

TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE NIÑOS CON ANOMALIAS MORFOLOGICAS EXTERNAS DE LOS GENITALES

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGIA

Lic. Patricia González Maicas,* Lic. Miguel A. Alvarez González,**
Dr. Ricardo Güell,*** Dr. Julio Morales****
y Lic. Caridad T. García Alvarez*

Se analiza la repercusión psicológica de las enfermedades endocrinas, que se agrupan bajo el término de anomalías de la diferenciación sexual. Con esta óptica psicológica se procede a reestructurar esta denominación y se adopta el criterio de clasificarlas como anomalías morfológicas externas de los genitales. A partir de esta nueva clasificación, se analizan situaciones de riesgo potencialmente patógenas en la formación de la personalidad de niños afectados por esta enfermedad. Al mismo tiempo, se exponen consideraciones teóricas y metodológicas en el manejo y el tratamiento psicológico de estos pacientes, a partir de nuestra experiencia práctica en la consulta de psicología infantil del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN).

El estudio de las anomalías de la diferenciación sexual ha adquirido una creciente importancia por las profundas implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que tales enfermedades suelen acarrear.¹⁻⁷

El término *anomalías de la diferenciación sexual* agrupa a un conjunto de enfermedades que suelen clasificarse a partir de un enfoque endocrinológico: cromosómicas, por fallo de las gónadas fetales, por medio hormonal anormal y de causa desconocida.²

En este trabajo abordamos el estudio de algunas de estas enfermedades en los niños a partir de un enfoque psicológico. A estos fines, la anterior clasificación resulta a todas luces de dudosa utilidad, pues la misma no destaca la repercusión psicológica de cada una de las enfermedades agrupadas. Por ello serán objeto de nuestra atención un grupo de situaciones de riesgo vinculadas con un conjunto de enfermedades que reagrupamos bajo la denominación de anomalías morfológicas externas de los genitales (AMEG).

Este criterio clasificador se adoptó en función de las implicaciones psicológicas que tales dolencias presentan en el desarrollo psicosexual del niño y en su normal desenvolvimiento como sujeto social, preocupación de primer orden de nuestro Sistema Nacional de Salud.

* Licenciada en Psicología.

** Candidato a Doctor. Licenciado en Psicología.

Se incluyen bajo esta denominación las siguientes enfermedades:

1. Disgenesia gonadal mixta: XO/XY, Xdelección Y.
2. Hermafroditismo verdadero: XX, XX/XY, XX/XXY, XXY.
3. Síndrome de testículos rudimentarios.
4. Pseudohermafroditismo con genitales internos bisexuales (debido a la criptorquidia).
5. Anorquia: con genitales externos ambiguos.
6. Agonadismo.
7. Síndrome de Reinfenstein.
8. Hiperplasia adrenal congénita.
 - a) Virilizante en niños XX.
 - b) Feminizante en niños XY.
9. Criptorquidia.
10. Hipospadia.
11. Hipertrfia idiopática congénita del clítoris.

La fundamental importancia de la participación del psicólogo en el tratamiento integral de estas entidades nosológicas se constata cuando analizamos las múltiples complicaciones psicológicas y de adaptación que estos pacientes pueden afrontar desde su más tierna edad, conflictos que generalmente se hacen extensivos a sus familiares más cercanos.

Estos problemas se ilustran de manera especial en las llamadas «situaciones de riesgo» que pueden ser potencialmente patógenas en la formación de la personalidad del niño.

NACIMIENTO DE UN NIÑO CON AMEG

Este hecho constituye en sí mismo una situación conflictiva, pues la prolongada expectativa de los padres por conocer el sexo del bebé se canaliza a través de la inspección ocular de los genitales externos.

La asignación arbitraria de uno u otro sexo implica la adopción de un determinado patrón de comportamiento social a seguir por el niño, que se concreta en una serie de atributos desde el momento mismo de su nacimiento (la elección de un nombre, el uso de colores diversos en la vestimenta de acuerdo con el sexo, las características de los juguetes, etcétera). Claro que esta «asignación arbitraria de sexo» responde a los patrones culturales y expectativas de los padres y no a la realidad fisiológica del recién nacido.

Las funestas consecuencias que esto puede acarrear son tan visibles que no necesitan comentario y para evitarlas idealmente todo niño que nace

debe ser exhaustivamente evaluado desde el punto de vista clínico. Consideramos que el papel del médico debe estar limitado a hablar con los padres del paciente, refiriéndoles que su hijo aún no ha completado el desarrollo y que necesita ser remitido a un servicio especializado, donde con algunos exámenes y tal vez operaciones, completará su desarrollo y que no se inscriba al niño, de acuerdo con un nombre, hasta que se defina su sexo por parte del personal calificado, para evitar de esta forma la iatrogenia que se derivaría de un trato médico inadecuado, o del empleo de términos como hermafrodita, mitad hembra y mitad varón, u otros que impliquen para el paciente la imposibilidad de un ajuste social-sexual en el futuro.³ Hay autores que plantean que estos niños al nacimiento deben ser criados como niñas.⁸

Corresponde al psicólogo en todo caso la labor de explicar a los padres y familiares la decisión adoptada por los especialistas; de forma clara y sencilla evacuará todas las dudas que en estos casos, lógicamente, se producen y brindará la psicoterapia de apoyo y los elementos racionales en su explicación; puede señalar, por ejemplo, que los niños presentan estructuras sexuales similares hasta momentos antes del nacimiento, en que el desarrollo sexual se completa hacia uno u otro sexo, labor que en este caso es realizada por los médicos.²

La asignación del sexo al nacer es un acontecimiento trascendental en la vida del ser humano. Va a enmarcarlo definitivamente en un grupo sexual específico, a determinar el trato que sus semejantes le dediquen y a orientar su conducta social y psicológica de por vida.⁸

Evidentemente, no es posible determinar el sexo del niño sólo a partir de los genitales externos.² En estos casos la anatomía es muy compleja y puede que existan ovarios y testes, así como que externamente puede haber un falo muy pequeño, que recuerde un clítoris, por lo que es necesaria una serie de exámenes complementarios.

PACIENTES QUE PRESENTAN AMEG QUE IMPLIQUEN INTERSEXUALIDAD Y QUE NECESITEN SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Este caso se refiere específicamente a aquellos niños que presentan genitales ambiguos que pueden implicar intersexualidad. Los especialistas se enfrentan en estos casos a las dos posibilidades:

1. Reasignación de sexo, como consecuencia de la corrección quirúrgica de los genitales.
2. Simple corrección, sin que ello implique un cambio de sexo o de identidad sexual.

A pesar de que toda intervención quirúrgica representa siempre una experiencia traumática para el niño desde el punto de vista psicológico, en este caso se priorizará la corrección quirúrgica como tal.

Para realizar la corrección quirúrgica de los genitales no se puede tomar un criterio arbitrario e improvisado, sino que se trabaja con un grupo multidisciplinario integrado por: un endocrinólogo, un urólogo, un técnico del

laboratorio de hormonología, un psicólogo, una trabajadora social y un técnico del laboratorio de citogenética.²

Este grupo de trabajo debe analizar todos los casos con AMEG, de forma tal que se brinde la atención más correcta y se garantice la fluidez del trabajo en función de la idoneidad de los genitales, resultado de las investigaciones endocrinológicas y citogenéticas y el aspecto psicológico que analizaremos a continuación.²

Desde el punto de vista psicológico se hace necesario valorar los siguientes aspectos:

1. La educación recibida por el niño.
2. La identidad sexual del sujeto («yo»).
3. El rol social del niño.

La educación que recibió el sujeto es un criterio fundamental para adoptar una decisión con respecto al cambio de sexo, lo que por supuesto se complementa con los criterios de otros especialistas. Sin embargo, el que más peso tiene es el del psicólogo, al atender a la repercusión psicológica más peso tiene es el del psicólogo, al atender a la repercusión psicológica

La situación más conflictiva se presenta cuando al ser necesaria una reasignación de sexo, en el niño coinciden la educación dada, con la identidad sexual («yo»). En estos casos existe un mal pronóstico psicológico que implica necesariamente la valoración cuidadosa de todas las posibilidades.

El rol y el «yo» (identidad sexual del niño), se toman en consideración sólo a partir de los tres años de edad, que es cuando se produce la primera estructuración de la personalidad en la llamada «crisis de los tres años», pues antes de este período no podemos hablar de formación de la personalidad sino simplemente de conductas imitativas que asumen los niños en la vida diaria —diríamos el rol— de acuerdo con el patrón imitador que ellos hayan seleccionado y que les haya sido asignado, aunque otros autores. *Monej* entre ellos, destacan como períodos críticos en la formación de la autoconciencia sexual del niño, el período entre 1 y 5 años.⁵ Por eso, para este autor, los 18 meses constituyen la edad límite para una reasignación de sexo.

Desde esta etapa comienza a manifestarse una serie de conductas que vienen dadas por la dicotomía que hace la sociedad —representada en este caso por los padres— sobre todo aquello que pertenece a uno u otro sexo y que fungen como una guía de lo que se puede y no puede hacer; en dos palabras, como ha de ser su comportamiento en oposición con el del sexo opuesto. El código positivo para el varón, por ejemplo, es el de las conductas esperadas en el hombre y es el que el individuo debe desarrollar, mientras que el código negativo nunca debe manifestarse.⁴

En nuestro trabajo diario, hemos adoptado este supuesto teórico para todos los pacientes menores de tres años, y se ha empleado como criterio diagnóstico la entrevista con los padres y el niño en relación con la educación recibida por éste hasta el momento.

Al encontrarnos con un niño mayor, es necesario se complemente el diagnóstico con las pruebas psicológicas (dibujo de la familia, de la figura humana, dibujo libre, CAT, bestiario de Zazzó, etcétera) como un elemento

de apoyo para determinar su orientación psicosexual y las posibles divergencias o concordancias entre el rol y el «yo».

En el caso de un sujeto cuyo rol y «yo» no coinciden, el criterio que prima es fundamentalmente el del «yo», pues entendemos que es éste el que brinda una información más amplia y certera sobre la verdadera identificación sexual del niño.

El proceso en ocasiones se obstaculizado por los padres, que hacen resistencia al cambio de sexo y obvian las trágicas consecuencias que en el desarrollo social y sexual del niño esto puede acarrear, lo que constituye una nueva situación de riesgo.

RESISTENCIA DE LOS PADRES AL CAMBIO DE SEXO

La primera tarea que el psicólogo debe enfrentar en estos casos es la eliminación de la carga emocional que afecta a los padres por la enfermedad de su hijo. El conocimiento de que ésta es más frecuente de lo que generalmente se presume es un elemento que puede ayudar en esta dirección.

También resulta útil la comparación con otras anomalías vinculadas con procesos como el labio leporino, el paladar hendido, etcétera, y descartar la posibilidad de una asociación con criterios de homosexualidad, tranvestismo, etcétera.⁸

En muchos de los niños atendidos en la consulta existe una divergencia entre el sexo social (cómo se ha educado al niño) y el sexo biológico (sexo asignado por los especialistas); en esta situación es frecuente que los padres, por razones familiares, culturales, sociales, etcétera, insistan en mantener el sexo social inicialmente atribuido al niño, sin percibir la magnitud del daño.

Obviamente este cambio sexual resulta traumatizante para los padres. Para solucionar el conflicto es recomendable que se aporten elementos racionales en la psicoterapia. Si los padres se obstinan en su decisión de no cambiar el sexo al niño, se les informa de forma clara las limitaciones y posibilidades sexuales del paciente.

Independientemente del camino que atraviesen estos niños (reasignación o reafirmación de sexo) es imprescindible dar algunas orientaciones a los padres:

1. Que tanto el padre como la madre, en dependencia del sexo que se le haya dado al niño, estrechen los vínculos con el mismo⁴ para de esta forma facilitar el aprendizaje de conductas femeninas o masculinas, según lo requiera el caso, «modeladoras», a las cuales se imite.¹
2. Eliminar del radio de acción del niño todo aquello que recuerde el sexo anterior (en caso de reasignación) y recalcar actitudes y juegos propios del adquirido (o reafirmado).
3. Entablar conversaciones con el niño sobre la vida futura de cada sexo; en el caso de las hembras, por ejemplo, se puede hacer referencia a su futuro rol materno, si la maternidad fuera posible.

Si hubiera reasignación, es importante un cambio de identidad y vivienda que debe ser guiado por la trabajadora social, preferiblemente hacia otra provincia.

PACIENTES CON AMEG CON REASIGNACION DE SEXO, DONDE NO SE TRAMITE UN CAMBIO DE VIVIENDA

En estos niños siempre es recomendable favorecer el proceso de socialización⁹ con un cambio de habitat total, pues si los mismos continúan en el ambiente habitual, los patrones de relación serán «ensayados» y no espontáneos. Los niños pueden percibir esta ambigüedad en el trato y como en las primeras etapas asimilan la experiencia mediante el trato con otros niños y adultos, la formación de la personalidad queda a merced de estas relaciones y por tal motivo la evolución psicológica del paciente se convertiría en una verdadera involución.

Por tanto, es importante garantizar no sólo un entorno interior adecuado, sino también un entorno exterior favorable.¹⁰

De ser imposible el cambio de vivienda, es conveniente brindar una explicación científica del hecho a las personas destacadas del lugar de residencia, lo que en las localidades pequeñas puede resultar suficiente para saciar la curiosidad de los vecinos.⁸

PACIENTES CON AMEG CON REASIGNACION DE SEXO, EN LOS QUE ESTE PRESENTE UN HERMANO MENOR

Estos casos son extraordinariamente difíciles de tratar, y es muy importante el papel psicológico en el tratamiento terapéutico y psicológico del caso.

Puede que la situación sea aceptada por los padres, pero el hermano menor será aquí un punto discordante al no comprender este brusco cambio en la forma de vestir, peinarse, el cambio de juguetes y también el trato diferente por parte de los padres hacia el «nuevo miembro de la familia», tal como él lo percibiría. Por eso recalamos que el tratamiento psicológico no es sólo hacia el niño, sino también a sus familiares.

DESARROLLO DE CONDUCTAS PATOGENAS POR PARTE DE LOS PADRES

Estas conductas se desarrollan a menudo en núcleos familiares donde existen niños enfermos. Tal es el caso, por ejemplo, de madres permisivas donde se evidencia un afecto sin autoridad, lo que derivaría un niño con poca tolerancia de frustración, poca capacidad para posponer sus deseos —lo que popularmente llamamos «malcriado»— o simplemente con francas posibilidades de desarrollar conductas psicopatológicas.¹¹ Otro caso es el de las madres sobreprotectoras, que brindan afecto con exceso de ansiedad, que continuamente consultan al médico más allá de los encuentros programados para estos niños —que son bastante frecuentes— y en este sentido se desarrollan niños inseguros, ansiosos e indefensos, con obstaculización del proceso de socialización de los mismos, que es imprescindible para la introyección de patrones de comportamiento y para la futura personalidad.

El rechazo, caracterizado por conductas culpabilizantes que se achacan los padres a causa del nacimiento del niño con esta anomalía, puede desencadenar conductas de negativismo y rebeldía. En este caso el psicólogo debe trabajar a los padres con psicoterapia racional, y aportar elementos tales como que la causa de la enfermedad se desconoce, la frecuencia de aparición de la misma, etcétera. Toda esta información con un lenguaje claro y sencillo adecuado al nivel de instrucción de los padres.

Pensamos que estas conductas sean las más ilustrativas en la educación de niños con AMEG y deben ser utilizadas por el psicólogo.

EL NIÑO HOSPITALIZADO

De hecho, estos pacientes deben permanecer hospitalizados períodos de tiempo prolongados, debido a la cantidad de procedimientos médicos que se les realizan, lo que justifica la necesidad de realizar algunas reflexiones en este sentido.

El niño se encuentra en constante desarrollo físico y psíquico y en plena adquisición de habilidades: por tal razón, al hospitalizarlo este proceso se interrumpe¹² y aunque esto suele minimizarse comparado con la enfermedad que presenta el niño, no es saludable olvidar este aspecto, pues luego será tarde para subsanar las cicatrices psicológicas del mismo.

Por esta razón es importante no interrumpir el proceso de socialización del niño, sino por el contrario, propiciarlo sobre todo en el caso de niños con AMEG que en muchos casos los padres erróneamente tratan de ocultar para evitar que los vean las demás personas y los cataloguen de «raros».

De hecho, la hospitalización del niño permite al psicólogo trabajar experimentalmente con una situación natural, donde pueda constatarse a través de la observación participante, si se cree pertinente, el nivel de socialización del niño, la ansiedad de separación y percibirse de la preferencia de sexo en el juego, al incluir juguetes en la sala del hospital y aprovechar esta situación que pudiera ser nociva para el niño y convertirla en beneficiosa al minimizar el impacto psicológico de la hospitalización¹² y provechosa para nosotros, pues constituye un apoyo al emitir nuestro criterio diagnóstico sobre el caso.

PERDIDA DE CONTACTO CON EL PSICOLOGO

Resulta importante que el niño continúe asistiendo a la consulta de psicología, una vez concluida esta etapa de reasignación o reafirmación de sexo, pues pueden surgir determinadas interrogantes por parte del paciente al arribar a la adolescencia y es muy probable que requiera nuevamente orientación psíquica. En el caso de los pacientes de más de dos años y seis meses de edad, siempre se requiere atención psicológica y más cuando se decide un cambio de sexo. Este tratamiento no se limita al tiempo de evaluación, decisión diagnóstica y tratamiento estético, sino que debe continuarse hasta que se considere que el paciente y sus familiares más allegados, en el caso de un menor, están psíquica y socialmente compensados.³

El seguimiento va encaminado en los años subsiguientes a revisar la «nueva educación» que se da al niño, las explicaciones con respecto a sus genitales

(pues en muchos casos no tendrán la apariencia normal de los mismos, aunque las funciones reproductoras puedan llevarse a término) y en general a verificar y orientar sobre el tratamiento psicológico del paciente, con vistas a eliminar complicaciones futuras. De aquí, la crucial importancia del psicólogo.

CONSIDERACIONES GENERALES

En gran medida, el éxito en el reajuste social y psicológico de estos niños depende de:

1. La precocidad con que se detecte el caso. Anteriormente estos casos llegaban a las consultas de adultos del instituto —los que llegaban— pues en el caso específico de la hiperplasia adrenal congénita existe un mecanismo de selección natural que hace que el individuo muera si no se detecta a tiempo. Aquellos que llegaban, planteaban determinadas dudas con respecto a la sexualidad.
2. El manejo adecuado del caso, tanto por el personal médico, paramédico y los familiares.
3. El trabajo de un equipo multidisciplinario.
4. El trabajo continuo y persistente del sicólogo, como elemento imprescindible.

RECOMENDACIONES

Es necesario confeccionar un programa de detección precoz de estas afecciones, así como brindar cursos de posgrado y perfeccionamiento a todo el personal que labore en los cuneros.

SUMMARY

Psychologic repercussion of endocrine diseases, grouped under the term of anomalies of sexual differentiation, is analyzed. Under this psychologic point of view, it is proceeded to restructure such denomination and criterium to classify them as external morphologic anomalies of genitalia is adopted. From this new classification, potentially pathogenic risk conditions in the formation of personality of children affected by this disease are analyzed. At the same time, theoretical and methodologic considerations in the management and psychologic treatment of these patients are exposed, starting from our practical experience in the infantile psychologic outpatient service at the National Institute of Endocrinology (INEN).

RÉSUMÉ

La répercussion psychologique des maladies endocriniennes groupées sous le terme d'anomalies de la différenciation sexuelle est analysée. Sous cette optique psychologique, on envisage la restructuration de cette dénomination et on adopte le critère de les classifier comme des anomalies morphologiques externes des organes génitaux. A partir de cette nouvelle classification, on analyse des situations de risque potentiellement

pathogènes dans la formation de la personnalité des enfants touchés par cette maladie. De même, on expose des considérations théoriques et méthodologiques concernant la conduite à tenir et le traitement psychologique de ces malades, à partir de l'expérience pratique des auteurs dans la consultation de psychologie infantile de l'Institut National d'Endocrinologie (INEN).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Barroso, C.; R. Alvisa*: Consideraciones Psicológicas en el tratamiento de intersexuales. Cuadernos de End y Met 1 (3): 78-84, 1974.
2. *Güell, R.*: Temas de Endocrinología Infantil. Barcelona, Ed. Espax, 1974.
3. *Mateo de Acosta, O.; R. Padrón*: Manual de diagnóstico y tratamiento en Endocrinología y Metabolismo. Ciudad de La Habana, Ed. Cientificotécnica, 1985.
4. *Money, J.; A. Ehrhardt*: Man and woman, boy and girl. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1972.
5. *Vasilchenko, G.*: Sexopatología General. Moscú, Ed. Mir, 1986.
6. *Osorio, A.; D. Alonso*: Alteraciones del desarrollo sexual. Ciudad de La Habana, Ed. Cientificotécnica, 1975.
7. *Schnabl, S.*: El hombre y la mujer en la intimidad. Ciudad de La Habana, Ed. Cientificotécnica, 1979.
8. *González, J.*: Síndrome intersexual, algunos aspectos. Tesis de Grado, La Habana, diciembre de 1973.
9. *Bozhovich, L.*: La personalidad y su formación en la edad infantil. Ciudad de La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1981.
10. *Grönvall, K.*: Ser niño en Suecia. Actualidades de Suecia. Publicado por el Instituto Sueco No. 323, septiembre de 1984.
11. *Colectivo de autores*: Psicología Infantil. La Habana, Facultad de Psicología, 1984.
12. *Lara, M. C.*: El niño hospitalizado. Consideraciones psicológicas. Revista Médica Universitaria Poblana, Puebla, México 1(3): 1980.

Recibido: 27 de noviembre de 1987. Aprobado: 19 de diciembre de 1987.

Lic. *Patricia González Maicas*. Instituto Nacional de Endocrinología. Zapata esquina a D, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana 4, Cuba.