

ASPECTOS PSICOEMOCIONALES EN EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD DE GENERO, EN PACIENTES ADOLESCENTES CON DSD, atendidos en el Hospital Garrahan

Lic. Martín Di Martino, Dra. Liliana Ongaro

RESUMEN

En el Hospital Garrahan se realiza la atención interdisciplinaria de pacientes con, "Anomalías de la Diferenciación Sexual" (DSD- Disorders of Sex Development). No existe suficiente información acerca del proceso de construcción de la Identidad de Género en estos pacientes, su correspondencia con el sexo asignado al nacer y su relación con el bienestar psicológico. El objetivo del trabajo es: Realizar una descripción general del estado en que se encuentran los pacientes adolescentes con DSD con o sin cirugía de corrección de su anatomía genital y describir su adaptación psicosexual actual (identidad de género), según la correspondencia entre el Rol Sexual con el que se identifican y el sexo que les fuera asignado. A través de la aplicación de instrumentos de medición científicamente válidos (Escala de Depresión, Ansiedad, Escala de Bienestar Psicológico, BSRI- Bem Sex Role Inventory). Se realizará un estudio Descriptivo Retrospectivo para conocer esta información. Resultados: Desde julio de 2012 hasta junio de 2013 se entrevistó a 42 pacientes, en un rango de 12.2 a 24.3 años. El 62% de la muestra, pertenece al Cono Urbano Bonaerense. En relación al nivel de educación de los pacientes estudiados, en su mayoría (86%) se encontraban cursando secundaria, terciaria o la universidad. El diagnóstico de enfermedad más frecuente fue la Hiperplasia Suprarrenal Congénita (55%). El 31% tenía buena información acerca de su patología, la mayor proporción de pacientes con mala adherencia al tratamiento fue en aquellos en que no hubo acuerdo entre el sexo asignado y la identidad de género que construyeron (48.4%). La distribución de los sexos que fueran asignados en los pacientes estudiados fue: 28 mujeres (67%) y 14 varones (33%). Del total de pacientes (n=42) construyeron una identidad de género femenina el 26%, el 19% logro una identidad de género masculina, un 36% de los pacientes tenían una identidad indiferenciada y 19% andrógina. Cuando se investigó la concordancia entre el sexo asignado y la identidad de género, observamos que solo se dio en un 26%. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de varones heterosexuales versus mujeres heterosexuales (85,7% vs 39,3%). $p < 0.01$. La homosexualidad, bisexualidad y asexualidad estuvo presente en la elección de objeto de las mujeres en casi un 60%. La escala de bienestar psicológico dio baja en relaciones interpersonales, autonomía y satisfacción personal, no así en autoconcepto, que dio alta. Se presentó mayor ansiedad somática en los pacientes con identidad de género femenino, y el 28,6 % de los pacientes presentó depresión.

Palabras Clave: DSD, identidad de género, elección de objeto sexual.

Medicina Infantil 2013; XX: 311 - 321.

Servicio de Salud Mental
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.
Recibido: 1-11-2013 — Aceptado: 19-11-2013
Correspondencia: Martín Di Martino
Pichincha 1850 - C.A.B.A. (1425) - Argentina

ABSTRACT

At the Hospital Garrahan patients with disorders of sex development (DSD) receive interdisciplinary care. Data on the process of gender identity construction, agreement with the sex assigned at birth, and psychological well-being in these patients are scarce. The aim of this study was to provide a general description of the situation of adolescent DSD patients with and without genital corrective surgery and to describe their current psychosexual adaptation (gender identity) according to the correspondence between the gender role they identify with and the sex they were assigned at birth. Using scientifically validated measuring instruments (Scales of Depression, Anxiety, Scale of Psychological Well-being, BSRI - Bem Sex Role Inventory) a retrospective, descriptive study was conducted. Results: Between July, 2012 and June, 2013, 42 patients, with ages ranging from 12.2 to 24.3 years, were interviewed. Of the sample, 62% were from Greater Buenos Aires. The majority of patients (86%) were attending secondary school, tertiary studies, or university. The most common underlying disease was congenital adrenal hyperplasia (55%). Of all patients, 31% were well informed about their disease. Most of the patients with bad compliance to treatment were those in whom sex assigned to them at birth did not correspond with the gender identity they constructed (48.4%). Ratio of the sex assigned at birth in the study group was: 28 females (67%) and 14 males (33%). Of all patients (n=42), 26% identified with the female gender, 19% with the male gender, 36% had an undifferentiated, and 19% an androgynous sex role. When assessing agreement between sex assigned and gender identity, it was found in only 26%. We observed a statistically significant different ratio of heterosexual males to heterosexual females (85.7% vs 39.3%) ($p=0.01$). Homosexuality, bisexuality, and asexuality was found in the sexual object choice in almost 60% of the females. The score on the psychological well-being scale was low in interpersonal relationships, autonomy, and personal satisfaction, but high in self-concept. A higher rate of somatic anxiety was found in patients with a female gender identity and 28.6 % of the patients suffered from depression.

Key words: DSD, gender identity, sexual object choice.

Medicina Infantil 2013; XX: 311 - 321.

INTRODUCCION

El Hospital Garrahan es un Hospital de Alta Complejidad de referencia a nivel nacional. En él se lleva a cabo la atención de un gran número de pacientes afectados por DSD. Existe desde hace

años un Equipo Interdisciplinario conformado por: Endocrinología, Cirugía, Neonatología, Pediatría, Urología, Ginecología, Laboratorio de Biología Molecular y Cultivo Celular de Endocrinología, Anatomopatología, Imágenes y Salud Mental, abocado a brindar tratamiento y seguimiento a estos pacientes y su familia.

El trabajo actual se verá enriquecido por el aporte de datos validados científicamente en esta población y se podrá sostener el diálogo propuesto desde las diferentes instancias sociales que actualmente vienen interrogándose acerca de la atención que reciben estos pacientes.

Actualmente se agrupa a esta población bajo la denominación de Desórdenes del Desarrollo Sexual,

Disorders of sex development (DSD)¹, será definido como una condición que incluye los siguientes elementos:

- Desarrollo de genitales ambiguos congénitos (46, XX Hiperplasia Suprarrenal Congénita Virilizante, Clitoridomegalia, Micropene).
- Disfunción Congénita de la anatomía genital interna y externa (Insensibilidad completa a los andrógenos, Deficiencia de la 5-alfa reductasa), el desarrollo incompleto de la anatomía genital (agenesia vaginal o peneana, agenesias gonadales).
- Anomalías sexuales cromosómicas (S. de Turner, S de Klinefelter, mosaicismos).
- Desórdenes del desarrollo gonadal (ovotestes). La Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC)^{2,3} es la causa más frecuente de DSD.

Esta patología afecta a 1 de cada 13000 o 15000 nacidos en Argentina según los datos obtenidos luego de la inclusión de la misma dentro del Programa de Pesquisa Neonatal, en la Ciudad de Buenos Aires esta cifra es de 1 cada 8.937 nacimientos. "El término Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) se refiere a un grupo de enfermedades cuya causa es un déficit de una de las enzimas participantes en la esteroidogénesis adrenal, y que resulta en un déficit en la secreción de cortisol. Este bloqueo enzimático genera un incremento de los metabolitos precursores. Las características y la signo-sintomatología clínica son secundarias al déficit de secreción de cortisol y al exceso de andrógenos adrenales circulantes".

Muchas de estas pacientes son atendidas en este Hospital desde el momento del diagnóstico y durante el seguimiento de su patología crónica. El tratamiento y control por parte del Servicio de Endocrinología es muy importante desde el momento del nacimiento, ya que en su forma Clásica esta patología cuando no es tratada puede causar "deshidratación hiponatémica, hipercalemia y shock que suele manifestarse hacia la segunda mitad de vida post-natal". Además esta patología produce en las niñas afectadas una virilización de sus genitales por un aumento de andrógenos en la vida intrauterina.

Identidad de género⁴⁻⁶

Desde un punto de vista interdisciplinario la consideración del Proceso de Desarrollo de la Identidad de Género, resulta ser un tema de crucial importancia a la hora de pensar en la salud de nuestros pacientes. Con frecuencia aparecen en nuestras prácticas como agentes sanitarios, circunstancias que se encuentran atravesadas por estas cuestiones. Como profesionales, además pertenecemos a una determinada cultura en un momento histórico particular, lo cual influye en nuestras prácticas.

John Money fue el responsable del traslado del término "género" de las ciencias del lenguaje a las ciencias de la salud. Médico pediatra y endocrinólogo investigaba hermafroditismo en el departamento de Psiquiatría y Pediatría del Hospital de la Universidad John Hopkins. Fue el primero en describir el laberinto de lo que posteriormente llamaría identidad de género de una persona.

Desde el análisis de la subjetividad ha sido Robert Stoller (1968) quien estableció más nitidamente la diferencia conceptual entre "sexo" y "género". Se basó en investigaciones de niños y niñas que presentaban problemas anatómicos congénitos y que habían sido educados de acuerdo con un sexo que no se correspondía anatómicamente con el suyo. El sexo queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye.

Emilce Dio Bleichmar define género como "una construcción social, un conjunto de ideas que representa una amalgama de conceptos individuales, conceptos de las familias de origen y el reconocimiento de las ideas sobre el género en contextos extrafamiliares".

Bajo el sustantivo género, se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad-masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual en sí mismo.

El género es una categoría compleja que comprende:

1. La atribución, asignación o rotulación del género

La rotulación que médicos y familiares realizan del recién nacido se convierte en el primer criterio de identificación de un sujeto y determinará el núcleo de su identidad de género. A partir de ese momento la familia será emisora de un discurso que reflejará los estereotipos de la masculinidad/feminidad que cada uno de ellos sustenta.

Lo que determinará su comportamiento de género no es el sexo biológico, sino sus experiencias vividas desde el nacimiento, comenzando por la asignación del sexo.

2. La identidad de género que, a su vez, se subdivide en el núcleo de la identidad y la identidad propiamente dicha.

Es el esquema ideó-afectivo más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro. Si bien todos los autores acuerdan sobre la confluencia de factores biológicos y psicológicos para la constitución de la identidad de género, es posible trazar una clara demarcación entre aquellos que dan más fuerza a lo biológico-anatómico y aquellos otros que cuestionan el poderío de estos factores. Money, Stoller y Kessler consideran al cuerpo anatómico como un estímulo social; la rotulación del sexo del bebé influye en las conductas maternas y paternas, en el modelaje de los comportamientos y juicios que el niño desarrollará. El sentimiento de tener un núcleo de la identidad de género proviene, para los distintos autores, de diversas fuentes:

- de la percepción despertada naturalmente por la anatomía y fisiología los órganos genitales;
- de la actitud de padres, hermanos y pares en relación con el género del niño;
- de una fuerza biológica cuyo poder para modificar la acción del medio es relativo.

Una vez establecida y estructurada la identidad de género parece imposible de modificar.

Stoller plantea que los aspectos de la sexualidad que caen bajo el dominio del género son esencialmente determinados por la cultura. Este proceso de inscripción psíquica comienza desde el nacimiento y formaría parte de la estructuración del yo. La madre es el agente cultural y transmitirá a través de su discurso el sistema de significaciones. Más tarde lo harán el padre, la familia y los grupos sociales que contribuirán a este proceso.

Las fuerzas biológicas reforzarán o perturbarán la identidad de género estructurada por el intercambio humano.

La identidad de género se inicia con el nacimiento pero en el curso del desarrollo se complejiza, de modo que un sujeto varón puede no sólo sentirse hombre sino también masculino, hombre afeminado, hombre que se imagina mujer.

3. Rol de género

Rol, según el concepto proveniente de la sociología, es el conjunto de prescripciones y proscripciones para una conducta dada y de las expectativas acerca de cuáles son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto dado. Es, además, el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado.

Adolescencia⁷⁻¹⁰

El adolescente se encuentra en un permanente

trabajo de reescritura de todo lo que ha venido conformando en la niñez, con miras a forjar su Identidad adulta. Sumado a esto se encuentra con un trabajo singular, el “segundo despertar sexual” y el trabajo de “elección de objeto” (de deseo, sexual y amoroso). Ambos aspectos fundamentales a la hora de la conformación de una Identidad adulta.

Puede hacerse una división en tres etapas:

1. La adolescencia temprana

La adolescencia temprana empieza a vislumbrarse entre los 8 y los 10 años (prepubertad), donde empiezan a hacerse notorio el crecimiento corporal y el funcionamiento de las glándulas sexuales. Entre los 10 y los 13 años (pubertad) se acentúan estos rasgos y comienzan a hacerse más visibles (características sexuales primarias y secundarias). Desde los 13 y hasta los 15 años entramos a la adolescencia temprana propiamente dicha.

A nivel emocional el sujeto se encuentra con el resurgimiento de la Pulsión Genital (silente durante la latencia), un aumento de la tensión psíquica sin posibilidades de descarga. Un aparato psíquico que debe ocuparse de tramitar la transformación corporal. Todavía no están a disposición representaciones psíquicas para cubrir libidinalmente este Yo corporal. Con los caracteres sexuales primarios la masturbación adquiere una relevancia muy diferente a la que tenía durante la infancia. Los cambios somáticos (morfológicos como fisiológicos) y las sensaciones corporales exigen tramitación (trabajo de ligadura). Todo este escenario aporta características singulares al Proceso de desarrollo de la Identidad de cada sujeto.

2. La adolescencia media

La Adolescencia Media (Peter Blos, 1962-81)¹¹ plantea otras tareas, una vez alcanzados los objetivos de la etapa anterior. Entre los 15 y los 18 años el adolescente se encuentra con el trabajo de desinvestidura del vínculo con las figuras parentales y el trabajo de hallazgo y búsqueda de objeto exogámico; todo esto con una nueva entronización del narcisismo y un grupo de defensas que le son propias (desmentida y represión). Durante esta etapa deben destacarse los trabajos de Duelos que ocuparán al sujeto, dando un particular tono anímico a la misma.

- Duelo por el cuerpo infantil (Aberastury y Knobel, 1971)^{12,13}.
- Duelo por la identidad infantil.
- Duelo por el ideal paterno, padres de la infancia.

3. La adolescencia tardía

La adolescencia tardía, a partir de los 18 años, también conocida como adolescencia “de resolución”. Supone el hallazgo de algún tipo de discriminación entre quiénes son “los padres” y quién soy

“Yo” (ya no como una lucha generacional, sino como una delimitación de subjetividades).

También se los considera como adultos jóvenes entre 18 y 25 años, el joven es capaz de orientar su vida y de ir llegando a la progresiva integración de todos los aspectos de su personalidad.

Estos factores determinan en el devenir de la vida de un sujeto la construcción de una Identidad. Se trata de un proceso, puesto que no es algo que ocurre de una vez y para siempre, sino que es un resultado al que se accede con el tiempo y con mayor o menor grado de dificultad.

Existen muchas variables que hacen a la complejidad de este proceso, pueden aparecer interferencias o cuestiones que entorpezcan su desarrollo. Muchas de estas dificultades son propias del proceso, y existen estrategias que cada sujeto implementa frente a ellas.

OBJETIVO GENERAL

Realizar una descripción general del estado en que se encuentran las pacientes adolescentes con DSD con o sin cirugía de corrección de su anatomía genital y describir su adaptación psicosexual actual (identidad de género)¹⁴, según la correspondencia entre el Rol Sexual con el que se identifican y el sexo que les fuera asignado.

Los Objetivos específicos

1. Identificar a partir de fuentes secundarias de información (Historias Clínicas) los hechos clínicos más relevantes en la vida de estas pacientes.
2. Identificar a partir de fuentes primarias (entrevistas semidirigidas) las variables que funcionaron como obstaculizadoras y/o favorecedoras de la adherencia al tratamiento.
3. Realizar una breve descripción de la situación demográfica.
4. Describir los niveles de Trastornos de Depresión y Ansiedad
5. Describir la Autopercepción de Bienestar Psicológico en este momento.

METODOLOGIA

Tipo y diseño del estudio

Diseño de tipo Descriptivo Retrospectivo que incluirá la aplicación y el análisis de Instrumentos Validados Científicamente para obtener un Diagnóstico de Situación, y recolectar información básica sobre el estado actual de estos pacientes.

Población (universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión/exclusión, proceso de consentimiento informado).

a. Población Objetivo

Pacientes adolescentes de entre 12 y 24.5 años con DSD en seguimiento en el Hospital de Pediatría

Dr. J. P. Garrahan (seguimiento por servicios de Salud Mental y/o Endocrinología).

b. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con DSD.
2. Pacientes de 12 a 24,5 años.
3. Pacientes con Historia clínica y seguimiento en el Hospital Garrahan.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con Retraso Mental o diagnóstico de Psicosis.
2. Ausencia de consentimiento/asentimiento informado.

c. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra

De acuerdo a una base de datos de los Servicios de Endocrinología, Cirugía y Salud Mental, 400 pacientes con DSD han sido atendidos en el hospital, la población de adolescentes en seguimiento es de 90 pacientes.

Los pacientes incluidos en la investigación fueron derivados por los diferentes integrantes del Equipo Interdisciplinario que los atiende, al concurrir a la consulta programada. Se citaron también por llamadas telefónicas a los pacientes que no tenían controles programados para invitarlos a participar del estudio. Se citó a 55 pacientes se entrevistó a 52 pacientes, dos quedaron fuera por cumplir criterios de exclusión y 8 por ser varones con HSC que no cumplen criterio para DSD, de los citados tres no aceptaron participar. Quedaron fuera los pacientes del interior del país que no concurrían a controles programados, por dificultades en su traslado.

Definición operativa de variables de estudio y medición de resultados

A partir del estudio de las Historias Clínicas (fuentes secundarias) de la población se rastreó los siguientes datos relevantes:

1. Tipo de Diagnóstico:

- Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) Clásica perdedora de Sal.
- HSC- Clásica no perdedora de Sal.
- Insensibilidad completa a los andrógenos (CAIS).
- Insensibilidad parcial a los andrógenos (PAIS).
- Hipospadia severa.
- Disgenesia gonadal.

2. Edad de la paciente al momento del diagnóstico (en meses)

3. Tipo de tratamiento

- Corticoterapia.

- Reemplazo hormonal.
- Cirugía.
- Otros.

4. Tipo de Cirugía realizada¹⁵

- Genitoplastía Feminizante.
- Clitoridioplastía (tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de clítoris).
- Vaginoplastía.
- Plástica de Labios Menores.
- Inguinotomía.
- Gonadectomía (tratamiento quirúrgico de gónadas).
- Reconstrucción del Seno Uro-genital.
- Otras.

5. Seguimiento en el Hospital

- Frecuencia (anual-mensual- semanal- otros).
- A partir de las entrevistas semidirigidas se recolectaron los siguientes datos¹⁶.

- Composición familiar
- Educación:
 - Preescolar
 - Primaria (años)
 - Secundaria (años)
 - Universidad

6. Características clínicas

Conocimiento de su enfermedad.

7. Tratamiento

Frecuencia de la consulta.
Tipo de tratamiento.

Más específicamente enfocados en el Objetivo General del estudio se instrumentaron los inventarios para obtener datos acerca de las variables psico-emocionales. Pensando a la Ansiedad y a la Depresión como indicadores de malestar, se los cuantificó para ver en que niveles se presentan estos trastornos en esta población. Así mismo, es importante conocer cómo es la Autopercepción que este grupo tiene sobre su Bienestar Psicológico. En cuanto a la descripción de la problemática de la Identidad de Género, se midió la adecuación psico-sexual existente entre esta y el Rol Sexual con el que se identifican en la actualidad.

- Presencia de depresión como variable ordinal que cuantificará la depresión del paciente en nula, leve, moderada o grave.
- Presencia de trastornos de ansiedad (en las áreas: humor ansioso, tensión, miedos, agotamiento, sintomatología, satisfacción).
- Bienestar Psicológico como variable dicotómica de alta o baja autopercepción de bienestar.
- Identidad de Género como variable nominal: andrógino, indiferenciado, masculino o femenino.

Procedimiento para recolección de datos (instrumentos y método para control de calidad)

Algunos datos básicos se obtuvieron de la historia clínica cuando se trate de antecedentes (fuente secundaria) o a partir de las consultas o entrevistas (fuentes de datos primarias). Para la recolección de los datos de los pacientes se utilizó entrevistas semi-estructuradas y/o se registró en formularios.

Con el fin de evaluar el estado emocional del paciente se administró la escala de depresión de Beck, la escala 3 del test de ansiedad de Hamilton, escala de bienestar psicológico de Riff, y entrevistas semi-estructuradas.

Para describir el estado en el que se encuentran en cuanto al Proceso de Desarrollo de Identidad de Género se utilizó el cuestionario Bem Sex-Role Inventory (BSRI).

Escalas utilizadas

Aspecto emocional: se evaluó a través de:

1. Entrevistas clínicas Semi-Estructuradas: son cuestionarios que posibilitan al entrevistador un análisis cualitativo de las respuestas. Este tipo de resultados se complementarán con los obtenidos a través de la información obtenida en el estudio de las historias clínicas.
2. Escala de Bienestar Psicológico: desarrollada por C. Ryff y adaptada al español por Van Dierendonck. Esta escala fue retomada de la versión compuesta por 39 ítems a los que los participantes responden utilizando un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). la escala consta de seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones Positivas con otras Personas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal.
3. Test de Ansiedad de Hamilton- escala 3: el test mide en 6 áreas los niveles de ansiedad como base-rasgo, se trata de una escala ordinal (nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre, siempre). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad.
4. Escala de Depresión de Beck. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:
 - No depresión: 0-9 puntos.
 - Depresión leve: 10-18 puntos.
 - Depresión moderada: 19-29 puntos.
 - Depresión grave > 30 puntos.

En cuanto al estado de conformación de su Identidad de Género, además de los datos obtenidos en la entrevista semi-estructurada, se aplicó:

Bem Sex-Role Inventory (Bem, 1974): Cuestionario autodescriptivo adaptado al castellano para su uso con adolescentes por Dra. Vega (2007). Consta de un listado de 60 adjetivos de los cuales 20 corresponden a estereotipos de rasgos femeninos (p.ej., afectuoso, sensible a las necesidades de los demás, tierno, que ama a los niños), 20 corresponden a rasgos estereotipadamente masculinos (p.ej., ambicioso, independiente, enérgico, asertivo) y los 20 restantes son neutros (p.ej., feliz, malhumorado, confiable, celoso). El participante indica en una escala Likert el grado de identificación con cada adjetivo del listado (1=nunca o casi nunca y 7=siempre o casi siempre).

Los resultados obtenidos se ubican dentro de 4 posibles categorías: masculino, femenino, indiferenciado o andrógino.

La categoría femenino refleja a individuos cuyas actitudes y comportamientos se ajustan a las definiciones culturales estereotipadas para tal género. Un individuo resulta clasificado como femenino si el valor bruto obtenido en la escala feminidad supera a la mediana para su sexo y grupo de edad y al mismo tiempo, el de la escala masculinidad es inferior o igual a la mediana para su sexo y grupo de edad. Para que un sujeto sea categorizado como masculino debe suceder lo inverso, debiendo ser su valor bruto en la escala de masculinidad mayor a la mediana para su sexo y grupo de edad y simultáneamente el obtenido en la escala de feminidad menor o igual a la mediana. Un sujeto es clasificado de andrógino cuando el valor bruto obtenido en ambas escalas (feminidad y masculinidad) es superior a la mediana para su sexo y grupo de edad. Los sujetos andróginos se sienten reflejados en rasgos de ambos géneros. Los sujetos clasificados como indiferenciados reflejan débiles identificaciones con las características de ambos géneros y son aquellos que han obtenido valores brutos inferiores a la mediana en cada escala.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos de la población en estudio, tanto de fuentes primarias como secundarias, se registraron en una planilla de Excel, los cuales fueron migrados para su tratamiento estadístico al programa STATA 8.0 para Windows (Copyright 1984-2003 Statistics/Data Analysis Stata Corporation 4905 Lakeway Drive College Station, Texas 77845 USA).

Las características basales de la población estudiada fueron expresadas (según definición operativa de cada variable) como porcentajes o tasas, las variables continuas son expresadas como Media/Mediana, Desvío Standard y rango según su distribución.

Para el análisis estadístico descriptivo, las variables continuas fueron tratadas según su distribución, con el test de Student en el caso de test paramétrico o no paramétricos con el test de Wilcoxon. Se utilizó el test Chi2 para variables categóricas con n grande, o Fisher con $n \leq 5$, en todos los casos se tomó como punto de corte para valorar significancia estadística valor de $p = 0,05$ y un Intervalo de Confianza (IC) del 95%.

Se expresó el resultado de las distintas escalas aplicadas en cada una de las cuatro categorías de pacientes según el Proceso de Desarrollo de Identidad de Género (masculino, femenino, indiferenciado o andrógino), utilizando para ello un análisis de la varianza para mediciones repetidas con el test de Anova.

Se confeccionó una tabla con los resultados de la aplicación de las escalas (según los puntos de corte de cada una de ellas) en las cuatro categorías de acuerdo a la identidad de género, consignando el valor de p asociado a Test Anova, confirmando o no la hipótesis de que existirán más indicadores de malestar psico-emocional cuanto más desviada se encuentre la identidad de género alcanzada con la asignación de sexo realizada.

RESULTADOS

Desde julio de 2012 hasta junio de 2013 se han mantenido una serie de entrevistas (entre una y tres) con 42 pacientes, con una media de edad de 17.3 ± 3.35 años en un rango de 12.2 a 24.3 (la mayoría se encuentra entre los 14.3 y los 19.5 percentil 25 y 75 respectivamente).

Descripción de la muestra (n: 42)

El 62% de la muestra, perteneciente a Cono Urbano Bonaerense, 17% a CABA, un 14% a otras provincias del país y un 7% provenientes de la Provincia de Buenos Aires.

En relación al nivel de educación de los pacientes estudiados, en su mayoría (86%) se encontraban cursando secundaria, terciaria o la universidad, acorde a la edad de los pacientes.

TABLA 1: NIVEL DE EDUCACION.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	2	4,8
Primaria completa	4	9,5
Secundaria incompleta	24	57,1
Secundaria completa	9	21,4
Terciario	0	0
Universitario	3	7,1
Total	42	

El diagnóstico de enfermedad más frecuentemente encontrado en el grupo estudiado fue la Hi-

perplasia Suprarrenal Congénita (55%) siguiendo en frecuencia la Disgenesia Gonadal (21%) y la hipospadia severa (14%).

TABLA 2: DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD.

	Frecuencia	Porcentaje
HSC	23	54.8
PAIS	2	4.8
CASI	2	4.8
Hipospadia Severa	6	14.3
Disgenesia Gonadal	9	21.4
Total	42	100.0

En relación al tipo de tratamiento, un 86% recibió tratamiento hormonal y un 81% fue intervenido quirúrgicamente. Cabe destacar que un 76% de los estudiados recibió tanto tratamiento hormonal como quirúrgico.

La cirugía más frecuentemente realizada en el grupo fue la vaginoplastia, como se observa en la siguiente Tabla.

TABLA 3: TIPO DE CIRUGIA.

	Frecuencia	Porcentaje
Vaginoplastía	24	57.1
Uretroplastía	5	11.9
Prótesis Testicular	1	2.4
Gonadectomía	5	11.9
Ninguna	6	14.3
Otras	1	2.4
Total	42	100.0

Los pacientes realizaron consultas trimestrales, semestrales o anuales en igual proporción, 26%, solo un 21% realizó controles mensuales.

Cuando se interrogó en entrevistas semidirigidas acerca de la calidad de la información de los pacientes que participaron en el estudio, solo un 31% tuvo buena información (pudiendo referir diagnóstico, características principales del mismo, describir su tratamiento y los objetivos del mismo). En la mayoría la información fue regular o mala. (48% y 21% respectivamente). En relación a la adherencia al tratamiento se observó en 21 pacientes una mala adherencia, en 8 regular y en 13 buena.

La distribución de los sexos que fueran asignados en los pacientes estudiados fue: 28 mujeres (67%) y 14 varones (33%). (Tabla 4).

La identidad de género que habrían logrado construir al momento del estudio (Tabla 5) se tomó a partir de entrevistas semidirigidas, y con el inventario de BEM (BSRI).

Del total de pacientes (n=42) construyeron una

TABLA 4: DISTRIBUCION POR SEXOS.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	28	66.7
	Masculino	14	33.3
	Total	42	100.0

TABLA 5: IDENTIDAD DE GENERO.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	11	26.2
	Masculino	8	19.0
	Andrógino	8	19.0
	Indiferenciado	15	35.7
	Total	42	100.0

identidad de género femenina el 26% (8 eran mujeres asignadas al nacer y 3 varones). El 19% logro una identidad de género masculina (3 eran varones asignados al nacer y 5 mujeres). Un 36% de los pacientes tenían una identidad indiferenciada y 19% andrógina.

Cuando se investigó la concordancia entre el sexo asignado y la identidad de género, observamos que solo se dio en un 26% de los casos; en 8 mujeres y en 3 varones. (Tabla 6)

TABLA 6: CONCORDANCIA .

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	31	73.8
	SI	11	26.2
	Total	42	100.0

Investigando la elección de objeto, encontramos que en el 55% de los estudiados la misma fue heterosexual. (Tabla 7).

TABLA 7: ELECCION DE OBJETO.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Heterosexual	23	54.8
	Homosexual	8	19.0
	Bisexual	2	4.8
	Asexual	9	21.4
	Total	42	100.0

Los resultados de la aplicación de la Escala de Bienestar Psicológico que consta de diferentes dimensiones fueron los siguientes:

TABLA 8: ESCALA DE BIENESTAR PSICOLOGICO.

		Autoaceptación		Relación personal		Autonomía		Satisfacción personal	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	12	28.6	34	81.0	35	83.3	30	71.4
	Si	29	69.0	7	16.7	6	14.3	11	26.2
	Sin dato	1	2.4	1	2.4	1	2.4	1	2.4
Total		42	100.0	42	100.0	42	100.0	42	100.0

El 69% de los pacientes refiere que su autoaceptación es alta, sin embargo solo el 17% de los pacientes refiere una buena relación interpersonal y un porcentaje similar (14%) autonomía adecuada, así como solo el 26% refirió alta satisfacción personal. (Tabla 8).

Encontramos que un bajo porcentaje de pacientes habían presentado en el último tiempo síntomas de ansiedad psíquica, (sensación de tensión, llanto fácil, incapacidad de espera, miedos, alteraciones del sueño, estado ansioso, inquietud, irritabilidad etc) y un número mayor (31%) habían referido síntomas de ansiedad somática, síntomas somáticos generales, musculares, cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinarios, respiratorios. (Tabla 9).

TABLA 9: ANSIEDAD PSIQUICA Y SOMATICA.

Ansiedad		Psíquica		Somática	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	33	78.6	27	64.3
	Si	7	16.7	13	31.0
Total		40	95.2	40	95.2
Perdidos	Sistema	2	4.8	2	4.8
Total		42	100.0	42	100.0

Un 28,6% de la muestra presentó síntomas de depresión siendo la misma de tipo leve en la mayoría de los casos. (Tabla 10).

TABLA 10: DEPRESION.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No depresión	28	66.7
	Depresión leve	8	19.0
	Depresión moderada	2	4.8
	Depresión grave	2	4.8
Perdidos	Sistema	2	4.8
Total		100.0	100.0

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de varones heterosexuales versus mujeres heterosexuales (85,7% vs 39.3%). p: 0.01.

OR: 9.27 (IC: 2.56 a 36.77) RR: 2.18 (IC 1.52 a 3.12).

Es decir que la homosexualidad, bisexualidad y asexualidad estuvo presente en la elección de objeto de las mujeres en casi un 60% de las estudiadas.

No observamos diferencias significativas entre el sexo asignado y otras variables como las de tratamiento (hormonal, quirúrgico, o ambos).

Tampoco encontramos diferencias significativas entre el sexo asignado y la frecuencia de consultas o la información que tenían los pacientes acerca de la enfermedad o la adherencia al tratamiento; como tampoco en relación a la presencia de ansiedad o depresión.

Resultados según Identidad de género

Observamos una mayor proporción de pacientes (70%) con síntomas de ansiedad somática entre las que se tenían una identidad de género femenina según el BSRI, en comparación la que presentaban los que tenían una identidad de género masculina (33.3%), indiferenciado (18.8%) o andrógino (12.5%). (p: 0.02)

Encontramos una mayor proporción de pacientes (48,4%) con mala adherencia al tratamiento en aquellos en que no hubo acuerdo entre el sexo asignado y

la identidad de género que construyeron si bien no hubo una diferencia significativa estadísticamente, sí hubo una tendencia estadística (p: 0.09)

En pacientes con HSC la concordancia entre la identidad de género y sexo asignado al nacer fue del 31,25% en acuerdo, y 68, 75% en no acuerdo. Siendo en el total de los DSD, 26% acuerdo y 74% no acuerdo.

La falta de deseo en la elección de objeto, asexual, corresponde a la mayoría de los pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita.

DISCUSION

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷ se define como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pen-

samientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”

La OMS (2006) orienta también la necesidad de atender y educar la sexualidad humana. Para esto es de suma importancia, reconocer los derechos sexuales.

El derecho a la libertad sexual. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. El derecho a la privacidad sexual. El derecho a la equidad sexual. El derecho al placer sexual. El derecho a la expresión sexual emocional. El derecho a la libre asociación sexual. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. El derecho a información basada en el conocimiento científico. El derecho a la educación sexual integral. El derecho a la atención de la salud sexual.

En la medida en que estos Derechos sean reconocidos, ejercidos y respetados, tendremos sociedades más sanas sexualmente.

Desde julio de 2012 hasta junio de 2013 se han mantenido una serie de (entre una y tres) entrevistas con 42 pacientes con una media de edad de 17.3 ± 3.35 años en un rango de 12.2 a 24.3 años. (la mayoría se encuentra entre los 14,3 y los 19,5 años percentil 25 y 75 respectivamente). En relación al nivel de educación de los pacientes estudiados, en su mayoría (86%) se encontraban cursando secundaria, terciaria o la universidad, acorde a la edad de los pacientes.

Es decir que el nivel de educación de los adolescentes es adecuado, por lo cual podemos inferir que no tendrían problemas cognitivos, para comprender la información que se les brinda acerca de su enfermedad. Sin embargo encontramos un alto porcentaje, el 69%, que tienen mala o regular información. Esto puede deberse a las dificultades en la elaboración y aceptación de su enfermedad, generando ansiedad y mecanismos de defensa tales como la negación, represión, etc. Esto va de la mano de las dificultades en la adherencia, 50% no adhiere, no cumpliendo en muchos casos con la toma de medicación, concurrir a los controles, dejarse revisar, etc.

A su vez la escala de bienestar psicológico muestra que son adolescentes con menor autonomía, mayor insatisfacción personal, mayor ansiedad, y poca adecuación entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género.

La distribución de los sexos que fueran asignados en los pacientes estudiados fue: 28 mujeres

(67%) y 14 varones (33%). Si bien en el estudio participaron un 67% de pacientes con sexo asignado femenino, construyeron una identidad de género femenina el 26%, y de los 33% asignados como varón el 19% logro una identidad de género masculina. Un 36% de los pacientes tenían una identidad indiferenciada y 19% andrógina. Cuando se investigó la concordancia entre el sexo asignado y la identidad de género, observamos que solo se dio en un 26% de los casos; en 8 mujeres y en 3 varones. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de varones heterosexuales versus mujeres heterosexuales (85,7% vs 39.3%). $p: 0.01$. Es decir que la homosexualidad, bisexualidad y asexualidad estuvo presente en la elección de objeto de las mujeres en casi un 60% de las estudiadas.

Son pocos los estudios a nivel internacional con pacientes con DSD, generando controversia los resultados publicados pues en algunos las herramientas técnicas solo fueron entrevistas, en cambio otros lo han complementado con test psicotécnicos.

Meyer-Bahlburg, Gearhart¹⁸ estudiaron 72 pacientes 46XY en su comportamiento adulto, algunos nacieron con genitales ambiguos (hipospadias, micropene) otros eran fenotípicamente varones con micropene (sobre todo casos de hipogonadismo) y otros eran fenotipos totalmente femeninos (sobre todo CAIS). El 85% de los pacientes estaban satisfechos con su asignación de sexo. El 32% reconocía haber tenido dudas en algún momento de su vida. El 15% estaba disconforme y eran partidarios de un 3er género. Todos eran del grupo de genitales ambiguos. El 42% de los crecidos como varones ven sus genitales anormales, pene pequeño. El 45% están satisfechos con su función sexual, son sobre todo los nacidos con fenotipo mujer (CASI) el 28% están satisfechos y el 27% claramente insatisfechos. El 67% no están de acuerdo en posponer la cirugía hasta la edad adulta. Son los niños con genitales ambiguos y micropenes hechos hombres los que en casi la mitad de los casos esperarían a la edad adulta para la cirugía.

En otro estudio realizado en Turquía¹⁹, Ercan Oya, Seyhan Kutlug y col., en una población de 33 pacientes con DSD criadas como mujeres, se evaluó la identidad de género y rol de género, (Test de personalidad Minnesota) y se tomo como grupo control 50 mujeres de población general. La media de edad era de 22,5 años, habían sido operadas, entre una vez a tres veces. Tenían HSC; CAIS, cariotipo 22 pacientes xx, y 11 pacientes xy. Resultados: encontraron que el 25% de los pacientes DSD no tenían identificación femenina, en las pacientes con HSC perdedoras de sal era mayor el porcentaje. En el grupo control la femineidad era mayor. El 25% de pacientes DSD, con cariotipo 46 xx y el 50% con cariotipo 46 xy presentaban malestar con

su identidad de género. Dos pacientes no desarrollaron identidad de género y esto era igual que el grupo control. Y dos pacientes identidad masculina, no así en grupo control.

En otro estudio realizado por Migeon y col.²⁰ encontraron que el 23% de los pacientes presentó insatisfacción con el sexo asignado al nacer. Esta población eran pacientes con cariotipo 46 xy con hipospadias asignados mujeres al nacer.

Meyer, L, Gearhart,P; Wisniewsk, B y col.²¹, estudiaron a población con CAIS. 14 pacientes sexo asignado al nacer femenino. En relación a la imagen corporal el 57% mostró satisfacción, 36% mediana satisfacción y una paciente insatisfacción. Orientación heterosexual en la adolescencia 100%, en adultez 93%. Homosexualidad una sola paciente. El 100% de las pacientes estuvieron de acuerdo con el sexo asignado. El 80% mostraron satisfacción sexual. El 78% consideraron apropiado la realización de operaciones en la adolescencia y adultez. (gonadectomía, vaginoplastia).

Algunos pacientes descontentos están asociados²² en la Intersex Society of North Americanorte que en 1995 solicitó que cualquier operación no médicamente necesaria debería ser pospuesta hasta que el paciente fuese lo suficiente mayor para dar su consentimiento.

Australia es el primer país industrializado que permite un X (intersexo) en la casilla de sexo en el pasaporte, como un tercer género. Y Alemania en el 2013 en el documento de identidad ha incluido sexo indeterminado.

En 1997, Diamond y Sigmundson (Arch Pediatr Adolesc Med)²³ solicitaron una moratoria en la cirugía precoz de los intersexos hasta que hubiesen suficientes datos y seguimiento de estos pacientes.

Al igual que en los trabajos internacionales, la mayor disconformidad entre sexo asignado al nacer y la identidad de género esta dado en la población de pacientes con HSC, tanto en nuestro trabajo como en los otros, aunque es mayor el porcentaje de disconformidad en el nuestro.

El 25% de la población no presenta deseo sexual, asexuados, la mayoría de ellos tienen HSC, dato que nos hace preguntar si esto tiene relación con las prácticas médicas en su historia (revisaciones, cirugías, tratamientos etc), con la no aceptación de su enfermedad, factores psicológicos, biológicos, sociales u otras variables.

Se nos abren interrogantes si estas diferencias con los otros estudios, corresponden a las diferencias culturales, a las diferentes herramientas de evaluación, a los abordajes interdisciplinarios realizados en cada institución, a la apertura en relación a la diversidad sexual que socialmente se esta produciendo, o la suma de todas ellas como variables que hacen a la sexualidad del sujeto como define la OMS. (La sexualidad está influida por la interac-

ción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales).

La escala de bienestar psicológico dio baja en relaciones interpersonales, autonomía y satisfacción personal, no así en autoconcepto, que dio alta. Se presentó mayor ansiedad somática, en los pacientes con identidad de género femenino y depresión se observó en 28,6% de la población.

Algunos autores²⁴ han evaluado que los pacientes con identidad de género femenino presentan menos bienestar psicológico, ansiedad, menos autonomía y satisfacción personal, en relación a los andróginos y los de identidad de género masculina.

La población con mayor sintomatología de ansiedad manejaba menor calidad de información. Aunque los niveles de autoaceptación son buenos, las mayores dificultades aparecen en el establecimiento de relaciones interpersonales, lo cual coincide con los datos surgidos en las entrevistas donde nos encontramos que muchos pacientes refirieron dificultades en este área (discriminación, maltrato escolar, aislamiento social, bullying, etc.). La dificultad para entender su diagnóstico y tratamiento dificulta el desarrollo de su autonomía, y esto parece afectar su satisfacción personal. dando porcentajes altos de mala adherencia

La presencia de síntomas depresivos (28,6%) también podría estar relacionada con las dificultades con las que se encuentra esta población en su adolescencia, donde la cuestión de alcanzar una identidad de género toma un papel central en la vida de cualquier persona. Este porcentaje es menor comparado con otras poblaciones de diferentes enfermedades crónicas en seguimiento en el hospital, consideramos que esto puede estar dado, en parte por el seguimientos del equipo interdisciplinario desde el momento del diagnóstico hasta ser derivados a una institución de adultos. Permitiendo detectar precozmente factores de riesgo, como por ejemplo intentos de suicidio que no tenemos en nuestra población y si están descriptos en otros trabajos.

CONCLUSIONES

Luego del análisis de los datos estadísticos y del trabajo en las entrevistas con los pacientes, es posible intentar articular algunas conclusiones. El trabajo de nuestra población en el armado de una identidad de género implica ciertas particularidades que dificultan la posibilidad de una correspondencia absoluta entre esta y la asignación temprana, ya que sólo el 26,2% encuentran una concordancia entre el sexo asignado y la identidad de género alcanzada. Es en la población dónde no hay concordancia es donde observamos mayores dificultades en la adherencia al tratamiento, menor autonomía, mayor insatisfacción personal, mayor ansiedad, dificultades en el manejo de la información. Y dónde

tendríamos que focalizar un abordaje diferente en el seguimiento interdisciplinario. La posibilidad de contar con la evaluación de los diferentes aspectos, de ahora en más nos permitirá manejar diferentes herramientas que permitan un abordaje integral del paciente. La creación de un marco de trabajo diferente, facilitador de la colaboración entre expertos, pacientes y familiares, fundamental para llegar a un lenguaje común que no genere confusión y que privilegie la perspectiva del paciente y su responsabilidad en las decisiones de los tratamientos que se van a implementar.

REFERENCIAS

1. Guercio G, Constanzo M, Berensztein E, Bailez M López JC, Duran V, Ongaro L, Belgorosky A, Rivarola M "Anomalías de la Diferenciación Sexual (DSD). Enfoque Pediátrico". Medicina Infantil 2010 Vol. XVII, N° 2.
2. Ongaro L, Ciaccio M, Rivarola M, Belgorosky A Reporte de caso clínico. Virilización completa de un paciente 46 xx, portador de HSC Revista Medicina Infantil 2009 vol nro1.
3. Warman M, Rivarola M, Belgorosky A. "Hiperplasia Suprarrenal Congénita. Déficit de la enzima 21 –hidroxilasa. Revista de endocrinología, ginecología y reproductiva 2009.
4. Burin M, Dio Bleichmar E. "Género, psicoanálisis y subjetividad". Editorial Paidós.1996.
5. Benjamín J Sujetos iguales objeto de amor Editorial Paidós 1997.
6. Ongaro, L El hermafroditismo a través de la historia hasta la actualidad Revista Medicina Infantil 2010 vol XII nro2.
7. Quiroga, S. "Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto".1999 Editorial Eudeba.
8. Quiroga, S. "Adolescencia media: procesos de duelo y sus transformaciones en esta fase".1987 Publicación Cátedra I de Adolescencia. Facultad de Psicología. UBA.
9. Freud, S. "Introducción del Narcisismo". 1914 Editorial Amorrortu. Vol 14.
10. Freud,S. "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". Amorrortu. Vol 19 1925
11. Blos, P "La transición adolescente". Buenos Aires. Editorial Amorrortu.1981.
12. Aberastury A, Knobel M La adolescencia normal Editorial Paidós1972.
13. Freud,S Tres ensayos para la teoría sexual. Obras completas Editorial Amorrortu, Bs.As 1989.
14. Meler I, Tajer D.. Psiconálisis y Género- Debates en el Foro. 2000 Argentina. Editorial Lugar.
15. Bailez M, Rol de la cirugía en pacientes con anomalías de la diferenciación sexual (DSD) Revista Medicina Infantil 2010 volXII. nro 2.
16. Modelo extractado de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares), elaborado por INDEC 2012.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS.
18. Migneon,C,Wisniewski,A Gearhart JBahlburg H Roca,L Brown,T Los genitales ambiguos en individuos xy: resultado médico, quirúrgico y psicosexual a largo plazo Pediatric 2002, 110: 3.
19. Ercan,O; Kutlug,S; Uysal,O; Alikasifoglu,M; Inceoglu,D La identidad de género y rol de género en pacientes con DSD criados como mujeres:un estudio de resultados preliminares Endocrinología Pediátrica vol4, 86 Turquía.
20. Agramonte Machado, A Tratamiento quirúrgico de los genitales ambiguos: fundamentos e implicancias psicológicas y sexuales Revista Cubana de Endocrinología 2006 vol17, 3.
21. Wisniewski,A Migneon,C,Meyer-Bahlburg,H Gearhart J,Berkovitz D, Money J y otros CAIS: resultado médico, quirúrgico y psicosexual Journal of clinicalEndocrinology and metabolism 2000, 85:8.
22. Cabral M, Benzur G Cuando digo intersex un dialogo introductorio a la intersexualidad Editorial cuadernos Pagu Brasil 2005.
23. Balza I Bioética de los cuerpos sexuados: trans, Intersex. y transgénero revista de filosofía y política 2009 nro.40.
24. Almagia. E Bienestar psicológico y rol sexual en adolescentes Liberabit vol 17 nro.1 2011.