

Seudohermafroditismo masculino Aspectos médicos, psicológicos y éticos

Dra. Rosa Z. Loureiro ¹

Resumen

Se exponen en este trabajo las vicisitudes diagnósticas médica-quirúrgicas y el manejo psicoterapéutico de un caso de seudohermafroditismo masculino (SHM).

El objetivo es reflexionar sobre los aspectos éticos involucrados en las etapas diagnósticas, en el informe médico y los aspectos psicológicos que deberán ser contemplados en el equipo médico en esta rara patología.

Planteamos que la terminología médica debería reservarse estrictamente para el ámbito médico y frente al paciente y su familia debería mediatisarse la información sin ocultación de la misma.

Se desarrolla el concepto de: 1) "conflicto biológico"; 2) determinación de sexo y 3) determinación de género, a los efectos de una mayor comprensión psicológica de esta enfermedad.

Se plantea la conveniencia del trabajo interdisciplinario, con apoyo de psicología médica.

Palabras clave: Seudohermafroditismo

Sexo

Equipo de atención al paciente

Seudohermafroditismo-psicología

Ética médica

Introducción

Los casos de seudohermafroditismo masculino (SHM) son de rara incidencia en patología humana. Según Swerdlow (1993), uno de cada veinte mil a uno en sesenta y cuatro mil casos ⁽¹⁾. Aquí incluye en este síndrome una serie de entidades clínico patológicas cuya característica común es la de presentar sexo genético y gonadal masculinos mientras que el sexo genital externo puede ser desde femenino normal hasta todos los grados de ambigüedad descriptos por Prader ⁽²⁾.

Clasificación de estados intersexuales

- Seudohermafroditismo femenino: sexo genético y gonadal femeninos, pero sexo genital ambiguo o masculino.
 - Disgenesias gonadales puras 46 XY: sexo genético masculino, pero gónadas disgenéticas y sexo genital femenino o ambiguo.
 - Disgenesias gonadales mixtas: sexo genético masculino o anómalo; sexo gonadal mixto y sexo genital ambiguo.
 - Hermafroditismo verdadero: sexo genético femenino, masculino o mosaico, sexo gonadal mixto, sexo genital masculino o ambiguo.
 - Seudohermafroditismo masculino: sexo genético y gonadal masculino y sexo genital femenino o ambiguo.
- Los pacientes afectados por el "síndrome de feminización testicular" o "testículo feminizante", son varones genéticos (XY) con diferenciación de testículos, que desarrollan genitales externos femeninos, pues si bien sus

1. Psiquiatra Infantil. Psicoterapeuta Psicoanalítica. Psicoterapeuta Habilmente de AUDEPP

Trabajo presentado en el V Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y de la Adolescencia

Aportes al tema: Aspectos éticos en la asistencia de niños y adolescentes.

Correspondencia: Dra. Rosa Zarina Loureiro. J. Barrios Amorín 1595. Montevideo, Uruguay. E-mail: dosslou@chasque.apc.org

Recibido 23/5/97

Aceptado 4/7/97

testículos producen testosterona ésta es incapaz de actuar por ausencia o anormalidad de sus receptores periféricos, que son los encargados de "reconocer" a esta hormona e iniciar los procesos que llevan a la masculinización genital. En consecuencia los órganos genitales externos fetales "desconocen" a la testosterona y por lo tanto se desarrollan de acuerdo al patrón femenino, lo que se asocia a falta de descenso testicular. Al no existir dudas del sexo al nacer, estas personas son criadas como niñas y se desarrollan como mujeres, aún cuando su constitución cromosómica y gonadal correspondan al sexo masculino⁽³⁾ y tengan cromatina sexual negativa.

Se dan formas incompletas de este trastorno en las que existe cierto grado de masculinización incluyendo el agrandamiento del falo y la fusión labioescrotal. En la pubertad se produce un desarrollo mamario, pero la feminización es menos completa. Se ha supuesto que estos pacientes presenten un menor grado de insensibilidad a los andrógenos que aquellos con el síndrome completo.

En textos de medicina interna si bien estos casos están agrupados bajo el capítulo de "trastornos de la diferenciación sexual", estas patologías son descriptas como "estados intersexuales"⁽²⁾.

Según Chernes (1994) investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Endocrinológicas del hospital de niños R. Gutiérrez Ruiz de Buenos Aires, la mayoría de estudios realizados en estos pacientes apoyan el concepto de que el desarrollo o la adquisición de un rol sexual coincidente con el sexo asignado al nacimiento, se verifica en forma precoz en la vida posnatal y que en la definición del mismo juega un rol fundamental la actitud que adopta un niño o niña que ha sido claramente orientado hacia uno u otro sexo por las influencias parentales, familiares y sociales de su entorno⁽⁴⁾.

En los casos de tres hermanas de Stern, citado por de Ajuriaguerra⁽⁵⁾, en donde el diagnóstico se hizo tempranamente, las tres afectadas por esta anomalía descrita eran femeninas psicológicamente y la orientación sexual era adecuada a su sexo. Ocurre lo mismo en diez personas estudiadas por J. Money y colaboradores. Estas personas presentaban un síndrome completo sin historial psiquiátrico siendo sus actitudes completamente femeninas en su rol e identificación de género, o sea que no tenían un trastorno de identidad⁽⁵⁾.

En un abordaje psicoanalítico de dos pacientes intersexuados, realizado por Losso y Morici⁽⁶⁾, se encontraron que ambos presentaban trastornos psíquicos severos. Habían sido asignados con sexo civil masculino sin posibilidades quirúrgicas de poder funcionar como varones. Esta situación les generaba un grave problema de identidad. Estos autores describen esta situación como "vacío identificatorio".

Es obligatoria la asignación de un sexo al nacer. Existe la diferenciación sexual: mujeres o varones. ¿Qué entendemos por ello? Se trata de un complejo proceso que lleva a la individuación femenina o masculina y que como tal tiene vertientes biológicas, psicológicas y sociales que son interdependientes y complementarias entre sí.

Alfred Jost, científico francés (1972), demostró que el desarrollo sexual es un proceso de determinaciones sucesivas, cada una dependiente de la anterior. Es el llamado paradigma de Jost: el sexo cromosómico lleva al sexo gonadal y éste al fenotípico o genital⁽⁷⁾.

George y Wilson (1994) comparten este concepto biológico describiendo la serie de cambios secuenciales que comienzan con el establecimiento del sexo cromosómico en el momento de la fecundación, son seguidos por el desarrollo gonadal (diferencia de ovarios, testículos) y culminan con la formación del sexo fenotípico o genital⁽⁸⁾.

Chemes destaca el "sexo de crianza" o psicosocial que está basado en la observación de los genitales externos al nacer (sexo fenotípico) y condicionado por la serie de actitudes psicológicas, sociales y legales que la familia y la sociedad asumen frente a la crianza de un varón o de una niña⁽⁴⁾.

Siguiendo a Dío Bleichmar (1985) reservamos el término *sexo* para los componentes biológicos, anatómicos y el intercambio sexual; y el término *género* para los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad o masculinidad⁽⁹⁾.

Los aspectos determinantes del *género* son esencialmente impuestos por la cultura⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Este proceso comienza con el nacimiento y forma parte de la estructuración del psiquismo; constituyen lo que en un sentido amplio podríamos llamar sexualidad psíquica en la cual distinguimos tres factores:

- 1) Sexo civil o asignado que se establece en el momento del nacer y queda registrado en el documento de identidad.
- 2) Sexo de crianza o de educación que se puede definir como la transmisión por parte de los padres, de un código particular; código que tiene un aspecto positivo y uno negativo: qué es ser o no ser, niña o varón.
- 3) El factor propiamente psíquico que, por supuesto incorpora al anterior, tiene que ver con los requerimientos de las instancias internas:
 - a) los impulsos, deseos y fantasías, inconscientes y conscientes.
 - b) los requerimientos normativos, normas de la cultura internalizadas como superyó, y
 - c) los mecanismos de adaptación a la realidad.

Stoller (1992) introduce entre la naturaleza y la cultura un tercer término, que denomina período crucial, en el que el deseo de los padres y la asignación de un sexo

imprimen un sello a la identidad de género, que difícilmente pueda revertirse después de los tres años de edad⁽¹⁴⁾.

El concepto de género nos habilita básicamente para comprender la dimensión simbólica de la femineidad o masculinidad, fuera de la dimensión biológica. Lo utilizamos para describir el perfil psicosexual de una persona.

Para ello se requieren tres especificaciones: sexo anatómico, el género, el tipo de sexualidad con relación al objeto (orientación sexual según el sexo del compañero para las relaciones sexuales, heterosexual u homosexual)⁽¹⁵⁾.

Estudios en personas educadas en un sexo opuesto al de su constitución genética y gonadal han señalado que la identidad sexual y el papel sexual están fuertemente condicionadas por el ambiente externo y el tipo de educación. Por ello, a la hora de decidir el sexo que debe asignarse a un paciente con ambigüedad sexual, no debe primar la constitución genética o el tipo de gónada del paciente⁽¹⁵⁾.

Compartimos lo manifestado por este último autor en su "Tratado de Pediatría" sobre el apoyo psíquico a los pacientes con genitales malformados, que con frecuencia deben sufrir múltiples intervenciones quirúrgicas. Por lo antedicho, el sexo cromosómico y el sexo gonadal tienen una importancia secundaria sobre el papel sexual futuro, en tanto que la forma de educar al paciente, en sentido masculino o femenino, tiene una repercusión fundamental, trascendente.

En la bibliografía consultada no encontramos manifestaciones verbales sobre el encuentro de los profesionales con estos pacientes; ésta fue una de las razones que motivaron nuestro trabajo: poder compartir con ustedes dudas y reflexiones que se nos plantearon, frente a una caso clínico de una paciente a quien se le diagnosticó en su adolescencia esta enfermedad.

Los objetivos fueron:

- 1) Compartir el intercambio realizado con los colegas y reflexionar acerca del lenguaje con el cual se trabajó en el caso clínico referido.
- 2) Exponer reflexiones acerca de la verdad y la oportunidad de lo dicho, tanto a los padres como a la paciente.

Método de trabajo

Realizamos este trabajo a partir de las entrevistas con una adolescente, sus padres y el médico ginecólogo tratante. En atención a la obligación del secreto profesional, sólo manifestaremos aquellos hechos de la observación científica que sean de índole general, con el objetivo de poder plantear cambios de conceptos que ayuden a un mejor manejo clínico de la patología que exponemos⁽¹⁶⁾. Estamos ubicados así en el campo de la ética, respetando las condiciones para presentar un caso clínico científico, sin

que el paciente pueda ser reconocido. Estamos también en el campo de la ley, porque si por una indiscreción nuestra, un paciente recibe un daño moral, el juez nos puede procesar, de acuerdo al artículo 302 del Código Penal uruguayo por el delito de "Violación de Secreto Profesional" (Bespali, 1994)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

La misión del psiquiatra infantil es la de velar por la vida y la salud física y mental de los pacientes, niños y adolescentes, que son su objeto de estudio y tratamiento. Su actuar terapéutico puede ser realizado con o sin psicofármacos. En el caso de realizarse un tratamiento sin psicofármacos, lo denominamos psicoterapia. Ésta puede tener distintas formas de realizarse, según sean las líneas teóricas que las sustenten. En nuestro caso adherimos a la línea psicoanalítica, que apunta al conocimiento del inconsciente del individuo a los efectos de poder lograr un conocimiento consciente de las causas que motivan sus síntomas psíquicos, para poder revertirlos. Por tratarse de una adolescente en donde es fundamental la mirada, el ser mirada y el mirar como afirmación de la autoestima, el tratamiento se realiza "frente a frente" y no en diván como es el caso de un psicoanálisis.

La calidad de nuestra práctica profesional como psicoterapeutas y de las intervenciones que realizamos, se despliega en tres campos principales: el campo técnico del saber-hacer, el campo del deber-hacer que dirige los valores éticos y el campo legal de las normas que acotan la responsabilidad profesional (Bespali, 1994)⁽²⁰⁻²²⁾.

En la psicoterapia a la par que se realiza el tratamiento psicológico requerido a la patología en causa, no puede dejarse de lado el cuerpo. Así que en el caso de una adolescente en psicoterapia que no había tenido su menarca, se sugirió la consulta ginecológica. A partir de la misma se generaron inquietudes en la paciente y sus padres, motivando la realización de interconsultas con el ginecólogo.

El método empleado para este trabajo es de observación e investigación psicológica.

Investigamos si esta paciente era portadora de un trastorno de identidad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV), este trastorno se caracteriza por la incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son: los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamientos y orientación sexual, valores morales y lealtades de grupo⁽³⁾.

Analizando la relación existente entre los cinco factores de la sexualidad biológica (cromosomas, gónadas, hormonas, genitales internos y externos), los tres de la sexualidad psíquica (sexo civil asignado, sexo de crianza y educación y factor propiamente psíquico) y la orienta-

ción sexual hacia el otro sexo, investigamos si eran concordantes o no entre sí.

En los individuos llamados "normales", todos estos factores son concordantes entre sí.

En determinados sujetos –homosexuales, travestis y transexuales– los cinco factores de la sexualidad biológica son concordantes entre sí, existiendo discordancia dentro de los factores de la sexualidad psíquica (y la orientación de la libido). Hablamos entonces de la *existencia de un "conflicto dentro de las normas culturales"*.

En otros sujetos –intersexuales– la discordancia se produce dentro de las leyes naturales que determinan el sexo, dentro de los cinco factores que determinan la sexualidad biológica. *Decimos entonces que hay en ellos un conflicto biológico*⁽⁶⁾.

Informe médico en un caso de SHM

Reflexiones psicológicas

Cada rama de la medicina tiene su lenguaje para brindar el informe médico; pero al tener un paciente en común, los profesionales médicos debemos actuar en forma conjunta.

Debemos actuar en forma interdisciplinaria, para enriquecernos mutuamente y trabajar mejor con el paciente, sin perder nuestra especificidad⁽²³⁾.

Cuando actuamos en equipo debemos tratar de lograr un lenguaje común para poder así compartir nuestro quehacer científico. Con relación al paciente deberemos actuar de la misma manera, para que éste pueda tener una mayor comprensión de su enfermedad⁽²⁴⁾.

En el curso de un tratamiento psicoterapéutico de orientación psicoanalítica con una adolescente, surgió la preocupación por la ausencia de menarca; esto motivó la consulta ginecológica correspondiente.

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por ser un período de transición, de crecimiento y de nuevos acontecimientos hacia la vida adulta, que incluye los cambios corporales. Es una etapa de gran fragilidad e inestabilidad de la personalidad, donde tienen fundamental importancia los aspectos identificatorios. Una adolescente mujer que no tiene la menarca no se siente igual a sus pares y eso le genera angustia e inseguridad.

El primer informe ginecológico se hizo en voz baja a la madre, estando separada la paciente en el espacio físico por un biombo. Se le informó que su hija carecía de hígado y vagina.

Pensamos en la difícil situación del colega que tuvo que enfrentarse a tal diagnóstico.

Dicha situación se enmarcaba dentro de los conceptos de la bioética, dado que a ésta le compete el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias

biológicas y la atención de salud, en la medida que ésta conducta se examine a la luz de valores y principios morales (Bespali, 1994)^(25,26).

En la paciente se desencadenaron reacciones negativas que la llevaron a rechazar al profesional actuante. Ello motivó un monto de angustia que hubo que ayudar a elaborar para que la paciente pudiese aceptar otra consulta, con otro profesional.

Hasta ese momento la paciente "sospechaba" que tenía algún problema físico porque no menstruaba como las compañeras de su edad. A partir de la consulta realizada pasó a una situación de enfermedad. Bespali cita a Lolas (1992), quien explica que la situación existencial de "estar enfermo" tiene tres posibles vertientes: "sentirse enferma, tener una enfermedad y ser considerada enferma". Nuestra paciente se encontraba en las tres vertientes⁽²⁵⁾.

En esta nueva consulta la comunicación médico-paciente fue sentida más cálida y continente. Se le sugirió a la paciente apoyo psicológico, exámenes de laboratorio de orina y sangre, ecografía, consulta con endocrinólogo y eventualmente laparoscopía exploratoria diagnóstica.

Luego de la ecografía, los padres reciben el informe ginecológico: "su hija carece de órganos internos femeninos; tiene un cariotipo XY masculino siendo portadora de testículos que deberán ser extirpados; es una patología muy rara pero no es grave y tiene solución con tratamiento endocrinológico".

Esta información provocó una sensación de "catástrofe", con vivencias de fracaso como progenitores. Estos padres se preguntaban:

- ❑ ¿Ante quién se encontraban?
- ❑ ¿Quién era su hija?
- ❑ Si tenía "cosas de varón"; ¿cuál sería su evolución futura de elección de pareja?
- ❑ ¿Cómo no se les había informado antes, desde el nacimiento, si siempre habían tenido a su hija en atención pediátrica?

La tarea psicológica fue sostenerlos y rescatar que la paciente genéricamente es una mujer: *que su género es femenino*.

A solicitud de los padres y de la paciente tuvimos encuentros con el ginecólogo tratante. Aceptamos esta propuesta en el entendido de la necesidad de encontrar un lenguaje común y un mismo decir frente a la paciente de todos los profesionales que intervenían en el caso. Sugerimos a este profesional el beneficio de una interconsulta con psicología médica (de pediatra, genetista, ginecólogo y endocrinólogo) y la necesidad de trabajar en equipo interdisciplinario, dado que habiéndose realizado las diferentes consultas, no se había planteado una reunión de este estilo⁽²⁷⁾.

Llegamos a un acuerdo sobre cómo empezar a infor-

mar a la paciente después de la laparoscopía: se le diría que "sus órganos internos estaban insuficientemente desarrollados incluyendo la vagina". Desde el punto de vista psicológico, esta información ayudaría para poder trabajar sobre la patología y poder empezar a mencionar sus carencias físicas y la realidad de la falta de su menarca.

Ella no fue informada previamente que se le realizaría extirpación de gónadas y concordamos en la inconveniencia de informarla sobre la existencia de testículos, en este momento.

El ginecólogo sostuvo la necesidad de hablar de biopsia de ovario, en lugar de biopsia de gónadas, o de glándulas sexuales. El informe fue precedido de una broma sobre "el papelón que hiciste antes de la operación" (la paciente entró llorando a la misma). La broma quizás tenía la intención de aliviar el estado emocional del momento, dado que reconocemos la difícil situación del médico que tiene que dar este tipo de informe.

Este proceder dificultó el reconocimiento de los miedos frente a la anestesia y frente a la operación misma. Planteamos que la negación de la angustia en sí misma dificultó al técnico actuante la expresión de los temores y la angustia de la propia paciente.

Si hubiese existido una instancia con psicología médica y si se hubiesen podido trabajar en equipo las inquietudes que este tipo de pacientes genera en el personal médico, las angustias se hubieran podido canalizar y resolver de manera más favorable⁽²⁴⁾.

Aspectos éticos

Queremos destacar la actitud ética del ginecólogo que indicó una terapia psicológica, posibilitando al paciente el encuentro con otro profesional, no estando él en condiciones de ayudarle dentro de esos conocimientos específicos (Ética Médica, artículo 3)⁽²⁹⁾.

El ginecólogo no se ocupó solamente de la salud física, sino de la salud integral de la persona (Ética Médica, capítulo IV, artículo 3)⁽²⁹⁾.

Este actuar terapéutico posibilitó el intercambio y la comunicación entre colegas, así como las reflexiones acerca de lo que se puede decir y de lo que no se le puede decir al enfermo por los efectos psíquicos que el informe médico puede producir.

Sabemos que no existen "fórmulas" para un informe, pero tenemos muchas interrogantes al respecto.

- ❑ ¿Cómo decirle a una joven que no va a tener menstruación, que no tiene útero, ni ovarios, ni vagina ni himen?
- ❑ ¿Debe informársele que es portadora de testículos y que tiene un cariotípico XY?
- ❑ ¿Qué debemos decirle al paciente?
- ❑ ¿Qué debemos decirle a los familiares?

❑ ¿Hasta dónde informar y cómo informar?

Sabemos que el médico tiene el deber de decir la verdad y que el paciente tiene el derecho de recibir una información completa sobre cualquier maniobra diagnóstica o terapéutica que se le proponga y tener conocimiento de los beneficios y riesgos que ofrecen tales procedimientos.

En los casos excepcionales en que dicha información pudiese ocasionar graves perjuicios al paciente, el médico deberá dirigirse a la familia con el fin de obtener un consentimiento válido.

Cuando la paciente es adolescente, la información veraz sobre su patología de SHM puede producir graves consecuencias psíquicas. Creemos que es un privilegio terapéutico el poder actuar de esta manera ("El deber de decir la verdad" Ética Médica, artículo 15.1)⁽²⁹⁾.

Cuando la paciente lo requiera o en su mayoría de edad podrá acceder a conocer lo que acontece realmente en su cuerpo^(1,17,19,30).

Según el artículo 16.2 del Código de Ética Médica, el médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece.

❑ ¿Cómo proceder en el caso de los SHM?

Se pensó en la posibilidad de que la historia clínica tuviese algún indicio a los efectos de que no le llegase la información a la paciente en forma inadecuada. De que los datos fueran "reservados" y no entregárselos a la paciente hasta que ella lo requiera en su mayoría de edad y siempre y cuando estuviese bajo tratamiento psicoterapéutico. Esta posibilidad la tuvimos en cuenta al analizar los derechos de los pacientes⁽²⁵⁾.

Fue competencia del ginecólogo tratante la forma de exponer en la historia clínica los resultados de los exámenes y maniobras quirúrgicas realizadas, a los efectos de que –sin ocultar la verdad– fuesen lo menos lesivos posible para la paciente, en caso de que ella requiriese en el futuro su historia clínica.

Con relación a la información brindada a los padres de que la joven era portadora de testículos, nos preguntamos –dado que desde el punto de vista funcional no son operantes para la determinación de sexo genital externo masculino– si no hubiera sido más pertinente hablar de "gónadas sexuales", o "glándulas sexuales insuficientes" o "inoperantes" y que por el riesgo de malignización deberían ser extirpadas. En esta patología esa es la causa por la que se realiza la extirpación, y con la administración de las hormonas de las cuales carece la paciente, mejorará su calidad de vida futura.

La información brindada a los padres sin una preparación psicológica previa, como se hizo, constituyó una cri-

sis. Entendemos por tal una situación nueva, inesperada, peligrosa y vivida con mucha angustia y depresión.

Esta crisis irrumpió también en el marco psicoterapéutico, no sólo por la enfermedad en sí, sino por los efectos que tuvo la información médica en los padres.

¿Hasta dónde los médicos debemos manejar la terminología médica con los pacientes y sus familiares?

Si bien no era una situación de emergencia que comprometiera la vida, demandó de parte de la psicoterapeuta una atención de urgencia: era necesario “una intervención en la situación de crisis”: la situación era vivida como tal por la familia que se encontraba desesperada, desorientada, desconfiada.^(24,31)

Los padres se preguntaban por qué razón los médicos no habían diagnosticado antes esta patología.

Tratamos de actuar en consecuencia en forma interdisciplinaria pero conservando las características propias de la función psicoterapéutica: se trata de la presencia, el papel y la palabra del terapeuta con la paciente, independiente de las interconsultas médicas realizadas.⁽³²⁾

Así se realizó una relación ginecólogo-psicoterapeuta para la asistencia de la paciente, respetándonos en nuestra especificidad; decidiendo en común la conducta a seguir en el informe posorquitectomía (Ética Médica, capítulo VI, artículo 67).⁽²⁴⁾

Si la psicoterapeuta está informada de las maniobras a realizar, ello ayudará a que la paciente pueda aceptar e colaborar en las mismas. Es fundamental en caso de intervenciones quirúrgicas explicar qué incisiones se realizarán, para que la paciente al salir del block quirúrgico y en el posoperatorio, encuentre en su piel las incisiones mencionadas. Hemos observado que si esto no es así, se genera una situación de desconfianza del lado de la paciente hacia el cirujano. Es necesario que esto no ocurra para mantener un grado de confianza en el profesional, que sabemos ayudará a la recuperación de la paciente.

Lo mismo sucede con relación a la biopsia de “ovario”. Nos preguntamos que hubiese sucedido si se hubiese empleado la palabra “glándulas sexuales” en lugar de ovario. No podemos olvidar que los padres saben que ella tenía testículos y ese “secreto”, que circula en la familia, puede producir trastornos psíquicos que deberemos tratar para que puedan ser revertidos.

La creencia de que es portadora de ovarios dificultará en un futuro la aceptación de que no los tiene.

Con relación al análisis genético, los padres lo retiraron del laboratorio y lo abrieron, con la consiguiente angustia frente a los resultados. El ginecólogo fue el médico que solicitó este examen y fue el encargado de la devolución a los padres del resultado. Nos preguntamos si no sería necesaria una consulta con genetista, por lo cual ha-

bíamos planteado incluirlo en el equipo interdisciplinario con psicología médica.⁽³³⁾

Conclusiones

A partir de la observación clínica relatada y basados en los aspectos médicos, psicológicos y éticos que hemos descripto, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- 1) Consideramos que la información médica forma parte del arte terapéutico y planteamos la necesidad de que la misma pueda tener una instancia, en donde en algún caso sea necesaria la preparación psicológica del médico, paciente y familiares.
- 2) En aquellos casos donde la patología determine un tratamiento multidisciplinario es conveniente trabajar en equipo. Cuando la patología pueda provocar en los médicos un excesivo monto de angustia, ellos deberían constituirse como equipo. O sea un grupo de personas unidas en una misma tarea, en pos de un fin común existiendo como tal en la medida que cumpla con la finalidad de asistir al enfermo por medio de la concurrencia de los aportes complementarios de sus integrantes. Los profesionales que trabajan en psicología médica, son psicólogos o psiquiatras que se han capacitado para hacer frente al padecimiento psíquico del paciente y del grupo de profesionales actuantes con dicho paciente.
- 3) Por los conceptos de “determinación de género”, “determinación de sexo” y “conflicto biológico” desarrollados en este trabajo, planteamos la necesidad de un diagnóstico neonatal en todos los casos de ambigüedad genital externa y la designación de sexo civil precoz, para lograr una correcta orientación psicosexual desde el nacimiento evitando de esta manera trastornos de identidad futuros. Cualquier cambio de sexo pasados los dos años de vida puede crear graves problemas psicosexuales en el paciente y trastornos diversos en la familia. Sabemos que para la elección del sexo se tiene en cuenta el estado de los genitales externos y de las posibilidades quirúrgicas para conseguir órganos externos cuyo funcionalismo permita una vida sexual activa, independiente de que sea fértil o no fértil.
- 4) Cuando el diagnóstico de intersexo se hace pasados los dos años, hay que considerar el sexo asignado al nacimiento y la posible discordancia psíquica con el sexo opuesto.
- 5) En aquellos casos en donde el neonatólogo o el pediatra no han podido hacer un diagnóstico precoz, éste debe realizarse con apoyo psicológico al paciente, a la familia y al equipo médico.
- 6) Si bien desde el punto de vista médico reconocemos la necesidad de una clasificación nosográfica, el té-

mino "intersexual", debe ser exclusivo del ámbito médico.

7) Sabemos que no existen "fórmulas" para un informe médico.

Dado que es un tema poco tratado en la bibliografía médica, intentamos compartir en este trabajo una experiencia clínica que de cuenta de ello.

No pretendemos tener todas las respuestas, si no que por el contrario contiene muchas interrogantes para poder continuar pensando.

8) Desde el punto de vista ético, planteamos la oportunidad y la forma del informe médico y los riesgos que el mismo implica. Sin ocultar la verdad, hablamos de un cambio de concepto, en donde se maneje el concepto de "conflicto biológico", en lugar del concepto de intersexual. Así podremos mencionar "gónadas existentes pero "inoperantes" en el saber de que en las personas, el sexo primordial es el psicosexual.

9) Hemos visto que el trabajo interdisciplinario permite a nivel personal y a nivel terapéutico un mejor desarrollo profesional.

10) Hacemos nuestras y compartimos con ustedes las palabras del Prof. Dr. V. Galli en su Conferencia "El sufrimiento de los Profesionales y el sistema de salud: Disloques y Articulaciones", dictada en las Segundas Jornadas Uruguayas de Psicología Médica (1995): *"Pensar lo que hacemos y saber lo que pensamos, en tarea reflexiva del pensamiento sobre sí mismo. Lo que siempre debe ligarse a las tramas histórico-sociales que nos dan conocimiento, pero también nos dan la posibilidad de plantear alternativas y hacer transformaciones".*

Summary

The present report deals with the medical-surgical vicissitudes and the psychotherapeutic management of a case of male pseudohermaphroditism.

It is aimed to reflect on the ethical aspects involved in the diagnostic stages, on the medical report and the psychological aspects to be tackled by the medical team vis-a-vis this rare pathology.

It is suggested that the medical terminology should be strictly restricted to the medical setting. In the face of the patient and his family the pertinent information ought to be posed unconcealed.

Also dealt with is the concept of "biological conflict", sex determination and gender determination in quest of better psychological understanding of this condition.

Likewise posed is the convenience of interdisciplinary work supported by Medical Psychology.

Résumé

On expose ici, les données diagnostiques médico-chirurgicales, et le suivi psychothérapeutique d'un cas de Pseudo-hermaphrodisme masculin.

Le but est de réfléchir sur les aspects éthiques liés au étapes diagnostiques, le Dossier Médical et les aspects psychologiques qui devront être tenus en compte par l'équipe médicale dans cette rare pathologie.

On propose que la terminologie médicale soit réservée uniquement pour le domaine médical. Face au patient et à sa famille, on devrait médiatiser l'information sans la cacher.

On développe l'idée de "conflict biologique", détermination de sexe et de genre, afin d'une meilleure compréhension psychologique de cette maladie.

On conseille le travail interdisciplinaire, avec l'appui de Psychologie Médicale.

Bibliografía

1. Swerdlow RS, Jockenhovel F, Wang C. Síndromes de resistencia a los andrógenos. (Síndromes de insensibilidad a los andrógenos). Incidencia. In: Kelley WN. Medicina Interna. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1993: 2240.
2. Audi L. Trastornos de la diferenciación sexual. In: Fareras P, Rozman C. Medicina Interna. Barcelona: Doyma, 1992: 2138-51.
3. Pichot P (coordinador general). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Trastornos de la Identidad Sexual. Barcelona: Masson, 1995: 545.
4. Chemes H. Los determinantes biológicos de la sexualidad humana y su rol en el complejo mosaico de la diferenciación sexual. Rev AP BA (Buenos Aires) 1994; 16(2): 255-68.
5. de Ajuriaguerra J. Trastornos psicológicos en anomalías congénitas del desarrollo sexual. In: Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson, 1993: 379-407.
6. Losso R, Morici S. El vacío identificatorio. Un abordaje psicoanalítico de los pacientes intersexuados. Rev Psicoanálisis APA (Buenos Aires) 1988; 45(3): 645-66.
7. Jost A. A new look at the mechanisms controlling sexual differentiation in mammals. Johns Hopkins Med J; 130:38-53.
8. George FW, Wilson JD. Sex determination and differentiation. In: Nobil E, Neilly J et al. Physiology of reproduction. New York: Rave Press, 1994: 3-26.
9. Dío Bleichmar E. El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid: Adotraf, 1985: 213 pp.
10. Dío Bleichmar E. Del sexo al género. Rev Asoc Escuela Argent Psicot Graduados (Buenos Aires) 1992; (18): 127-55.
11. Inda N. Mujer-varón ¿configuración víncular? Reflexiones sobre género y psicoanálisis víncular. Rev AP BA (Buenos Aires) 1994; 16(2): 269-92.
12. Inda N. Género masculino, número singular. In: Género.

- psicoanálisis y subjetividad. Barcelona: Paidós. 1996: 212-40.
13. **Meler I.** Identidad de género y criterios de salud mental. In: Burin M. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Gel. 1992: 351-74.
 14. **Stoller RJ, Herat HG.** El desarrollo de la masculinidad: una contribución transcultural. *Rev Argent Psicot Graduados* (Buenos Aires) 1992; (18): 189-216.
 15. **Hierro FR, Ballesta F.** Síndromes de ambigüedad genital. Estados intersexuales. In: Cruz M. Tratado de Pediatría. Barcelona: Espaxs. 1994: 925-36.
 16. La Ética Médica. Normas. Códigos y Declaraciones Internacionales. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay y CBA. 1984; 85 pp.
 17. **Bespali Y.** Ética, responsabilidad y las transgresiones profesionales abusivas. In: Intervenciones psicoanalíticas. Montevideo: Fin de siglo. 1994: 643-50.
 18. **Fuenzalida H, Drane J.** Panel-Foro "Derechos de los pacientes". In: Bioética y Legislación. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay y Nordan. 1995; 29-46.
 19. Seminario de Bioética y Legislación. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay y Nordan. 1995; 239 pp. (Tomo 1).
 20. **Bespali Y.** Calidad de vida de la salud como valor bioético en cuidados intensivos. In: Psicología Médica. Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. 1996; 39-48.
 21. **Bespali Y.** Los pacientes poseen múltiples derechos que todos debemos conocer. *Rev Noticias* (Montevideo) 1991; (53): 32-46.
 22. **Díaz Roselló JL.** La visión de intervenciones tempranas y calidad de vida en quien tiene la responsabilidad de un servicio de salud. Intervenciones tempranas y calidad de vida. In: Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. 1996; 124-7.
 23. **Altmann M, Sarro I.** Intervenciones psicoterapéuticas en psicología médica. El papel del grupo asistencial en psicoterapia. In: Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. 1996; 90-7.
 24. **Capezzuto B.** Construyéndonos pacientes, muerte y enigma. Reflexiones acerca del trabajo. In: Intervenciones psicoterapéuticas en psicología médica. El papel del equipo asistencial. Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. 1996; 61-8.
 25. **Bespali Y, Domingo P.** Yo, paciente también tengo derechos. Montevideo: Rosebud. 1994; 115 pp.
 - 26a. **Franca O, Galdona J.** Introducción a la ética profesional. Montevideo: Ucudal. 1992; 19-80.
 - 26b. **Franca O, Galdona J.** Introducción a la ética profesional. Montevideo: Ucudal. 1992; 140-52.
 27. **Kottow MH.** Introducción a la Bioética. Santiago de Chile. 1995; 172 pp.
 28. **Vidal M.** Bioética. Estudios de Bioética racional. Madrid: Tecnos. 1989; 239 pp.
 29. Código de Ética Médica. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay y Comunidad del Sur. 1994-1995.
 30. **Baraibar R.** Enfoques terapéuticos en situación de crisis en el ámbito médico-quirúrgico. Abordaje desde la perspectiva del Departamento de Psicología Médica de Facultad de Medicina. Área Materno Infantil. *Rev APPA* (Montevideo) 1993; 2(1-2): 94-7.
 31. **Velcoff M, Verduci JC.** Responsabilidad profesional en la psicoterapia. *Rev Argent Psiquiatría Ferencse Sexología Praxis* (Buenos Aires) 1996; 3(3).
 32. **Abal C, Baranda A, Bogaez A, Fitermann P, Martínez E, Mosca A, Nilson M et al.** Crisis: criterios terapéuticos dinámicos en el marco psicoanalítico. *Rev APPA* (Montevideo) 1993; 2(1-2): 113-6.
 33. **Ceretti T.** Intervenciones psicoterapéuticas en psicología médica. El papel del equipo asistencial. Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. 1996; 74-8.