



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE LA
CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N :

**GARCIA CARRILLO KARLA ALICIA
VEGA HERNANDEZ SARA GUADALUPE**



DIRECTOR DE TESIS: DR. SATURNO MACIEL MAGAÑA

MEXICO, D. F.

2005

Expresamos nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de este trabajo.

Doctor Saturno Maciel, gracias por creer en nosotras y su empeño para que este trabajo saliera bien.

Lic. Teresita Salamanca, gracias por abrimos las puertas del Hospital Infantil de México.

Dr. Luis H. Eraña, Dr. Octavio Medina y Dr. Carlos Muñoz gracias por los conocimientos compartidos.

Dr. Efrén Camacho, gracias por su colaboración para la realización de nuestra tesis.

T. S. Angélica Mendoza, por todo el apoyo e interés con que participaste con nosotras, gracias.

A la enfermera Asunción, gracias.

A las Trabajadoras Sociales del Hospital Infantil de México Susana, Rosy, Angie, Elsa y Alejandra gracias por su ayuda, su confianza y su amistad.

A nuestros sinodales: Dra. Adelina González, Lic. María Elena Téllez, Lic. María Cristina Mendoza y Lic. Claudia López, gracias por sus aportaciones para hacer de este un mejor trabajo.

Gracias a todos ustedes por su participación desinteresada para lograr este proyecto, pero sobre todo gracias por tantos conocimientos compartidos.

Alicia García y Sara Vega

GRACIAS

*A Dios, por permitirme
la satisfacción de ver realizado
este propósito en mi vida.*

A mis padres : Alicia y Rafael

*Por llenar cada minuto de mi existencia
con su infinito amor incondicional,
Por ser el mejor ejemplo de superación, comprensión y cariño,
Por el tiempo que les he robado preocupándose por mi:
Los amo.*

*En memoria de mi Padre a quien siempre llevo
en mi corazón.*

A mis hermanos:

*Polo, Lolis, Mary, Rafa, Andy,
gracias por estar conmigo siempre.*

A Javis:

*Gracias por brindarme tu apoyo y amor
en todo momento.
Te quiero mucho.*

A Sara:

*Por compartir conmigo este importante
momento de nuestras vidas,
gracias por ser mi compañera y amiga.*

Karla Alicia

AGRADECIMIENTOS

Para ti abuelita Juanita, por fin terminé.

Gracias Dios por acompañarme siempre y haberme permitido llegar a este anhelado momento.

*A mis padres, su apoyo y comprensión han hecho posibles todos los logros en mi vida.
Su amor incondicional y sus enseñanzas son su mejor legado en mí. Los amo.*

Gracias a mis abuelos: Teresa, Eduardo e Ignacia por haber hecho de sus hijos los mejores padres para mí.

*A mis hermanos, por su apoyo e interés durante todo el proceso.
Tere gracias por compartir esfuerzos y a ti Jesús por tu entusiasmo y tu energía.
Son lo mejor de mi vida. Edí eres mi motor para seguir.*

Abuelita Tere, gracias por tu incansable compañía en cada momento, por tus mejores deseos y por el entusiasmo con que te interesas siempre.

Alicia, por compartir esta experiencia y brindarme tu amistad, simplemente gracias.

*A mis amigas Mariana, Ana, Marcela, Mary, Carmen, Miriam y Mónica que han estado conmigo todo este tiempo y creyeron desde el principio en mí y en este trabajo.
Por su incomparable apoyo en los momentos difíciles y por compartir las alegrías. Gracias.*

A mis profesores de la ENTS, que más que darme conocimientos en el aula, me enseñaron grandes lecciones de vida. Gracias a todos ellos.

Algunos nombres faltaron pero no por ello dejan de estar presentes en mi mente y en mi corazón.

*A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, que me albergó durante cinco años en la Escuela Nacional de Trabajo Social para formarme profesionalmente.
Como no te voy a querer, si mi corazón es azul y mi piel dorada, siempre te querré.*

Con cariño para todos ustedes.

Sara Vega

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	10
HIPÓTESIS	10
METODOLOGÍA	11
CAPÍTULO I LA INTERSEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA	15
CAPÍTULO II CONCEPTOS DE LAS INTERSEXUALIDADES	18
CAPÍTULO III CAUSAS DE LA INTERSEXUALIDAD	25
CAPÍTULO IV LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INTERSEXUALES	31
CAPÍTULO V LA SITUACIÓN PSICO – SOCIO – SEXUAL DEL PACIENTE INTERSEXUAL	39
CAPÍTULO VI GENERALIDADES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”	45

CAPÍTULO VII LA MISIÓN DE LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”	48
CAPÍTULO VIII LA FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO	51
CAPÍTULO IX DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE INTERSEXO	60
CAPÍTULO X PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	74
CONCLUSIONES	88
PROPUESTAS	93
ANEXOS	95
<ul style="list-style-type: none"> • INSTRUMENTO • TRÍPTICO • CÉDULA SOCIOECONÓMICA • ESTUDIO SOCIAL 	
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	103
FUENTES HEMEROGRÁFICAS	106
PÁGINAS WEB	107
GLOSARIO DE TÉRMINOS	108

INTRODUCCIÓN

Los defectos de nacimiento son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos, pero además de afectar su salud, influye definitivamente en la estabilidad familiar y social de quienes los presentan.

En este trabajo se abordan algunos de estos defectos de nacimiento que son poco conocidos y que manifiestan en las familias de los menores que los padecen una inquietud silenciosa, pues les refrena hablar o preguntar al respecto del tema. Estamos hablando de los Estados Intersexuales, o Ambigüedad de Genitales como se les considera en la Norma Oficial Mexicana.

Con el contenido se trata de proporcionar una visión general de lo que son las intersexualidades, su causa y sus efectos en quienes las padecen.

Se aborda la situación desde las primeras expresiones que daban a conocer personajes con ambigüedad en su sexo, como lo son los mitológicos hermafroditas, y así se avanza en el tiempo hasta llegar a la visión que se tiene en nuestros días de estas anomalías, haciendo hincapié en el trato social y médico que se presenta actualmente para las personas que viven esta situación. Se hablará también de la atención que se le das en Estados Unidos, Latinoamérica y en México, específicamente dentro del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", en donde los médicos han unido esfuerzos para crear la Clínica de Intersexo, en dicha Clínica se lleva un manejo de pacientes que muestran alguna intersexualidad dándoles una atención completa conformada por diferentes médicos especialistas y otros integrantes del equipo médico como lo son los Psicólogos y los Trabajadores Sociales.

Este último profesional y su intervención dentro del tratamiento integral del paciente atraen la atención dentro de la presente investigación, pues es quien mantiene un trato directo con el núcleo familiar para conocer sus necesidades y poder satisfacerlas de manera oportuna con la colaboración conjunta del equipo médico y la familia.

Otro eje fundamental del contenido es la dinámica familiar y las alteraciones que esta enfrenta cuando alguno de sus miembros es diagnosticado con alguna intersexualidad; y a la vez se pretende reconocer la importancia de la colaboración del núcleo familiar durante el tratamiento.

El tema a tratar representa un reto para las familias y los pacientes, dado que actualmente en la sociedad mexicana es censurado hablar de sexualidad y sobre todo porque existe un desconocimiento de estas alteraciones y socialmente solo se puede concebir la existencia de dos sexos: el masculino y el femenino; sin saber que hay anomalías hormonales que causan una malformación genital; lo cual no necesariamente implica la existencia de un tercer sexo, sino que provocan la incertidumbre al tratar de ver a la hora del nacimiento el sexo al que pertenece el bebé.

La ambigüedad genital no representa ninguna discapacidad para quienes la padecen, es solo una malformación genital que podrá ser atendida con cirugías y tratamientos hormonales, para que, en la mayoría de los casos, se pueda llevar una vida normal. Esto excepto cuando se trata de un Síndrome como el de Klinefelter, en donde además de padecer esa ambigüedad genital presenta también retraso mental.

Retomando entonces la importancia social del problema se debe señalar que salvo los diagnósticos de Pseudo Hermafroditismo Femenino, el resto de los estados intersexuales presentan con mayor frecuencia infertilidad, esto es provocado por la deficiencia de los receptores hormonales.

Como ya se ha mencionado, la inesperada noticia de una malformación genital en un recién nacido causa angustia en los padres y cambios en la dinámica familiar del menor, lo cual altera también su comportamiento social; pero la situación empeora cuando el paciente es diagnosticado a una edad más avanzada, ya sea en edad escolar o en la adolescencia pues este acontecimiento puede afectar al menor en todas las esferas de su vida (biopsicosocial) y le causará entonces conflictos para definirse a sí mismo y para relacionarse con los demás.

Todos estos temas se tratan a fondo más adelante.

Por la importante dimensión del problema se decidió hacer una recolección de información documental, tanto hemerográfica, como bibliográfica, de internet y los expedientes clínicos, además de considerar también como fuente de información las aportaciones brindadas por los médicos con quienes se trabajó en la Clínica de Intersexo. Del mismo modo se recogieron datos a través de la aplicación de una cédula socioeconómica y de una entrevista estructurada con fin socio médico que se aplicó a 40 familias de pacientes intersexuales que son atendidos en la Clínica de Intersexo del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"; todo esto se realizó con el propósito de determinar si hubo cambios o alteraciones en la dinámica familiar luego de conocer el diagnóstico del menor.

En base a los resultados obtenidos se ofrecen propuestas alternativas para enfrentar la problemática que se percibió.

Se recomienda un amplio criterio para la lectura del presente trabajo.

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de intersexualidad es desconocido para la mayoría de las personas, sobre todo por la escasa información; por tal motivo resulta muy difícil para los padres de estos pacientes entender la problemática por la que su hijo está atravesando, más aún cuando las únicas explicaciones que reciben son proporcionadas por médicos, sin obtener alguna otra orientación sobre todo socialmente hablando, siendo ésta muy importante para poder acercarse al niño y a la misma familia.

De aquí surge el interés para la realización de la presente investigación, dado que al tratarse de un tema con contenido sexual, su manejo entre la población puede ser agresivo o vergonzoso y por ello puede también ser evadido por la sociedad, creando de este modo un cierto aislamiento del tema y al desconocerlo se arriesgan a no poder identificarlo, a no atenderlo y sobre todo a no brindarle la atención necesaria en caso de que se presente en algún miembro de la familia.

Uno de los fines de esta investigación es que la sociedad pueda darse cuenta de que estos padecimientos existen en la vida real y cotidiana y no solo en la mitología, que es donde se le ha dado mayor importancia al tema relacionándolos con los "hermafroditas".

El hecho de que entre la familia, el paciente y la sociedad en general exista ignorancia en lo referente a estas alteraciones sexuales genera que se estigmatice a quienes padecen este diagnóstico, pues se les ve como "raros" sin saber que ese rechazo y los calificativos despectivos que pudieran adjudicarles a estas personas están creando en ellas ciertos efectos, tales como: tristeza, confusión, miedo, molestia entre otros.

Esta investigación también será de utilidad para los pacientes que presentan una alteración genital, pues por medio de su lectura podrán conocer algunos aspectos generales de lo que es su diagnóstico, así como la forma en que la familia enfrenta la problemática; del mismo modo pueden llegar a surgir dudas que motivarán al que las tenga a despejarlas con el personal médico adecuado, con otras lecturas e incluso con los documentos a que hará referencia el presente.

Lo anterior resalta la importancia de la intervención profesional que el Licenciado en Trabajo Social puede hacer en estos casos, y para hacerlo de manera apropiada se debe buscar la información necesaria sobre todo lo que acontece alrededor del paciente y su familia, además de aplicar en el manejo de casos y en la investigación los elementos aprendidos en el aula que sirven para facilitar y optimizar el uso de la información obtenida, pues como ya se mencionó, se tratará de ubicar al paciente en el desenvolvimiento de su medio social y su núcleo familiar, ya que este último representa para todo individuo un aspecto fundamental en su desarrollo; y es precisamente aquí en donde podrá ser apreciada la actuación del Trabajador Social, pues la familia y el entorno social son temas en los que dicho profesional es experto.

Además, dado que la investigación se realizará dentro del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIM), se podrá contar con la aportación de los recursos humanos ahí disponibles, es decir, avezados en el tema de intersexualidad.

A pesar de que los estudios solo mencionan que "uno de cada 2000 niños"¹ nacen con alguna malformación genital (entiéndase intersexualidad), no se sabe con certeza la magnitud del problema, pues solo se cuentan los casos que son atendidos, pero hay muchos más que por desconocimiento de la situación ignoran la problemática del afectado.

Por todo esto es que se considera necesario realizar una investigación con el fin de conocer los cambios sociales y familiares a los que se ha enfrentado una familia en la que alguno de sus miembros nace con algún Estado Intersexual, para así brindar una atención especializada y bien fundamentada en donde el principal beneficiado sea el paciente y su familia.

El trabajo es viable dado que se realizará en un lugar (HIM) que cuenta con una Clínica de Intersexo, y las políticas institucionales permiten la realización de investigaciones cuya finalidad sea favorecedora para los usuarios del servicio, como es el caso.

Además de lo anterior es importante señalar que uno de los principales intereses para realizar ésta investigación es la ausencia de conocimientos a nivel social (familia y entorno) de este tema en México, y las repercusiones que tiene en el desenvolvimiento del paciente más allá del trato médico, en su salud mental y su autoestima, su percepción de sí mismo y de cómo lo ve la sociedad y la familia principalmente.

¹ <http://isna.org/drupal/node/view/114>

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen defectos de nacimiento que a pesar de contar con Normas Oficiales para su atención son escasos los conocimientos populares que se tienen de ellos, tal es el caso de la intersexualidad o ambigüedad de genitales, estas forman parte de una serie de alteraciones biológicas de poca conocida pero que sin embargo muchos niños lo padecen sin poder hacer algo para armonizar su dinámica social, ya que este diagnóstico representa un entrecruce de sentimientos entre el paciente y su familia, pues es necesario haber realizado toda una serie de estudios para definir la sexualidad del niño, y eso solo es en los casos que el paciente es atendido médicamente y a tiempo pues este padecimiento resulta uno de los más vergonzosos de afrontar para los padres y por lo mismo no lo consultan con nadie, manteniendo al niño en aislamiento, educándolo con el sexo más notorio a la vista sin saber todo el procedimiento que se lleva para conocer sexualmente a alguien.

A estos pacientes suele conocerseles también como hermafroditas.

“En la Antigüedad se designaba con el nombre de Hermafroditas a los individuos que presentaban una mezcla más o menos evidente de los caracteres morfológicos que oponen entre sí al hombre y a la mujer”². Es por ello que los antiguos griegos tenían incluso la imagen de un dios hijo de Hermes y Afrodita que compartía ambos sexos, y es así como llamaban a las personas que no tenían un solo sexo asignado.

Podemos ver entonces que desde siempre han existido estas personas, sin embargo la mayoría de la gente desconoce estos diagnósticos y cuando alguno de los miembros de su familia nace con éste problema se asustan y sobre todo sienten vergüenza para hablar con la gente sobre la situación que vive el pequeño, conllevando a que el paciente crezca reprimido y muchas veces sin identidad sexual o con una identidad equivocada; sin embargo estas situaciones se siguen dando y es principalmente por la falta de información que se tiene y para que no sigan ocurriendo casos en que los niños no sean atendidos o sean descuidados es importante mantener siempre una comunicación abierta con los padres, conocer sus inquietudes, su sentir frente al problema y ayudarlos para que resuelvan favorablemente sus dudas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades reconoce a las intersexualidades en su apartado 752.7 señalándolas como “Sexo Indeterminado y Pseudohermafroditismo”, considerando únicamente los siguientes diagnósticos:

- Disgenesia gonadal pura
- Ginandrismo
- Hermafroditismo
- Ovotestis
- Pseudo Hermafroditismo Masculino
- Pseudo Hermafroditismo Femenino

² Dreyfus, Gilbert, *Las intersexualidades*, España 1974. Pág. 21.

En el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" existe una Clínica de Intersexo que atiende algunos de los diagnósticos antes mencionados, en dicha Clínica se reúnen médicos de diferentes especialidades (endocrinólogos, urólogos, cirujanos plásticos, genetistas, etc.) para tratar cada caso y definen el plan de acción quirúrgica para los pacientes después de realizar numerosos estudios y asistir, a petición de los médicos, a una valoración psicológica tanto el paciente como sus padres.

Con la asistencia a esta Clínica se inició el contacto con los pacientes y sus familiares, destacando en este trato una situación que llamó nuestra atención: la familia del paciente se rehúsa a hablar abiertamente del tema, se muestran cohibidos y apenados, sobre todo cuando no hablan con el médico tratante. Todo esto nos llevó a hacernos la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta la intersexualidad de un niño en su dinámica familiar?, pues inclusive los mismos padres en principio evitan hablar del tema, lo cual influye de manera directa en el comportamiento y desenvolvimiento del niño, así mismo afecta la comunicación clara entre los integrantes de la familia.

Consideramos importante trabajar sobre esta línea de investigación para conocer si es que realmente teniendo más información a cerca del padecimiento del paciente es mejor la aceptación del problema dentro de la misma familia.

Así, para tratar de responder a la pregunta anteriormente planteada se delimitará el problema de la siguiente manera:

1. La investigación se realizará durante el periodo que abarca de Septiembre del 2004 a Febrero del 2005.
2. Se trabajará en la Clínica de Intersexo por medio del servicio de Trabajo Social de Urología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
3. Los casos a considerar para la recolección de información son 40, ya que solo hay dos sesiones de la Clínica de Intersexo al mes y en cada sesión se atienden a aproximadamente 3 o 4 pacientes. Los casos que se tomarán deberán tener alguna intersexualidad ya diagnosticada y no estar en estudios para ver si la padece.

Para sustentar dicha investigación también se llevará a cabo la adquisición de información escrita y publicada* del tema de Intersexualidad y en la aplicación de un instrumento** que permita conocer las inquietudes de los padres y su posición frente a la situación del niño que es atendido en la Clínica de Intersexo del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

* Se definirán las fuentes en la Metodología

** Detalles en la Metodología.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las repercusiones en la dinámica familiar de un paciente diagnosticado como intersexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la actitud del paciente y su familia ante la situación.
2. Averiguar qué cambios ocurrieron en la dinámica familiar a raíz del conocimiento del diagnóstico.

HIPÓTESIS

- Si hay mayor información del diagnóstico del paciente entre los miembros de la familia, probablemente haya mayor aceptación del mismo en el círculo familiar.

METODOLOGÍA

La presente investigación fue elaborada con el proceso metodológico que señalamos a continuación:

1. Tipo de Estudio

La investigación realizada es de tipo exploratoria dado que es un primer acercamiento al problema y a la población con diagnóstico de intersexualidad, siendo abordado por primera vez desde la perspectiva de Trabajo Social con el propósito de identificar si ha habido cambios dentro de la dinámica familiar de las personas que viven esta realidad y así poder intervenir de acuerdo a las necesidades detectadas.

Este tipo de investigación por su nivel de profundidad es descrito por la autora María del Rosario Silva como "estudio exploratorio" y señala: "Explorar es buscar, indagar, inspeccionar, reconocer; por lo que un estudio exploratorio es la primera aproximación al fenómeno por parte del investigador. El estudio exploratorio se realiza cuando no se tiene un estudio previo sobre el problema a investigar, se recomienda cuando el investigador se enfrenta a un fenómeno poco conocido para él ... los estudios exploratorios pretenden dar una visión general del fenómeno, se realizan cuando el tema ha sido poco explorado y reconocido..."³

Por otro lado considerando que las entrevistas realizadas para recabar información se llevaron a cabo dentro del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", el estudio por el lugar de aplicación es de laboratorio, puesto que "se realizan en un medio artificial al lugar en el cual se desenvuelven normalmente los sujetos de estudio".⁴

2. Técnicas e Instrumentos para recolectar Información.

Para conformar el contenido de este trabajo se realizaron diferentes técnicas de recolección de datos, las cuales se especifican a continuación:

a) Investigación Documental: Es la que se realiza a través de información escrita y en este caso se utilizaron diversas fuentes:

- * **Bibliográficas:** Se buscó material dentro del catálogo de libros de la UNAM: LIBRUNAM que abarcara información sobre intersexualidad. Otros sitios de consulta fueron las Bibliotecas de la Facultad de Medicina, la Biblioteca Central y la de la Escuela Nacional de Trabajo Social, todas ellas de la Universidad Nacional Autónoma de México dentro del campus de Ciudad Universitaria; la Biblioteca del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", así como la del departamento de Urología de dicho Hospital.

³ Silva, María del Rosario. "Apuntes para la elaboración de un proyecto de Investigación Social". ENTS – UNAM. México 2003. Pág. 57.

⁴ Ibidem. Pág. 59.

* **Hemerográficas:** Dentro del catálogo de Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades: CLASE de la UNAM se localizaron diversos documentos que contienen información sobre el tema, tratándose principalmente de publicaciones extranjeras (Latinoamericanas) que hablan de la mitología y del trato de pacientes en otros países. Dicha información se encontró en la Subdirección de Servicios Especializados de la Dirección General de Bibliotecas dentro del campus Ciudad Universitaria, UNAM.

* **Internet.**

* **Expediente Clínico:** Es un instrumento para planificar la atención del paciente, es un documento legal que engloba actitudes y conocimientos del paciente y personal multidisciplinario. Esta técnica de investigación fue utilizada como observacional descriptiva ya que solo se revisaron algunos datos del paciente, su diagnóstico y su dinámica familiar para poder lograr un acercamiento con la familia.

b) Investigación de Casos: Se efectúa con el hombre en forma individual o como integrante de Sistemas Sociales. Dicha investigación fue realizada por medio de:

* **Aplicación de Cédula Socioeconómica:** Esta cédula es el formato original que se maneja en el Hospital Infantil de México con el propósito de asignar una cuota de pago de los servicios. Los datos obtenidos de ella nos muestran en su sistematización la escala de bienestar social y económico que tiene el paciente y su familia, solo sirven como un banco de datos generales del mismo.

* **Entrevista:** La entrevista es en Trabajo Social una técnica que sirve a una profesión que se preocupa por las personas en sus relaciones sociales, en su mundo social y en los hechos sociales en que están involucrados.

Las modalidades de la entrevista son:

1. Entrevista con cuestionario (estructurada)
2. Entrevista focal de grupo (no estructurada)
3. Entrevista individual a fondo (no estructurada)

En este caso se utilizó la **entrevista estructurada** puesto que se había diseñado con anterioridad un instrumento (entrevista) que permitiera identificar la dinámica familiar del paciente y detectar si ha sufrido alteraciones luego de haber conocido el diagnóstico. La entrevista se aplicó a 40 familias que tienen a un menor en tratamiento en la Clínica de Intersexo, y que por lo tanto presentan un diagnóstico de ambigüedad genital.

- * **La observación:** Se observará el comportamiento de la familia y del paciente durante la entrevista para poder identificar su postura frente al padecimiento y manejo del problema, así como la comunicación que existe tanto dentro de la familia como con los profesionales que participan en la Clínica de Intersexo.

El contacto con los pacientes y / o sus familiares será de manera:

- ♦ DIRECTA mediante las entrevistas con los pacientes y sus padres.
- ♦ INDIRECTA por los aportes de informantes clave (médicos) y la revisión de documentos que traten sobre el tema.

3. Actividades

Buscando cumplir los objetivos y poder completar la investigación, se realizarán las siguientes actividades:

- Asistir a las sesiones de la Clínica de Intersexo, que se llevan a cabo dos veces al mes en la Clínica del Niño Insulinodependiente con un horario de 2:00 a 4:00 de la tarde el primer y tercer martes de cada mes.
- Elaborar una lista con los pacientes reales que presentan alguna intersexualidad y que están registrados en el Servicio de Trabajo Social de Urología.

4. Estrategias

Y entre las estrategias que se tomarán para desarrollar de manera adecuada esta investigación consideramos las siguientes:

- Presentarnos con el familiar del paciente al término de la Clínica de intersexo e involucrarnos desde ahí con cada caso que se presente.
- Platicar primero con los padres de los pacientes para conocer cómo se encuentra su situación familiar frente al diagnóstico del menor.
- Conocer los diagnósticos de los pacientes y así entender también el comportamiento frente a cada situación. Esto resulta útil porque muchos papás piden ayuda o asesoría sobre lo que está pasando con los genitales de su hijo y cómo podrá desarrollar su vida social a raíz del diagnóstico.
- Dar lectura al expediente previa a la entrevista para contar con información del paciente y su familia.

5. Procesamiento de la Información

El vaciado de datos para identificar la frecuencia de las respuestas así como su porcentaje se realizó de forma manual.

6. Presentación de la Información

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la cédula socioeconómica y de la entrevista se presentan en los últimos dos capítulos exponiendo cada pregunta con la tabla de datos cuantificados y su representación en gráficas de pastel realizadas en el programa de Office Word, donde posteriormente se les anexó de manera escrita su interpretación.

CAPITULO I

LA INTERSEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Desde la antigüedad el tema de hermafroditismo o ambigüedad de sexos ha sido abordado a partir de distintas connotaciones, sobre todo literario, artístico y mitológico.

En la Antigüedad Clásica hubo manifestaciones andróginas. Diferentes culturas tenían alguna "deidad" con manifestaciones ambisexuales, tal es el caso de las siguientes:

- Hermafrodito está relacionado con el culto Chipriota de Afrodita, una Afrodita barbada y con órganos sexuales de ambos géneros.
- En Italia se veneraba a una Venus Calva.
- En Caria, se adoraba a un Zeus barbado con seis tetillas dispuestas en triángulo sobre el pecho.
- Heracles, héroe viril por Antonomasia, se vistió de mujer por orden de la reina Onfalia, un ser de dudoso género.
- Lo mismo hizo Aquiles en la corte de Nicomedes, allí pasó nueve años y era llamado Pirra, es decir, rubia, a causa de sus cabellos dorados.
- En los misterios de Hércules Víctor, Italiota, él y sus iniciados se vestían de mujeres.
- Los Galli, sacerdotes de la diosa Cibele, se ataviaban como doncellas.

El intercambio de vestidos era común en la Grecia Antigua, como en otras muchas culturas. A esto se le llama androginización. Y es precisamente en la Cultura Griega en donde tiene mayor representación Hermafrodito, un dios que contenía los dos sexos al reunir en él una deidad masculina y otra femenina.

Los antiguos griegos y romanos hacen referencia a seres ambisexuales, aún antes de que surgiera el mítico dios Hermafrodito se hallan escritos que relatan lugares habitados por ésta gente, a quienes se les atribuían cualidades asombrosas:

- * Platón menciona en su momento (siglo V a. de J.C.) la existencia de una tribu en Escitia con características físicas ambisexuales.
- * En los años 484 a 425 a. de J.C., Herodoto hablaba ya de una tribu o pueblo conocida como los enarcos cuya principal característica era la de ser hombres con apariencia femenina y él mismo atribuye que la naturaleza humana actual no era como la original, pues ésta contaba con la existencia de tres sexos: el hombre, la mujer y la unión de los dos.

- * Teofraсто (382 a 287 a. de J.C.) habla por primera vez de la divinidad de Hermafrodito cuando en uno de sus escritos menciona que los hombres ofrecían sacrificios a este poniéndole guirnaldas a su alrededor.
- * Diódoro (60 a. de J.C.) habla de Hermafrodito como un dios que nació de Hermes y Afrodita y cuyo cuerpo era bello y delicado como el de una mujer, pero la cualidad y el vigor masculino de un hombre: aunque hay quienes piensan que estas criaturas con ambos sexos son monstruosidades.
- * Del mismo modo Ovidio, un fabulista romano que data del año 43 a. de J.C. al 17 d. de J.C., relata: "La antigüedad designaba con el nombre de "hermafroditas" a los individuos que presentaban una mezcla mas o menos evidente de los caracteres morfológicos que oponen entre sí al hombre y a la mujer. Su prototipo era un dios hijo de Hermes y Afrodita, que, ... fue sorprendido mientras se bañaba en una fuente por una ninfa: esta fulminó al adolescente con un flechazo amoroso, y se abrazó a él con tanto ímpetu que sus dos cuerpos llegaron a fusionarse hasta el punto de convertirse en uno solo y único."⁵ Y luego de verse a sí mismo como había quedado imploró a su padres dejar un hechizo en aquella laguna: "si algún hombre penetra en esta laguna, que salga de aquí no ya como medio hombre, sino que súbitamente quede débil y afeminado al contacto de esta agua. Y sus padres concedieron esa petición a su hijo que ahora era mitad varón y mitad hembra."⁶
- * Plinio (23 a 79 d. De J.C.) en su obra *Historia Natural* habla de la nación de los Andróginos: "pueblo que reúne los dos sexos en el mismo individuo y alternativamente realizan las funciones de uno y de otro"⁷
- * Más tarde, en la era Cristiana, este concepto de Hermafrodita estaba más arraigado y los escritores afirmaban que era un dios ambisexual hijo de Hermes y Afrodita.

Como muestra de todo lo anterior existen diferentes esculturas y pinturas de la época antigua en las que se muestra a estos seres intersexuales de manera natural, pues la importancia y el conocimiento de los hermafroditas está asentado básicamente en las artes plásticas.

- * En décadas pasadas se le ha interpretado como una malformación que no requiere tratamiento ni atención médicos, motivos por los cuales difícilmente es atendido un paciente a una edad oportuna. Tal caso ocurre en México, donde estos diagnósticos son todavía reservados de quienes los padecen y no buscan ayuda, se le trata como confidencial y existe un tabú al hablar del tema.

⁵ Dreyfus, Gilbert, *Las intersexualidades*, España 1974. Pág. 21.

⁶ Jones, Howard, *Hermafroditismo, anomalías genitales y trastornos endocrinos afines*. México 1975. Pág. 6

⁷ Jones, Howard, *Hermafroditismo, anomalías genitales y trastornos endocrinos afines*. México 1975. Pag. 4

En la actualidad éstos diagnósticos han sido abordados desde el punto de vista médico, brindando la debida atención mediante investigaciones científicas necesarias para encontrar un adecuado tratamiento que proporcione al paciente y su familia la confianza en su restablecimiento.

Los diagnósticos relacionados con las intersexualidades son confundidos erróneamente con las diferentes preferencias sexuales que existen como: bisexualidad, homosexualidad, travestismo o transexualidad, siendo estos categóricamente muy diferentes entre sí y entre las malformaciones genitales. Así explica el Manual de Psiquiatría las "desviaciones sexuales"⁸:

- **Bisexualidad:** es el hecho de mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo y del sexo opuesto.
- **Homosexualidad:** es el deseo del acto sexual con individuos del mismo sexo.
- **Travestismo:** consiste en obtener placer y excitación sexuales vistiendo ropas adecuadas al sexo opuesto.
- **Transexualidad:** es el deseo obsesionante consciente de cambiar de sexo. Los transexuales varones piensan, sienten y actúan como hembras, pero biológicamente son masculinos. Finalmente se realizan cirugías encaminadas al cambio físico de sexo.

Estas, a diferencia de las malformaciones genitales congénitas que conllevan a los estados intersexuales, se dan con plena conciencia de quien las practica y se desarrollan a lo largo de la vida, en cambio con la intersexualidad se nace a causa de alteraciones cromosómicas que originan los diferentes tipos de intersexualidad, las cuales se definen en el siguiente capítulo.

⁸ Solomon, Phillip, *Manual de Psiquiatría*, México 1976. Pág. 173.

CAPITULO II

CONCEPTOS DE LAS INTERSEXUALIDADES

Para entender los diagnósticos intersexuales comenzaremos definiendo que es un intersexo:

“El término **intersexo**, hace referencia a aquellos recién nacidos que presentan unos genitales ambiguos, esto es, sin evidencia clara sobre el sexo asignable”⁹

Existe también el término **Hermafrodita**, el cual es relacionado con los pacientes intersexuales de manera no siempre acertada pues el hermafroditismo “es un término que se refiere al hecho de presentar en forma simultánea características correspondientes a ambos sexos (intersexuales). Se trata de individuos que presentan simultáneamente tejido ovárico y testicular en la conformación interna de su aparato reproductor”.¹⁰

A pesar de que existen diferentes tipos de intersexualidades, las únicas que pueden ser responsables de un etiquetaje sexual incierto son las siguientes:

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) las intersexualidades quedan definidas en su apartado 752.7, el cual señala:

SEXO INDETERMINADO Y PSEUDOHERMAFRODITISMO

- Disgenesia Gonadal Pura
- Ginandrismo
- Hermafroditismo
- Ovotestis
- Pseudohermafroditismo Masculino
- Pseudohermafroditismo Femenino

Excluye: Pseudohermafroditismo con anomalía cromosómica especificada:

- Femenino con trastorno adrenocortical.
- Masculino con trastorno gonadal.
- Síndrome de feminización testicular.

FUENTE: Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica.
Vol. 1 Enfermedades: Lista Tabular

Por otro lado, en México, la Secretaría de Salud por medio de la Norma Oficial Mexicana (NOM) NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento aborda los diagnósticos de Ambigüedad Genital.

⁹ <http://www.saludinfantil.com/intersexos>

¹⁰ http://www.ladosis.com/articulo_interno_nd.php?art_id=2021#

En esta Norma "se incluyen los principales defectos prevenibles o susceptibles del diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años"¹¹

En esta Norma, el punto 5.1.5 habla del Examen Físico del Neonato, y señala que en el área de los genitales se deben analizar y valorar las anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos; implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración, presencia de secreción vaginal y tamaño de clítoris. También apunta a la Ambigüedad de Genitales como una de las prioridades de atención en los defectos de nacimiento.

A continuación se menciona lo que esta Norma define específicamente al hablar de Ambigüedad de Genitales.

6.18 Ambigüedad de Genitales

6.18.1 En todo recién nacido atendido en unidades de salud, se realizará la exploración completa de genitales externos, para investigar si los órganos y/o estructuras y los órganos correspondientes a cada género, se encuentran presentes y no muestran ambigüedad o alteraciones estructurales o de relación.

6.18.2 En familias de riesgo o con antecedentes hereditarios, se investigarán los factores que puedan favorecer o precipitar la ocurrencia de ambigüedad de genitales.

6.18.3 Todo neonato con ambigüedad de genitales será enviado a una unidad de segundo o tercer nivel para establecer o confirmar el diagnóstico y proceder a su manejo.

FUENTE: NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.

Aspectos a considerar para elaborar un diagnóstico acertado:

7.2.7 Ambigüedad de Genitales

7.2.7.1 Para la elaboración del diagnóstico de ambigüedad de genitales y la atención que cada caso requiere, es necesario:

- a) Revisar, o en su caso, elaborar historia clínica completa materno-infantil;
- b) Registrar factores de riesgo, y
- c) Establecer manejo de sostén, de acuerdo con las condiciones del neonato, conforme al numeral 7.2.7.4

FUENTE: NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.

¹¹ <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-034-SSA2-2002.htm>

7.2.7.2 Se considera que existe ambigüedad de genitales, si se presenta una o más de las siguientes alteraciones:

- a) Micropene;
- b) Criptorquidia bilateral;
- c) Hipospadias;
- d) Hipospadias y criptorquidia unilateral;
- e) Clitoromegalia;
- f) Fusión de labios menores;
- g) Escrotalización de labios mayores, y
- h) Fusión de labios mayores

7.2.7.3 Los casos identificados como portadores de una ambigüedad de genitales, deben abordarse inicialmente, mediante el siguiente esquema:

- a) Informar a los padres que, debido a las características de los genitales, no es posible asignar género y que el producto debe ser estudiado para identificar las alteraciones que ocasiona el problema;
- b) Debe evitarse el empleo de palabras que puedan confundir a los padres, tales como "testículos", "ovarios", "el niño", "la niña" y otras, recomendándose términos como "su bebé", "sus genitales" o "sus gónadas";
- c) Se recomienda no llevar a cabo la asignación social del género del niño, evitando en lo posible proporcionar un nombre, se realicen trámites ante el Registro Civil o se bautice;
- d) Realizar un cariotipo de linfocitos de sangre periférica o en su defecto una cromatina nuclear en células exfoliadas de la mucosa bucal;
- e) Determinar los niveles séricos y urinarios de sodio y potasio;
- f) Determinar niveles séricos de 17-hidroxiprogesterona, androstendiona y testosterona para realizar diagnóstico diferencial con hiperplasia suprarrenal, y
- g) Tomar muestras de sangre para realizar determinaciones de hormonas y sus precursores.

7.2.7.4 Si existe sospecha fundamentada de hiperplasia suprarrenal congénita y se presenta hiponatremia progresiva sin otra causa aparente, se procederá a la aplicación de hidrocortisona por vía intravenosa a dosis de 50 miligramos por metro cuadrado (mg/m²sc) por dosis cada seis horas, durante 24 horas, seguida de 50 mg/m²sc/día durante las siguientes 48 horas.

7.2.7.5 Si no se confirma la existencia de hiperplasia suprarrenal congénita, se realizará un abordaje diagnosticado y terapéutico multidisciplinario, para identificar la etiología y determinar la asignación sexual más conveniente.

7.2.7.6 En el segundo y tercer niveles de atención, se deben realizar estudios especializados, incluyendo pruebas de estimulación gonadal y suprarrenal, estudios radiográficos y de ultrasonido para identificar la existencia y característica de los órganos genitales internos, determinación de alteraciones cromosómicas y génicas, biopsia gonadal. De ser factible, se tomará biopsia de piel para cultivo de fibroblastos lo que permitirá realizar estudios de enzimas y receptores hormonales esteroideos. Además se brindará apoyo psicológico a los padres.

7.2.7.7 En ningún caso se debe realizar corrección quirúrgica de los genitales internos o externos, asignación de género ni manejo terapéutico, hasta no haber demostrado la etiología de la ambigüedad de genitales y completado el apoyo psicológico a los padres.

FUENTE: NOM-034-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.

Aquí se abordarán solamente los principales diagnósticos que especifiquen a una persona como intersexual.

- ◆ **Pseudo Hermafroditismo Masculino:** “Es un intersexo con síndrome del testículo feminizante (produce que los andrógenos actúen como estrógenos), que presenta un aspecto femenino, implica desarrollo mamario pero el cariotipo es XY es decir es masculino. En éste padecimiento la asignación del sexo es mas compleja, como norma se recomienda adaptarse a aquel sexo que sea mas fácil de reconstruir y presente menores complicaciones a largo plazo; en algunos casos será necesaria la extirpación de genitales internos rudimentarios que presenten riesgo de malignización”.¹²

- ◆ **Pseudo Hermafroditismo Femenino:** “Es un intersexo que presenta síndrome virilizante (mujer productora de andrógenos). La mujer nace prácticamente como un varón y sigue masculinizándose por involución de los rasgos femeninos. Si la niña no es diagnosticada a tiempo, será intersexual, con sus genitales internos femeninos pero con genitales externos de apariencia masculina. Tendrá también caracteres sexuales secundarios masculinos: vello de hombre, voz gruesa y aun su libido estará orientada hacia la mujer”.¹³

- ◆ **Hermafroditismo Verdadero:** Es otro tipo de intersexo, en donde “los recién nacidos presentan tejido ovárico y testicular en proporciones variables, y puede ser posible encontrar un ovario y un testículo completos, o incluso puede haber presencia de tejido testicular y ovárico en la misma gónada (ovotesti) o en gónadas opuestas. Se trata, por lo tanto, de verdaderos hermafroditas.
El cariotipo es variable: más de la mitad de los casos son XX, y solamente un 10% tienen XY. Se dan también casos en mosaico, con algunas células XX y otras XY. En su mayoría estos pacientes presentan genitales externos e internos ambiguos”.¹⁴

- ◆ **Disgenesia Gonadal:** Es un transtorno en el desarrollo embrionario que impide la maduración completa del tejido gonadal en su diferenciación hacia testículo u ovario en el cual las gónadas no son funcionales y se les llama estrías al no haber una definición clara sobre si es gónada masculina o femenina y esta se tiene que extraer debido a que luego puede propiciar la formación de un tumor.

- ◆ **Síndrome de Turner:** Es un intersexo cariotipo 45X0, es decir, su dotación cromosómica alude a que existe un solo cromosoma sexual, que es el x. Presenta agenesia gonadal, lo que significa la falta de desarrollo de la gónada; y cuenta además con fenotipo femenino (apariencia de mujer).

¹² http://pczau.galeon.com/artbio_Inter.htm

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

El diagnóstico del Síndrome de Turner se basa principalmente en cuatro elementos de juicio:

1. Cariotipo XO, es decir, cromatina sexual negativa.
2. Punción de Biopsia gonadal revela la ausencia de ovarios, o bien, que no están completamente desarrollados.
3. Hipergonadotrofismo: Al no haber ovarios no habrá las hormonas sexuales que este produce (estrógenos y progesterona), frente a esta ausencia la hipófisis reacciona intentando aumentar dicha hormona sexual mediante la producción de otras hormonas estimuladoras llamadas gonadotropinas, manteniéndose estas en niveles altos; situación denominada hipergonadotrofismo.
4. Fenotipo femenino: La persona tiene aspecto femenino aunque infantil (infantilismo) y ausencia de mamas.

La causa del Síndrome de Turner es una mala distribución de los cromosomas durante el proceso de división celular, por ello, el problema del Turner se puede presentar en dos casos:

- a) Turner Completo: Cuando la mala distribución de los cromosomas se produjo antes de la fecundación, durante el proceso de división meiótica de las células sexuales, con lo cual de entrada, recibe solamente un cromosoma X, quedando su cariotipo conformado como XO y todas sus células contendrán ésta información.
- b) Turner en Mosaico: Cuando en la fecundación recibe la dotación cromosómica correcta, pero en sus posteriores divisiones produce una mala distribución de los cromosomas, con lo cual algunas células serán normales (XY) y otras anormales (XO).

SÍNDROME DE TURNER
Peso bastante bajo
Talla disminuida al nacer
Mandíbula pequeña
Orejas salientes
Déficit de 17-cetoesteroides
Pliegues cutáneos en la parte posterior de cuello
Malformaciones varias: tórax en escudo, hipoplasia mamilar.

Es importante señalar que se estima que solo una de cada tres mil mujeres nace con dicho Síndrome.

◆ **Síndrome de Klinefelter:** Es un intersexo con cariotipo 47XXY, fenotipo masculino y ginecomastia. Para su diagnóstico se tomas en cuenta cinco elementos:

- a) Cromatina sexual positiva.
- b) Fenotipo masculino.
- c) En la biopsia gonadal células de Sertoli atrofiadas.
- d) En el espermatograma aparecerá azoospermia (ausencia de espermatozoides)

- e) De las hormonas gonadotróficas, aparecerá normal o aumentada la folículo-estimulante.

El problema original radica en la meiosis antes de la fecundación, durante esta división celular los cromosomas XX no se separan yendo cada una de las X a una célula, sino que van juntos a la misma célula (fenómeno de la no disyunción). Así, la célula sexual femenina termina aportando dos XX, las que junto con Y determinarán el calotipo XXY. Estos casos se dan en uno de cada mil varones y presentan retraso mental.

SÍNDROME DE KLINEFELTER
Altos
Delgados
Peso inferior al normal
Piernas bastante largas
Testículos pequeños y endurecidos
Falo pequeño
Criptorquidia
Hipospadias
Desarrollo mamario durante la pubertad
Caracteres sexuales secundarios poco diferenciados

El siguiente esquema representa las intersexualidades.

	Sexo Cromosómico	Sexo Cromatínico	Sexo Gonadal	Sexo Fenotípico
HOMBRE NORMAL	XY	Negativo	Testículo normal anatómica y funcionalmente	Masculino
MUJER NORMAL	XX	Positivo	Ovario normal anatómica y funcionalmente	Femenino
SÍNDROME DE TURNER	X0	Negativo	No hay ovario	Femenino con ausencia de mamas
SÍNDROME DE KLINEFELTER	XXY	Positivo	Testículos pequeños intraabdominales	Masculino con ginecomastia
PSEUDO HERMAFRODITISMO MASCULINO	XY	Negativo	Testículos intraabdominales	Femenino con ginecomastia
PSEUDO HERMAFRODITISMO FEMENINO	XX	Positivo	Ovario inmaduro	Masculino
HERMAFRODITISMO VERDADERO	XX XY MOSAICO	Positivo Negativo	Ovario y testículo intraabdominal juntos o separados	Ambigüo

FUENTE: http://pcazau.galeon.com/artbio_inter.htm

Sin embargo, no basta solo la exploración física de una persona para determinar si es hombre o es mujer, "el sexo es el resultado de la combinación de ocho factores:

1. **Sexo genético**, representado por el equipo cromosómico.
2. **Sexo gonádico y germinal**, consta de tener bien formados y definidos ya sea un ovario o un testículo originado desde la fase embrionaria.
3. **Sexo gonofórico interno**, los conductos genitales alojados en el bajo vientre (matriz y trompas o próstata y canales eyaculadores, etc.)
4. **Sexo gonofórico externo**, es el sexo apreciable a simple vista como labios mayores, orificio de la vagina o pene y testículos.
5. **Sexo hormonal**, constituido por hormonas masculinizantes (andrógenos) o feminizantes (estrógenos).
6. **Sexo corporal**, conformado por los caracteres sexuales secundarios.
7. **Sexo legal**, asignado por el estado civil según la apariencia de la persona (hombre o mujer).
8. **Sexo psicológico**, es el que orientará en la adolescencia el comportamiento libidínico.¹⁵

De este modo, para confirmar la asignación del sexo correspondiente, los pacientes con algún diagnóstico intersexual son sometidos a distintos procedimientos, como:

A) **Cariotipo**, es el recuento, clasificación e identificación de cromosomas para conocer el sexo genético del paciente (46 xx corresponde al sexo femenino y 46 xy al masculino).

B) **Laparoscopia**, es un estudio que muestra la composición interna del sistema genital y ayuda al pronóstico y tipo de cirugía reconstructiva.

C) **Fenotipo**, se explora la anatomía del paciente y la pigmentación de genitales y el pezón para saber el grado de virilización en el caso del pseudo hermafroditismo femenino, el tamaño del falo en el pseudo hermafroditismo masculino y los rasgos físicos predominantes en el hermafroditismo verdadero.

D) **Cromatina Sexual**, es una prueba en la que se toma una muestra de mucosa bucal y permite identificar al corpúsculo de Barr.

E) **Examen físico**, para identificar la deshidratación y la pérdida de sal en pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

F) **Biopsia** de piel de genitales o de gónadas para identificar los receptores androgénicos.

G) Otros estudios que se les realizan son los de medición de niveles de sodio, potasio, glucosa, progesterona, esteroides y pregnenolona.

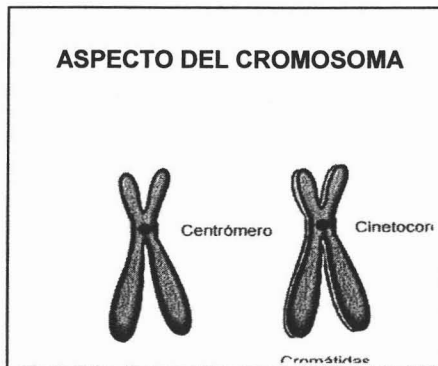
¹⁵ Dreyfus, Gilbert, *Las Intersexualidades*, Barcelona 1974. Pág. 5.

CAPITULO III

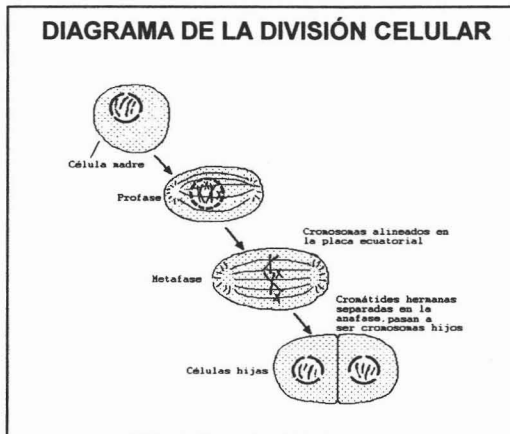
CAUSAS DE LA INTERSEXUALIDAD

Los motivos por los que surgen los estados intersexuales son básicamente provocados por la acción de diferentes sustancias químicas generadas por el organismo humano.

Una intersexualidad se da a raíz de un defecto en la distribución de los aminoácidos y de las bases púricas y pirimídicas del ADN durante la cariocinesis (fase meiótica) de las células gonadales (del par 23 de los cromosomas), pues son estos los que definen los órganos genitales del embrión.

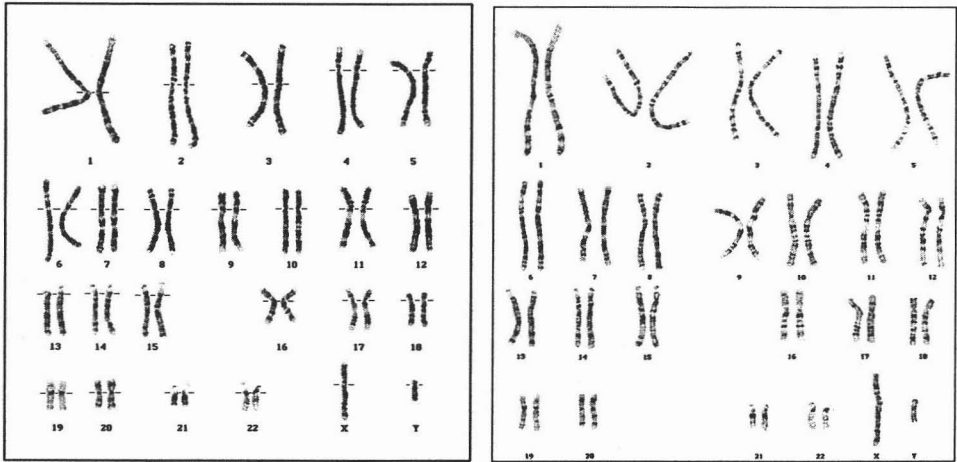


FUENTE: www.iqb.es/cromosoma/g006.htm



FUENTE: <http://fai.unne.edu.ar/biologia/celulamit/mitosis.htm>

Como el sexo de una persona se define prácticamente con el cariotipo, se muestran dos a continuación en lo que es su apariencia normal en el sexo masculino:



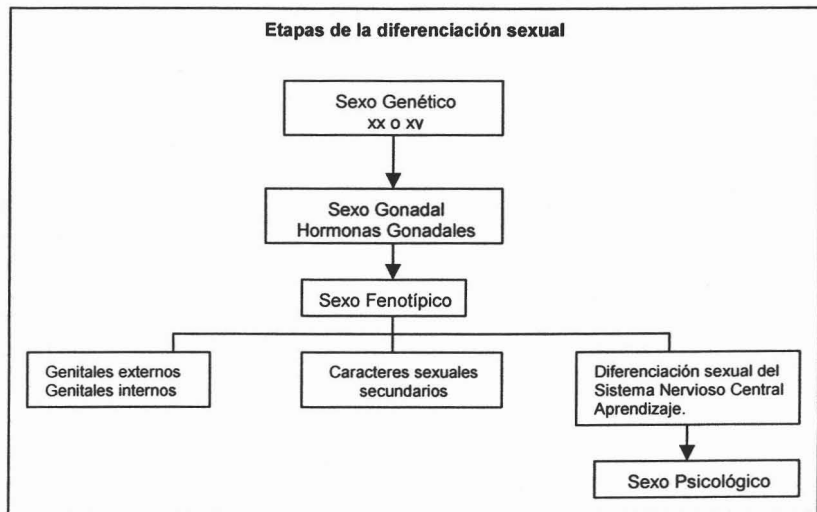
Éstos son un ejemplo típico de un **cariotipo** masculino normal. Los pares de cromosomas homólogos se han dispuesto de acuerdo con su tamaño, patrón de bandas y posición del centrómero. Cada cromosoma puede así compararse banda por banda con su homólogo en busca de cualquier cambio que haya podido tener lugar en la estructura del cromosoma. La segunda imagen muestra mas detalles.

FUENTE: <http://www.2.uah.es/biomodel/citogene/dynacare/bigktype.htm>

Siguiendo con el tema de las causas de la intersexualidad hemos de mencionar que "el desarrollo de los genitales externos procede en ambos sexos de un esbozo común en el que se integran el seno urogenital, el tubérculo genital, las protuberancias y los pliegues genitales, siendo idénticos los genitales externos de ambos sexos antes de la 8ª semana de gestación.

La diferenciación de los genitales internos y externos está condicionada por dos importantes factores hormonales secretados por la gónada masculina: la hormona antimulleriana (AMH) y la testosterona. La diferenciación masculina normal necesita de esta producción hormonal del testículo fetal. En su ausencia, las estructuras indiferenciadas de los genitales internos y externos siguen una diferenciación femenina."¹⁶

¹⁶ Jiménez Cruz, J.F. "Tratado de Urología" Tomo 2. Barcelona 1993. Pág. 1572.



FUENTE: Jiménez Cruz, J. F. "Tratado de Urología" Tomo 2. Pág. 1569

En los casos de la diferenciación masculina es importante la intervención de la dihidrotestosterona (DHT), la cual es el resultado de la acción de la enzima 5 alfa – reductasa sobre la testosterona. La DHT provoca la diferenciación masculina mediante el esbozo de los genitales externos durante el desarrollo fetal, pues es afín con los receptores de andrógenos.

El mecanismo funciona así:

- ❖ " La testosterona producida por la célula de Leyding entra por difusión en el interior de la célula con sensibilidad androgénica.
- ❖ La testosterona se transforma en DHT ... y esta se combina con un receptor citosólico que actúa como proteína transportadora.
- ❖ Este complejo se traslada hormona – receptor al interior del núcleo celular, adecuando correctamente el mensaje genético y la función de la célula con sensibilidad androgénica.

Y la alteración de este mecanismo puede producirse a tres niveles:

- * Por defecto de la síntesis de la testosterona, asociado a una excesiva producción de precursores androgénicos;
- * Por bloqueo de la conversión de testosterona a DHT debido a la ausencia de 5 alfa – reductasa;

- * Debido al fallo de las proteínas transportadoras, fracasando su unión con la DHT que no puede de este modo actuar adecuadamente en el núcleo celular.”¹⁷

Las intersexualidades involucran diferentes diagnósticos, como los que se esquematizan aquí:

Trastornos de la Diferenciación Sexual	
1. Anomalías de la diferenciación o desarrollo gonadal	<ul style="list-style-type: none">• Disgenesia ovárica (Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner)• Disgenesia de los túmulos seminíferos (Síndrome de Klinefelter)• Anarquía y Síndrome de regresión testicular
2. Pseudo Hermafroditismo Femenino	<ul style="list-style-type: none">• Hiperplasia suprarrenal virilizante congénita• Andrógenos derivados de la circulación materna• Deficiencia de aromatasa p450• Ambigüedad genital asociada con otras malformaciones
3. Pseudo Hermafroditismo Masculino	<ul style="list-style-type: none">• Defectos del receptor de hCG-LH• Defectos de la síntesis de testosterona• Defectos de la síntesis de dihidrotestosterona• Defectos del receptor de andrógenos• Defectos de la hormona antimülleriana• Ambigüedad genital asociada con otras malformaciones

FUENTE: Meneghello, Julio. "Pediatria" Tomo 2 Pág. 1957

Sin embargo, cada diagnóstico intersexual tiene sus causas definidas, como lo veremos a continuación.

El **Pseudo Hermafroditismo Femenino (PHF)** surge por el síndrome llamado Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) que es provocada por un error congénito del metabolismo enzimático que impide que el colesterol (productor de hormonas suprarrenales) se transforme en cortisol y al no existir, automáticamente aumenta la secreción de la hormona adrenocorticotrofina (ACTH), lo cual a su vez lleva a una hipersecreción de andrógenos por lo cual la niña empezará a adquirir características del varón (efecto virilizante).

Los pacientes con HSC perdedores de sal comienzan con síntomas poco después del nacimiento con la falta de recuperación del peso registrado al nacer, pérdida progresiva de peso y deshidratación. Hay vómitos acusados y anorexia. Pueden aparecer trastornos en la frecuencia y ritmo cardiacos, cianosis y disnea. Sin tratamiento el colapso y la muerte pueden aparecer en pocas semanas.

¹⁷ Ibidem. Pág. 1572

Los pacientes con éste diagnóstico presentan ovarios, útero, oviductos y vagina normales, sin embargo sus genitales externos son de apariencia masculina de modo que la vagina se halla conectada a la uretra, la cual se abre en la base en un clítoris agrandado y los labios a menudo están hipertrofiados mostrando un aspecto de hipospadias intenso con criptorquidia.

Otra causa menos frecuente de impregnación androgénica transmitida por la madre son los tumores virilizantes de un ovario materno; la ingesta materna de testosterona o algunos de sus derivados así como anabolizantes y progestativos emparentados con la hormona masculina.



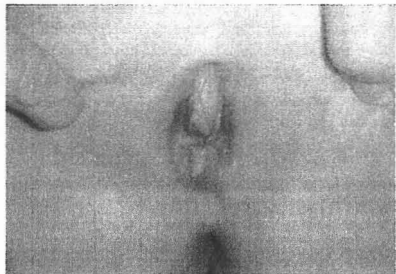
Esta imagen es de un diagnóstico de Pseudo Hermafroditismo Femenino causado por Hiperplasia Suprarrenal Congénita captado en la Clínica de Intersexo del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Se ve claramente la virilización de los genitales de una niña con cariotipo normal femenino de 46xx.

Material proporcionado por el Dr. Efrén Camacho, Urólogo Pediatra.

El Pseudo Hermafroditismo Masculino (PHM) es el grupo más complejo en cuanto al origen y la expresión clínica. Puede ser debido a disgenesias gonadales (ausencia de regresión de las estructuras femeninas), defectos en la síntesis de las hormonas masculinas o en las células que las producen, o por un defecto en los receptores periféricos de las hormonas masculinas.

Ejemplo de un Pseudo Hermafroditismo Masculino atendido en la Clínica de Intersexo del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" por su diagnóstico de insensibilidad de andrógenos. Nótese la ausencia de descenso testicular así como el pequeño tamaño del falo.

Material proporcionado por el Dr. Efrén Camacho, Urólogo Pediatra.

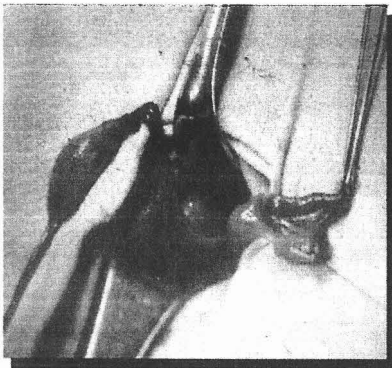


Los pacientes presentan fenotipo marcadamente femenino, ginecomastia causada por la acción de estrógenos y testículos intraabdominales no descendidos.

Para el **Hermafroditismo Verdadero** hay dos causas determinantes:

1. Por alteración cromosómica oculta en alguno de los gametos de los padres, siendo el hermafroditismo el resultado de un mal funcionamiento de las decisiones genéticas de la gónada, es decir, en los casos en que el paciente es XY, X puede evitar el poder represivo de Y, o bien, los factores de Y se mostraron ausentes o inhibidos. Así mismo, en los casos con cariotipo XX es consecuencia de una inactivación de los genes de diferenciación femenina del X.
2. Por fallo en la interpretación de ordenes genéticas por parte de una gónada embrionaria aún indiferenciada, pues esta gónada es originalmente bisexual y se niega a la monosexualización impuesta por su equipo gonosómico.

Los pacientes con Hermafroditismo Verdadero pueden tener genitales externos ambiguos, presentando ovario y testículo por separado o ambos en una sola gónada (ovotesti).



Esta es una imagen de un Hermafroditismo Verdadero. En ella se percibe la presencia de un ovario (a la derecha) y un testículo (a la izquierda) en la misma gónada que están siendo removidos en una cirugía.

Imagen proporcionado por el Dr. Efrén Camacho, Urólogo Peditra.

Para darle a cada paciente una atención responsable es necesario contar no solo con un tratamiento médico que ayude a controlar su salud física, sino también es importante reconocer los valores y centros de apoyo de éste para tratar con su medio social y el ambiente en el que se desarrolla. Para todo esto es imprescindible contar con la participación de los seres más cercanos afectivamente del paciente, es decir, con su familia, como lo veremos en el capítulo siguiente.

CAPITULO IV

“LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INTERSEXUALES”

Los seres humanos somos sociables por naturaleza, y eso viene desde el principio de la vida misma al nacer dentro de un núcleo familiar pues es ahí donde comienzan las relaciones sociales de las personas y es además en lugar en donde se forman los primeros afectos y la identidad de sí mismo.

Todos atravesamos a lo largo de nuestras vidas por diferentes situaciones marcadas por el mismo ciclo vital, tales como:

- La niñez
- La pubertad
- La adolescencia
- La juventud
- La adultez
- La vejez

Y todas estas etapas llevan consigo grandes cambios tanto físicos como psicológicos y emocionales; y para poder afrontar cada uno de estos cambios es de vital importancia contar con un núcleo familiar, es por ello que la familia es un punto fundamental para que los pacientes afectados con estos diagnósticos puedan llevar un tratamiento adecuado y posteriormente desarrollarse de manera normal, integrándose a su círculo social y desenvolviéndose en una vida cotidiana armónica. Por su valiosa importancia comenzaremos definiéndola de la siguiente manera:

“La familia como institución está basada en el matrimonio que vincula a los cónyuges y descendientes, fórmulas de autoridad, afecto y respeto, con el fin de conservar, propagar y desarrollar la especie humana en todas las esferas de la vida. También se conceptualiza a la familia como el más importante grupo primario de la sociedad.”¹

En el diccionario de Trabajo Social se dice que la familia “es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida”²

Comprendido de ésta forma podemos decir que la familia es la principal fuente de apoyo para todo ser humano, pues dentro de ella nos sentimos protegidos y aceptados, en especial es una forma de convivencia y aceptación para los miembros de esta que padezcan de alguna enfermedad, sobre todo si la mencionada afecta su ámbito social.

¹ TESIS. Cano Zamora, Elsa, “*Desintegración familiar*”, TESIS ENTS, 1990 Pág. 3

² Ander – Egg, Ezequiel. “*Diccionario de Trabajo Social*”. Editorial Lumen. Buenos Aires 1995 Pág. 127

Es también importante señalar que dentro de la familia se crea la identidad sexual, la cual queda acentuada desde los tres años de vida del menor, pues es algo que se recibe dentro del terreno cultural y es por ende una de las manifestaciones que distinguirán la actitud de cada persona durante su desarrollo, resaltando de esto la importancia de contar con una formación sexual adecuada al proceso evolutivo de los caracteres sexuales secundarios que aparecerán en la adolescencia. Es por esto que la aceptación de la identidad sexual con la que uno nace parece atentar con la necesidad de definir quirúrgicamente el sexo de una persona; y nuevamente es aquí en donde aparece la importancia del apoyo familiar que requieren los pacientes intersexuales.

La aceptación de uno mismo como persona sea del sexo que sea es algo que se comienza y se fortalece en la familia, por ello al interior de esta es donde se tiene que dar apoyo a los hijos y a todos los miembros para poder también guiar más claramente a cada persona en formación a la aceptación de lo que es y el apoyo en todo momento sin dar lugar a la represión.

En estos casos el tipo de dinámica de cada familia es trascendental porque influye en el desarrollo de la personalidad de los individuos; pues es ahí donde se establecen las primeras relaciones de socialización (entre padres e hijos); y se inculcan valores como la moral, los códigos, las leyes, la religión y la ideología que marcarán el comportamiento de cada persona.

Para tratar un poco más el tema de la familia es preciso conocer el ciclo vital de esta para entender su evolución, como se muestra a continuación:

- * **INICIO O RECIÉN CASADOS:** son los periodos de ajuste, existe el temor de separarse de la familia de origen, hay una incapacidad de los padres para dar independencia a la nueva pareja y se tienen creencias románticas en torno al matrimonio.
- * **LA PROCREACIÓN:** es el ciclo que pone en crisis a la nueva pareja. La llegada de un hijo modifica los roles y las tareas familiares, la responsabilidad de la crianza, el cuidado de las enfermedades propias de la infancia. El riesgo en esta etapa es que la comunicación de la pareja solo se efectúa por la llegada del recién nacido y puede haber una atención excesiva de los padres al hijo y llegan a formarse las alianzas.
- * **PROCREACIÓN AVANZADA:** es la etapa de expansión puesto que los hijos adolescentes tienen que definir las reglas de convivencia, los principios de conducta, quién da los permisos y quién los castigos. La autoridad, los principios, normas y valores son esenciales en la familia. Existe crisis familiar por el inicio de la vida sexual de los adolescentes, cuando lo hacen por primera vez y con quién.

- * **INDEPENDENCIA:** capacita a los jóvenes para formar una nueva familia, se llega a la independencia en el sustento económico y la toma de decisiones. Así mismo se respetan las normas de la casa, los valores.
- * **RETIRO O MUERTE:** la pareja se queda sola en su fase terminal, debe haber un reencuentro de la pareja que les permitan manejar el síndrome del nido vacío, también puede haber divorcios y separaciones en esta etapa.

Otro aspecto importante a conocer es el ejercicio de la dinámica familiar, la cual “hace referencia a un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad, así mismo la dinámica familiar es también una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás”³.

Este concepto de Dinámica Familiar se puede entender desde la definición de Dinámica de Grupos, pues “con esta expresión se hace referencia al conjunto de interacciones y procesos que se generan en el interior de los grupos, como consecuencia de su existencia”⁴ y la familia es un grupo primario de la sociedad.

Entre los pacientes atendidos en la clínica de intersexo podemos encontrar diferentes clases de familias por lo que para su estudio seguiremos la siguiente tipología:

- * **LA FAMILIA RURAL:** Su principal característica es su ubicación geográfica en una zona rural, coexistiendo más de dos generaciones, entre consanguíneos y de afinidad. el elemento motor es el papel que tiene el sistema de producción económica para satisfacer las necesidades de subsistencia con los que la familia se enfrenta.
- * **LA FAMILIA PROLETARIA:** Encontramos que este tipo de familia son parejas que aunque viven en forma independiente existe hacinamiento por los parientes que viven en la misma zona, por lo regular son colonias obreras. Su nivel de instrucción escolar es básico y perciben un salario mínimo, la autoridad formal está representado por el hombre.
- * **LA FAMILIA DE CLASE MEDIA:** Son el modelo clásico de familia nuclear, pero influyen las respectivas familias de origen con una tendencia a irritarlas, siendo su presencia simbólica y moral. Encontramos un nivel de escolaridad medio superior, y un alto porcentaje se dedica al comercio.

³ <http://www.geocities.com/hiponiqueo/familia.html>

⁴ Ander – Egg, Ezequiel. “*Diccionario de Trabajo Social*” Editorial Lumen. Buenos Aires 1995 Pág. 97

- **FAMILIA DE CLASE MEDIA ACOMODADA:** Viven en las colonias residenciales, cuentan con casa propia su ingreso familiar es muy elevado; así como su escolaridad. La pareja se desarrolla en un amplio círculo de relaciones sociales.

Del mismo modo hay otros elementos que clasifican a la familia como nuclear o extensa:

La familia **nuclear** agrupa tan solo a los padres y a los hijos, a los padres sin hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto, se ha retirado o divorciado.

En cambio la familia **extensa** es la formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo habitando en la misma casa.

Otros aspectos a considerar que definen el tipo de dinámica familiar son:

1. El tipo de familia según se desarrollo:
 - **Arcaica:** Poco se vincula con el exterior, los roles de autoridad son rígidos (centrados en un patriarcado) y la descendencia es considerada como propiedad.
 - **Tradicional:** Existe división de roles. El padre es el proveedor económico y la madre difícilmente puede acceder a una vida laboral por las normas establecidas en la pareja; ella transmite valores, costumbres y normas.
 - **Moderna:** Los roles son compartidos, igualitarios, ambos son proveedores económicos, son familias abiertas.
2. El liderazgo en la familia: Es importante identificar esto debido a que tratamos con pacientes cuyo diagnóstico puede afectar la dinámica familiar e incluso puede su misma familia llegar a sentir rechazo hacia el menor, por ello la identificación de quién lleva el líder en la casa es importante para que el paciente busque apoyo en él y así el resto de los miembros del núcleo familiar tengan más aceptación y sirvan de sostén para el paciente. Si la situación fuera diferente y el líder de la familia es quien más rechazo siente hacia el paciente, éste sentirá también el rechazo de la familia entera y puede desarmonizar aún más su estabilidad psicológica.

Todos estos elementos se deben considerar para entender la actitud de cada familia respecto al diagnóstico de su paciente, pues cuando el recién nacido presenta a la exploración unos genitales ambiguos exige una actuación diagnóstica urgente por dos circunstancias; las afectaciones endocrinológicas que el paciente presente y porque en la mayoría de las familias en las que uno de sus miembros tiene un diagnóstico de intersexualidad los padres no cuentan con una adecuada información sobre lo que afecta a sus hijos, sintiéndose desorientados, afligidos y sobre todo generando una ansiedad por la imposibilidad de definir el sexo de su hijo.

Esto último es parte importante para la observación de la dinámica familiar debido a que los padres, al no saber nada del diagnóstico y ante la sorpresa de unos genitales ambiguos, puede llegar a somatizar sus sentimientos, es decir, al saber que algo está mal con su bebé y comenzar una crisis de ansiedad tratando de saber con certeza qué es lo que pasa comenzará a manifestar físicamente en su salud esas preocupaciones. Puede también enfrentar sus emociones utilizando diferentes mecanismos de defensa, y al hacer uso de estos debido a las reacciones emocionales extremadamente desagradables, como lo es el saber el estado de su bebé, pueden desembocar en trastornos neuróticos.

Algunas de las emociones desagradables que los padres enfrentan son:

- La ansiedad: es una respuesta que no se asocia con ningún hecho externo identificable o se asocia irracionalmente con situaciones que no presentan un peligro real.
- El miedo: es una respuesta ante un peligro real
- La vergüenza: ésta parece involucrar casi siempre una situación en la cual alguna acción o deseo se expone a la mirada de otros.
- La ira: es una emoción asociada con la conducta agresiva.

Otra situación que marca el comportamiento de los padres frente al padecimiento de sus hijos se manifiesta con el uso de los diferentes mecanismos de defensa, estos surgen frente a una situación frustrante o conflictiva y al no encontrar soluciones prácticas para superar la situación, se reacciona a la ansiedad protegiendo al equilibrio del yo con el mundo exterior, entonces se reacciona instintivamente desencadenando diferentes mecanismos de defensa, cuya finalidad es:

- Reducir los conflictos internos.
- Dominar los sentimientos penosos, o desterrarlos de uno mismo.
- Protegerse de las excitaciones insoportables que provienen del mundo exterior.

Los principales mecanismos de defensa son:

MECANISMO DE DEFENSA	REPRESENTACIÓN
1. Represión	Es un olvido inconsciente. Destierra de su conciencia el recuerdo traumatizante que le causa ansiedad.
2. Formación reactiva	Realiza actos y expresiones sentimentales opuestos a los realmente sentidos
3. Desplazamiento, compensación y sublimación.	El objeto de un impulso queda sustituido por otro.
4. Proyección	Atribuir a otros motivaciones propias que resultan intolerables.
5. Regresión	Es la vuelta a comportamientos de anteriores periodos de desarrollo.
6. Racionalización	Se supervalora una de las motivaciones de sus actos ocultando la verdadera motivación

Dentro de la Racionalización resaltan distintos tipos de argumentación, tales como:

- Minusvaloración
- Fatalidad
- Excepción
- Suerte alternativa
- Excusas circunstanciales
- Compensación con los demás
- Promesa de mejora
- Identificación e introyección
- Conversión
- Negación de la realidad

Este último es el que más se presenta entre los padres de estos pacientes, pues se crean una realidad que no existe asumiendo que su hijo pertenece a uno u otro sexo aún cuando este no ha sido asignado, negándose así su realidad frustrante. Todo esto altera de manera significativa la dinámica familiar pues no están enfrentando la situación tal cual.

Es común encontrar entre los padres de los pacientes éstas emociones y mecanismos de defensa, todos ellos causados por el impacto que les representa el saber que su hijo no tiene un sexo definido al nacer.

“A los padres se les debe informar que el desarrollo de los genitales externos del niño es todavía incompleto, explicándoles la necesidad de llevar a cabo estudios adicionales para definir el problema y dándoles la seguridad de que se identificará correctamente el sexo del bebé. La ambigüedad sexual en el recién nacido es por lo tanto una urgencia social y médica que precisa de una actuación precoz ...”⁵
Así es como surgen grandes cambios en la dinámica familiar de tales niños.

Además, es necesario señalar que los cambios físicos manifiestos de una intersexualidad no se dan solamente en el nacimiento, es decir, se puede considerar a un paciente con alguna anomalía genital como un hombre o una mujer perfectamente normales que presenta alguna alteración genital, como lo es un hipospadias o un clítoris agrandado. Con esto queremos decir que las manifestaciones de las intersexualidades se pueden presentar en la pubertad o en la adolescencia, siendo en estos casos cuando mayor conflictos y desequilibrios personales y familiares aparecen, pues es justamente en este periodo de crecimiento donde los seres humanos presentan drásticos cambios tanto físicos como emocionales, siendo así también la misma etapa donde más apoyo familiar se requiere para entender tales cambios.

Hemos entonces de señalar lo siguiente:

⁵ Jiménez Cruz, J. F. “*Tratado de Urología*” Tomo 2. Barcelona, España 1993. Pág. 1589

1. “La **pubertad** es el conjunto de cambios morfológicos y fisiológicos que se producen en el organismo infantil transformándolo en un organismo adulto con capacidad reproductiva.”⁶
2. “La **adolescencia** significa etimológicamente transformarse en adulto. Es el periodo iniciado con la pubertad durante el cual se producen todos los cambios somáticos, psíquicos, etc.”⁷

Los fenómenos más marcados que se dan en esta etapa son:

- * Maduración de gónadas.
- * Genitales internos.
- * Caracteres sexuales secundarios.
- * Crecimiento.
- * Morfología.
- * Composición corporal.
- * Esfera cognitiva y psico social.

Dentro del círculo familiar encontramos también otras características importantes de señalar, como lo son los “rasgos necesarios para educar”⁸:

- Amor, cariño, afecto, comprensión.
- Alegría, buen humor.
- Paz, serenidad, tranquilidad.
- Autoridad, firmeza y temple. Nadie se educa sino con autoridad.

Y socialmente hablando, “el influjo de los padres es imprescindible. El niño aprende a saber quién es a partir de su relación con sus padres -personas que le quieren-. Nadie puede descubrirse a si mismo si no hay un contexto de amor y de valoración. Proporcionan el mejor clima afectivo, de protección...El niño aprende a ser generoso en el hogar. Protección, seguridad, aceptación, estima y afecto son cinco aspectos que debe aportar la familia a todo niño. Lo que aprende el niño en la familia es determinante”.⁹

Todo esto recobra importancia cuando recordamos que se trata de familias que tienen a alguno de sus miembros con intersexualidad o ambigüedad de genitales, y que para

⁶ Ibidem. Pág. 1591.

⁷ Ibidem. Pág. 1591

⁸ <http://www.iespana.es/comunidadecana/EN%20FAMILIA.htm>

⁹ Ibidem.

su tratamiento va a requerir de diversos estudios e intervenciones quirúrgicas por medio de las cuales se les asignará un sexo y para ello se deben considerar diversos aspectos como la posibilidad de reconstrucción funcional de los genitales, la respuesta genital en la pubertad, el tipo de gónada, la posibilidad de fertilidad y la decisión definitiva de los padres que afectará de por vida a los hijos, pues puede presentarse la necesidad de realizar un cambio de sexo y aunque el objetivo más importante en cuanto a la asignación del sexo debe ser el de lograr una completa identidad sexual funcional en el paciente adulto, no debemos olvidar que el sexo con el que ha sido educado el paciente influye de manera definitiva en el sexo psicológico y la identidad sexual, que se establecen de forma definitiva a los tres años de edad.

Después de conocer los elementos fundamentales para entender el comportamiento familiar es preciso señalar la situación psico-socio-sexual del paciente intersexual, lo cual veremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO V

LA SITUACIÓN PSICO – SOCIO – SEXUAL DEL PACIENTE INTERSEXUAL.

Conocer esta situación es de particular importancia, pues el paciente es el principal receptor de los cambios que se generen en la familia y en todo su círculo social a raíz del conocimiento del diagnóstico y es aún más importante cuando se presenta frente a dos circunstancias:

1. Cuando el paciente requiere de un cambio de sexo diferente al que había sido educado.
2. Cuando los cambios hormonales se presentan en la pubertad o adolescencia y el paciente no sabe enfrentarlos.

Estos aspectos son significativos al considerar el manejo de la situación dentro del ámbito social del paciente y su familia , así como para el seguimiento de un tratamiento de forma adecuada apegado a las indicaciones médicas.

Para todos los pacientes con estos diagnósticos es difícil entender y sobre todo enfrentar su situación en lo referente a su dictamen clínico y la percepción social y familiar del mismo, aún cuando este paciente sea muy pequeño pues lo que se decida ahora afectará de por vida al niño, debido a que las cirugías son irreversibles y cualquier error determinará de forma decisiva el comportamiento socio –psico – sexual del paciente, en parte por los cambios que experimente y también por la represión que ejerzan sus padres al tratar el tema de la intersexualidad.

“Exceptuando a los recién nacidos, los pacientes en edad escolar, los adolescentes y los adultos tienen en su repertorio de comportamiento una deficiencia en lo que se refiere la interacción social. Evitan hablar de asuntos relacionados al sexo y tienen un nivel bastante restringido de información ... Su cognición sobre su identidad sexual es bastante ambigua y esto los torna inseguros, tristes y ansiosos en cuanto a su futuro”.¹⁰

Y es que “observar a individuos que no pertenecen a uno u otro sexo equivale a imaginar fenómenos, rarezas y curiosidades rechazadas por la sociedad y condenados a una existencia solitaria de menosprecio y frustración”.¹¹

¹⁰ Revista Ciencia e Cultura. Año 1981. Vol. 33 No. 7 jul. Pág. 914. “*Psicología da Intersexualidade Humana*” Sampaio, D.S., Paiva, M.R., Mustacchi, Z.

¹¹ Ibidem. Pág. 911

Todo esto se complica cuando con frecuencia encontramos a médicos que no están familiarizados con estos problemas o, peor aún, cuando existen médicos especialistas en intersexo que sin considerar otros aspectos del paciente, únicamente se dedican a realizar cirugías reconstructivas de acuerdo al procedimiento que les represente mayor facilidad, y que a lo largo del tiempo puede simbolizar disfuncionalidades y alteraciones en la psique del paciente, enfrentándose a entender su identidad sexual y confrontándolo frente a la falta de placer sexual en algunas ocasiones.

Aún así, en todos los casos se hace manifiesta una constante, la alteración del sexo social, a pesar de tratarse de un recién nacido diagnosticado a tiempo, pues la familia pregunta por el sexo del bebé y los padres no pueden afrontar los comentarios y los cuestionamientos de terceros, ya que aún hoy, en pleno siglo XXI, es un tabú hablar de sexualidad, y al no ser estos padecimientos de conocimiento popular, representan para la familia rechazo social, aislamiento por miedo al ser descubiertos y vergüenza al intentar preguntar sobre el tema; por ello, la familia nunca habla de las visitas al médico, o al menos no dan respuestas verdaderas y si se llegara a requerir el cambio de sexo todos tratarían de comenzar en un lugar diferente donde nadie les cuestione nada, o mejor aún, donde no conozcan su situación pasada.

Y aunado a todo lo anterior se encuentran también otros dos factores relevantes para lograr un tratamiento adecuado a cada paciente:

- 1. La cultura familiar:** es determinante para que todos puedan contribuir en el proceso de la atención médica y psicológica que el paciente requiera, y para que esto suceda es necesario que la familia no entre en periodos de la negación (“esto no pasa”, “no es real”, “nadie puede nacer así”, “mi hijo no es hermafrodita”, “eso solo existe en la mitología”, etc.), como se menciona en el capítulo anterior, porque ella los podría llevar a abandonar la atención médica del menor. En este caso sería más oportuno que todos los miembros que integran la familia se reunieran con un especialista para que les explicara el padecimiento de su paciente y el proceso que conlleva el tratamiento para que así todos tuvieran conocimiento de este y puedan ayudar al niño a salir adelante. También deben aceptar todas las preguntas que tenga el niño y no evadirlas para que éste se forje una mayor confianza en sí mismo, en su familia y en la evolución favorable de su tratamiento.
- 2. La asistencia médica:** En nuestro país ésta es en algunos aspectos deficiente porque no se tiene un conocimiento amplio del problema y por lo tanto no siempre se atiende de manera adecuada cada caso. Sin mencionar que muchos de estos diagnósticos se presentan en familias pertenecientes a comunidades rurales que desconocen completamente dichas situaciones y que carecen muchas de ellas de servicios de salud

adecuados y entonces los partos son asistidos por parteras y no por médicos, lo cual empeora la situación porque para la gente y la sociedad solo existen dos sexos: el masculino y el femenino y no hay más, entonces se asigna al recién nacido el sexo que sea más notorio en la forma de sus genitales al momento del nacimiento, y al asignarle un sexo de manera tan empírica el niño es educado culturalmente de acuerdo a dicho fenotipo y la problemática se presenta cuando llega la pubertad y luego la adolescencia para el niño y comienzan a manifestarse cambios diferentes a los esperados en su cuerpo intersexual.

Si la educación que se le da al menor es errónea, presentará alteraciones en lo que es su identidad sexual. Desde antes de nacer todos tenemos un sexo, masculino o femenino, que de una u otra manera determinan nuestra identidad sexual; es decir, el niño tiene actitudes y comportamientos diferentes a los de la niña, esto es lo que conocemos como rol de género.

No solo los roles y comportamientos nos diferencian del otro sexo, también existen características externas e internas que nos identifican:

- ∴ La sexualidad
- ∴ El cuerpo
- ∴ Los genitales

Hasta este punto es necesario señalar también las dificultades que atraviesa el paciente en lo que respecta a la identidad sexual, el papel sexual y a la alteración del sexo:

- * La **identidad sexual** es el sexo al cual la persona acredita pertenecer.
- * El **papel sexual (rol)** se refiere al comportamiento culturalmente definido como apropiado para determinado sexo.

Ambos aspectos surgen debido a la educación recibida durante la crianza y al refuerzo de esta educación determinada por los estereotipos sexuales exhibidos por los padres, los profesores, los presentados en libros y por los medios masivos de comunicación.

- * Sin embargo, el término **alteración del sexo** no debe ser empleado rigurosamente solo cuando un individuo que genéticamente o gonadalmente pasa a ser de masculino a femenino o viceversa, pues de cierta manera, el sexo de una persona es un asunto social, íntimamente ligado al impacto que un individuo aprende a ejercer sobre los demás, o sea, a través de su aprendizaje social. Para que una persona se identifique con un determinado sexo es necesario que esté debidamente equipada para su comportamiento, sexualmente hablando, como sus semejantes; es decir, para que un paciente pueda ser considerado como masculino es

importante que tenga las condiciones anatómicas y funcionales de dicho sexo, puesto que su desempeño sexual insatisfactorio impedirá su desenvolvimiento con una verdadera identidad sexual masculina.

Y como éstos, muchos otros aspectos deben ser considerados a la hora de tomar una decisión para la asignación del sexo del paciente, aún más cuando este atraviesa los primeros años de vida, pues se desconoce la funcionalidad y el placer sexual a futuro proporcionado por los genitales reconstruidos, y en los casos en los que el paciente es ya de edad adolescente es más recomendable darle la oportunidad de escoger el sexo al que pertenecerá de acuerdo a lo que ellos se sientan física y emocionalmente para que así el procedimiento resulte benéfico para su identidad sexual y su desempeño como tal.

Este tema ha causado gran revuelo principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, pues es ahí en donde se han unido esfuerzos de pacientes intersexuales para crear la Sociedad de Intersexuales de Norteamérica (ISNA por sus siglas en inglés) creada para defender los derechos de los niños que nacen con alguna anomalía genital y han defendido por largo tiempo el libre albedrío de los pacientes incluso hasta llegar a la corte tratando de amparar su integridad sexual, pues son los principales afectados por las decisiones de los padres y los médicos en cuanto al sexo asignable y que los lleva a realizar diferentes cirugías, pero todas ellas irreversibles y que en la mayoría causan daños tanto físicos como emocionales y en la sensibilidad sexual a largo plazo, sin embargo no se puede decir lo mismo de la comunidad latina, ya que aunque se encuentren publicaciones referentes al tema en Argentina o Brasil por ejemplo, es principalmente en México donde la educación y la cultura en general son muy tradicionalistas y reservadas en temas de sexualidad, pues el sexo intermedio es un fenómeno humanamente posible pero socialmente impensable, así que no se ha podido tratar abiertamente este tema y es todavía un tabú para la sociedad y se desconocen los efectos causados por las cirugías reconstructivas.

La creación del ISNA en Estados Unidos responde a las complicaciones que han tenido algunos médicos en la asignación del sexo, pues más que ayudar a reconstruir están "mutilando" individuos. En el Hospital Infantil de México, por el contrario, no sucede igual, pues en las cirugías no se intervienen terminales nerviosas, es decir, no afectan la sensibilidad ni la funcionalidad genital.

Cuando el paciente es menor de edad se enfrenta a distintas circunstancias, tales como:

- * La incertidumbre al desconocer el motivo de las visitas médicas y su exploración genital en ellas.
- * El silencio impuesto por sus padres al tratar de hablar de sexualidad.

- * En casos excepcionales, la ausencia de identidad sexual a causa del desconocimiento de su sexo definitivo.

Y si es adolescente o mayor de edad, tienen aparte otras complicaciones:

- * Su descubrimiento sexual es más complejo porque sus genitales y el resto de su cuerpo son diferentes a los de sus similares.
- * Si fueron ya sometidos a alguna cirugía pueden descubrir que tienen insensibilidad a la estimulación sexual.
- * Confusión en cuanto a su sexualidad. El temor de que surja la posibilidad de cambiar de sexo.
- * Sentimiento de ser diferente o "raro", pues solo "Uno de cada dos mil niños nace con una anatomía que no se conforma a nuestras concepciones previas de "hombre" o "mujer".¹²
- * Vergüenza. Pensar que soy algo malo.
- * Creer ser homosexual.
- * Culpa. Creer que hice algo malo.

Siendo este último un sentimiento muy frecuente entre los padres de los pacientes, pues aquí en México, es la religión un peso cultural que hace pensar a algunos padres que la intersexualidad es un castigo divino o acción diabólica porque creen que algo malo hicieron para ser castigados así.

De ahí surge el interés por asignarles sexo a temprana edad (antes de los 18 meses según el departamento de Psicología del Hospital Infantil de México), pues con ello se aseguran de formarles una identidad sexual y darles por consiguiente confianza y seguridad.

¹² <http://isna.org/drupal/node/view/114>

Con estos motivos “algunos eruditos han comenzado a examinar los caminos en que la sexualidad y el género son construidos socialmente”¹³ y es por ello que al asignar el sexo del paciente lo hacen pensando en que los padres se sentirán mejor cuando sepan que sus hijos pueden desarrollarse heterosexualmente como los demás niños.

Este tema es trascendental porque es bien conocido por todos la capacidad que tiene una comunidad para proveer apoyo emocional y logístico para sus miembros, y si el paciente es bien aceptado en esa comunidad, entonces su desarrollo será lo más cercano a la normalidad. Y a todo esto resulta relevante saber que “el conocimiento del resultado de una prueba de laboratorio en el que el núcleo de la célula es coloreado y fotografiado por un microscopio deba determinar la percepción del sexo o género que se tiene de una persona”.¹⁴

¹³ Ibidem.

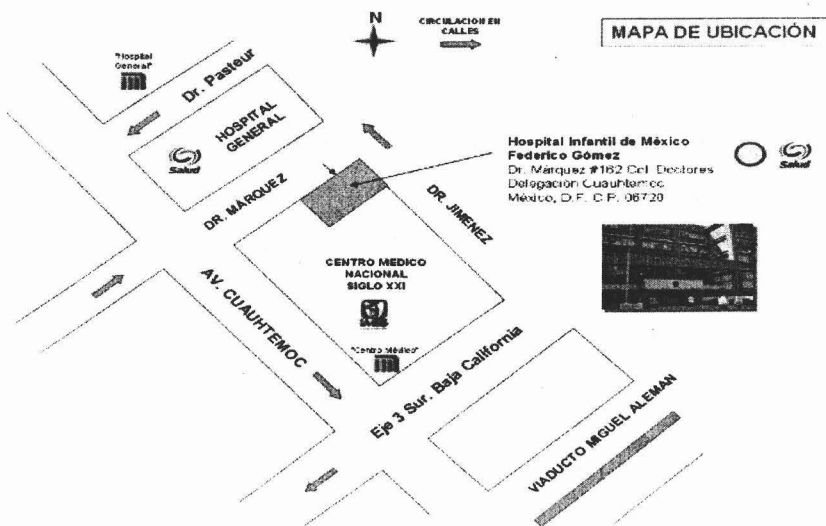
¹⁴ Ibidem.

CAPITULO VI

GENERALIDADES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

Este hospital fue el primero de los nueve Institutos Nacionales de Salud, fundado en 1943 por miembros de la Sociedad Mexicana de Pediatría entre los que destacó el Dr. Federico Gómez Santos. Se inauguró el 30 de abril de dicho año durante la gestión del presidente Manuel Ávila Camacho, siendo desde aquel momento una Institución líder, a nivel Nacional y en América Latina, en investigación, enseñanza y atención médica; que brinda soluciones de calidad y actualidad a los problemas prioritarios de salud pediátrica contribuyendo así a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los niños y adolescentes del país.

Se encuentra ubicado en la calle de Dr. Márquez # 162 en la colonia Doctores de la Delegación Cuauhtémoc.



Esta Institución fue creada como un organismo descentralizado dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, mediante la ley expedida por el Congreso de la Unión el 23 de junio de 1943 con el objeto social de cumplir tres acciones:

- Proporcionar la atención médica necesaria a los niños que lo requieran,
- Fortalecer la enseñanza de la pediatría a través de los medios y canales adecuados e
- Iniciar la investigación científica de problemas médico sociales de la niñez mexicana.

OBJETIVO DE LA INSTITUCIÓN:

“Mantener a la Institución como un centro de conocimientos mediante la investigación biomédica para impulsar el avance de la pediatría, así como la formación de recursos humanos de alta calidad capaces de desarrollar investigaciones, además de proporcionar atención médica de alta especialidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población infantil, sin seguridad social y por lo tanto con los más bajos recursos socioeconómicos.”¹

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

- Captar, capacitar y formar recursos humanos para la investigación biomédica.
- Aumentar la productividad de los investigadores.
- Propiciar que la mayoría de los pacientes ingresen a la Institución a través de protocolos de estudio.
- Mejorar las condiciones de trabajo de los empleados de la Institución.
- Formar recursos humanos de excelencia en las diferentes áreas del conocimiento pediátrico.
- Propiciar la excelencia de la atención médica de tercer nivel.

MISIÓN:

“Realizar acciones de investigación, asistencia y formación de recursos humanos de excelencia, que generen conocimiento, tecnología y guías orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pediátricas, que permitan proporcionar atención médica a los niños más desprotegidos del país.”²

¹ www.facmed.unam.mx/infantil/

² Ibidem

VISIÓN:

“Ser un centro de vanguardia reconocido internacionalmente, generador de conocimientos, tecnología, preceptos y recursos humanos de la más alta calidad para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los niños.”³

Durante estos años y cumpliendo firmemente con sus lineamientos; el Hospital ha atendido a más de 7, 000,000 de niños en sus diferentes departamentos y servicios de especialidades pediátricas, y se han formado hasta 1995* un total de 7,698 médicos especialistas en pediatría médica, cirugía pediátrica y otras 20 sub especialidades pediátricas. Aproximadamente la tercera parte de ellos son de procedencia extranjera, principalmente de países de Latinoamérica y del Caribe, pero también de Europa y Estados Unidos.

El Hospital Infantil de México, desde su creación cuenta con un patronato, el cual ha desarrollado numerosas y favorables acciones en apoyo de los pacientes, tales como la formación de recursos humanos del Hospital, tanto en el país como en el extranjero, equipamiento con tecnología de vanguardia y en el tratamiento integral de los niños.

Su labor se ha hecho indudable a través de acciones y eventos de beneficencia que han logrado reunir recursos extraordinarios para la Institución. Con los fondos obtenidos, el Patronato apoya continuamente a médicos para su especialización en los mejores centros pediátricos del extranjero, además de colaborar en la incorporación de tecnología de punta, para situar al Hospital en la vanguardia médica internacional.

En el siguiente capítulo se expondrá particularmente la misión de la Clínica de Intersexo dentro del Hospital Infantil de México.

³ Ibidem

* Los censos se realizan cada 10 años, por ello la fecha tomada es la más reciente.

CAPÍTULO VII

LA MISIÓN DE LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”.

En un afán de brindar una atención más oportuna y adecuada a los pacientes intersexuales y sus familias, un grupo de médicos de Hospital Infantil de México “Federico Gómez” se dieron a la tarea de formar la Clínica de Intersexo, la cual origina un espacio de intervención acertada de diferentes especialistas médicos como lo son:

- * Cirujanos Plásticos
- * Endocrinólogos
- * Genetistas
- * Urólogos

También se involucran en el cometido de la clínica psicólogos y trabajadores sociales, uniendo todos ellos esfuerzos para proporcionarle al paciente y su familia una atención integral en el desarrollo de su tratamiento.

En la Clínica de Intersexo se reúnen todos los expertos ya mencionados para discutir cada caso de forma individualizada y poder así realizarle todos los estudios necesarios al paciente y determinar el diagnóstico que le corresponde, ya teniendo el resultado de dichos estudios se reúnen nuevamente para deliberar cual es el tratamiento más adecuado para el menor, así mismo darle un seguimiento hasta que se logre una armonía satisfactoria en el ejercicio biológico (salud), social y psicológico en el paciente y su familia.

Dentro de la Clínica se les contacta con el psicólogo para que con él puedan expresar sus sentimientos en torno al padecimiento de su hijo o su situación familiar y aprenden a asimilar la realidad por la que atraviesan, de igual modo la Trabajadora Social les orientará sobre los cambios que sufre la dinámica familiar debido al diagnóstico del menor y motivarlos en cuanto a la permanencia de la unión familiar.

Los pacientes que asisten a la Clínica deben ser previamente valorados por los médicos especialistas de Urología o en su caso Endocrinología para que después de diversas exploraciones sean canalizados a la Clínica de Intersexo y como se mencionó anteriormente su caso sea discutido por todo el equipo médico.

En la sesión, el paciente es explorado genitualmente; en algunos casos es fotografiado para expediente y comparación de resultados en caso de cirugía reconstructiva; posteriormente los médicos intercambian opiniones en cuanto al mejor tratamiento a seguir, por lo que deben ajustar la dosis de medicamentos, estudios por realizar y la programación en caso de requerir

intervención quirúrgica esta a cargo de la Trabajadora Social, quien maneja una agenda donde se encuentran los datos de cada uno de los pacientes.

Los pacientes asisten a la clínica dos o tres veces por año.

La misión de la Clínica de Intersexo está basada principalmente en tres rubros:

1. Optimizar los recursos del Hospital
2. Analizar los diagnósticos
3. Brindar un tratamiento integral del paciente

Un ejemplo que se puede citar sobre el manejo que otras instancias le dan a estos padecimientos es el del Hospital "Darcy Vargas" de Sao Paulo, Brasil; donde para tratar de mejorar la situación de estos pacientes, en la unidad de Intersexo de dicho Hospital, se trabaja con los siguientes especialistas:

un pediatra	cinco cirujanos
un endocrinólogo	un médico legista
tres genetistas	dos enfermeras
ocho psicólogos	tres asistentes sociales
dos ginecólogos	dos abogados
dos urólogos	un sociólogo

Cuando el sexo social del paciente tiene que ser alterado las etapas de intervención psicológica que se manejan son de esta manera:

- * Se recopila información del comportamiento en la crianza del menor.
- * Se prepara a la familia para el diagnóstico de la alteración del sexo social del niño.
- * Se prepara al menor para mostrarle su verdadero sexo, las cirugías y el reingreso a la familia.
- * Se prepara a la familia para el regreso del menor.
- * Se efectúan los cambios de los registros del paciente.

- * Se prepara al paciente para ingresar a la escuela.
- * Se da seguimiento al caso con el paciente y la familia.

Este podría ser un buen patrón para que en todos los hospitales que manejen estos diagnósticos se haga algo similar con cada paciente, pues los cambios que se sufren son fuertes y los especialistas tienen que estar presentes para orientar a la familia en todo el proceso.

Por las repercusiones y la importancia que conlleva la actuación de estas clínicas sobre la población que atienden, es fundamental la creación de un modelo de atención e intervención en el cual se justifiquen todas las acciones realizadas por los diferentes especialistas dentro de la clínica, además de que esto serviría para tener más solidez a nivel institucional y un respaldo teórico metodológico que brinde mayor confianza a los usuarios.

Es trascendental hablar también de la función que el Trabajador Social tiene en la Clínica de Intersexo y de su interacción tanto con el equipo multidisciplinario como con los pacientes y su familia, este tema nos ocupará en el capítulo siguiente.

CAPITULO VIII

LA FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO

Dentro de la Clínica de Intersexo del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" participan diferentes especialistas para brindar a los pacientes y a sus familias una atención integral, y para lograrlo interviene de manera conjunta el Licenciado en Trabajo Social, siendo su función principal el trato directo con el núcleo familiar, resaltando en ello la importancia de su colaboración mediante el Trabajo Social de Casos y de Grupos.

Para comenzar se dará una breve definición de lo que es el Trabajo Social.

Para Natalio Kisnerman el Trabajo Social "es una intervención intencionada y científica, por lo tanto racional y organizada, en la realidad social para conocerla y transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar social de la población, entendido éste como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales, eleva la calidad de vida de una sociedad"⁴

Otra definición asegura que "la finalidad fundamental del Trabajo Social es la intervención destinada al tratamiento de conflictos y problemas provocados por la insatisfacción de las necesidades humanas básicas, por lo tanto a través de esta intervención el Trabajo Social provoca cambios, es decir, produce una modificación, que puede ser tanto brusca, rápida e inesperada, o como de evolución lenta denominándose entonces desarrollo"⁵

También se dice que el Trabajo Social "es una actividad práctica que tiene como finalidad estudiar los problemas o circunstancias que afectan a las colectividades y a los individuos para poderles servir; es la energía o conjunto de actividades puestas a disposición del que ha menester, aplicando una técnica con la que se desarrollan recursos adecuados y eficientes, para resolver y remediar situaciones afflictivas de los débiles sociales"⁶

Del mismo modo es necesario señalar las definiciones de dos de las formas de intervención que maneja el Trabajador Social, es decir, el Trabajo Social Individualizado y el Trabajo Social de Grupo.

El Trabajo Social Individualizado se concibe como "ayudar al individuo en particular a mejorar en sus relaciones sociales y a efectuar una adaptación social que le permita llevar una vida más útil y satisfactoria, ajustando su personalidad al medio en que vive"⁷

⁴ Malagón Bernal, José Luis, "*Fundamentos del Trabajo Social Comunitario*", Editorial Aconcagua Libros, España 1999. Pág.32

⁵ Ibidem.

⁶ Saavedra, Alfredo, "*Vocabulario de Trabajo Social*", Editorial Estela, México 1968. Pág. 120

⁷ Malagón Bernal, José Luis, "*Fundamentos del Trabajo Social Comunitario*", Editorial Aconcagua Libros, España 1999. Pág. 37

Las fases operativas del Trabajo Social Individualizado son:

1. Estudio
2. Diagnóstico
3. Tratamiento

Comprendiendo los siguientes aspectos:

- El problema actual que presenta el paciente.
- Los antecedentes personales, familiares y sociales.
- Los informes obtenidos de otras fuentes.
- Las observaciones personales del Trabajador Social.

Y por otro lado, el Grupo se define como "Conjunto de dos o mas personas que comparten normas, valores, creencias, que tienen objetivos, se reúnen con frecuencia, cara a cara, se relacionan significativamente con grado de captación y estima."⁸

A si mismo, constituye una unidad de atención para el Trabajo Social con una estrategia metodológica, que intervenga en el estudio y solución de sus necesidades y carencias sociales.

El área de la salud es uno de los campos profesionales del Trabajador Social donde son más utilizadas estas formas de intervención.

Ezequiel Ander – Egg maneja las funciones del Trabajo Social de la siguiente manera en el Diccionario de Trabajo Social.

FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL⁹

Entendidas las funciones como la acción y el ejercicio propio de este campo profesional, estas podrían clasificarse en dos categorías principales:

- Funciones compartidas
- Funciones específicas

FUNCIONES COMPARTIDAS

Se trata de funciones que realiza con otras profesiones, en este sentido de que no son específicas o exclusivas del trabajo social. Son de dos tipos:

1. Implementador de políticas sociales.
2. Educador social informal y educador – promotor.

⁸ Kisnerman Natalio, "Servicio social de grupos"; Buenos Aires, ED. Humanitas,137p

⁹ Ander – Egg, Ezequiel. "Diccionario de Trabajo Social" Editorial Lumen. Buenos Aires 1995. Pág. 135

Cuando se hace referencia a la función de implementador de políticas sociales, su acción comprende la realización de actividades en la prestación de servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos, habida cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e instrumentos de que dispone la sociedad y que, a través de los organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias.

Esto se hace mediante la distribución y prestación de bienes y servicios con fines de asistencia, socorro, prevención, rehabilitación y/o promoción, pero que es necesario concretar, realizar e implementar en la "primera línea de fuego", en contacto y trabajo directo con la gente.

En cuanto a la función de educador social y de animador – promotor que se le atribuye al Trabajador Social, no es una función propia o específica de esta profesión, ni de ninguna otra. Se trata de una cualificación necesaria para la práctica de esta profesión y de otras también.

Lo sustancial de esta función consiste en impulsar y generar acciones que potencien el desarrollo de individuo, grupos y comunidades, tendiendo a facilitar las condiciones para la participación activa de la gente en la solución de sus propios problemas. Se trata de desarrollar un proceso de dinamización para el autodesarrollo, bien sea individual, grupal o comunitario.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

Teniendo fundamentalmente en cuenta lo que se hace, las funciones específicas del Trabajador Social podrían resumirse en las siguientes:

- ✓ Consultor – asesor – orientador – consejero social.
- ✓ Proveedor de servicios sociales.
- ✓ Informador – agente de remisión de recursos y necesidades.
- ✓ Gestor intermediario entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades.
- ✓ Investigador y diagnosticador de problemas sociales.
- ✓ Identificador de situaciones – problemas sociales.
- ✓ Planificador – programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida.
- ✓ Administrador de programas y servicios sociales.
- ✓ Movilizador de recursos humanos, institucionales, técnicos, materiales y financieros.
- ✓ Ejecutor de programas y proyectos sociales y actividades de atención, ayuda y apoyo.
- ✓ Evaluador de necesidades, servicios y programas y de su propia intervención social.
- ✓ Reformador de instituciones – activista social.
- ✓ Educador social informal.
- ✓ Animador – facilitador – movilizador – concientizador.

TRABAJO SOCIAL EN SALUD¹⁰

Este ha sido uno de los campos de mayor y mas antigua implementación del Trabajo Social. En América Latina ocupa el mayor número de Trabajadores Sociales. Su incorporación a este campo se ha venido haciendo hace varias décadas, desde el momento en que la salud se consideró no solo como un problema físico – biológico, sino como resultante de una relación dialéctica del individuo con su medio ambiente. Aceptando que la atención de los problemas de salud va más allá de las actuaciones de médicos y enfermeras, se pensó en incorporar a otro profesional capaz de atender lo que podría denominarse como “la dimensión social de los problemas de la salud”. Esta incorporación se hizo, pero ofreciendo a los Trabajadores Sociales un papel secundario y accesorio de meros auxiliares. Se les llamó *visitadoras sociales* y se les asignaron las funciones de “brazos extendidos” y “ojos prolongados” de los médicos hasta los domicilios de los pacientes.

Los Trabajadores Sociales y asistentes sociales se consideraban ayudantes capaces de controlar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito, de dar normas de higiene, de saber algunas destrezas de medicina menor (dar inyecciones, hacer lavajes de estómago, etc.), de saber enseñar a preparar biberones, de cuidar y fajar bebés, etc. De “visitar” en una palabra a los pacientes en su domicilio.

Actualmente el Trabajador Social en Salud se basa en la premisa de las relaciones entre salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derivando las funciones de los Trabajadores Sociales en este campo de actuación. Se señalan las más importantes y significativas:

- ❖ Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.
- ❖ Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes (diabéticos, alcohólicos, cardiopatas, etc.), grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.
- ❖ Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.
- ❖ Participar en equipos de trabajo del área socio sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- ❖ Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.

¹⁰ Ander – Egg, Ezequiel. “*Diccionario de Trabajo Social*” Editorial Lumen. Buenos Aires 1995. Pág. 319

- ❖ Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.
- ❖ Atender al problema de la angustia de hospitalización que produce el internamiento a determinadas personas.

Cual quiera que sean las actividades o tareas específicas dentro de este campo, el Trabajo Social en salud pretende proporcionar a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Se parte del supuesto de que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para lograrlo y si el entorno no ayuda a ello.

PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

El Trabajo Social del área de salud es la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.

FUNCIONES BÁSICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL

1. Investigación
2. Administración
3. Educación
4. Asistencia

FUNCIONES DE APOYO

1. Planeación
2. Enseñanza
3. Coordinación
4. Control

OBJETIVOS DEL PERFIL PROFESIONAL

GENERAL

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

ESPECÍFICOS

- ❖ Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
- ❖ Identificar las políticas de Estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
- ❖ Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
- ❖ Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades para que participen conciente y activamente en los programas de salud.
- ❖ Sistematizar las experiencias desarrolladas por el Trabajador Social de ésta área, generando modelos de intervención para la acción social.

En lo anterior están basadas las actividades que se llevaron a cabo en la Clínica de Intersexo, siendo éstas:

1. La realización de estudio social detallado de la dinámica familiar: Se capta a la familia del paciente en la Clínica de Intersexo y al finalizar el chequeo médico se realiza el estudio social, enfatizando en la dinámica familiar expresada en una amplia y sana convivencia, diálogo y participación de cada miembro, ejerciendo cada uno su rol dentro del núcleo familiar. Ahí mismo se detectan las situaciones que entorpecen el funcionamiento de dicha dinámica y sobre esos puntos se actúa mediante la promoción de la unión familiar, la comunicación y la fijación de valores que encaminen a cada miembro a una mejor calidad de vida en familia.
2. Se orienta a la familia sobre trámites administrativos de su estancia intra hospitalaria y se proporciona información sobre el padecimiento del menor así como alternativas para su tratamiento: una vez realizado el estudio social se procede a dar al familiar un tríptico informativo, el cual contiene los aspectos generales de los tres principales diagnósticos intersexuales, lo que todo padre o tutor debe saber acerca del padecimiento de su paciente y las alternativas de solución que hay para el mismo. El tríptico fue elaborado con la colaboración de médicos urólogos, quienes aprobaron y aportaron la información que contiene, la cual fue considerada por medio de las interrogantes que se planteaban los familiares de los pacientes y que fueron expresadas durante el proceso de las entrevistas.

3. Se propicia el acercamiento entre la familia del paciente y el equipo médico: se cuestiona a la familia sobre las dudas que pueden surgir del diagnóstico y el tratamiento y se les acerca al médico tratante para que éste le brinde la información oportuna, así mismo se le invita a la familia y a los pacientes a ampliar su comunicación con el equipo médico a fin de resolver sus inquietudes, creando de esta manera un vínculo entre ambas partes que beneficia a la recuperación del paciente.
4. Se toman datos estadísticos de la familia del paciente con el fin de conocer su nivel socioeconómico, lo cual es importante para comprender el manejo de la situación que viven con el paciente y su aceptación.
Antes de realizar el estudio social, se le cuestiona al familiar sobre algunos datos: sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, número de dependientes económicos, ingresos, egresos, estado de salud familiar, condiciones de la vivienda; con el fin de conocer el nivel socioeconómico de la familia. (Cedula socioeconómica).

Las técnicas de investigación utilizadas fueron principalmente las siguientes:

- La Entrevista
- La Observación

La entrevista es una de las técnicas para recabar información que realizan los Trabajadores Sociales con más eficiencia, pues por medio de ella se puede indagar en lo referente al tema de interés, sobre todo si la entrevista se realiza directamente con las personas afectadas por la situación de estudio.

La entrevista es "la conversación dirigida o especializada, por medio de la cual se intercambian experiencias, se revelan actitudes y se expresan preocupaciones y puntos de vista".¹¹

Durante la entrevista se realizan también ejercicios de observación para referir los siguientes indicadores del entrevistado:

1. Aspecto Físico, la edad aparente, complexión (estatura, tez, etc.).
2. Aspecto Psíquico, el cual incluye la observación al tono de voz, las actitudes, la gesticulación, etc.
3. Aspecto Aparente, representado por la vestimenta y la clase social a la que pertenece.

Nota: Las actividades aquí presentadas forman parte de la investigación que se llevó a cabo, y se dejan abiertas con la finalidad de proponer una intervención de trabajo dentro del manejo de la Clínica.

¹¹ Meave Partida, Etna; "Metodología para el estudio social de casos", Trabajo Social Ediciones, México D. F 1993, pág. 93.

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO TERAPEUTA FAMILIAR

Una de las funciones que desempeña el Trabajador Social es atender las problemáticas sociales que afectan la salud de la población; y una forma de intervenir profesionalmente es la terapia familiar la cual nació de la necesidad de buscar un método que permitiera enlazar los asuntos clínicos con los asuntos sociales dentro del mismo marco de referencia terapéutico.

Para llevar con éxito dicha intervención y se pueda obtener resultados positivos es necesario que el terapeuta disponga de habilidades y conocimientos, aunque diversos autores indican que “la experiencia no es el factor mas importante en la efectividad de un terapeuta..., puesto que ni la orientación teórica, ni la técnica que se utilice son determinantes...”¹²

Sin embargo existen ciertas cualidades personales con las que el terapeuta debe contar, según Haley, “el terapeuta debe ser una persona flexible, sujeta al cambio y deseosa de cambiar su propia idea del cómo y porque se enferma la gente”.¹³

A continuación se mostraran un conjunto de atributos que se juzgan importantes para la conducción de una terapia según Menne:¹⁴

1. Ética profesional: Debe ser alguien con basta conciencia de cómo se conduce durante la terapia.
2. Sentido de autoconciencia: En cuestiones de ser o no competente, valores, actitudes y preferencias.
3. Características personales: Respeto a los demás, la madurez, la intuición, y la flexibilidad.
4. Destreza para escuchar y para comunicarse con sus clientes.
5. Habilidad intelectual: maneja la sesión de forma tal que nunca impide sino solo facilita el proceso.
6. Auto estima saludable: Es una persona que se siente bien consigo mismo y con la labor que desempeña.
7. Congruencia: El terapeuta familiar siempre debe decir lo que piensa y su comunicación debe ser franca; así como armonizar con sus propios sentimientos para poder atender las emociones de los demás.
8. Capacidad de obtener significado en cada una de las sesiones de terapia que podrá utilizar en otra sesión subsiguiente.

¹² Pérez Joseph, “Terapia familiar en el Trabajo Social, Teoría y Practica”. Editorial PAX – México. Mex. 1986, pág. 102

¹³ Ibidem

¹⁴ Ibidem

Podemos decir que la intervención terapéutica es un procedimiento planeado y es el paso más poderoso que puede dar una familia para comenzar con un proceso de recuperación. Es una forma de ayudar al paciente a enfrentar sus situación real así como los sentimientos ocultos dentro de el y de la familia.

Se presentan a continuación los datos generales de los pacientes y las familias entrevistadas.

CAPÍTULO IX

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE INTERSEXO.

La información que se presenta a continuación es el resultado del estudio socioeconómico aplicado a una muestra de 40 pacientes de la clínica y sus familias.

Los datos fueron recolectados durante el periodo de septiembre de 2004 a febrero de 2005 en los siguientes lugares: al finalizar cada sesión de la clínica, en la consulta externa de Urología y en el área de hospitalización en la sala de Urología.

Dentro del Estudio socioeconómico que se realizó se encontraban los siguientes elementos:

PERFIL SOCIOECONOMICO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

Estado civil:

1. Madre soltera
2. Casado Civilmente
3. Casado religiosamente
4. Casado Civil y Religiosamente
5. Separados
6. Unión Libre
7. Divorciado
8. Viudo
9. Tutor
10. Bajo protección institucional
11. Sin datos

Escolaridad:

1. Analfabeta
2. primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria
5. Media superior
6. Profesional
7. Bajo protección institucional
8. Sin datos

Ocupación:

1. Desempleado y/o labores del hogar
2. Becario
3. Trabajadores no calificados
4. Oficiales, operarios y artesanos
5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
6. Operadores de instalaciones y maquinas
7. Agricultores y/o pesqueros
8. Empleados de oficina, jubilados y pensionados
9. Técnicos y profesionales de nivel medio
10. Profesionales y científicos
11. Fuerzas armadas
12. Ejecutivos e inversionistas
13. Sin datos

Ingreso Familiar:

1. Menos de \$1,210
2. \$1,210 a \$1,815
3. \$1,815 a \$ 3,630
4. \$3,630 a \$5,445
5. \$5,445 a \$7,260
6. \$7,260 a \$9,680
7. \$9,680 a \$12,100
8. \$12,100 a \$15,730
9. \$15,730 a \$19,360
10. Más de \$19,360

Grupo familiar:

1. De 2 a 4 personas
2. De 5 a 7 personas
3. De 8 a 10 personas
4. De 11 a 15 personas
5. Bajo protección institucional
6. Sin datos

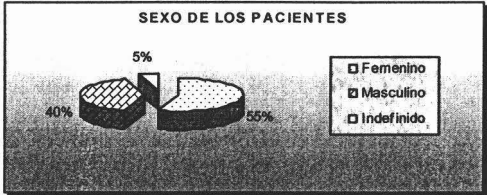
Vivienda:

1. Propia
2. Rentada
3. Prestada
4. Otra

Nota: Algunos de los rubros mencionados no se incluyen en los cuadros por no haber reportado casos en la población estudiada.

SEXO DEL PACIENTE

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	22	55%
Masculino	16	40%
Indefinido	2	5%
TOTAL	40	100%

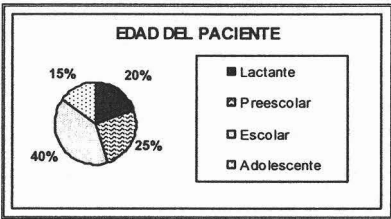


CUADRO 1. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Esta gráfica indica que los pacientes que presentan en mayor proporción una ambigüedad genital son las mujeres, esto se debe principalmente a que en el origen de la formación orgánica en todos los seres humanos interviene la testosterona, sin embargo en los organismos femeninos no siempre se alcanza a perfeccionar esa diferenciación sexual que causan las hormonas y sus receptáculos. Otra lectura que se le da a la gráfica es que cuando un niño (masculino) nace intersexual es más difícil la aceptación de los padres, por lo tanto, evaden la atención médica del paciente y lo crían como varón normal sin saber que este trastorno puede tener consecuencias en la adolescencia y la juventud del niño.

EDAD DEL PACIENTE

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Lactante (un mes a dos años)	8	20%
Preescolar (2 a 6 años)	10	25%
Escolar (6 a 12 años)	16	40%
Adolescente (12 a 18 años)	6	15%
TOTAL	40	100%

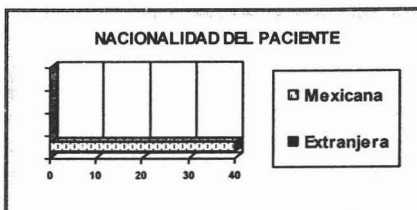


CUADRO 2. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Aquí se muestra que los pacientes que prevalecen en la Clínica de Intersexo son los que están en edad escolar, es decir, tienen de 6 a 12 años (40%); seguidos por los de edad preescolar de 2 a 6 años (25%), la relevancia de este dato radica en que lo deducible es que los niños reciben atención médica a temprana edad, lo cual es importante para su tratamiento y seguimiento, para que la solución a su problema pueda ser pronta y oportuna y así el niño tienda a llegar con mayor estabilidad a la adolescencia y no tenga temores o dudas de su sexualidad.

NACIONALIDAD DEL PACIENTE

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Mexicana	40	100%
Extranjera	0	0%
TOTAL	40	100%



CUADRO 3. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

El total de los pacientes captados en la Clínica de Intersexo son de nacionalidad mexicana y de padres de igual nacionalidad.

LUGAR DE PROCEDENCIA

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal y Área Conurbada	22	55%
Estado de México	10	25%
Foráneo (otros Estados)	8	20%
TOTAL	40	100%



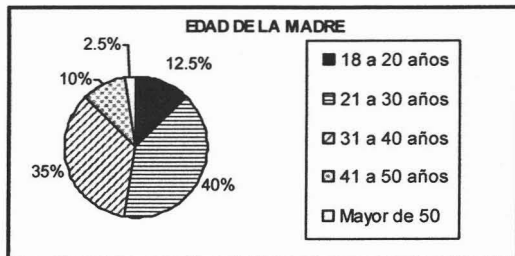
CUADRO 4. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

El ver que los niños atendidos son en su mayoría del D. F. y el área conurbada muestra que los menores que viven en provincia (Chiapas, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz) tienen menos oportunidades de ser atendidos, excepto por los que cuentan en su Estado con un Hospital de Tercer Nivel que atiende este tipo de especialidades, también se puede entender que hay menos niños foráneos porque quizá estos padecimientos no son del todo conocidos en los lugares alejados a las grandes ciudades, pues otro número importante de pacientes provienen del Estado de México, esto puede concebirse por la cercanía que tienen con los centros hospitalarios de la Capital del País.

EDAD DE LOS PADRES

Madre

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
18 a 20 años	5	12.5%
21 a 30 años	16	40.0%
31 a 40 años	14	35.0%
41 a 50 años	4	10.0%
Mayor de 50	1	2.5%
TOTAL	40	100.0%

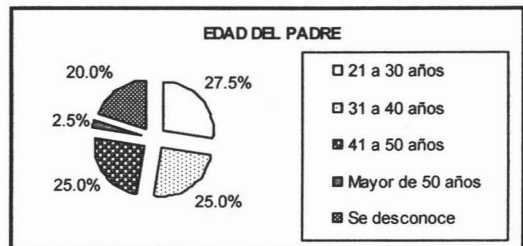


CUADRO 5. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

En la presente gráfica podemos observar que las edades más representativas entre las madres de familia son del rango de 21 a 30 años con 40 % del total, consecutivamente en el rango de 31 a 40 años abarca el 35 %, se observa solo un 2.5 % en el rango de mayor de 50 años. Lo que nos indica que la mayoría son mujeres jóvenes. Así mismo es de resaltar que no hubo madres menores de dieciocho años.

Padre

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
21 a 30 años	11	27.5%
31 a 40 años	10	25.0%
41 a 50 años	10	25.0%
Mayor de 50	1	2.5%
Se desconoce	8	20.0%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 6. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

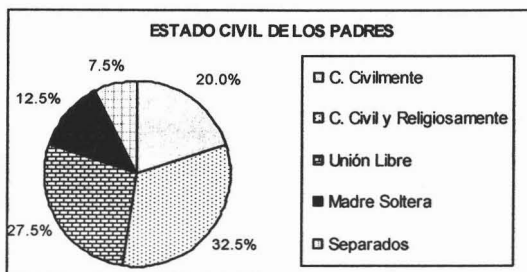
Esta gráfica indica que los rangos más significativos de edad de los padres son de 21 a 30 años con 27.5% y de 31 a 40 años así como de 41 a 50 años tienen un porcentaje similar de 25% cada uno. No presentándose ningún caso en rango de edades menores a los 21 años.

El dato que indica que se desconoce se trata de las madres solteras o separadas que se negaron a dar datos del padre del paciente.

Contrario a lo que mucha gente suele adjudicar la intersexualidad de un niño, estas gráficas nos muestran que la edad de los padres no es un factor predominante para propiciar la ambigüedad genital de uno de sus hijos.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado Civilmente	8	20.0%
Casado Civil y Religiosamente	13	32.5%
Unión Libre	11	27.5%
Madre Soltera	5	12.5%
Separados	3	7.5%
TOTAL	40	100.0%



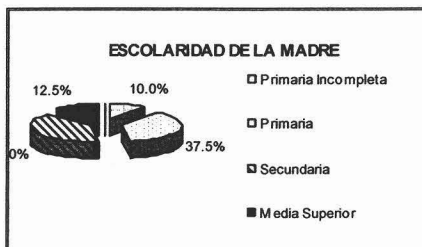
CUADRO 7. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Esta gráfica es importante porque con este dato se deja ver un poco más de la cultura de los padres y el tipo de familia que forman, por lo mismo se nota un gran contraste, pues el 32.5% de los padres están casados tanto civil como religiosamente, mientras el 27.5% se encuentran viviendo en unión libre; siendo estos dos los indicadores de mayor frecuencia. Esto solo muestra los contrastes que hay en una misma población en tanto a su estado civil, sin embargo en ambos casos hubo una determinante, lo más importante para todo tipo de familias es el bienestar de los hijos. También se puede destacar que la mayoría de los casos que viven en unión libre son gente de escasos recursos y de procedencia foránea. Por otro lado, es conveniente indicar que las madres solteras y las separadas no cuentan con apoyo alguno por parte del papá del paciente y por tal motivo no quieren proporcionar datos sobre ellos. No se obtuvo ningún registro de parejas divorciadas o viudez.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

Madre

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	4	10.0%
Primaria	15	37.5%
Secundaria	16	40.0%
Media superior	5	12.5%
TOTAL	40	100.0%

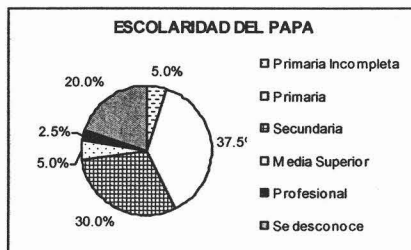


CUADRO 8. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Referente a la escolaridad de la madre, se aprecia que la mayoría cuenta con instrucción académica básica, habiendo concluido la primaria el 37.5%, la secundaria el 40% y observamos que el 12.5% terminó algún tipo de bachillerato; solo el 10% de ellas no concluyeron la primaria, estos datos representan que tendrán menos oportunidades para poder tener un empleo digno y bien remunerado.

Padre

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	2	5.0%
Primaria	15	37.5%
Secundaria	12	30.0%
Media superior	2	5.0%
Profesional	1	2.5%
Se desconoce	8	20.0%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 9. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Esta información también muestra el grado cultural de la familia nuclear del paciente, y como se puede tener en cuenta la mayoría son padres que solo tuvieron la formación escolar básica, es decir, primario y/o secundaria. En ninguno de los casos se trató con padres analfabetas o sin ningún tipo de formación; y en solo uno de los casos (2.5%) se destacó un papá con formación profesional, es músico egresado de la Escuela Nacional de Música. Se desconoce el nivel escolar del padre en el 20% de los casos debido a que quienes proporcionaron el dato fueron las madres solteras o separadas y se rehúsan a hablar del padre del paciente.

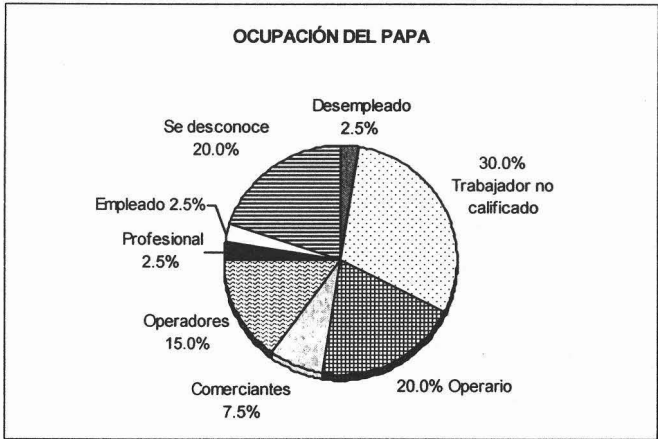
OCUPACION DE AMBOS PADRES

Para la siguiente gráfica se tomaron en cuenta los criterios que se consideran en la cédula socioeconómica del Hospital Infantil de México de acuerdo a este listado:

1. **DESEMPLEADOS:** Son amas de casa, estudiantes o personas bajo protección institucional.
2. **TRABAJADOR NO CALIFICADO:** Servicio en vía pública, venta a domicilio, por teléfono, limpieza y mantenimiento, peón de jornalero o peones de campo, aboneros y mensajeros.
3. **OPERARIOS Y ARTESANOS:** Artes manuales, herreros, plomeros, carpinteros, mecánicos, obreros de sueldo mínimo, mineros, pintores, albañil, joyeros, alfareros, fotógrafos, peleteros, curtidores, etc.
4. **COMERCIANTES Y SERVICIOS DE SEGURIDAD:** Vendedores de comercios y mercados, mayordomos, trabajadoras domésticas, cocineras, jardineros, meseras, auxiliares de enfermería, estilistas, bomberos, policías, seguridad privada, etc.
5. **OPERADORES DE INSTALACIONES, MÁQUINAS Y MONTADORES.**
6. **AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS Y PESQUEROS:** Agricultores, ganaderos, pesqueros, silvicultores, etc.
7. **EMPLEADOS DE OFICINA, JUBILADOS Y PENSIONADOS:** Secretarias, empleados de archivo, de bibliotecas y correos, cajas, recepcionistas y telefonistas.
8. **TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO:** Maestros de nivel técnico o medio, agentes de seguros, de viajes, etc. , inspectores de policía, profesionales de nivel medio y de actividades artísticas, deportistas, artistas circenses.
9. **PROFESIONALES, CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES:** Profesores de secundaria, escritores, artistas creativos, coreógrafos, bailarines, compositores, músicos y religiosos con jerarquía.
10. **FUERZAS ARMADAS:** Militares con jerarquía o que cursaron la carrera militar.
11. **EJECUTIVOS E INVERSIONISTAS:** Directores de empresa y de la administración pública, gerentes de empresas, miembros del poder ejecutivo y cuerpos legislativos y administradores de partidos políticos.

Padre

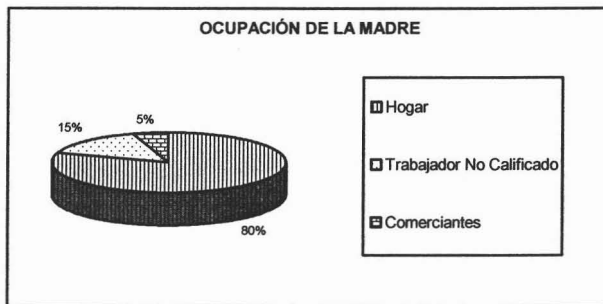
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	1	2.5%
Trabajador No Calificado	12	30.0%
Operarios y artesanos	8	20.0%
Comerciantes	3	7.5%
Operadores	6	15.0%
Empleados de Oficina	1	2.5%
Profesionales, científicos	1	2.5%
Se desconoce	8	20.0%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 10. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

Madre

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	32	80%
Trabajador No Calificado	6	15%
Comerciantes	2	5%
TOTAL	40	100%



CUADRO 11. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

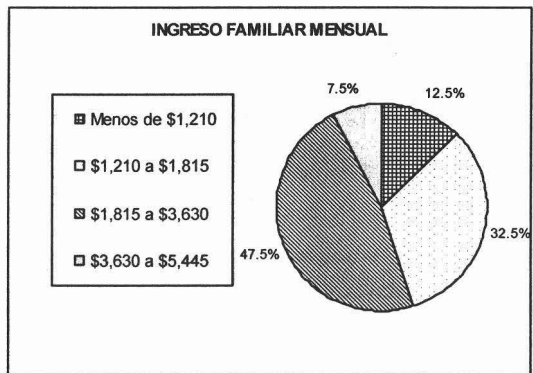
De las 40 familias entrevistadas, 32 de ellas, es decir el 80%, tienen como único proveedor económico al papá y su ocupación es principalmente como trabajador no calificado (30%) u operario y artesano (20%), por lo cual se detecta un ingreso bajo para la manutención familiar. Las mujeres de estas familias se dedican al hogar y cuidado de los hijos, quedando manifiesto en la gráfica como madres desempleadas, mientras que en las 8 familias restantes se trata de madres solteras o separadas y son ellas las encargadas de mantener el hogar sin contar con el apoyo de ningún familiar, por ello las tareas que realizan son como trabajador no calificado (15%) o comerciante (5%) principalmente.

INGRESO FAMILIAR POR MES

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$1,210	5	12.5%
\$1,210 a \$1,815	13	32.5%
\$1,815 a \$3,630	19	47.5%
\$3,630 a \$5,445	3	7.5%
TOTAL	40	100.0%

NOTA: El ingreso familiar se consideró a partir de la "Asignación de Clasificación Socioeconómica de los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud" que se maneja en el Hospital Infantil de México, en la cual se indica el salario mínimo vigente a partir del 1º de enero del 2001 como:

\$40.35 diarios
\$ 1,210.50 al mes

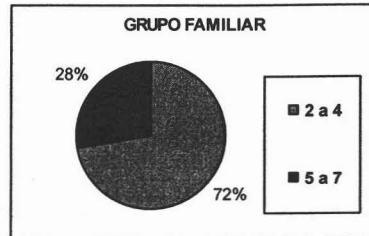


CUADRO 12. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

El ingreso de la mayoría de las familias es de \$1,815 a \$3,630 (de 1 ½ a 3 salarios mínimos mensuales) esto recobra importancia al observar que a causa de la falta de recursos económicos muchos pacientes abandonan el tratamiento o en su defecto ni siquiera buscan ayuda médica por miedo a los gastos que esto pueda generar y no poder enfrentarlos.

GRUPO FAMILIAR POR NÚMERO DE MIEMBROS

No. de integrantes	Frecuencia	Porcentaje
2 a 4	29	72.5%
5 a 7	11	27.5%
TOTAL	40	100.0%

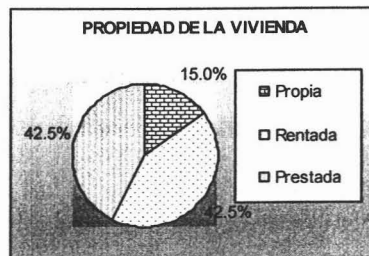


CUADRO 13. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GÓMEZ"

El 72.5% de las familias entrevistadas cuentan con un grupo familiar compuesto de 2 a 4 miembros, es decir, son familias pequeñas y nucleares en las que los padres tienen que cubrir las atenciones del paciente y tres personas más incluyéndose ellos mismos; esta situación puede ser favorable para la atención completa del paciente, ya que los gastos y las ocupaciones no representan un obstáculo predominante para el tratamiento del menor. Por otro lado, podemos contrastar los resultados de estas dos últimas gráficas interpretando que los padres están concientes de su situación económica y de lo difícil que es mantener una familia numerosa y asumen sus condiciones con responsabilidad; sin embargo también podemos señalar que los padres son jóvenes en su mayoría y en edad de procrear.

VIVIENDA

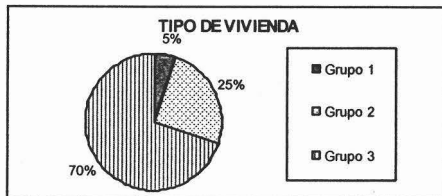
Estado de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Propia	6	15.0%
Rentada	17	42.5%
Prestada	17	42.5%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 14. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GÓMEZ"

Hay un igual número de familias que habitan en una casa ya sea rentada o prestada (42.5% en ambas), es decir, no cuentan con una casa propia de la que puedan disponer sino que tienen la obligación de pagar una renta, esto representa un problema económico y familiar causado por el pago de la renta y los servicios de la casa. Lo anterior es importante además porque influye en el estado anímico de los padres al representar un gasto necesario y una obligación para el proveedor económico por lo que origina mayor presión para él.

TIPO DE VIVIENDA



Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 1	2	5%
Grupo 2	10	25%
Grupo 3	28	70%
TOTAL	40	100%

CUADRO 15. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

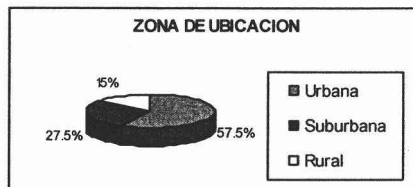
De acuerdo al instrumento que se utilizó, los grupos de las viviendas se subdividen de la siguiente manera:

- Grupo 1: Institución de protección social, cuarto redondo, cueva, casa rural, etc.
- Grupo 2: Vecindad, cuarto de servicio.
- Grupo 3: Departamento o casa popular.
- Grupo 4: Departamento o casa clase media.
- Grupo 5: Departamento o casa residencia.

Con estos datos podemos observar que las familias que asisten al hospital cuentan con una vivienda digna, siendo el 70% de los encuestados quienes habitan en un departamento o casa popular, lo cual representa mayor tranquilidad y comodidad para el paciente y su calidad de vida; mientras que el 25% de las familias viven en una vecindad o cuarto de servicio.

ZONA DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Zona de ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	23	57.5%
Suburbana	11	27.5%
Rural	6	15.0%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 16. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Esta gráfica nos dice que más de la mitad de los pacientes considerados para este estudio (57.5%) viven en una localidad urbana, y solo un 15% habitan en una zona rural, siendo en estos lugares en donde se encuentra un menor conocimiento de los diagnósticos intersexuales, lo contrario a las zonas urbanas en donde los médicos cuentan con más conocimientos de estas situaciones y por ello envían al paciente a ser atendido a tiempo además de facilitárseles más el desplazamiento de un lugar a otro, porque tienen condiciones de comunicación más sofisticadas que las que hay en áreas rurales.

NÚMERO DE ENFERMOS EN LA FAMILIA



Número de enfermos en la familia	Frecuencia	Porcentaje
Dos	11	27.5%
Uno (paciente)	29	72.5%
TOTAL	40	100.0%

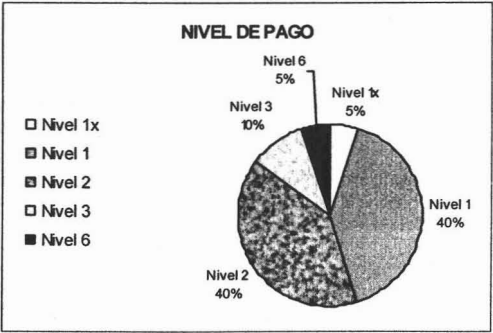
CUADRO 17. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Con una mayoría del 72.5% de las familias entrevistadas sobresale que en ellas solo el paciente de la Clínica de Intersexo es quien necesita atención médica, es decir, existe mayor probabilidad de tener un tratamiento completo y seguro porque no hay más miembros de la familia que requieran un servicio médico de atención prolongada, mientras que los 11 niños restantes si tienen en sus familias una persona que demande cuidados médicos especiales y por lo tanto estos niños corren el riesgo de ver afectado su tratamiento en algún momento, según las condiciones de la familia y su otro paciente.

Todas estas interrogantes que se acaban de mostrar son consideradas en la aplicación de las cédulas socioeconómicas a los pacientes, las cuales se realizan al ingreso del mismo para poder asignarle un nivel de pago por los servicios que le brinde el hospital; el nivel 1x (exento de pago) se aplica a personas de muy escasos recursos, principalmente foráneos y con pacientes cuya enfermedad sea crónica y/o degenerativa, mientras que el nivel 6 es el más costoso y este aplica a personas que tienen los recursos para pagar o que cuentan con algún tipo de seguridad social.

NIVEL DE PAGO

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1x	2	5%
Nivel 1	16	40%
Nivel 2	16	40%
Nivel 3	4	10%
Nivel 6	2	5%
TOTAL	40	100%



CUADRO 18. FUENTE: CEDULA SOCIOECONOMICA APLICADA A 40 FAMILIAS DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005 EN LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

Como se observa, los niveles de pago de estos pacientes son principalmente los más bajos, esto debido a que son de escasos recursos y se sabe anticipadamente que cualquiera de estos diagnósticos de ambigüedad genital conllevan varias cirugías y estudios que, teniendo un costo mayor, las familias no podrían costear y abandonarían la atención médica del niño, pues se ha comprobado que esta es la principal causa de deserción en el hospital. Los pacientes de las cuotas más altas comprobaron tener alguno de los servicios de salud que otorga el estado.

CAPITULO X PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se mostrarán los datos obtenidos de la aplicación del instrumento realizado para conocer los cambios en la dinámica social y familiar que enfrentaron los pacientes de la Clínica de Intersexo y sus familias una vez que se les dio a conocer el diagnóstico del menor.

Este instrumento se aplicó enseguida de efectuarles el estudio socioeconómico para tener una visión más completa de cada caso pues el objetivo con el que se realizó dicho cuestionario fue el de conocer los cambios a los que se enfrentaron el paciente y su familia luego de conocer el diagnóstico del niño y los resultados fueron los siguientes.

Como datos generales de cada paciente se realizaron las primeras siete preguntas.

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INTERSEXO CAPTADOS EN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ" EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005.

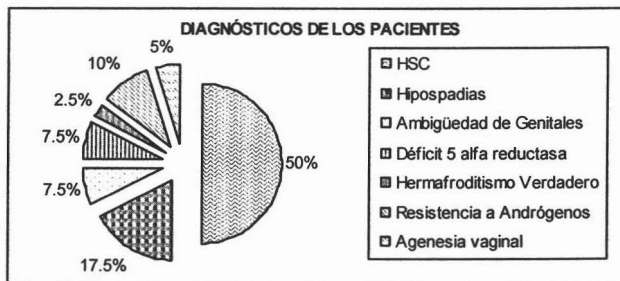
DIAGNÓSTICO	CLÍNICA	CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN	TOTAL DE CASOS
DISGENESIA GONADAL	1			1
PSEUDO HERMAFRODITISMO FEMENINO	9	11	2	22
PSEUDO HERMAFRODITISMO MASCULINO	8	5	3	16
INDEFINIDO	1			1
TOTAL	19	16	5	40

CUADRO 1.

FUENTE: ENTREVISTA APLICADA A 40 PACIENTES CON DIAGNOSTICO INTERSEXUAL CAPTADOS EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HIMFG DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO 2005

DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
HSC	20	50.0%
Hipospadias	7	17.5%
Ambigüedad de genitales	3	7.5%
Déficit 5 alfa reductasa	3	7.5%
Hermafroditismo verdadero	1	2.5%
Resistencia a andrógenos	4	10.0%
Agenesia vaginal	2	5.0%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 2

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PACIENTES DE LA CLÍNICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005.

El diagnóstico que presentó mayores menciones fue el de Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) con un 50%, esto se debe principalmente a que la mayoría de los pacientes captados fueron niñas, y esta es la causa prioritaria por la que surge una intersexualidad en las niñas, mientras tanto tenemos que las Hipospadias (17.5%) y la Resistencia a Andrógenos (10%) son las principales causas de intersexualidad en los varones y son muy poco mencionadas por la misma situación antes sugerida, pues a los niños como hombres se les puede ver más "afectados" socialmente si enfrentan un tratamiento para conocer su verdadero sexo.

El Hermafroditismo Verdadero que aquí se presenta es un caso menos común que el resto de los diagnósticos, puesto que estos pacientes si presentan rasgos de ambos sexos y en el hospital solo se tuvo contacto con uno de ellos.

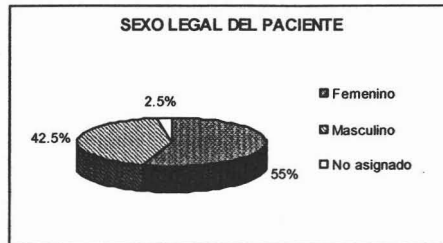
Los diagnósticos se tomaron de acuerdo a su causa, es decir:

DIAGNÓSTICO	CAUSAS
Pseudo Hermafroditismo Masculino	<ul style="list-style-type: none"> • Hipospadias • Déficit 5 alfa reductasa • Resistencia a Andrógenos
Pseudo Hermafroditismo Femenino	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasia Suprarrenal Congénita • Agnesia Vaginal
Disgenesia Gonadal	<ul style="list-style-type: none"> • Hermafroditismo Verdadero
Indefinido	<ul style="list-style-type: none"> • Ambigüedad de Genitales

NOTA: Dentro de la Clínica de Intersexo se diferencia cada diagnóstico según las causas que lo originan, como se muestra en el cuadro 2.

SEXO LEGAL

Sexo legal	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	22	55.0%
Masculino	17	42.5%
No asignado	1	2.5%
TOTAL	40	100.0%

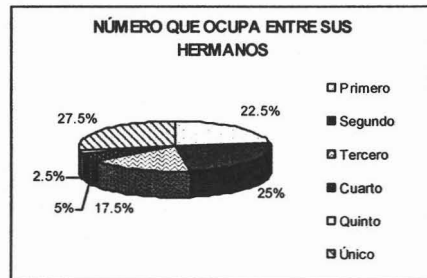


CUADRO 3.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

Se consideró este apartado porque es una cuestión importantísima para el paciente pues es como sus padres lo registran de bebé aún sin estar seguros del sexo al que pertenece, lo hacen solo por "intuición" de saber de qué sexo será finalmente el paciente y esto repercute a corto o largo plazo en la identidad del paciente, pues a futuro si necesitara un cambio de sexo no entendería el por qué del cambio, si antes era niño y ahora lo tratan como niña; además de esto cabe señalar que el cambio legal de sexo es un proceso largo y en el cual el paciente se ve expuesto a interrogantes y miradas ajenas a su núcleo familiar que lo hacen sentir diferente. El caso que se presenta de el sexo no asignado es a un niño que muestra dificultad para la convivencia al igual que su madre pues no sabe cómo referirse a él ni como empezar a educarlo.

NÚMERO QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS

Número que ocupa entre sus hermanos	Frecuencia	Porcentaje
Primero	9	22.5%
Segundo	10	25.0%
Tercero	7	17.5%
Cuarto	2	5.0%
Quinto	1	2.5%
Único	11	27.5%
TOTAL	40	100.0%

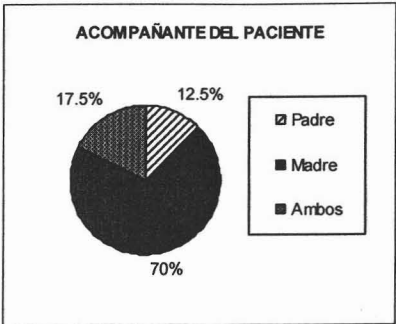


CUADRO 4.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

Esta cuestión es importante porque así podemos saber qué tanto influyó en los padres de los pacientes el saber que uno de sus hijos nació en estas circunstancias, y por lo que se encontró este fue un factor determinante para no tener más hijos, pues el 27.5% de los encuestados solo tuvieron un hijo, el paciente.

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

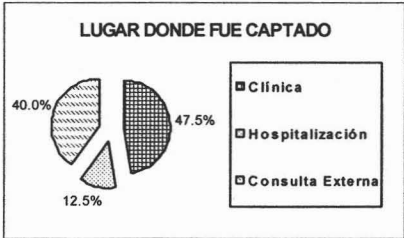
Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Padre	5	12.5%
Madre	28	70.0%
Ambos	7	17.5%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 5.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

En el presente gráfico resalta que en el 70% del total, los pacientes son acompañados por sus madres a sus citas dentro del hospital, el 17.5% de los entrevistados se encontraban ambos padres; y solo un 12.5% son los padres quienes los acompañan. Esto se da porque el padre es quien sale a trabajar y la mamá es quien se encarga de las labores del hogar y la atención de los hijos.

LUGAR DONDE FUE CAPTADO



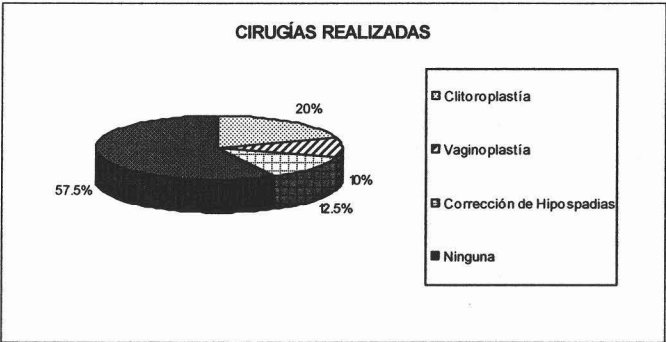
Crterio	Frecuencia	Porcentaje
Clínica	19	47.5%
Hospitalización	5	12.5%
Consulta Externa	16	40.0%
TOTAL	40	100.0%

CUADRO 6.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

De las cuarenta familias entrevistadas, el 47.5% fueron captadas durante la Clínica de Intersexo que se lleva a cabo la primera y tercera semana de cada mes en el edificio Arturo Mundet del Hospital Infantil de México; el 40.0% fueron entrevistados durante la consulta externa de Urología; solo el 12.5% del total de entrevistas fueron realizadas en el área de hospitalización.

CIRUGÍAS REALIZADAS

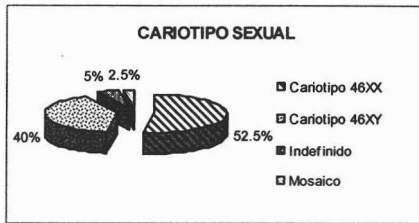
Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Clitoroplastia	8	20.0%
Vaginoplastia	4	10.0%
Corrección de Hipospadias	5	12.5%
Ninguna	23	57.5%
TOTAL	40	100.0%



CUADRO 7.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

El mayor porcentaje (57.5%) de los pacientes que participaron en esta investigación aun no han sido sometidos a ningún tipo de cirugía, al 20% del total les realizaron Clitoroplastia; encontramos que la Corrección de Hipospadias ha sido realizada al 12.5% de estos pacientes; al 10% les practicaron por lo menos el primer tiempo de Vaginoplastia.

CARIOTIPO SEXUAL



Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Cariotipo 46 XX	21	52.5%
Cariotipo 46 XY	16	40.0%
Indefinido	2	5.0%
Mosaico	1	2.5%
TOTAL	40	100.0%

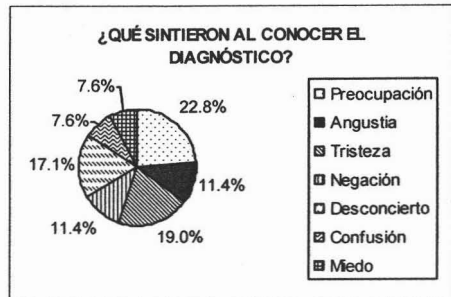
CUADRO 8.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

En el presente gráfico se puede observar que el 52.5% de los pacientes cuentan con una carga cromosómica de cariotipo 46xx lo que quiere decir que corresponde al sexo femenino; el 40% cuentan con un cariotipo 46xy correspondiente al sexo masculino, el 5% del total no ha sido definido su cariotipo sexual y el 2.5% restante presentan en sus cromosomas un tipo de mosaicismo.

¿QUÉ SINTIERON AL CONOCER EL DIAGNÓSTICO?

NOTA: Hubieron respuestas dobles por parte del mismo entrevistado.

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Preocupación	12	22.8%
Angustia	6	11.4%
Tristeza	10	19.0%
Negación	6	11.4%
Desconcierto	9	17.1%
Confusión	4	7.6%
Miedo	4	7.6%
TOTAL	51	100.0%

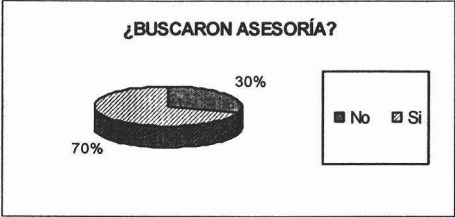


CUADRO 9.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

En la presente gráfica resaltan las distintas emociones que expresaron los padres de familia al conocer el diagnóstico, algunos manifestaron mas de una; el 22.8% corresponde a la preocupación con mayor proporción, así mismo los entrevistados mencionaban cada una de las sensaciones que los invadieron al enterarse del problema que presentó su hijo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

¿BUSCARON ASESORÍA?



Crterios	Frecuencia	Porcentaje
No	12	30%
Si	28	70%
TOTAL	40	100%

CUADRO 10.
 FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

De las 40 familias entrevistadas, el 70% manifestó haber buscado algún tipo de asesoría al enterarse del diagnóstico del paciente, pues no quedaban conformes con lo que los médicos les decían y tenían muchas preguntas por hacer; a diferencia del 30% restante, quienes por miedo y desconcierto prefirieron no investigar más sino esperar a que los médicos que atienden a sus hijos les dieran razones más concretas.

A quienes respondieron haber buscado información se les hizo la siguiente pregunta:

¿CON QUIENES BUSCARON LA ASESORÍA?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Médicos	26	92.0%
Psicólogos	1	4.0%
Enfermeras	1	4.0%
TOTAL	28	100.0%



CUADRO 11.
 FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

En el presente gráfico se puede observar que de las familias que buscaron orientación el 92% acudieron con Médicos familiares o especialistas del Hospital Infantil de México; 4% de ellos buscaron asesoría Psicológica y el 4% restante acudieron en primera instancia con Enfermeras en busca de orientación. Lo que nos muestra que la mayoría de los padres enfrentaron el problema acudiendo con profesionistas para la pronta atención de los pacientes.

¿LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE COINCIDE CON EL SEXO ASIGNADO?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	85%
No	4	10%
No le han asignado	2	5%
TOTAL	40	100%



CUADRO 12.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

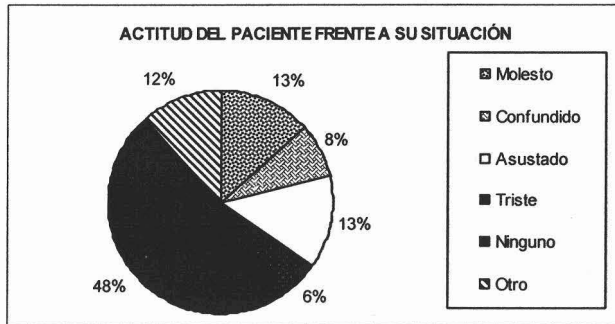
Tenemos que en el 85% de las familias entrevistadas la educación socio - sexual si ha coincidido con la del sexo asignado sin tener mayor complicaciones, a diferencia de un 10% donde la educación no fue propia al sexo asignado y donde se tuvo que hacer modificaciones en su conducta; el 5% restante de los pacientes aún no se les ha asignado un sexo determinado por lo que su educación se basa en la apariencia de sus genitales según lo consideren los propios padres.

Nota: La situación del cambio de sexo se dio inmediatamente después de haber conocido el diagnóstico del menor, por lo que cuando nosotras los conocimos, esta ya se había dado y no representó mayores problemas para el paciente por su corta edad.

ACTITUD DEL PACIENTE FRENTE A SU SITUACIÓN

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Molesto	7	13.0%
Confundido	4	8.0%
Asustado	7	13.0%
Triste	3	6.0%
Ninguno	25	48.0%
Otro	6	12.0%
TOTAL	52	100.0%

Nota: Algunas contestaciones fueron duplicadas por más de un entrevistado por ello suman un total de 52 respuestas.



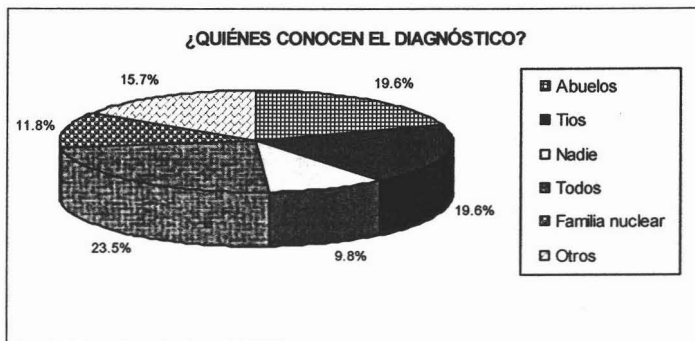
CUADRO 13.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

En base a esta representación se puede observar que el 48% de los pacientes no han manifestado ningún cambio de actitud porque por su corta edad no tienen un conocimiento claro de su diagnóstico aún estando en tratamiento; a diferencia del 13% de ellos que se muestran asustados; de igual manera el 13%; se han notado molestos, el 12% ha reaccionado de distintas maneras entre los que destaca el enojo y el aislamiento, al 8% su familia lo ha notado con algún grado de confusión ante su situación y al 6% restante la tristeza ha sido su reacción mas notable. Todos estos sentimientos son solo por observación de los padres, pues no hay una comunicación amplia con los menores por temor a que hagan preguntas que los padres no puedan responder.

¿QUIÉNES CONOCEN EL DIAGNÓSTICO?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Abuelos	10	19.6%
Tíos	10	19.6%
Nadie	5	9.8%
Todos (familia nuclear y colateral)	12	23.5%
Familia nuclear	6	11.8%
Otros	8	15.7%
TOTAL	51	100.0%

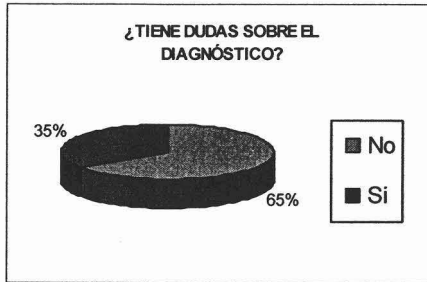
NOTA: Los entrevistados optaron por responder una o más posibilidades por ello el total son 51.



CUADRO 14.
FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

En la gráfica obtenemos resultados de la pregunta acerca de quién conoce sobre el diagnóstico del paciente, encontramos que 23.5% del total, corresponde a la familia colateral por lo que todos en ambas familias conocen el problema; 19.6% solo los abuelos paternos y/o maternos conocen el diagnóstico, 19.6% solo tíos están enterados, el 15.7% otras personas ajenas a la familia como amistades o vecinos conocen la problemática, 11.8% solo la familia nuclear, el 9.8% no han informado a nadie. Por lo general fue notorio que las personas que conocen la situación del paciente son los de mayor convivencia con él o quienes proporcionan algún tipo de ayuda a la familia nuclear del menor.

¿TIENEN DUDAS SOBRE EL DIAGNÓSTICO?



Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	35%
No	26	65%
TOTAL	40	100%

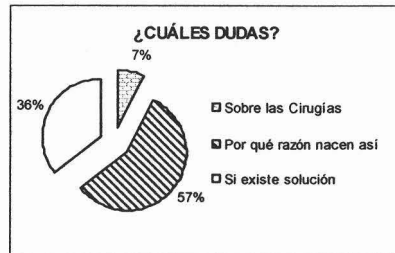
CUADRO 15.

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

Del total de los padres de familia entrevistados el 65% dijo no tener ninguna duda acerca del diagnóstico del paciente, esto se debe principalmente a que los médicos les otorgaron una solución concisa al problema del niño, mientras que solo el 35% tiene alguna duda sobre el dictamen médico del menor y a ellos se les pidió expresaran las mismas con el personal médico del Hospital; las interrogantes fueron las siguientes:

¿CUÁLES DUDAS?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Sobre las cirugías	1	7%
Por qué razón nacen así	8	57%
Si existe solución	5	36%
TOTAL	14	100%



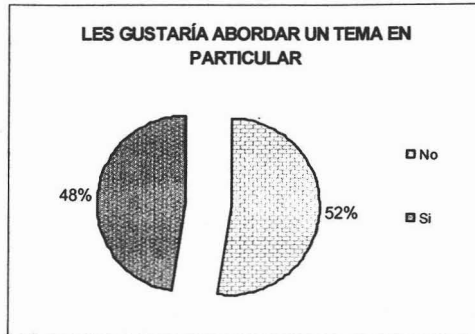
CUADRO16.

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

Del 35% de los padres de familia que presentan dudas sobre el diagnóstico, manifestaron las siguientes, 57% no saben por que motivo su hijo nació con ese problema, el 36% quieren saber si existe una solución para que sus hijos se desarrollen normalmente y el 7% final tienen dudas sobre las cirugías, desde su procedimiento y resultados.

¿LES GUSTARÍA ABORDAR UN TEMA EN PARTICULAR DE LA PROBLEMÁTICA?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
No	21	52%
Si	19	48%
TOTAL	40	100%



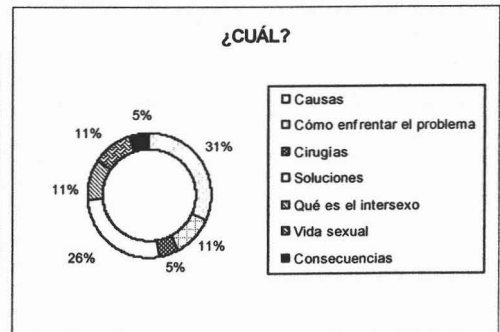
CUADRO 17

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

Como observamos en la gráfica solo el 48% de los padres entrevistados desea conocer un tema más a fondo, a diferencia del 52% quienes manifestaron no necesitar más explicaciones.

¿CUÁL?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Causas	6	31%
Como enfrentar el problema	2	11%
Cirugias	1	5%
Soluciones	5	26%
Qué es el intersexo	2	11%
Vida sexual	2	11%
Consecuencias	1	5%
TOTAL	19	100%



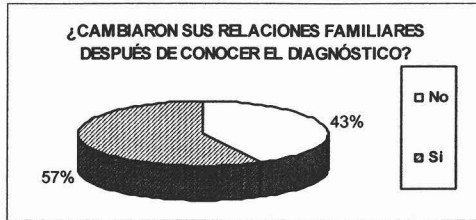
CUADRO 18.

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

De los temas que los padres de familia expresaron querer estar al tanto, tenemos; 31% conocer las causas que originan el estado intersexual, 26% quieren que se les explique las alternativas de solución que existen, 11% no saben como enfrentar la problemática en la familia y desean orientación, 11% quieren conocer que es un estado intersexual y en cual se encuentra ubicado su hijo, 11% les preocupa como será a futuro la vida sexual de los pacientes, 5% de ellos desean saber como son efectuadas las cirugias y por último 5% restante quieren saber las posibles consecuencias físicas y psicológicas que traerá esta situación.

¿CAMBIARON LAS RELACIONES FAMILIARES DESPUÉS DE CONOCER EL DIAGNÓSTICO?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	57%
No	17	43%
TOTAL	40	100%



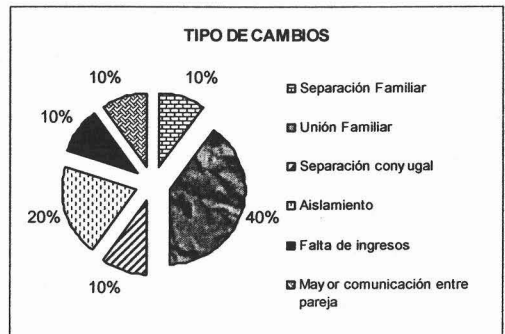
CUADRO 19.

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

De las familias identificadas, el 57% manifestaron sí haber tenido cambios en las relaciones familiares después de conocer el diagnóstico del paciente principalmente en referencia a la comunicación y al apoyo familiar; a diferencia del 43% donde no sufrió ninguna variación notable a raíz de dicho diagnóstico situación causada por la amplia información que recibieron de parte de los médicos. Los principales cambios que sufrieron las familias se expresan en la imagen siguiente.

TIPO DE CAMBIOS

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Separación Familiar	3	10%
Unión Familiar	12	40%
Separación Conyugal	3	10%
Aislamiento	6	20%
Falta de ingresos	3	10%
Mayor comunicación entre pareja	3	10%
TOTAL	30	100%



Nota: Algunas personas manifestaron más de un tipo de cambio, por ello en total son 30 respuestas.

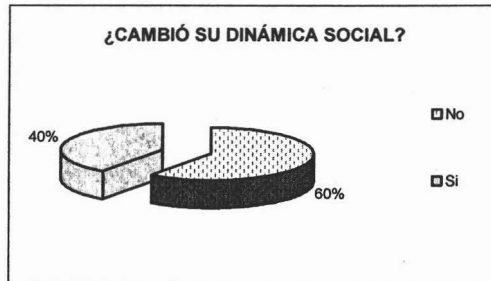
CUADRO 20.

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005.

De las familias que presentaron cambios familiares encontramos que el 40% obtuvo mayor unión familiar en todos los aspectos, el 20% por el contrario presentaron aislamiento de la familia colateral, el 10% presentó falta de ingresos a raíz de conocer el diagnóstico, igualmente el 10% obtuvo mayor comunicación entre la pareja y en el 10% restante hubo separación conyugal. Cabe señalar que la unión familiar se dio después de que ya conocían bien el diagnóstico.

¿CAMBIÓ SU DINÁMICA SOCIAL?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
No	24	60%
Si	16	40%
TOTAL	40	100%



CUADRO 21.

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A 40 FAMILIAS DE LA CLINICA DE INTERSEXO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2004 A FEBRERO DE 2005

Del total de familias entrevistadas encontramos que un 40 % han manifestado que su dinámica social ha cambiado a causa de la problemática que presenta su hijo, pues en todos estos casos se encontró un aislamiento de las personas para evadir comentarios en torno al diagnóstico y expresaron que tienen temor de que lastimen física y moralmente a sus hijos ya que es un tema poco conocido. De este modo evitan ir a reuniones, y en algunos casos se resisten a enviarlos a las escuelas, porque al ser diferentes son tratados con discriminación.

CONCLUSIONES

Los resultados dan cuenta de la falta de información que hay entre la sociedad en general y sobre todo dentro de la misma familia del paciente con respecto a estos diagnósticos.

Así pues podemos concluir que:

Un diagnóstico de intersexualidad, cualquiera que sea, despierta preocupación, tristeza y desconcierto entre los miembros de la familia, principalmente en los padres (cuadro 9, capítulo X).

Para la pronta recuperación del menor es aconsejable que se atienda a la edad mas temprana posible, pero desgraciadamente los médicos que atienden a las madres durante el parto, no se encuentran lo suficientemente preparados para identificar un problema de esta magnitud y adjudican al recién nacido un sexo que no le corresponde, siendo hasta después que los padres distinguen que algo no anda bien. Lo pudimos evidenciar teniendo en cuenta que el 65% de los pacientes atendidos en la clínica han ingresado a tratamiento en edad de lactancia.

Podemos tener en cuenta que la edad de los padres no representó un factor determinante para que estos pacientes presentaran un tipo de intersexualidad; sin embargo en la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento (NOM-034-SSA2-2002) se establece que la edad materna mayor a 35 años, edad paterna mayor a 45 años, así como las madres primigestas son factores de riesgo para desarrollar en el producto las cromosomopatías (Turner, Klinefelter).

Cuando los pacientes llegan a la clínica y después de intensos estudios se da un diagnóstico según las causas que originan la intersexualidad, como lo observamos en el cuadro 2 del capítulo X se considera a la Hiperplasia Suprarrenal Congénita y la Agenesia Vaginal como Pseudo Hermafroditismo Femenino, las Hipospadias, Ambigüedad Genital, Déficit de 5 alfa reductasa y la Resistencia a Andrógenos como Pseudo Hermafroditismo Masculino.

Contrastando los cuadros numero 1 del capítulo IX, 2, 3, 8 del Capítulo X, podemos apreciar que:

- 1) Existen 22 pacientes educadas como niñas y registradas como tal pero 20 de ellas presentan un diagnóstico es Hiperplasia Suprarrenal Congénita y en 2 Agenesia Vaginal. 21 de ellas tienen un cariotipo XX y la ultima indefinido.
- 2) Hay 16 pacientes educados como niños y cuyo cariotipo coincide con la educación, al igual que su sexo legal y sus diagnósticos son: 7 hipospadias, 3 déficit 5 alfa reductasa, 2 ambigüedad genital y 4 con resistencia a andrógenos.

- 3) Dos pacientes presentan sexo indefinido, uno de ellos no tiene cariotipo asignado y el otro es mosaico. El diagnóstico de uno es de Hermafrodita Verdadero y el otro Ambigüedad Genital. Sin embargo uno de ellos está registrado legalmente como varón mientras que el otro aún no ha sido registrado.

En el cuadro 4 del capítulo X, encontramos que el 27.5% de los pacientes son hijos únicos y el 25% son el segundo entre dos y cinco hijos, con esto tenemos que la intersexualidad que presentó el menor fue determinante para que los padres consideraran la posibilidad de no tener más hijos a pesar de que el 27.5% de ellos tienen entre 21 y 30 años; es decir se encuentran en edad fértil.

Es de considerarse que muchos de los pacientes foráneos ya no regresan a sus consultas por el temor que les causa lo que le harán a sus hijos, y al tratar de contactar telefónicamente con ellos, dijeron no poder venir y ya no seguir con el tratamiento del menor hasta que no les digan bien los médicos qué está pasando, pues no creen en los diagnósticos de ambigüedad genital que les dan y les crea confusiones.

Otro factor que influye en la deserción de pacientes foráneos son los gastos que les genera al trasladarse a la ciudad de México y su estancia en la misma, además de los costos de las consultas, estudios y cirugías.

Los pacientes foráneos son quienes se mantienen más aislados de la sociedad para que nadie sepa lo que tienen sus hijos. Esta decisión afecta al desarrollo emocional y social del menor.

Los papás de estos pequeños necesitan asesoría para despejar todas las dudas que tengan respecto a la situación del menor. También necesitan poder platicar todos (familia nuclear) con un especialista que les ayude a superar sus miedos con respecto al padecimiento del paciente.

El cuadro 7 del capítulo X muestra que se les han realizado cirugías a pesar de que el 40% de los pacientes tienen entre 6 y 12 años (cuadro 2 capítulo IX), esto se debe a que primero tratan de ver la respuesta que presenta el organismo del paciente ante el tratamiento hormonal.

Cuando el paciente tiene que cambiar de sexo se presenta en los padres una gran preocupación al no saber orientarlo, poder responder sus dudas y enfrentarlo con el resto de la sociedad y la familia.

En el cuadro 18 del capítulo X observamos que el tema que les gustaría abordar a los padres sobre la problemática son: conocer las causas de la intersexualidad y esto se puede interpretar como un mecanismo de defensa ante su situación, pues necesitan encontrar respuestas y posiblemente culpar a alguien del problema.

Les es imprescindible a las familias sentirse apoyados y entendidos por alguien que conozca lo que está pasando con sus hijos, aunque sea solo para desahogarse.

Al principio la comunicación entre la familia se ve limitada, pues tienen miedo de hablar del problema y de que los demás se enteren, pero fue notorio el cambio que hubo en su dinámica familiar después de brindarles más información de la situación de sus hijos, pues a raíz de esto la unión entre los miembros de la familia fue prominente; esto se comprobó de la siguiente manera:

ETAPA DE ACERCAMIENTO	OBSERVACIONES	ACCIONES REALIZADAS
1er Acercamiento con los padres del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del tema • Preocupación • Limitada comunicación tanto familiar como con el equipo médico • Renuencia al hablar del tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear confianza entre la familia y la trabajadora social
Posteriores acercamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor confianza para hablar del tema • Disminución de la preocupación • Apertura de comunicación con el equipo médico • Acercamiento familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Entrevista informal • Proporcionar información sobre el tema.
Aplicación del instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa para contestar el cuestionario • Interés por el tema • Facilidad de expresión • Unión familiar • Asimilación del problema • Confianza en la solución del problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de trípticos informativos • Aplicación de cuarenta cuestionarios al mismo número de familias • Apertura para expresarse libremente • Se invitó a mantener una comunicación abierta con el equipo médico.

Es importante señalar que durante todo este proceso fue notable el cambio que presentaron las familias en cada etapa, pues de la cohibición primera se llegó a la libre y amplia expresión e interesada participación por parte de los padres del paciente principalmente.

Por medio de la presente investigación se tuvieron muchos logros en lo que se refiere a la intervención del Trabajador Social:

- Hubo más apertura en la comunicación que establece la gente con su Trabajadora Social.
- Se promovió el acercamiento entre el médico y el paciente con su familia para ampliar la comunicación entre ellos y que no se formen una idea equivocada de lo que es el padecimiento.
- Se despertó el interés de algunos padres para conocer más del diagnóstico de su hijo y conocer las alternativas de solución que hay.
- Los objetivos se cumplieron al haber logrado identificar la actitud del paciente y la familia frente al diagnóstico de este, del mismo modo, se indagó lo necesario para conocer las alteraciones que había sufrido su dinámica familiar.

La hipótesis quedó comprobada, pues a decir de las familias de los pacientes, el tener información del tema los ayudó a conocerlo y asimilarlo, con la confianza de que tendrá solución.

Esto se demuestra en los datos obtenidos de los cuadros 14, 15 y 17 (capítulo X), ya que en ellas se expresa que el 23.5% de los entrevistados hizo del conocimiento de toda su familia (nuclear y colateral) el diagnóstico del paciente; el 65% de los encuestados no tienen dudas sobre el diagnóstico y nos les gustaría abordar ningún tema en particular de la problemática (52%).

Del mismo modo la comunicación que se propició entre el equipo médico y la familia del paciente permitió que la dinámica familiar tuviera cambios favorables, pues se comprendió el problema y se generó unión familiar en la mayoría de los casos (40%, cuadro 20, capítulo X); esto se debe a que la dinámica de cualquier familia se ve alterada por la presencia de una enfermedad o un problema que requiera atención médica, como es el caso.

Como se mostró también, que del 70% de las personas que buscaron asesoría sobre el padecimiento del menor (cuadro 10, Capítulo X), el 92% la buscaron con los médicos (cuadro 11, Capítulo X) fueron ellos mismos quienes ya no tuvieron dudas sobre el diagnóstico (cuadro 15, Capítulo X), lo cual habla de los resultados de la comunicación que se propició entre la familia del paciente y los médicos.

Es también importante señalar que ocultarle su diagnóstico al paciente no constituye una opción, pues aumentan los sentimientos de anormalidad en el paciente y refuerza su aislamiento, sobre todo cuando está en edad adolescente.

La unión familiar que se expresa en las respuestas del cambio en la dinámica familiar (cuadro 20, Capítulo X) fue alcanzada luego de haber conocido más del diagnóstico, pues debido a la intervención del Trabajador Social y el apoyo médico en cuanto a lograr que los padres entendieran que el diagnóstico del menor no era culpa de ninguno de ellos les permitió hablar más abiertamente del tema y expresar cada uno sus sentimientos para así darse apoyo mutuo y transmitírselo al paciente.

Por todo lo anterior se puede concluir que la situación social y familiar de un paciente con estado intersexual se torna complicada, vista principalmente cuando este ya se encuentra en edad de entender su situación, por tanto se dan cuenta de la desinformación que hay del tema en todo el ámbito social y de las dificultades que atraviesan al intentar explicar el problema, pues aún padeciéndolo ellos mismos o un miembro de su familia no son del todo capaces de entender la situación, sin embargo con ayuda de los especialistas lograron concebir que la sexualidad no es solo una cuestión genital sino que va más allá, se va creando una identidad sexual con el paso del tiempo y con las experiencias que cada persona desarrolla.

PROPUESTAS

Esta es la parte más importante de toda la Investigación, pues ya vimos la información y la recolección de datos, sin embargo es siempre elemental dar alternativas para enfrentar la problemática que se está percibiendo.

Las propuestas que se consideraron fueron las siguientes:

- I. Crear un espacio propio para la Clínica de Intersexo, ya que actualmente se ocupa el área de la Clínica del Niño Insulinodependiente y este lugar por sus dimensiones no es apto para tantos especialistas que intervienen en la Clínica de Intersexo.
- II. Realizar un programa de actividades de la Clínica de Intersexo, con especialistas dedicados solamente a ella, para que así pudieran atender a más pacientes en un periodo de tiempo más corto. Esto es también importante porque la Trabajadora Social que asiste a las sesiones de la Clínica no puede realizar su trabajo en el espacio en el que está ubicado actualmente ya que en cuanto las reuniones terminan, la Clínica se cierra inmediatamente.
- III. Hacer una difusión por medio de periódicos murales en todo el Hospital y en otras Clínicas u Hospitales para que la sociedad en general sepa y conozca que existen estas situaciones, porque quizá haya muchos otros niños que no han sido detectados y diagnosticados aún, que vean que tiene solución si se atiende a tiempo.
- IV. Hacer unos trípticos informativos para los papás de los pacientes de la Clínica de Intersexo del Hospital Infantil de México de acuerdo a los diferentes diagnósticos que hay y que por medio de ellos se puedan enterar de cosas que no se atreven a preguntar al médico o que de la lectura del tríptico les surjan dudas que puedan aclarar con el equipo médico y que le sirvan para enfrentar el problema en la familia, que lo platicuen entre sí los padres.
- V. Evitar términos que puedan confundir y espantar por su naturaleza a los padres, no mencionarles "hermafroditismo", ya que se imaginan monstruosidades y no asimilan ver a su bebé como tal.
- VI. Crear un grupo de "autoayuda" para que vean que no son los únicos que presentan esta situación y que entre los mismos padres vayan orientándose y dándose consejos que los ayuden a superar el temor de hablar del padecimiento de sus hijos.
- VII. Implementar reuniones grupales donde se cuente con la presencia de diferentes especialistas para que los papás y los pacientes puedan desahogar sus dudas y tener la seguridad de que las respuestas que recibirán sean reales.

- VIII. Programar intervenciones profesionales de acuerdo a las dudas iniciales que se presentaban entre los papás al conocer el diagnóstico de sus niños.
- IX. Crear un modelo de atención en donde se justifiquen las acciones realizadas por los especialistas y en donde se tenga una mayor intervención del Trabajador Social.
- X. Dar un buen seguimiento de caso, pues es notorio que la atención que se dedica a estos pacientes no siempre es la suficiente, esto por las distintas actividades administrativas que la Trabajadora Social del servicio tiene que realizar, tomando en cuenta que ella se en carga de cubrir dos servicios a la vez.
- XI. Aumentar el apoyo psicológico al paciente durante la adolescencia.

Por esto se considera necesaria la participación de un Licenciado en Trabajo Social, que se encargue exclusivamente de la Clínica de Intersexo con la finalidad de brindar una adecuada atención a los pacientes y sus familias; implementando el proceso metodológico del Trabajo Social de Casos en el siguiente orden:

- a. Investigación
- b. Diagnostico
- c. Plan
- d. Tratamiento
- e. Pronostico
- f. Evaluación¹

- XII. Crear un directorio de Instituciones que atiendan a pacientes y familiares con estos diagnósticos para que en caso de ser necesario, la familia busque otro tipo de apoyo (el que necesite) y o para cuando los pacientes ya sean mayores y no se les pueda dar seguimiento en esta Institución.

¹ Dra. Aida Valero Chavez, "Trabajo Social de Casos", ENTS – UNAM, 2000

ANEXOS

En este apartado se mostrarán los siguientes documentos:

- Instrumento (cuestionario) utilizado para conocer la dinámica familiar de los pacientes.
- Tríptico informativo que se otorgó a las familias de los pacientes después de cada entrevista realizada.
- Formato de la Cédula Socioeconómica que se aplicó.
- Estudio Social



Atención Integral a los Pacientes de la Clínica de Intersexo

Objetivo: Conocer si ha cambiado la dinámica familiar de los pacientes con un diagnóstico intersexual a raíz del conocimiento de dicho diagnóstico.

DIAGNÓSTICO:	SEXO LEGAL: m () f ()	EDAD:
# que ocupa entre hermanos:	Edad papá:	Edad mamá:
Acompañante:	Lugar donde fue captado:	Clinica ()
Mamá () Papá () Ambos () Otros ()	Consulta ()	Hospitalización ()
Cirugía:	Cariotipo sexual:	

- ¿Qué sintieron cuando se enteraron del diagnóstico?
Preocupación () Angustia () Tristeza () Negación () Desconcierto () Confusión () Miedo ()
- ¿Buscaron asesoría? No () Sí ()
Con quién? Médicos () Psicólogos () Enfermeras () Otros () _____
- ¿La educación que le han dado coincide con la del sexo real asignado?
() Sí () No () No le han asignado
- Si presentó algún cambio ¿qué actitud tomó el paciente frente a su situación?
() Molesto () Confundido () Asustado () Triste () No lo sabe / Ninguno Otro ()
- ¿Quién más conoce el padecimiento del menor?
() Abuelos () Tíos () Hermanos () Nadie () Todos () Otros () Solo familia nuclear
- ¿Tienen dudas acerca del padecimiento? () No () Sí Cuáles?
- ¿Hay algún tema referente a la enfermedad que le gustaría abordar más a fondo? () No () Sí
Cuál (es)?
- ¿Considera que las relaciones familiares cambiaron después de conocer el diagnóstico?
() No () Sí De qué forma?
- ¿Cambió su dinámica social?
() No () Sí De qué forma?

¿CÓMO EDUCO A MI HIJO?

Lo mas recomendable en estos casos es que se le de una educación adecuada según los resultados obtenidos; cada uno de los estudios da la pauta al tratamiento designado para el paciente aún cuando este difiera del sexo que se le indicó al nacer. Es así que debe esperar a que el grupo médico confirme el diagnóstico y son indispensables las sesiones con el psicólogo para que se de una mejor orientación a su situación.

¿QUÉ ES LA CLÍNICA DE INTERSEXO?

En un afán de brindar una atención más oportuna y adecuada a los pacientes intersexuales y sus familias, un grupo médico de Hospital Infantil de México "Federico Gómez" se dio a la tarea de formar la Clínica de Intersexo, la cual forma un espacio de intervención acertada de diferentes especialistas médicos como lo son cirujanos plásticos, endocrinólogos, genetistas y urólogos entre otros. También se involucran en el cometido de la clínica psicólogos y trabajadores sociales, uniendo todos ellos esfuerzos para proporcionarle una atención integral en el desarrollo de su tratamiento.

En la Clínica de Intersexo se reúnen todos los expertos ya mencionados para discutir cada caso de forma individualizada y poder así realizar todos los estudios necesarios al paciente y determinar el diagnóstico que le corresponde, ya teniendo el resultado de dichos estudios se reúnen nuevamente para deliberar cual es el tratamiento más adecuado para el menor, así mismo darle un seguimiento hasta que se logre una armonía satisfactoria en el ejercicio biológico (salud), social y psicológico en el paciente y su familia.

Debemos destacar la importancia que tiene el hecho de que los padres del menor y éste mismo asistan a las sesiones que se les indica pues es crucial para darle un seguimiento a la situación del paciente.

Dentro de la Clínica se les contacta con el psicólogo para que con él puedan expresar sus sentimientos en torno al padecimiento de su hijo o familiar y poder assimilar la realidad por la que atraviesan, de igual modo la trabajadora social les orientará sobre los cambios que sufre la dinámica familiar debido al diagnóstico del menor y motivarlos en cuanto a la permanencia de la unión familiar.

Participemos juntos para brindar una mejor calidad de vida a los pacientes, infórmate sobre el diagnóstico de tu hijo para entenderlo mejor y acércate al equipo médico.



Esta imagen representa genitales indiferenciados en la décima semana de gestación.

Trabajo Social de Urología está en la planta baja del Edificio Mundet, ext. 1059 con la T. S. Angélica Mendoza.

ELABORÓ:

Lic. T. S. Alicia García Carrillo

Lic. T. S. Sara Vega Hernández



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INTERSEXUALIDAD: LOS PACIENTES Y SU FAMILIA.

Este padecimiento ha existido desde la antigüedad, sin embargo no son muchos los conocimientos populares que se tienen de él y cuando algún miembro de la familia lo padece, ésta no sabe como actuar o responder ante tal situación pues surgen dudas a las que difícilmente les buscan respuesta:

- ¿Qué es la intersexualidad?
- ¿Por qué se da?
- ¿Tiene solución?
- ¿Cómo educó a mi hijo?
- ¿Qué es la Clínica de Intersexo?

En este tríptico encontrará las respuestas a estas preguntas y si le queda alguna otra no dude en acercarse al equipo médico que atiende el diagnóstico de su hijo.

¿QUÉ ES LA INTERSEXUALIDAD?

La palabra **intersexual** hace referencia a aquellos recién nacidos que presentan genitales ambiguos, esto es, sin evidencia clara sobre el sexo al que pertenece. En estos pacientes es necesario actuar de manera oportuna en cuanto sea detectado el problema, pues hay que realizar una serie de estudios para saber el sexo real que les corresponde. Es importante saber que hay diferentes estados intersexuales, siendo los más comunes los siguientes:

PSEUDO HERMAFRODITISMO FEMENINO

En este caso la paciente tiene un cariotipo XX (mujer) y presenta genitales externos masculinizados debido a que su organismo fue receptor de andrógenos (hormona masculina) durante su desarrollo fetal.

PSEUDO HERMAFRODITISMO MASCULINO

El cariotipo de estos pacientes es XY (masculino), sin embargo su apariencia física es la de una mujer debido a una alteración en los receptores y efectividad de los andrógenos (hormona masculina).

HERMAFRODITISMO VERDADERO

En estos pacientes se presenta tejido testicular y ovárico en el mismo organismo, su cariotipo puede variar, en la mayoría de los casos es 46 XX (mujer), otros pueden ser 46 XY (varón) e incluso pueden presentar un mosaico cromosómico al presentar 47 XXY.

Por ello es importante que se le de la atención médica necesaria al menor que presente anomalías genitales y actuar lo antes posible para encontrar el tratamiento más adecuado dependiendo del diagnóstico que se revele.

¿POR QUÉ SE DA?

Las causas más comunes de los estados intersexuales son las siguientes:

Para el Pseudo Hermafroditismo Femenino, la Hiperplasia Suprarrenal Congénita es el diagnóstico más común, ya que la corteza suprarrenal segrega grandes cantidades de andrógenos (hormonas masculinas) y los genitales externos se muestran masculinizados.

En los casos de Pseudo Hermafroditismo Masculino se presenta con mayor incidencia la deficiencia de la enzima 5 alfa reductasa, la cual es la responsable de que las hormonas causen la diferenciación masculina dando la forma definitiva a los genitales externos durante el desarrollo fetal.

El Hermafroditismo Verdadero se debe a una alteración en el intercambio de aminoácidos de los cromosomas puestos por el espermatozoide y por el óvulo de ambos padres dando como resultado desarrollo genital de ambos sexos.

Es primordial hacer de su conocimiento que todos los seres humanos tenemos las mismas posibilidades de nacer con un diagnóstico como estos ya que las causas surgen en el momento de la repartición celular inicial y en el desarrollo embrionario del producto.

¿TIENE SOLUCIÓN?

La respuesta a esta pregunta depende del diagnóstico del paciente pero en la mayoría de los casos la respuesta es satisfactoria, pues si se detecta a tiempo el problema, se le puede dar un tratamiento y un seguimiento adecuado para que el paciente logre una estabilidad bio-psico-social y que así pueda desarrollarse de manera natural en todas las actividades que realice. Son los pacientes con Hermafroditismo Verdadero los que presentan mayor problema para dar una asignación correcta del sexo y debido a que ninguno de los genitales (masculinos o femeninos) se les definió correctamente, estos pacientes serán infértiles.

Cabe señalar que la solución en cada caso será diferente y antes se tiene que pasar por una serie de estudios y en función de los hallazgos en estos se podrá estipular el procedimiento que conlleve a la asignación del sexo con mayores oportunidades de funcionalidad y que represente menos complicaciones, así, se le realizarán al paciente intervenciones quirúrgicas (para extirpar tejidos y reconstruir genitales) complementadas en algunos casos con tratamientos hormonales que pueden ser permanentes.

También es importante señalar que para realizar las cirugías reconstructivas, la edad recomendada se determina de acuerdo al diagnóstico, asignación de sexo, factores psicológicos y hormonales que se han evaluado durante el desarrollo y adaptación de cada paciente evitando a futuro reintervenciones innecesarias.

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ"

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
CEDULA SOCIO - ECONÓMICA

SERVICIO _____ FECHA DE ENTREVISTA _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD FECHA DE NACIMIENTO

AÑOS MESES AÑO MES DIA

FECHA DE INGRESO SEXO: _____ NACIONALIDAD: _____
AÑO MES DIA

DOMICILIO ACTUAL: _____
CALLE No. EXT. / INT.

_____ COLONIA C.P.

DELEGACIÓN / MUNICIPIO ESTADO TELÉFONO

DOMICILIO TEMPORAL: _____
CALLE No. EXT. / INT.

_____ COLONIA DELEGACIÓN TELÉFONO

FUENTE DE INFORMACIÓN: _____

PADRE: _____ EDAD: _____

EDO. CIV. _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

MADRE: _____ EDAD: _____

EDO. CIV. _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

I.- INGRESO FAMILIAR

INGRESO POR MES: _____

NÚMERO DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS: _____

II.- OCUPACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

SEGURIDAD SOCIAL: _____

FIJO: _____ EVENTUAL: _____

ALIMENTACIÓN: _____ **PUNTUACIÓN**
GASTO MENSUAL: _____

% DEL INGRESO TOTAL: _____

III.- VIVIENDA

TIPO DE TENENCIA RENTADA (0) PRESTADA (1) PROPIA PAGADA (3)

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS (agua, luz, drenaje, teléfono)

De 0 a 1 servicios (0) Dos servicios (1) Tres servicios (2) Cuatro servicios o más (3)

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN:

Lámina de cartón, madera u otro (0) Mixta (1) Mampostería (2)

NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO

4 o más personas (0) 3 personas (1) 1 a 2 personas (2)

NÚMERO DE HABITACIONES

De 1 a 2 habitaciones (0) De 3 a 4 habitaciones (2) 5 o más habitaciones (3)

TIPO DE VIVIENDA

GRUPO 1: Institución de protección social, cuarto, cueva, choza o casa rural, barranca, tugurio (0)

GRUPO 2: Vecindad, cuarto de servicio (1)

GRUPO 3: Departamento a casa popular (2)

GRUPO 4: Departamento a casa clase medio (3)

GRUPO 5: Departamento a casa residencial (4)

IV.- LUGAR DE RESIDENCIA

Área geográfica

Distrito Federal (3) Estado de México (2) Otras Entidades Federativas (1)

Zona de ubicación

Urbana (2) Suburbana (1) Rural (0)

V.- ESTADO DE SALUD FAMILIAR

No. de enfermos en el núcleo familiar

Tres o el principal aportante al ingreso familiar (0) Dos (1) Uno incluye al paciente (2)

Total de puntos

Clasificación _____

Dx. Médico _____

T. S. _____

Nombre y firma

Nivel _____

Observaciones _____

**HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERCO GOMEZ**

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIAL

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO MEDICO _____ SERVICIO _____ CLASIFICACION _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD _____

DOMICILIO (CALLE Y NUMERO) _____ COLONIA _____

DELEGACION _____ C. P. _____ TELEFONO _____

DOMICILIO TEMPORAL (CALLE Y NUMERO) _____

COLONIA _____ DELEGACION _____ C. P. _____

PARENTESCO _____ TELEFONO _____

PERSONA RESPONSABLE _____ PARENTESCO _____

REFERENCIA DELCASO

DERECHOHABIENTE: IMSS ISSSTE OTROS: _____

PRIMER INGRESO REINGRESO

GRUPO FAMILIAR

PADRE _____ EDAD _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____ APORTACION MENSUAL _____

MADRE _____ EDAD _____

ESCOLARIAD _____ OCUPACION _____ APORTACION MENSUAL _____

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

HIJOS Y OTROS CONVIVIENTES: TOTAL DE HIJOS _____ CASADOS INDEPENDIENTES _____ FALLECIDOS _____

NOMBRE	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	PARENTESCO CON EL PACIENTE	ESC.	OCUPACION	INGRESO	APORTACION

RELIGION _____

**ESTADO DE SALUD FAMILIAR
"CRONICOS O EN REHABILITACION, ADICCIONES, LUGAR DE TRATAMIENTO"**

DE LOS PADRES _____

DE LOS HIJOS _____

OTROS _____

METODO DE CONTROL DE FERTILIDAD _____

CONDICIONES ECONOMICAS Y DE TRABAJO

ESPECIFICAR LA ACTIVIDAD DEL RESPONSABLE ECONOMICO _____

LUGAR Y HORARIO DE TRABAJO _____ TELEFONO _____

EGRESOS MENSUALES: ALIMENTACION \$ _____

RENTA \$ _____

LUZ, AGUA, TEL. \$ _____

COMBUSTIBLE \$ _____

TRANSPORTE Y GASOL. \$ _____

VESTUARIO \$ _____

DIVERSIONES \$ _____

APORTACION MENSUAL \$ _____ OTROS \$ _____

TOTAL \$ _____

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Ander Egg, Ezequiel
"Diccionario de Trabajo Social"
Editorial LUMEN
Buenos Aires, Argentina 1995. Pág. 349.
- Cano Zamora, Elsa
TESIS *"Desintegración familiar"*
ENTS, 1990 Pág. 179.
- Castillo, Enrique B. del
"Virilización Suprarrenal"
Editorial El Ateneo
Buenos Aires, Argentina 1943. Pág. 216.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión
Modificación Clínica. Volumen 1 Enfermedades: Lista Tabular
Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid 1996. Pág. 1183.
- Delcourt, Marie
"Hermafrodita"
Editorial Seix Barral
Barcelona, España 1970. Pág. 123.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
Editorial MASSON 13ª edición.
Ediciones Científicas y Técnicas S. A.
Barcelona 1992. Pág. 1319.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
Editorial Salvat
México 1978. Pág. 1073.
- Dreyfus, Gilbert,
"Las intersexualidades"
Editorial Oikos - Tau
España 1974. Pág. 124.
- Estrada Inda, Lauro
"El ciclo vital de la familia"
Editorial Posada
México 1987. Pág. 133.

- Jiménez Cruz, J. F.
"Tratado de Urología" Tomo 2.
 Editorial J. R. PROUS, S. A.
 Barcelona, España 1993. Pág. 1035 A 2146
- Jones, Howard Wilbur
"Hermafroditismo, anomalías genitales y trastornos endocrinos afines".
 Editorial Labor.
 México 1975. Pág. 756
- Kisnerman Natalio
"Servicio social de grupo"
 Editorial Humanitas
 Buenos Aires, Argentina 1973. Pág. 315
- López, Engelking Raúl
"Urología Clínica y Nosología"
 Editor Francisco Méndez Oteo.
 México D. F. 1984. Pág. 666.
- Malagòn Bernal, José Luis
"Fundamentos del Trabajo Social Comunitario"
 Editorial Aconcagua Libros
 España 1999. Pág. 212
- Martin, Barclay
"Psicología Anormal"
 Ed. El Manual Moderno S. A.
 México 1976. Pág. 249
- Meneghello, Julio
"Pediatria Tomo 2"
 Editorial Medica Panamericana
 Buenos Aires 1997
 Pág. 1391 – 2763
- Meave, Partida Etna
"Metodología para el estudio social de casos"
 ENTS
 México 1993. Pág. 101
- Overzier, Claus
"La Intersexualidad"
 Ediciones científico – médica
 Barcelona, España 1963. Pág. 580.

- Perea, Sabino
"El sexo divino: dioses hermafroditas, bisexuales y travestidos en la antigüedad clásica"
 Editorial Alteraban
 Madrid, España 1999. Pág. 255.

- Perez Joseph
"Terapia Familiar en el Trabajo Social, Teoría y Practica"
 Editorial PAX – México
 México 1986, Pág. 255

- Saavedra, Alfredo
"Vocabulario de Trabajo Social"
 Editorial Estela
 México 1968. Pág. 126.

- Silva Ma. Del Rosario
"Apuntes para la elaboración de un Proyecto de Investigación Social"
 ENTS – UNAM
 México 2003
 Pág. 130

- Solomon, Philip
"Manual de Psiquiatría",
 México 1976. Pág. 416.

- Tanagho, Emil A.
"Urología General de Smith"
 Editorial Manual Moderno 12ª edición
 México 2001. Pág. 845.

- Vázquez Camacho Luís
"El Método Científico en la investigación en la Ciencias de la Salud"
 Editorial Francisco Méndez Oteo
 México 1987
 Pág. 279

FUENTES HEMEROGRÁFICAS

- Biblioteca de México
Año 1995 No. 28 Jul – Ago Páginas 17-19
"La Belleza Monstruosa"
González Rodríguez S.
- Ciencia e Cultura
Año 1981. Volumen 33. No. 7 julio Páginas 911-919
"Psicología da intersexualidad humana"
Sampaio, D. S., Paiva, M. r., Mustacchi, Z., Braz, A., De Moreira, C. A.
- Revista de Filología y Lingüística de la Universidad de Costa Rica.
Año 1995. Volumen 21. No. 1 ene – jun Páginas 17 – 33
"La tradición mítica del hermafroditismo o andrógino en la antigüedad y la edad media"
Chinchilla Sánchez Kattia
- Revista de Filología y Lingüística de la Universidad de Costa Rica.
Año 1996. Volumen 22. No. 1 ene – jun Páginas 16-30
"La tradición literaria del hermafrodito o andrógino"
Chinchilla Sánchez Kattia.
- Revista Mexicana de Trabajo Social
Año 1989. No. 37 Enero – Marzo Páginas 5, 20, 23, 25 – 27, 30.
"Perfil profesional del Trabajador Social en el área de la salud"
Terán Trillo, Margarita.
- Revista Universidad de Antioquía
Año 1999. No. 255 ene – mar Páginas 29 – 39
"Joel – Peter Witkin: redescubriendo perspectivas de la mitología griega"
Galeano, Carlos Alberto.

PÁGINAS WEB

- @ <http://www.copeson.org.mx/medicos/NOMS.htm>
- @ <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-034-SSA2-2002.htm>
- @ <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>
- @ <http://www.diccionarios.com/index2.phtml?>
- @ <http://www.facmed.unam.mx/infantil>
- @ <http://fai.unne.edu.ar/biología/celulamit/mitosis.htm>
- @ <http://www.galeon.com/pcazau>
- @ <http://www.geocities.com/hiponiqueo/familia.html>
- @ http://www.ginecologomx.com/terminos_de_ginecología
- @ <http://www.iespana.es/comunidadecana/EN%20FAMILIA.htm>
- @ <http://www.imbiomed.com>
- @ http://www.infopeople.com/enfermedades_infantiles/
- @ <http://www.iqb.es/comosoma/g006.htm>
- @ <http://www.isna.org/drupal/node/view/114>
- @ <http://www.ivaf.org/hs/género/htm>
- @ http://www.ladosis.com/articulo_interno_nd.php?art_id=2021#
- @ <http://www.lafacu.com/default.htm>
- @ <http://www.matrimonioyfamilia.org>
- @ <http://www.pablocazau.com>
- @ http://www.pcazau.galeon.com/artbio_Inter..htm
- @ <http://www.saludinfantil.com/intersexos>
- @ <http://www.sentidog.com.ar/nсен/informes/01-032.htm>
- @ <http://www.viatusalud.com/diccionario.asp?>

GLOSARIO DE TERMINOS

Aceptación de personas: Acción de favorecer o inclinarse a unas personas más que a otras por algún motivo o afecto particular, sin atender al mérito o a la razón.

Adrenocorticotropina (ACTH): Hormona adrenocorticotrópica. Hormona secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis. Es esencial para el crecimiento, desarrollo y función continua de la corteza suprarrenal. Su sinónimo es corticotropina.

Ambiguos: Que admite distintas interpretaciones. Incierto, confuso.

Aminoácidos: Compuesto orgánico. Son los bloques de construcción que constituyen las proteínas y los productos terminales de la digestión proteínica o hidrólisis hay casi 80 en toda la naturaleza, pero el metabolismo o el crecimiento del hombre solo requiere 20.

Anabolizante: Producto químico utilizado para aumentar la intensidad de los procesos metabólicos de síntesis de moléculas complejas en el organismo; p. ej., las vitaminas, entre los naturales, y algunos esteroides de síntesis, entre los artificiales.

Andrógeno: Hormona que induce la aparición de los caracteres sexuales secundarios masculinos, como la barba en el hombre.

Andrógino: Persona que tiene características masculinas y femeninas a la vez, y órganos sexuales incompletos de ambos sexos. También llamado hermafrodita.

Bases Púricas y Pirimídicas: La base púrica (purínica) es un grupo químico de compuestos de purina (xantina, hipoxantina, teobromina). La base pirimídica (pirimidínica) es la citosina, timina y uracilo.

Biopsia: Muestra de tejido tomada de un ser vivo, con fines diagnósticos.

Cariocinesis: División del núcleo de la célula en la duplicación y reproducción celular.

Cariotipo: Juego completo de los pares de cromosomas de una célula, de forma, tamaño y número característicos de cada especie. Composición fotográfica de estos cromosomas, ordenados según un patrón estándar.

Células de Leyding: Células del tejido intersticial de los testículos que secretan testosterona.

Centrómero: Región del cromosoma que separa los dos brazos y en el que se reúnen las dos cromátidas. Es la región de unión a las fibras del huso acromático durante la división celular.

Clitoromegalia: Longitud mayor a un centímetro del clitoris.

Colesterol: Alcohol esteroide cristalino liposoluble presente en aceites y grasas animales y en la yema del huevo; está ampliamente distribuido por todo el organismo, especialmente en la bilis, sangre, tejido cerebral, hígado, riñones, glándulas suprarrenales y vainas de mielina de las fibras nerviosas.

Congénito: La alteración que manifiesta el producto desde el nacimiento, que se originó durante el embarazo (sin afectar a los cromosomas).

Cónyuges: Marido o Mujer.

Corion: Vellosidades coriales.

Corteza Suprarrenal: Capa exterior histológicamente distinta de las glándulas suprarrenales. Es llamada también gónada 3ª a causa de su capacidad para secretar hormonas de la misma naturaleza que las gonadales.

Cortisol: Principal glucocorticoide adrenal que estimula la conversión de proteínas en carbohidratos, eleva la concentración de azúcar en la sangre y favorece el almacenamiento de glucógeno en el hígado.

Criptorquidia: Ausencia de uno o ambos testículos del escroto por detención de estos órganos en el abdomen o en el conducto inguinal en su emigración normal. La ectopia testicular permanente implica la degeneración y atrofia del órgano.

Cromatina: Material formado por ácidos nucleicos y proteínas que se observa en el núcleo de la célula. La cromatina es la porción más colorable del núcleo celular que forma una red de fibrillas. La cromatina sexual es el sexo nuclear.

Cromosoma: Cada una de las pequeñas formaciones estructurales en forma de bastoncillo en que se divide la cromatina del núcleo celular en la mitosis. Portadores del material genético, de la información codificada del ADN. Según la posición del centro se clasifican en metacéntricos, acrocéntricos y telocéntricos. En el hombre son 46, de los 44 se denominan autosomas y 2 gonosomas diferentes en el hombre (x y) y en la mujer (x x).

Diagnóstico: Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.

Disgenesia Gonadal: Trastorno del desarrollo embrionario que impide la maduración completa del tejido gonadal en su diferenciación hacia testículo u ovario.

Embrión: Ser vivo en las primeras etapas de su desarrollo, desde la fecundación hasta que el organismo adquiere las características morfológicas de la especie.

Endocrinología: Parte de la medicina encargada de estudiar a las glándulas de secreciones internas.

Endoscopia: Técnica de exploración visual de una cavidad o conducto del organismo.

Esteroides: Sustancia de gran importancia fisiológica, constituida por cuatro anillos unidos de manera característica, a los que se adhiere una o dos cadenas laterales.

Estrógeno: Hormona sexual femenina por excelencia, secretada por los ovarios. Estimula los cambios de los órganos reproductores femeninos durante su ciclo menstrual y promueve el desarrollo de las características sexuales secundarias de la mujer en la adolescencia.

Etiología: Estudio de las causas de las enfermedades.

Enzima: Sustancia capaz de acelerar o provocar ciertos procesos químicos sin sufrir ninguna modificación. Son complejos orgánicos que catalizan las reacciones bioquímicas y están compuestas por un grupo o coenzima con especificidad funcional.

Familia: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.

Fase Meiótica: División reduccional o proceso típico de maduración celular sexual, el que cada célula hija recibe la mitad del número de cromosomas de la célula progenitora y gracias al cual se mantiene la constancia del número de cromosomas de cada especie.

Fenotipo: Manifestación visible del genotipo en un determinado ambiente.

Gameto: Cada una de las células sexuales, masculina y femenina, que al unirse forman el huevo de las plantas y de los animales.

Genitales: Órganos sexuales externos.

Genotipo: Conjunto de los genes de un individuo, incluida su composición alélica.

Ginandrismo: Manifestaciones de Pseudo Hermafroditismo Femenino.

Ginecomastia: Volumen excesivo de las mamas de un hombre, producido por alteración hormonal.

Glándula Hipófisis: Glándula endocrina principal del cuerpo con capacidad de regulación múltiple de otras glándulas del organismo. Situada en la base del cerebro, secreta hormonas que regulan la acción de los testículos y los ovarios que a su vez son también glándulas endocrinas.

Glucoproteína: Conjunto de proteínas conjugadas que contienen uno o mas fragmentos de carbohidratos unidos por enlace covalente.

Gónada: Glándula productora de gametos y hormonas. Masculina y femenina.

Gonadotropina: Hormona producida por el corion placentario; llamado también HCG.

Gonosoma: Cromosoma sexual (X o Y).

Hacinamiento: Amontonar, acumular, juntar sin orden.

Hermafroditismo: Se dice de una persona: Con tejido testicular y ovárico en sus gónadas, lo cual origina anomalías somáticas que le dan la apariencia de reunir ambos sexos.

Hiperplasia: Aumento en el número de células de un tejido. Puede ser consecuencia de un estímulo hormonal, fisiológico o no, de anomalías genéticas en el tejido de origen.

Hipertrofia: Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de su estructura.

Hiponatremia: . Disminución del contenido del sodio en el suero (<< 130 mm/l),

Hipoplasia: Desarrollo incompleto o defectuoso de un órgano o tejido.

Hipospadias: Patología propia del varón; incompleta formación de la uretra, cuyo meato desemboca en el surco balano prepucial. Uretra no formada es sustituida por un tejido fibroso llamado cuerda.

Hormona: Sustancia química producida por una glándula endocrina. Algunas de estas hormonas, las sexuales, producidas por las gónadas, desempeñan un papel importante en las funciones sexuales y reproductoras.

Hormona Antimulleriana: Sustancia producida por las glándulas de Sertoli inmaduras y células de la granulosa postnatales cuya estimación puede ser útil para la detección de tejido testicular y su evaluación funcional prepuberal y en la búsqueda de tumores de células de la granulosa en adultos.

Hormonas Sexuales: Son secretadas por las glándulas sexuales, son responsables de las características sexuales secundarias y del comportamiento de hombres y mujeres. Las hormonas sexuales incluyen los andrógenos, estrógenos y progesterona.

Identidad: Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás.

Laparoscopia: Examen endoscópico de la cavidad peritoneal. Examen de la cavidad abdominal previa laparotomía.

Libido: Deseo sexual, considerado por algunos autores como impulso y raíz de las más variadas manifestaciones de la actividad psíquica.

Malformación: Anomalía en el desarrollo, especialmente cuando constituye un defecto estructural.

Matrimonio: Unión legal entre un hombre y una mujer. Sacramento que establece una unión como indisoluble.

Meiosis: División celular que tiene lugar durante la formación de los gametos en especie de reproducción sexual, mediante la cual una célula germinal diploide, da lugar a cuatro gametos haploides.

Metabolismo: Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

Morfología: Parte de la biología que trata de la forma de los seres orgánicos y de las modificaciones o transformaciones que experimenta.

Mosaico: Organismo formado por dos o más clases de tejidos genéticamente distintos.

Ovario: Glándula sexual femenina que produce óvulos y las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona).

Ovotestis: Gónada mixta (femenina y masculina) presente en los individuos con hermafroditismo verdadero.

Pregnenolona: Esteroide intermediario de numerosas hormonas. El succinato de pregnenolona se usa en el tratamiento de artritis reumatoide.

Progesterona: Hormona sexual femenina, producida por el cuerpo amarillo del ovario, después de la ovulación y que prepara al útero para recibir y sustentar un eventual huevo fertilizado, de no suceder esto, se agota la secreción del cuerpo amarillo en aproximadamente 15 días y sobreviene una menstruación.

Proteína: Sustancia constitutiva de las células y de las materias vegetales y animales. Es un biopolímero formado por una o varias cadenas de aminoácidos, fundamental en la constitución y funcionamiento de la materia viva, como las enzimas, las hormonas, los anticuerpos, etc.

Protuberancias: Eminencia o elevación; apófisis.

Seno Urogenital: Espacio en el embrión en el que desembocan la vejiga y los conductos de Wolf y Müller, que se une al intestino para formar la cloaca.

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Síndrome: Cuadro o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado.

Síndrome Adrenogenital: Conjunto de las enfermedades producidas por un aumento en la secreción de andrógenos en la corteza suprarrenal. Puede ser congénito o adquirido.

Socialización: Promover las condiciones sociales que, independientemente de las relaciones con el Estado, favorezcan en los seres humanos el desarrollo integral de su persona.

Tabú: Condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar.

Tejido: Cada uno de los diversos agregados de células de la misma naturaleza, diferenciadas de un modo determinado, ordenadas regularmente y que desempeñan en conjunto una determinada función.

Testículo: Cada una de las dos gónadas masculinas, generadoras de la secreción interna específica del sexo y de los espermatozoos.

Testosterona: Hormona producida por los testículos que tiene por función el desarrollo de las glándulas genitales y el mantenimiento de los caracteres secundarios del varón. También se produce en las glándulas suprarrenales de hombres y mujeres, siendo en ellas parte responsable de la conducta sexual femenina.

Tubérculo genital: Eminencia del embrión delante de la cloaca, de la que se desarrolla el pene o el clítoris.

Uretra: Conducto membranoso desde la vejiga urinaria al exterior. Difiere anatómicamente y fisiológicamente en ambos sexos. La uretra masculina se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el extremo del pene, mide 16 centímetros de longitud y presenta una doble curvatura en el estado de flacidez del pene.

Urología: Parte de la medicina referente al aparato urinario.