

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

ESTADOS DE INTERSEXO; MANEJO PSIQUIATRICO

LUZ DE LOURDES SOLÓRZANO Y RIVERA *

Pertenecer a un sexo parece ser un hecho indiscutible, propio de todo ser viviente; sin embargo, es posible afirmar que ello no es ni propio, ni indiscutible. Todo ser vivo, al inicio de su existencia debe entrar en una jerarquía y en un estatus que lo identifiquen para los demás, es decir, para la sociedad en que le ha tocado vivir. Esta tiene normas y reglas que determinan no solamente qué se es, sino quién se es y debe ser dentro de sus ámbitos.

Desde el momento del nacimiento se adjudica al individuo un sexo genérico, basado fundamentalmente en el aspecto de los genitales; pero ello, no es lo que va a determinar más tarde que se posea una identidad sexual definida.

Ya se ha expresado muchas veces que ser hombre o mujer no depende de los aspectos biológicos sino, en mucho mayor medida, de los aspectos psicológicos y de su relación con las condiciones sociales en cuanto a estatus y roles.

Esto es, somos no nada más por la identidad corporal que logramos inicialmente en la infancia; no nada más por la imagen, concepto y esquema que nos formamos de nosotros mis-

* Hospital Infantil de México.

mos, somos, por la aceptación o no que tengamos de lo que internamente sentimos. Este sentir ser, se completa en la adolescencia, con una identidad social y la lucha por lograr un lugar en el mundo, mundo que cambia de una sociedad a otra.

En los estados de intersexo, que son muchos, a saber: estados por problema físico como el hermafroditismo y el pseudohermafroditismo, masculinización o feminización en la adolescencia, no acordes con el sexo; la homosexualidad, tanto masculina como femenina, que tiene en mucho implicaciones fundamentalmente psicológicas, aunque en Gran Bretaña se ha hablado últimamente de factores genéticos en la homosexualidad; el transvestismo, es decir, la predilección por el uso de ropa del sexo contrario, sea por fetichismo o por la necesidad de utilizarla como un medio de reducir la angustia; la transexualidad, en la que el individuo, desde muy temprana edad y sin tener conciencia de algo sucedido, se va identificando con el sexo contrario al que biológica y socialmente está asignado, de tal modo que sufre ser físicamente algo y sentir, pensar y ser en lo contrario.

Cada una de estas entidades, desde el punto de vista psiquiátrico, tiene un tratamiento diferente. Cuando el niño nace con anomalías genitales que impiden determinar su sexo, es conveniente un manejo temprano ya que, como decíamos anteriormente, es importante que se tenga una memoria de lo que es nuestro cuerpo, pero es también importante que sepamos y seamos capaces de saber lo que hemos de hacer con él. El niño muy pequeño aún no tiene conciencia de los sucesos, pero muy pronto será capaz de percibir su propio cuerpo, de saber, en una memoria que quedará imperecedera, cuál es su cuerpo; más tarde aprenderá qué papeles juegan

su padre y su madre, es decir cuáles son los roles sociales que cada uno de ellos tiene, tenderá a imitarlos, a ser con un sentido social, que sólo al llegar a la adolescencia adquirirá su plenitud. Muchos autores, entre ellos Money y Lynn, consideran que es más conveniente iniciar el manejo del hermafroditismo y el pseudohermafroditismo antes de los tres meses de edad; otros, como Dewhurst y Gordon, piensan que la edad es lo de menos. En nuestro servicio sí consideramos que la edad es primordial para cualquiera de las entidades, ya sea pseudohermafroditismo o hermafroditismo, homosexualidad o transexualidad, mientras más temprano se inicie la educación apropiada mayores serán las posibilidades de modificar, manejar e integrar el caso de modo tal que se llegue a la solución más favorable.

La genitalidad confiere el derecho de utilización de los genitales como función biológica; pero la sexualidad, o sea adoptar y aceptar los roles masculinos o femeninos y vivir acorde con ellos, es un hecho más trascendente que implica, desde la inicial identidad corporal en la infancia hasta, tras una larga etapa en la adolescencia, el despertar de distintas conductas biológicas, que aunadas a lo social y emocional, definen al individuo totalmente para la vida; despertar matizado por la salud o la conflictiva que hasta ese momento haya tenido el adolescente, la familia, la sociedad y la cultura.

En los casos de indeterminismo sexual por alteraciones genéticas, hormonales o de otra índole, la asignación de un sexo se

hace necesaria por razones emocionales, morales, religiosas, sociales y culturales más que físicas. El ser humano debe ingresar, desde el momento en que nace, a un estatus social que lo defina para la familia y la comunidad.

La identidad sexual no se refiere únicamente a la actividad hormonal, la condición genética, las bases biológicas o la fisiología; no se es hombre o mujer por ello, sino en mucha mayor medida por el psiquismo y la socialización de las funciones inherentes a un sexo. De ello se deriva que en los casos de hermafroditismo, pseudohermafroditismo, homosexualidad y transexualidad, la psiquiatría sea un elemento primordial para el estudio y manejo de los casos. Se ha establecido que la edad ideal, para el manejo de los casos físicos, debe ser antes de los cuatro años, cuando el paciente no ha tenido la incipiente integración de identidad. Nosotros, a través de la experiencia de numerosos casos, consideramos que debe comenzar en una edad temprana, iniciando el manejo a través de la familia y tratando a esta misma si es necesario, es más, la educación apropiada debe extenderse a la comunidad, incluyendo aquí al personal médico y paramédico que labora cerca de estos enfermos. En los casos no físicos sino emocionales deben detectarse así mismo lo más temprano posible e iniciar cuanto antes su reeducación para poder obtener en un buen número de casos, resultados favorables. Los manierismos, el transvestismo, la inversión de juegos y roles más allá de los siete años, son elementos que el médico no debe dejar pasar.

Desde el punto de vista psiquiátrico son muchos los elementos a estudiar, tanto en los casos de base física como emocional: en primer término debe determinarse a

más tardar a los tres años, la inclinación del niño a uno u otro sexo y la aceptación del rol asignado al nacimiento o su contraposición a él mediante tests psicológicos o un estudio psiquiátrico completo. Dicho estudio, aun en edades tempranas, permite evaluar las condiciones de desarrollo y crecimiento (técnicas de Gesell y la de Knobloch modificada), así como las actitudes referentes a la incipiente personalidad y los roles, que hacen factible aseverar el sexo adoptado por el paciente. La observación de la conducta solo y en grupo, así como el uso de la técnica de Gesell o la de Knobloch modificada, son muy útiles. Recuérdese a este respecto, como establece Lynn, que uno es el rol sexual de identificación, otro el rol sexual preferido y finalmente otro todavía, el rol sexual adoptado. Es decir, un individuo biológicamente sano, puede preferir un rol o adoptarlo, en forma discorde a su anatomía, genética y fisiología lo que constituye el transexualismo.

Antes de los tres años se tiene sólo una imagen y un esquema corporal que puede ser modificado, pero aún no se establece la identidad, ni como concepto corporal, ni como rol; es por ello que debe insistirse en la iniciación a la brevedad posible, del tratamiento integral acorde a las particularidades conflictivas del caso.

Cuando esto no puede llevarse a cabo las repercusiones emocionales son variables, tanto respecto a la edad del paciente, su vivencia del problema y aceptación o no del mismo, como de la forma en que se ha manejado todo ello en el hogar y en el ambiente. Lo más frecuente son sensaciones de tipo depresivo, inhibición, minusvalía, agresión reprimida o autoagresión, ocasionalmente deseos de muerte, aislacionismo y dificultad en las relaciones

interpersonales. Esto último es más frecuente en los casos de índole física, en donde las correlaciones deben ser a largo plazo o casi irrealizables y el sujeto tiene que vivir su condición de ser distinto de los demás; o bien cuando las circunstancias emocionales de los padres o el ambiente, le hacen vivir un rol ambiguo o diferente al sexo civilmente asignado. La sintomatología individual puede ser variable, pero la anotada es la más frecuente.

En cuanto hace a los padres, en los casos de intersexo debe realizarse un estudio minucioso, si se trata de un menor, tendiente a investigar la personalidad de ellos, la aceptación adecuada o no de sus propios roles, la dinámica familiar, las condiciones de cultura y ambiente, su conducta frente al problema, sus actitudes previas, las influencias religiosas, culturales y sociales sin olvidar, como ya se dijo la actitud general de la familia y de la comunidad. En muchos casos es dable encontrar conflictos que más tarde van a generar condiciones aún más graves que impedirán el desarrollo armónico; en otros, no solamente la problemática de los padres y la familia, sino la del ambiente, puede dañar en forma decisiva al paciente.

No es raro que existan dudas sobre el funcionamiento actual y futuro en uno u otro sexos, que los padres tiendan a tener sentimientos de culpa, a considerar el caso como castigo, a manejar al paciente con agresión abierta o encubierta, a rechazarlo o a sobreprotegerlo. Muchas veces la relación de los padres y la familia puede desvirtuarse y provocar un caos, del cual se hace víctima y culpable al paciente.

En los casos de jóvenes y adultos, pueden ser válidos los mismos parámetros descritos, tanto en la familia como en el ambiente del paciente que decide cambiar

de sexo, y el resultado del tratamiento dependerá primordialmente de la independencia física y emocional que hayan logrado de la familia.

Los conceptos anteriores pueden ser más fácilmente comprendidos con la presentación de dos casos tratados.

J.T.L. Edad: 5 años 4 meses. Procedencia: Edo. de Michoacán.

Ingres a con diagnóstico de pseudohermafroditismo masculino, extrofia vesical e hipospadias.

Proviene de una familia de estatus bajo; el padre, campesino, estudió hasta primero de secundaria en un seminario; la madre sólo completó el segundo año de primaria. Se casan sin consentimiento de los padres de él, ya que ella había sido casada anteriormente. Han procreado seis hijos, de los cuales han muerto, por diversas causas, cuatro, todos varones. Vive una niña de 8 años y el paciente. Al nacimiento de este último, notaron que no estaba bien formado, les dijeron que tal vez era niña y, por presiones familiares, le bautizan y registran como tal, pero pensando que podía ser varón.

Es traído tardíamente a consulta por problemas económicos. En el hogar se muestra más tendiente a imitar al padre y rehusa las tareas femeninas; en sus juegos no tiene preferencias específicas, pero tiende más bien a andar con niños; se le viste indistintamente con lo que les regalan, y se le nombra Chano o Chana. Todo el pueblo le conoce y algunas personas le reclaman a la madre por no atenderle. La abuela paterna les acusa que les ha ocurrido eso por no asistir a misa. Ellos creen que Dios no quiere darles un hijo varón pues los varones se les han muerto y por eso a veces tratan de cubrir el problema vistiéndole de mujer, pero ven que no se siente a gusto, sigue al padre en su trabajo, le ayuda y le imita en todo.

En el estudio psicológico se encontró que ambos padres estaban centrados en sus roles,

de acuerdo a su cultura y que no existe grave alteración de la dinámica familiar, salvo tal vez el matriarcado, muy frecuente por otra parte en nuestro medio. En el estudio del paciente se pudo observar su preferencia por los juegos masculinos, la utilización de posturas, modales y nombre en el mismo sentido, así como en sus actitudes. Prefiere la relación con figuras masculinas. En su estudio con la técnica de Gesell, su desarrollo corresponde a un niño de menor edad, pero ello puede deberse a falta de estimulación, ya que es dinámico y establece una fácil relación con el ambiente.

En el estudio físico se encuentra cariotipo XY, ausencia de órganos genitales internos femeninos; en el canal inguinal derecho había un testículo histopatológicamente normal. Los uréteres eran normales así como los conductos deferentes. En el periné existía un hamartoma, que fue extirpado.

Desde el punto de vista psicológico el paciente se había identificado con la figura masculina, a pesar de la ambivalencia para su manejo; los padres presentaban sentimientos de culpa, inducidos por la abuela y sus creencias religiosas en cuanto a tener un hijo varón; provenientes de un medio sociocultural bajo, manejaron el caso con indiscriminación de roles, pero internamente tendientes al rol masculino.

Socialmente, y considerando que el caso era ya conocido por los habitantes de la rancharía de donde provenían, se buscó trabajo al padre en la ciudad de México y, en cuanto a la situación legal, puesto que había sido registrado como mujer, se realizó un nuevo registro acorde con el sexo masculino y se le bautizó en la misma forma. Se dio orientación a ambos padres para manejar la situación con la familia. Actualmente Chano acude a la escuela, se ha adaptado sin problemas a su situación actual y últimamente se le corrigió quirúrgicamente la hipospadía.

El segundo caso concierne a un estado transexual, de 22 años de edad, que acude a

consulta por consejo del cirujano plástico. En la historia clínica se encuentra que es el cuarto hijo de una familia en donde el padre prácticamente no ha existido ni emocional ni económicamente y la madre tuvo que adoptar los dos roles; hay dos hermanos varones mayores, con serios problemas emocionales y una hermana con buena adecuación. El paciente, desde que recuerda, siempre se sintió mujer; tendía a hacer tareas de este sexo y gustaba a veces de vestirse como niña. Ello trajo consigo un gran repudio del padre y los hermanos y acentuada angustia en la madre. A los 8 años busca relación con varones y llega a tener una relación sexual, sintiéndose culpable, pero no de haber experimentado una relación homosexual, sino como si fuera una niña. Durante toda su vida, sufría constantes vejaciones y burlas pero nunca estableció relaciones homosexuales con mujeres. Estableció relaciones afectivas con varones, pero siempre bajo la apariencia femenina, ya que cuantas veces le era posible, se vestía como mujer, y desde los veinte años, ingiere hormonas femeninas.

Su apariencia es netamente femenina y en el estudio psiquiátrico y psicológico se encuentra que, desde la infancia, la identidad fue netamente femenina; jamás hubo indicios de identidad masculina. De la familia, con la cual se buscó deliberadamente relación y hasta logró hacerse un estudio, únicamente la madre y hermana aceptan el problema, el padre y hermanos lo rechazan abiertamente y aun con agresión.

En estas condiciones se realizó una intervención quirúrgica con objeto de incorporar al paciente al sexo de identificación, con lo que la paciente se encuentra bien adaptada. Otros miembros de la familia, como tíos, cuñado, etc., aceptaron la situación actual tras un trabajo de convencimiento y orientación. Los trámites religiosos y legales, son manifiestamente diferentes en estos casos.

Estos dos casos no ejemplifican toda la gran cantidad de problemas que pueden

encontrarse en la clínica, pero tal vez ayudan a hacer hincapié por un lado en la necesidad de un manejo integral y por otro, que éste, en la mayoría de los casos, debe ser temprano. Tanto decisión como tratamiento y manejo no pueden quedar en manos de una sola persona así sea un médico de cualquier especialidad, sino que deben participar activamente los padres, la partera, el sacerdote y otros.

Es indispensable tomar en cuenta la circunstancia total del paciente, su edad, sus condiciones emocionales y físicas; estudiar a los padres, la familia y a todos los indirectamente involucrados; al ambiente, como factor sociocultural y, finalmente, lo que para el psiquiatra y el médico en general carece de importancia, los aspectos legales, sociales y religiosos que, para el paciente y la familia pueden ser primordiales y deben ser encauzados y resueltos adecuadamente.

Debe insistirse pues, en que no son los parámetros fisiológicos, genéticos y otros de índole biológica, los que determinan definitivamente el sexo; en mucha mayor medida, se es hombre, o mujer, por la identidad corporal, emocional y social que adquirimos paulatinamente. Y conviene todavía subrayar la importancia de que, en todos los casos de intersexo, tanto físicos como emocionales, el estudio y el manejo tienen que ser siempre integrales.

REFERENCIAS

1. Waldemar, Ch.: *La magia del sexo*. México, Grijalbo, S. A. 1963.
2. Sorokin, Pitirín A.: *Sociedad, cultura y personalidad*. 3a. ed. México, Aguilar, 1966.
3. Jung, C. Carl: *Conflictos del alma infantil*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1959.
4. Freud, S.: *Obras completas*. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva, 1943.

5. Erikson, H. E.: *Childhood and society*. 2a. ed. Nueva York, W. W. Norton & Co. 1963.
6. Fromm, E.: *El arte de amar*. 2a. ed. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1959.
7. Linton, R.: *Cultura y personalidad*. 5a. ed. Colec. Breviarios, México, Fondo de Cultura Económica, 1965.
8. Mead, M.: *Sexo y temperamento*. 2a. ed. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1961.
9. Malinowsky, B.: *Estudios de psicología primitiva*. 2a. ed. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1958.
10. Clellan, S. F. y Franck A. B.: *Patrones de conducta sexual*. Nueva York, Harper and Bros. Publ. 1951.
11. Lynn, D.: *Sex role and parental identification*. Child Development 33:555, 1962.
12. Money, J.: *Sex research new development*. En: *Determinants of human sexual behavior*. Holt, Riverhot y Winston (Eds.). Filadelfia, Ch. C. Thomas, 1963.
13. Levine, S.: *Sex differences in brain; psychobiology*. Scientific American Inc. U.S.A. 1967.
14. Magoun, W. H.: *El cerebro despierto*. 1a. ed. México, Prensa Médica Mexicana, 1964.
15. Lehman, D. S.: *The reproductive behavior of ring doves*. Scientific American Inc. U.S.A. 1967.
16. Frostig, M. y Horne, D.: *Programa para el desarrollo de la percepción*. Comp. publicitaria de folletos. Chicago, 1964.
17. Fuente de la R.: *Psicología médica*. 1a. ed. México, Fondo de Cultura Económica.
18. Jung, G. C.: *Psicología y educación*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1949.
19. Solórzano y R. L.: *Educación sexual*. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 25:372, 1968.
20. Spitz, A. R.: *El primer año de vida del niño*. 1a. ed. México, Ed. Aguilar, 1961.
21. Piaget, J.: *La formación del símbolo en el niño*. 1a. ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1956.
22. Fromm, E.: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. 1a. ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1956.
23. Higareda, A.: *Adolescencia, aspectos psicológicos*. Humanismo y Pediatría. Acad. Mex. de Pediatría e Inst. Mex. de Psicoanálisis. Mex. 1968.
24. Fromm, E.: *Ética y psicoanálisis*. 1a. ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1953.
25. Linton, R.: *Estudio del hombre*. 7a. ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1963.
26. Huxley, A.: *Obras completas*. 2a. ed. Buenos Aires, Ed. Plaza y Janés, 1963.
27. Pappenheim, F.: *Enajenación del hombre moderno*. 1a. ed. México, Ed. Era, 1963.
28. Aramoni, S. A.: *Humanismo, psicoanálisis y medicina humanista*. Humanismo y Pediatría. Academia Mexicana de Pediatría e Instituto Mexicano de Psicoanálisis, México, 1968.