo del lenguaje o la tendencia a utilizar más frecuentemente la mano derecha o la izquierda, que aunque no son innatas, tampoco son seleccionadas por el propio individuo. Una vez que la lengua y la destreza con una determinada mano son asimiladas en las más tempranas experiencias, tal y como la identidad sexual lo es, todas estas organizaciones quedan determinadas.

La identidad sexual no es una estructura unitaria. Consiste en una particular síntesis e integración de masculinidad y feminidad cuyas raíces se encuentran, en parte, en las hormonas y en los genes. Los psicoterapeutas no poseen un camino di-

recto para influir en los componentes biológicos de la identidad sexual del sujeto, sólo pueden actuar de una manera indirecta. Por ejemplo, es sabido que cambios estresantes en un ambiente intrauterino en los humanos a causa de barbitúricos (Reinish, Sander 1982) pueden tener un efecto feminizante sobre el feto. Además las hormonas ponen un umbral que facilita o perturba la expresión de los comportamientos masculinos o femeninos. El terapeuta de niños debe conocer estos factores, que podrían hacer conveniente una derivación al médico especialista.

Sin embargo, el papel principal del psicoterapeuta se centra en primeras experiencias de desarrollo y sus consecuencias en la personalidad del niño.

Money habla de las diferencias esenciales entre hombres y mujeres. Las mujeres dan de mamar, gestan y menstrúan. Los hombres preñan. Otros comportamientos bisexuales son distintamente tolerados según las diferentes culturas. (Money 1986). Estos comportamientos bisexuales compartidos por ambos sexos pero con diferentes grados de tolerancia, son los siguientes.

- Los hombres muestran normalmente un mayor grado de quinesis, rivalidad competitiva y agresividad, dominio jerárquico, un sentido de territorialidad y de marcar límites como si vagaran. En cuanto a actividad sexual se refiere su estilo se podría definir en dos palabras: montar y empujar, en cuanto a estimulación erótica se refiere, ellos prefieren los estímulos visuales a cualquier otra forma de estimulación.
- En cambio, las mujeres tienden a comportarse de una manera menos móvil, más suave y menos pesada, más pasivamente, guardando y defendiendo al pequeño, protegiendo y creando su propio hogar y procurando cuidado y atención maternal como se puede ver en los juegos con muñecas. En cuanto a actividad sexual se refiere, ellas se muestran mucho más reservadas y contenidas en su comportamiento. En cuanto al despertar erótico se refiere que

prefieren la estimulación por medio del tacto antes que la visual.

La identidad sexual se revelará a través de la identificación con la figura primaria y la reciprocidad, que implica la capacidad para predecir comportamientos del sexo opuesto y debido a esto poder desarrollar la capacidad de tener una relación complementaria con el sexo contrario, que de hecho, afirma la identidad sexual de cada uno: por ejemplo, la identificación de una niña con la feminidad de su madre y la reciprocidad con su padre, el cual confirma su feminidad por la relación establecida entre el padre, considerado como hombre, hacia la niña que representaría a la mujer (Ross, 1989), o en el caso de un niño la identificación se daría con su padre y la relación de complementariedad recíproca la hallaría en su madre.

De los tres componentes de los desórdenes de identidad sexual (identidad sexual nuclear, rol sexual y la orientación sexual), yo voy a referirme primeramente al segundo de los mismos, llamado rol sexual y también voy a referirme a la identidad sexual nuclear, en éste último punto me centraré en el papel del psicoterapeuta.

No se conocen demasiadas investigaciones acerca de los factores de desarrollo que actúan en el modelo de orientación sexual. Se han utilizado varias teorías para explicar la masculinidad y la feminidad. La Teoría Psicoanalítica (Broffen, Prenner), la Teoría del Aprendizaje Social (Mishel), la Teoría del Desarrollo Cognitivo (Kohlberg), la Teoría del Esquema del Género (Lipsitz). Todas estas teorías enfatizan el hecho de que existen componentes cognitivos y afectivos en la formación de la identidad sexual. La identidad sexual funciona como una estructura anticipatoria preparada para buscar y asimilar nueva información sobre lo que es masculino y femenino. Este proceso continúa, en gran parte, inconscientemente.

De hecho el niño acoge ciertos aspectos que pertenecerían a las niñas, como son el procurar alimento o criar, y otras dimensiones como la fuerza o la lucha cuerpo a cuerpo, que son

típicas de los niños, sin tener en cuenta cultura alguna. La propia autoestima corresponderá, en parte, a la propiedad con la que uno funciona al ser medido en oposición a este esquema. Por eso, cuando nos referimos a la identidad sexual del niño hablamos de una importantísima estructura de componentes en la personalidad del niño que puede señalizarse mejor en el proceso de despliegue de sus componentes a lo largo del tratamiento. Esto puede explicar que los acercamientos a su comportamiento, únicamente, no son suficientes.. Los acercamientos educacionales y de conducta exclusivamente, pueden ayudar a modificar y enmascarar el comportamiento sin cambiar, en ningún momento, los factores de personalidad que sostienen estos comportamientos desde dentro (un niño de 14 años aprende a meter sus manos en los bolsillos porque si mantuviera sus manos fuera de sus bolsillos con los codos y las muñecas flexionadas, se le consideraría un marichica.). Es muy frecuente que los niños aprendan a ocultar y suprimir su feminidad.

Un concepto general muy práctico para los psicoterapeutas surge en la investigación realizada por Goldfoot y Neff (1985) sobre la valoración del **comportamiento sexual** diferente según el contexto social. De acuerdo con estos dos autores el comportamiento bisexual debería solamente ser definido en relación a los factores sociales y medioambientales en que son estimados. Su trabajo deriva principalmente de investigaciones con primates. Sin embargo, yo las he encontrado aplicables a los niños con problemas de identificación sexual. Una de sus afirmaciones dice que el comportamiento sexual es raramente bisexual en un sentido absoluto. A lo que se le llama diferencia de sexo es a la relativa diferencia en frecuencia, intensidad o contexto en la actuación de un modelo particular de comportamiento. Por eso, es muy fácil inferir que las diferencias sexuales pueden ser tratadas como una función dentro de un ambiente social.

La presencia de otros primates modifica los actos de montura, presentación y lucha cuerpo a cuerpo. Dos primates de

sexo femenino lucharán cuerpo a cuerpo, pero si se trata de un macho y una hembra la lucha cuerpo a cuerpo es menos dura. El comportamiento sexual descrito como montarse uno a otro es mucho más agresivo cuando se trata de un macho y una hembra, pero si nos hallamos ante un macho en presencia de otro macho, no observaremos el mismo comportamiento. Las conductas paternas muestran como los machos pueden mostrar comportamientos maternos cuando no hay ninguna presencia materna, pero esta actitud se apaciguará cuando exista una presencia femenina. Por ejemplo, en una familia en la que existe muy poca feminidad en la madre, se puede observar un comportamiento maternal en el padre, estando éste encantado de poder satisfacer su propio desorden sexual en su matrimonio, comprando la ropa a su mujer, preparando el desayuno y acompañando a los niños a la cama, mientras su mujer es la que ejerce las labores de aplicar disciplina.

**Talla.** Lo más grande se considera masculino, lo mismo ocurre con la fuerza. La pequeñez y la debilidad son cualidades femeninas. Este tipo de conexiones operan en las mentes de niños preescolares (Michael Lewis).

**Factores relativos al dominio en el grupo** muestran que los monos que poseen más alto rango demuestran una interacción sexual mayor y son más agresivos. Otros, en cambio, reciben menos abusos y más atenciones de otros miembros del grupo. Por el contrario, en los monos de menor rango se observan menos contactos sexuales, menos agresividad, mayor control visual de otros monos y son objeto de agresiones. En este punto, los niños que nos ocupan tienen el mismo tipo de conflictos. Se puede destacar el hecho de que la lucha cuerpo a cuerpo no recibe influencias de posiciones sociales y no se presenta con frecuencia en las hembras. Así, algunas diferencias de comportamiento sexual se presentan con determinadas características físicamente identificables o con atributos sociales que varían según la identidad sexual nuclear. Incluso antes de que el niño nazca, hay componentes medio-

ambientales y sociológicos que van a afectar a la expresión de su masculinidad o feminidad.

Los papeles del padre, la madre, los amigos y los hermanos serán analizados separadamente en base a recientes avances.

**Psicopatología de la feminidad extrema en la niñez.** Los estudios realizados en la Universidad de California en Los Angeles por la Sección de Identidad Sexual comprobaron que 8 de cada 9 niños con problemas de feminidad solían presentar de forma evidente problemas de comportamiento como pueden ser: una alta pasividad, elusión del dolor, falta de energía. Se tratan, por otra parte, de niños compulsivamente limpios y aseados. En un segundo estudio, los niños afeminados son descritos por sus propias madres como poco extrovertidos, menos populares entre otros niños, menos proclives a hacer amigos, son siempre perseguidores en los juegos con los demás niños, son menos agresivos, menos curiosos, no disfrutaban con la compañía de otros niños. En la escala de comportamiento son desafiantes, padecen rabietas, inquietos, muy activos, abusones, mienten a sus madres, quejicas, habladores, son desobedientes y nada extrovertidos. En resumen, éstos chicos muestran un gran desorden en la personalidad o en el comportamiento general, lo que va más allá que una simple tendencia sexual desviada o diferentes tendencias de comportamiento sexual.

El Estudio Roosevelt (Coates) muestra la gran influencia que tiene la angustia de separación. De hecho las madres relatan que sus hijos les siguen y se asustan cuando están solos incluso en una habitación de la casa. El 60% de la población ha sufrido angustia de separación. La contribución de la madre a la angustia de separación puede verse retratada en el niño afeminado de seis años de edad. A medida que aparecían más cosas, se aclaró que la madre utilizaba a sus dos hijos para no encontrarse sola e incluso le acompañaban a la cama a la noche. Ella obstaculizaba activamente la interacción de su hijo

con sus amigos bajo el pretexto de que el niño se encontraba cansado y no era lo suficientemente fuerte para jugar, después de clase, con el resto de sus compañeros.

En el estudio Coates el 50% de los niños con problemas en su conducta entran dentro del alcance clínico del conjunto de problemas de comportamiento del perfil revisado del niño. Las características a los cuatro o cinco años son marginación, comportamiento esquizofrénico, depresión, compulsividad obsesiva e incomunicación. De los doce a los catorce años no soportan su cuerpo, presentan comportamiento esquizofrénico, incomunicación, agresividad inmadura, compulsividad obsesiva, apartamiento hostil e hiperactividad. Otros estudios como el de Clarke y Bradley confirman lo anteriormente anotado. El grupo de Clarke no percibe diferencia en el trastorno de comportamiento entre el grueso de su grupo y aquellos controlados psiquiátricamente.

El estudio realizado a través del test de Rorschach habla acerca de una gran incidencia fronteriza en la organización de la personalidad. Hay una considerable evidencia de problemas con los límites –fluidez y desórdenes en los razonamientos.

En el Wisc-R, test estructurado, no aparecía ningún problema mental evidente en la mayoría de los ejemplos. Este modelo es típico de la psicopatología fronteriza analizada en el test psicopatológico.

Este nivel más profundo de relaciones entre objetos entra clínicamente en juego como demuestra un niño de seis años que fingía atravesar un precipicio sobre un alambre, mientras un pulpo intentaba prenderle por sus pies. El logró escapar justo a tiempo. Los tópicos de separación e individualización en términos de angustia se demuestran con otro caso de este mismo niño. Este pequeño llega un día a la consulta y agarra dos palitos de madera que unió por medio de un hilo, de tal forma que estuvieran completamente pegados. El terapeuta interpretó la imposibilidad de separación de ambos palitos como si se trataran del niño y de su madre. Los pequeños se sienten



tan “pegados” a sus madres que se creen incapaces de separarse. Me dijo que aquello se trataba de un capullo. Le pregunté qué creía que había dentro del capullo, a lo que contestó que un gusano, que más tarde igual se convertiría en mariposa. Yo le dije que se podría convertir en una mariposa preciosa y él me pidió que le hablara sobre las mariposas, cosa que hice. El estaba realmente entusiasmado y quiso verificar lo que estaba oyendo llamando a su madre que se encontraba en la sala de espera. El le contó a su mamá toda la historia, pero su madre le miró y añadió que en vez de mariposa saldría una polilla y haría un agujero en mi jersey. La madre representaba los tópicos de mala influencia, de daño, de destrucción que corresponden a las fantasías sobre figuras femeninas de estos chicos.

Existe una gran incidencia de pérdida a través de la separación y la muerte en estas familias que requiere del terapeuta un trabajo codo con codo con la madre para que el niño exprese sin miedo su pena y su pesar y evitar así la inconsciente cerrazón del niño como símbolo del acercamiento hacia su madre.

El alcance de una familia para alentar o desalentar al niño femenino ha sido estudiado por R. Greene. Lo que quizá es más importante no es lo que los padres dicen sino lo que hacen a sus hijos. Muchas veces esto se puede ver en la misma sala de espera.

Un niño de cinco años le dice a su madre que le limpie el culo y se le acerca dándole la espalda. Parecía estar escondiendo sus propios genitales para aseverar a su madre lo iguales que ambos eran. Ella no desanimaba su comportamiento y fue necesario comentar con ella los posibles significados de aquel ritual, entre su hijo y ella, en términos de intimidad y de esa forma de compartir el perfil de un cuerpo femenino, ambos factores afirmando su feminidad.

**El papel del padre.** Los padres de los chicos femeninos son definidos por Coates (1980) y por otros como personas

nada violentas pero con bruscos cambios de temperamento. Este tipo de interacción interfiere en el proceso de identificación. En los casos que yo he tenido la oportunidad de observar otra modalidad de interacción entre padre e hijo, es el padre paternal y femenino que se convierte en un modelo femenino para el niño.

**El papel de la madre.** Suelen sufrir depresiones, traumas y desvalorización a los hombres. Aunque no desean tener hijos homosexuales, ellas parecen desanimar cualquier comportamiento agresivo, enérgico, independiente de éstos. En cuanto al significado del niño para su madre, cuesta mucho persuadir a la madre de que está utilizando a su hijo como a una niña perfecta, es decir, una niña con pene y que lo utiliza con propósitos narcisistas.

Sobreprotección maternal. Esto implica que el niño se considere débil, vulnerable y pequeño. Todos estos factores contribuyen a un sentimiento de feminidad como describe Michael Lewis. Para este autor, el niño, entre los 3 y 5 años, entiende que ser chico significa ser grande, ser fuerte,...mientras que ser chica implica ser pequeña y vulnerable.

Un paciente de cinco años hace de Lois Lane cuando juegan a Superman. Su hermano hacía de Superman y le protegía. En una ocasión su madre me vino muy enfadada porque el hermano mayor no había protegido al menor en el baño, sino que le había dejado arreglárselas por su cuenta. Yo le dije que el hermano mayor estaba enseñando al más pequeño a defenderse él solito y a que pusiera a prueba sus propios recursos, de este manera fomentaba la búsqueda de identidad del pequeño. La madre se sorprendió muchísimo al comprobar su propia insistencia acerca de la vulnerabilidad y fragilidad del niño. Hay un modelo de madres sobreprotectoras en las madres, pero también está el modelo de madres autoritarias como aparecen en los estudios de U.C.L.A. y Roosevelt (Coates 1985).

Los sociólogos han descubierto que los niños se identifican con la figura más poderosa de la casa al margen del sexo.

Es asombroso cómo algunos niños pueden provocar para ayudar a sus madres un cambio absoluto de rol. De esta manera el niño se convierte en la madre de la madre. Esta relación simbiótica afecta al proceso de desarrollo de autonomía, al proceso de separación e individualización. No es nada sorprendente que el niño se vea a sí mismo como una mujer dotada de atributos caricaturescos. Mi opinión acerca de esta caricatura de feminidad es que refleja la hostilidad de esta interacción con la madre.

Estos niños parecen deprimidos y reservados. Aunque la depresión no se ha estudiado sistemáticamente en los niños, normalmente acompaña a la angustia de separación y a la personalidad fronteriza. La depresión puede surgir de la experiencia de ser anulado como individuo y por el férreo control ejercido y la intrusión e inconsistencia de estas madres. Los padres se caracterizan por su ausencia y distancia. Un niño de 14 años no tenía padre pero como no lo tenía en mis notas no lo supe hasta bastante más tarde. También traté a dos padres que ellos mismos tenían problemas de identidad, uno conscientemente y el otro inferidos- habiendo sido un perfecto actor representando roles femeninos y habiéndose casado con dos mujeres que padecían a su vez los mismos problemas de identidad. La identificación del niño con el padre contribuyó a la feminización del niño. Mientras que la relación complementaria con la madre era interferida de tal manera que les trataba como figuras del mismo sexo. A los padres se les debe tener muy en cuenta para todo tipo de consejo e incluso deben someterse a tratamiento. El trabajo con los padres es un elemento crucial para el resultado de la terapia (Coates 1988).

El acercamiento psicoterapéutico debe tratar de objetivar al niño las características de los padres, al igual que clarificarle la forma en la que es considerado por sus padres, esto último sin ningún tipo de actitud crítica por parte del terapeuta. Esta parte se realiza con la activa colaboración de los padres.

En estos niños, en parte debido a la angustia de separación, no se aprecia una constancia completa de ellos mismos. Investigaciones en el desarrollo indican que para los tres o cuatro años de edad (Melvin Lewis) el niño establece constancia de si mismo y constancia sexual sin importar cómo vaya vestido, o dónde se encuentre, siempre será chico (ella-chica). En estos chicos sin constancia propia, la convicción de que algún día se pudiera transformar en niña, o la niña en niño, se ve perfectamente. Veamos el ejemplo de R. Greene.

*R.G.: ¿Crees que alguien con pelo largo, por ejemplo un chico o un hombre, y que lleva vestido es una chica o un chico?*

*NICK: Es una chica.*

*R.G.: ¿Una chica?*

*NICK: Ja, Ja...*

*R.G.: O sea, que si un chico se deja crecer el pelo y se pone un vestido...¿Eso le convierte en chica o es un chico todavía?*

*NICK: Es una chica.*

*R.G.: No, es un chico.*

*NICK: ¡Ya lo sé!*

*R.G.: ¿Lo sabes?*

*NICK: Porque es un chico.*

*R.G.: Es un chico disfrazado de chica.*

*NICK: Sólo tiene el pelo largo.*

*R.G.: Eso no le hace chica ¿verdad? ¿Sabes por qué no le hace chica?*

*NICK: Porque es como un Beatle.*

*R.G.: Ja, ja... Los Beatles tienen pelo largo.*

*NICK: Es como un Beatle con vestido.*

*R.G.: Bien, y... ¿por qué los Beatles no son chicas si llevan vestidos? (el terapeuta intenta educar al niño un poco más).*

En este diálogo el niño empieza a adivinar que su terapeuta no está de acuerdo con su inicial convencimiento de que los niños se pueden convertir en niñas.

Aquí no es importante como terapeuta ver los límites del acercamiento educacional. La razón de esto es que el deseo vence a la lógica, que los problemas reales están escondidos y el niño los encubre imitando lo que dice el terapeuta.

El evitar la lucha cuerpo a cuerpo es característico en estos niños. Aquí, el terapeuta debe presentar otros modelos de interacciones con niños que no tienen por que jugar agresivamente.

Como demuestra seguidamente Greene: “A veces los niños de tu edad opinan que es mejor ser una chica o desean ser chicas, pero la gente no les entiende. (El niño permanece callado). A veces, los chicos continúan pensando igual cuando crecen y, probablemente, otra gente que no les entiende se burlará de ellos. “Yo le pregunté si él se sentía así y dijo que sí. Le volví a preguntar que motivo tenía para pensar así y contesto: “Las chicas no tienen que jugar fuerte y no se hacen daño. “Yo creí que igual él se sentía así porque recordaba su estancia en el hospital y le dije que aquello ya había acabado, que no tenía porqué jugar a peleas aunque fuera chico. En este punto que la oferta de actividades para chicos sea flexible es muy importante.

Papel de los amigos. Esto es importante para aconsejar a los padres y para la adaptación de estos niños en distintos ambientes.

Como hemos dicho antes, los padres, especialmente las madres, tienden a desaprobare los comportamientos propios de la edad. Por eso, aunque la madre de Nick aseguraba que su hijo jugaba a exploradores y que se trataba de un juego masculino, cuando el doctor Greene le preguntó si a ella le agradaba o le premiaba por ello, ella contestó que no. El terapeuta sugirió que ella debería animarle con frases como “¡Eso está

muy bien!", "¡Qué bien te sabes defender!", "Te has portado muy bien!". La madre reconoció que no lo hacía a menudo y que quizá lo debiera hacer más.

Eleanor Maccoby, en su informe "*El sexo como una categoría social*" (1986) afirma que en estudios culturales de doce tipos de comunidades, niños y niñas comiendo juntos, a la edad de seis años y medio, evitan jugar con los niños y niñas de diferente sexo (en una proporción de once a uno). Los grupos homogéneos son muy frecuentes a estas edades. Las chicas son más pasivas con los chicos que con las chicas.

La orientación hacia el mismo sexo en estas edades afirma su propio sexo. Los chicos cuando están con chicos muestran mayor atención hacia éstos que si están con chicas. Es crucial para estos niños encontrar amigos con su misma destreza y habilidad, por ejemplo, un amigo japonés es más apropiado pues no suelen ser tan agresivos.

**El papel de las relaciones con sus hermanos/as.** No ha sido estudiado con mucha precisión a excepción del hecho de que los niños femeninos se parecen más a otros niños femeninos en su patología que a sus propios hermanos/as. Me gustaría añadir que existe una forma de rivalidad que se expresa en la feminización del hermano menor del mismo sexo, de tal forma que el mayor se quita un rival de encima. Éste es el caso de dos hermanos que jugaban a Superman y, por supuesto, el pequeño hacía de Lois.

La relación con la hermana trae lo que yo he querido llamar "inversión del pene". El niño afeminado envidia el pelo largo y todos sus adornos. La niña le hace ver al niño que ella no tiene nada que envidiarle, ella le desprecia y le hace sentirse inferior.

**Imagen corporal.** Coates (1985) habla del asco que les produce su propia anatomía. Como he comentado antes el niño se negaba a aceptar su propio pene, pero lo que es más, negaba cualquier sensación o placer cuyo origen se pudiera

encontrar en el pene. Tampoco quería aceptar, ni siquiera en los juegos, que en su pene se hallaba la posibilidad de hacer niños. Como es normal, él se sentaba en el baño a la hora de orinar.

En mi trabajo con este niño, yo hablaba con él tratándole como a un chico y animándole a disfrutar de su pene y cómo incluso podría tener niños gracias a él. El niño respondió a esto creando muchos bebés en su familia de muñecas y visitándome con todos ellos. Además, en lugar de ir al baño con su madre, comenzó a ir solo, a orinar de pie y desechaba la ayuda de su madre para limpiarle.

**El papel de los amigos** en la formación sexual ya lo hemos comentado al hablar de las relaciones con el mismo sexo en la edad escolar. Michael Lewis ha descrito este estadio de preferencia por el mismo sexo. Yo afirmaría que este periodo es de crucial importancia para la identificación con los niños de su mismo sexo y la obtención de apoyo para sobrellevar el complejo de Edipo. Se trata de una cruzada contra el peligro.

**Juego.** Este apartado ha sido estudiado por Coates, Greene y Zucker. Estos niños prefieren muñecas como la Barbie, les gusta interpretar papeles de madre o de heroínas femeninas (Wonder Woman). Lo que el compañero de juego no podría haber detectado es que el juego de estos niños se convierte en un disfraz- una racionalización, ellos hacen real su deseo de convertirse en niñas o, en casos muy extremos, se creen niñas de verdad. Por eso, el juego es obligatorio y compulsivo y ellos deben interpretar siempre papeles femeninos. El juego adquiere la seriedad de una representación teatral, se trata de encarnar a un personaje sin ningún tipo de flexibilidad como a un juego tradicional correspondería.

En estos casos, el terapeuta debe ser neutral y debe facilitar que el niño descubra otros modos de juego sin educarlo para juegos masculinos.

En el caso de un niño de seis años, éste era capaz de interpretar a un rey, al dueño de un restaurante, Superman en

vez de Lois... La presencia de estos papeles masculinos aumentaron desde cero hasta predominar. Sin embargo, poco tiempo después noté que el niño volvía a representar papeles femeninos predominantemente. No lo pude entender hasta que averigüé que la madre le había apuntado a una clase de gimnasia donde hacía ejercicio con 21 niñas y 3 niños, además de con un profesor con favoritismo reconocido hacia las niñas. En la conversación con los padres, ninguno de los dos era consciente de que ambos reforzaban la identidad femenina del niño como respuesta a su propia trastorno de identidad (el de los padres).

**Contratransferencia.** Este aspecto del tratamiento no se ha descrito sistemáticamente en gran número de casos. Por eso me gustaría introducir algunas observaciones clínicas en relación a la coacción que el niño ejerce en el terapeuta para que se le trate como a una niña. El terapeuta tiene que esforzarse para que no se le olvide que han interferido en el desarrollo de los aspectos masculinos de la personalidad del niño. El trabajo de J. Money es muy práctico en su propuesta del mosaico de feminidad y masculinidad que constituye en diferentes niveles la identidad individual de cada uno. Esta bisexualidad en la identidad sexual nuclear, identidad sexual y los roles sexuales debe tenerse en cuenta para abrir al niño a todas las potencialidades, de tal forma que él pueda desarrollar su auto-aceptación sin sentirse prisionero del destino al que sus tempranas experiencias parecían haberle empujado. Esto es importante tanto para los padres como para los niños.

En mi trabajo con la madre que le hubiera gustado ser capitán de un equipo de fútbol, mientras el padre deseaba ser mujer, la situación que me encontré fue la siguiente. El padre le compraba la ropa a la madre, preparaba el desayuno y la cena y acostaba a los niños. La madre era obesa y se negaba rotundamente a llevar faldas. Estos ejemplos confirman la renuncia de la madre a su feminidad y el traslado de ésta al padre. La madre respondió muy positivamente a nuestras conversaciones: perdió peso, comenzó a ponerse joyas, en definitiva,



adquirió mayor apariencia femenina. De hecho, me confesó que lo que le empujó a ser tan marimacho fue el deseo de agradar a su padre. Ella era la menor de varias hermanas y su madre no le trataba como a una chica (comprándole ropitas y demás detalles que sí tenía con el resto de sus hermanas). Al principio el niño no aceptó con agrado el proceso feminizante de su madre porque creía que le estaban privando de su propia feminidad. Sin embargo, entonces era capaz de mostrar conductas más masculinas. El trabajo de intentar que el niño se comporte de una manera convencional, puede convertirse en una experiencia traumática si no se aceptan los dos aspectos de la personalidad del niño. En una ocasión me sobrepasé al tratar de convencer al niño para que jugará con unas pistolas. Él me miró y me dijo: “Yo no te gusto.” Hay que recordar que la identidad sexual constituye una estructura muy atrincherada a pesar de estar tratando con niños. Es una parte integral de su personalidad que sólo puede cambiar con interpretaciones y aclaraciones de los diferentes factores que contribuyen a que el niño se vea a sí mismo como se ve, que le aclaren, además, cómo le ven sus padres y cómo le ve el terapeuta. Así, será capaz de reconocer aspectos masculinos y femeninos en sus padres. En este caso, su madre ha preferido mostrarle su parte masculina y viceversa.

Éstas han sido algunas de las contribuciones que las investigaciones sobre el desarrollo han ofrecido a la psicoterapia de estos pacientes. Aunque este tratamiento está todavía en proceso es realmente útil para el psicoterapeuta saber que sus interpretaciones se basan en datos sólidos.

En resumen, he presentado las características de los padres, madres, amigos, hermanos y hermanas, juego y contra transferencia en el tratamiento de niños femeninos utilizando hallazgos que vienen de datos de comportamiento y descriptivos epidemiológicos. El psicoterapeuta puede ser un consumidor de investigaciones y beneficiar a sus pacientes proporcionando acercamientos específicos para asuntos.

Han quedado en la actualidad, bien definidos planos diferentes y áreas interdependientes, a través de factores de interacción:

El **R.C.I.U.** (retraso del crecimiento intra-uterino) es debido a varias causas, especialmente obstétricas pero, una de sus causas puede ser descrita de manera esquemática: la G.H. o gran hormona es secretada muy pronto por los trofoblastos, células precedentes de la placenta. Dicha hormona no actúa directamente sobre el embrión, pero sí lo hace en la madre.

## **LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS EN LA ADOLESCENCIA\***

**Philippe Jeammet\*\***