

Globethics Repository



Intersexualidad [Intersexuality]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Oliveira Reis de Paula, Ana Amélia;Vieira,Márcia Maria Rosa
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-25 09:12:27
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/238161

Intersexualidad: una clínica de la singularidad

Ana Amélia Oliveira Reis de Paula¹, Márcia Maria Rosa Vieira²

Resumen

La intersexualidad es considerada un problema médico. La malformación de los genitales puede impedir la definición del sexo al nacer, lo que requiere el cuidado de aquellos que son responsables por el niño. ¿Como ocurre la definición del sexo en el humano? ¿Es importante la definición del sexo en el nacimiento o se puede dejar para más tarde? En función del marco teórico, las intervenciones, la conducta y el tratamiento puede acontecer de manera diversa y contradictoria. El presente artículo ofrece una breve reseña de los distintos modos de lectura realizados por los diferentes campos de conocimiento acerca de la intersexualidad y aborda el tema mediante la teoría psicoanalítica.

Palabras-clave: Ambigüedad genital. Ambigüedad sexual. Intersexualidad. Identidad sexual. Psicoanálisis.

Resumo

Intersexualidade: uma clínica da singularidade

A intersexualidade é considerada um problema médico. A má-formação do genital pode impedir a definição do sexo ao nascer, o que exige cuidado por parte dos responsáveis pela criança. Como acontece no humano a definição do sexo? É importante a definição do sexo ao nascer ou pode-se deixá-la para mais tarde? Dependendo do referencial teórico, as intervenções, a condução e o tratamento podem acontecer de maneira diversa e contraditória. O presente trabalho faz um breve relato dos diversos modos de leitura realizados por diferentes campos do conhecimento sobre a intersexualidade e aborda o tema mediante a teoria psicanalítica.

Palavras-chave: Ambiguidade genital. Ambiguidade sexual. Intersexualidade. Identidade sexual. Psicanálise.

Abstract

Intersexuality: a clinical singularity

The intersexuality is considered a medical problem. Genital malformation can impede the definition of gender at birth and requires special care on the part of those responsible for the child. How does sexual definition occur among humans? Is it important to define gender at birth, or can this be postponed? Depending on the theoretical framework, intervention, conduct and treatment can occur in diverse and contradictory ways. We briefly summarize the different interpretations of intersexuality in different fields of knowledge, and addresses the theme through psychoanalytic theory.

Keywords: Genital ambiguity. Sexual ambiguity. Intersexuality. Sexual identification. Psychoanalysis.

1. **Mestre** anamelia27@gmail.com 2. **Pós-doutora** marcia.rosa@globo.com – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Correspondência

Ana Amélia Oliveira Reis de Paula – Unidade Multiprofissional de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Av. Alfredo Balena, 110, 7º andar, Ala Sul CEP 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

La intersexualidad interroga de que manera acontece la definición sexual humana, y su principal causa es la hiperplasia congénita y suprarrenal, responsable de cerca del 90% de los casos. Al nacer, un bebé es designado niño o niña a partir de la observación de sus genitales. La simplicidad para designar el sexo desaparece cuando, al observar el genital, su conformación no es evidente. El genital es ambiguo cuando su apariencia impone dificultad, o mismo imposibilidad, de designar al infante como niño o niña.

Esa es la situación de los niños que nacen con alguna deformidad o disturbio en la diferenciación sexual (DDS). La complejidad del problema exige que el niño sea acompañado por un equipo interdisciplinario, compuesto por el pediatra, el endocrinólogo, el cirujano, el psicólogo, además del equipo especializado en el apoyo diagnóstico. Una investigación es emprendida para comprender lo que causó la ambigüedad genital (AG) y, así, se torna posible la definición sexual.

Desde la investigación freudiana, se sabe de la importancia de los padres en el proceso de la constitución psíquica y de la identificación sexual del niño. Cuando se diagnostica DDS es hecho en el inicio de la vida, ese hecho puede movilizar una intensa angustia en los padres, o mismo extenderse a los demás familiares. Le cabe a los padres la elección del nombre y del registro civil del infante. Ellos tendrán que escoger. En ese momento, es preciso decidir si irán a promover una investigación médica con el objetivo de definir su sexo biológico. Tal definición orienta la elección del nombre y la entrada del bebé en la cultura, en la vida social.

La alternativa sería aguardar que el infante crezca para que ella misma defina su sexo, conforme al pensamiento naturalista según el cuál es la propia naturaleza la que podrá decidir el rumbo de la definición sexual. Sin embargo posible, esa opción es considerada una vía temeraria, pues la biología ya dio indicios de que algo sucedió e impidió la definición del sexo al nacer. Esa teoría desconoce el hecho de que, en los seres humanos, el lenguaje rompe con los límites naturales y pasa a comandar el comportamiento humano y sus elecciones sexuales, tornándolo así un proceso singular y no universal.

El sexo biológico no es el único factor que determina o decide el sexo de la especie humana. Eso se debe a que el hecho de que, para los seres parlantes, la definición sexual no depende apenas de las características biológicas. La definición sexual está relacionada con la entrada del *infans* (término del latín que significa *aquel que todavía no habla*)

en el lenguaje, en la cultura. Veremos, a partir de los conceptos del psicoanálisis y de la casuística, que la constitución corresponde a la entrada del sujeto en el lenguaje. El lenguaje es transmitido al infante por lo que Lacan denominó el Otro.

Ese Otro primordial es encarnado por aquel que puede cumplir la función de transmitir el lenguaje, o sea, la madre. Ella tiene la función de introducir, a partir del deseo, al infante en el lenguaje. Es por esa razón que, al tratar la cuestión de la definición sexual del infante, luego del inicio de la vida, encontramos no al infante propiamente dicho (porque este está en constitución), sino a un sujeto privilegiado: la madre. Ella es aquel Otro fundamental que inicia el texto del sujeto. El caso presentado demuestra claramente la presencia de la madre en ese momento crucial para el surgimiento del sujeto infantil.

El descubrimiento de la ambigüedad del genital puede acontecer en dos momentos: en el nacimiento, en caso de que el genital presente una modificación evidente y el médico pueda hacer un diagnóstico. La segunda posibilidad es el descubrimiento tardío, cuando, por ejemplo, las modificaciones de la pubertad no aparecen. La temporalidad es importante en estos casos, una vez que las intervenciones médicas son distintas y dependerán del momento en que es descubierta la ambigüedad genital. El tiempo de descubrimiento hace toda la diferencia en la conducción de los casos.

La experiencia clínica muestra que la definición del sexo del infante puede acontecer a partir de la apariencia que el genital presente. Los padres buscan la orientación médica, pero la impresión del genital pasa a ser una referencia importante en la relación con el infante, llegando a nombrarla antes de la definición médica. Por eso la importancia de la investigación diagnóstica luego del inicio de la vida.

Una vez asumida la identidad sexual, la revelación de una patología que difiere del sexo asumido por el infante debe ser discutida por el equipo, para evaluar de qué manera el caso se puede beneficiar con las intervenciones médicas. La decisión es tomada, caso a caso, con la participación determinante del paciente, considerando su historia y el recorrido por él realizado hasta allí en la construcción de su identidad. La evaluación del equipo es hecha *a posteriori*, en dos ejes de evaluación: el biológico y el psíquico. El sujeto es examinado por el endocrinólogo y escuchado por el psicoanalista. Los exámenes físicos y del laboratorio revelarán el sexo biológico. La escucha psicoanalítica permitirá comprender lo que se pasó en el recorrido de la constitución psíquica.

ca, la cual podrá incluir, o no, la elección subjetiva del sexo.

La diversidad conceptual

La diversidad de las teorías en el abordaje de la intersexualidad explicita el aspecto ético y epistemológico de la cuestión. Ético, por exigir de aquellos que lidian con el problema de una toma de decisión. Tal decisión es orientada por una determinada comprensión del fenómeno. Así, el modo de comprender el tema de la sexualidad, la explicación de cómo ocurre la definición del sexo en los seres humanos, remite a la perspectiva epistemológica. El encaminamiento a ser dado depende de esa comprensión.

La investigación es la discusión clínica revelarán la existencia de una variedad de concepciones sobre la definición del sexo en los seres humanos. La concepción biológica, basada en investigaciones con ratones y sus respuestas a las hormonas, apoyada en el concepto de *imprinting*, que puede ser traducido por impresión, modelaje, aprendizaje. Propio de la etología, boga por la definición del sexo a partir de los órganos vinculados a la reproducción y a los efectos de las hormonas en el cerebro.

La noción de *imprinting* surge de las investigaciones realizadas por estudiosos del comportamiento individual y social de los animales (etólogos) que buscaban comprobar la relación existente entre la elección de objeto en los animales y la influencia del ambiente (de las imágenes) en las funciones cognitivas o cerebrales. Se acredita que el comportamiento sexual de esos animales podría ser modelado o aprendido. Tal concepto está relacionado con las teorías de base biológica, según las cuales lo que es innato puede haber sido adquirido por el *imprinting*.

Las teorías antropológicas, sociológicas y psicológicas, también pasarán a interesarse por los intersexuales en los últimos años, influenciadas por la corriente feminista —que, a lo largo de las últimas décadas, viene discutiendo y problematizando la relación hombre-mujer y la militancia por la igualdad entre los sexos, entre otros. Cuestiones cruciales se formulan: ¿de qué manera los diferentes discursos abordan e intervienen en la clínica de la intersexualidad? ¿Cuáles son los desdoblamientos en la conducción y el tratamiento? Las respuestas para estas cuestiones fueron delineadas a partir de un breve recorrido histórico de las diferentes concepciones que tratarán el tema y por la investigación psicoanalítica sobre la sexualidad humana.

Recorrido histórico

“Disturbios en la diferenciación sexual” (DDS) es la nomenclatura actualmente adoptada para designar los problemas encontrados en la clínica de la intersexualidad. *El término (...) se refiere a toda la enfermedad congénita en la cual la constitución cromosómica, gonadal, sexual o anatómica es atípica* ¹. “Intersexo” era la terminología utilizada en tales casos.

A lo largo de los siglos en diferentes civilizaciones, el término “hermafrodita” fue empleado de manera genérica para referirse a los intersexuales ². En la actualidad, esa definición viene siendo cuestionada por ser considerada peyorativa y estigmatizante ³. Algunas sociedades no occidentales adoptan el término “androginia” para referirse al fenómeno. En esa perspectiva, el hermafrodita es considerado andrógino o aquel que engloba la unidad de los opuestos. En los siglos XVII y XVIII, registros apuntan al uso del término “hermafroditismo” para designar los desvíos homosexuales.

El término “intersexualidad” surge en la mitad del siglo XIX como sinónimo de “hermafrodita”, todavía relacionado a la orientación sexual. Foucault, al abordar los dominios de las anomalías, afirma que el hermafrodita figura como un tipo de monstruo, el cual revela el principio de inteligibilidad: la noción de monstruo permanece, desde la Edad Media hasta el siglo XVIII, relacionada con la idea del mixto. El hermafrodita es el mixto de dos sexos: (...) *quien es al mismo tiempo hombre y mujer es un monstruo* ⁴. Foucault esclarece que el término no es una noción médica sino jurídica: (...) *cuando el desorden de la naturaleza abala el orden jurídico, ahí aparece el monstruo* ⁵.

El tratamiento dispensado a los hermafroditas se modifica de acuerdo con el tiempo y las sociedades. En el occidente, de la Edad Media hasta el Siglo XVI, eran *considerados monstruos y debían ser ejecutados, quemados y sus cenizas arrojadas al viento* ⁶. A partir del siglo XVII, surge jurisprudencia de otro tipo: el hermafrodita no era más condenado por tener dos sexos, y, una vez reconocido como tal, debería escoger el sexo dominante y comportarse de acuerdo con ese sexo. Sería condenado si usase el sexo preterido, *incurría en las leyes penales y merecía ser condenado por sodomía* ⁷. En el inicio del siglo XX, en Occidente, según el punto de vista de la Medicina, la intersexualidad para a ser considerada mala formación, patología que debe recibir la atención, los cuidados y las intervenciones médicas.

Esas concepciones, en tanto, no pueden ser tomadas de manera determinista. Estudios antropológicos encontrarán en ciertos pueblos tribales concepciones culturales autóctonas de intersexualidad, que connotan la característica como algo natural. Imperato McGinley *et al.*⁸ describirán, con base en estudios antropológicos, casos de individuos con pseudo-hermafroditismo masculino que son criados como niñas y que asumen la identidad masculina en la juventud. Los estudios de Gilbert y Davidson⁹ realizados en Nueva Guinea relatan, igualmente, casos de pseudo-hermafroditismo masculino designados como el tercer sexo. En esa cultura, se admite la posibilidad de que existan tres géneros: hombre, mujer y *turning-men*. De eso se desprende que la cultura de cada grupo social encuentra respuestas diversas para lidiar con la cuestión biológica de la ambigüedad genital¹⁰.

En la medicina occidental, la historia de la intersexualidad es descrita en tres grandes fases o “eras”: las de las gónadas, de quirúrgica y la del consenso. La primera de ellas, la era de las gónadas, va desde el final del siglo XIX hasta los años de la década de 1920¹¹. En ese período, fueron creadas las primeras clasificaciones médicas, todavía usadas en los días actuales, como el “hermafroditismo”. En la definición gonadal del sexo, *no importaba la función de los tejidos, del ovario o de los testículos, el aspecto del genital, el tamaño del pene, la presencia de la vagina o de las mamas, la apariencia o el papel sexual*¹².

Esa forma de pensar comienza a modificarse con el avance de la ciencia y de la técnica. Por un lado, los exámenes de la biopsia posibilitaron el conocimiento de la existencia de hermafroditas verdaderos; por otro, la designación masculina y femenina, basada solamente en el criterio de la presencia de sus respectivas gónadas, se muestra insuficiente para resolver la cuestión de cómo la definición del sexo es realizada. Esos cuestionamientos dan inicio a la reevaluación de la definición gonadal del sexo.

La era quirúrgica surge como el desarrollo científico de la década de 1950. En esa época, son realizadas las primeras cirugías de “corrección” de los genitales: el avance de las técnicas operatorias, como la anestesia y la asepsia, contribuyó para el inicio de esas intervenciones¹¹. En esa fase, que duró hasta el inicio de 1990, la definición del sexo era hecha por el clínico, y le correspondía a la cirugía “corregir” el genital.

Tal práctica recibió una influencia determinante de los trabajos de John Money, en la década de 1960.

Sus presupuestos fueron tomados como referencia para tratar a pacientes con AG. La era quirúrgica demostró algo fundamental en la clínica de la intersexualidad: la comprensión de la sexualidad humana es, más específicamente, la influencia directa de la manera de caracterizar la diferenciación entre los sexos sobre la forma de abordar, intervenir y tratar la AG. Las intervenciones ocurren orientadas por la explicación teórica elegida. El cambio en el modo de comprender el proceso de definición sexual en los seres humanos modificó los criterios para indicar y realizar las cirugías de transgenitalización, o de corrección de los genitales. Posteriormente, ese nuevo modo de concebir la sexualidad promovió la declinación del período quirúrgico alrededor de los años '80.

La emergencia del paradigma de la identidad del género, del sexólogo John Money, fue decisiva para la indicación de las cirugías de bebés intersexuados. Según Money y Ehrhardt¹³, la identidad de género se refiere a los procesos mentales en los cuales está implicada la capacidad del individuo de reconocerse perteneciente al sexo masculino o femenino. El papel del género (*gender role*) abarca, además de las actividades eróticas, actividades no genitales, definidas por las convenciones sociales y atribuidas distintamente a hombres y mujeres. El concepto de género no incluye apenas un estado biológico, como hombres y mujeres, mas también remite la cuestión de reconocimiento íntimo, la atribución social, o legal. Por lo tanto, no está apoyado exclusivamente en las distinciones genitales, abarcando el cuerpo y los criterios de comportamiento.

La neutralidad psicosexual fue otro concepto introducido por Money. Según Pino, el sexólogo defendía que la constitución sexual de los seres humanos podía ser tratada en términos de comportamiento (sexual), como algo que podía ser aprendido, enseñado y modelado. Tal sexualidad era considerada tema pedagógico: *se entendía que la condición de ser hombre o mujer no era innata, sino aprendida y sujeta a las influencias culturales y ambientales*¹¹. Pino resalta que, para Money, *el comportamiento sexual no vendría totalmente de un instinto natural y sí de la educación y de los procesos de socialización*. Aún de acuerdo con Money, según Pino, *los infantes intersexuados no deberían ser informados sobre la cirugía, ni tampoco sobre su condición*¹¹. A medida que se afianza, tales informaciones podrían interferir en su identidad de género o en la identidad de género en la cual se pretendía modelarlos. Por lo tanto, las cirugías realizadas eran fundamentadas en la teoría de la neutralidad psicosexual, concepción que mantenía elidida tanto la

subjetividad en constitución de los infantes cuanto la importancia de los padres en el proceso.

Siguiendo la teoría psicoanalítica, Money tiene en consideración apenas los aspectos de la consciencia ligados al comportamiento, aquello que puede ser observado en las actitudes y manifestaciones del individuo, o sea, los procesos imaginarios relacionados con el yo; además de que mantiene sus conceptos vinculados a los procesos biológicos. Los elementos del registro imaginario no dan cuenta de otros, también fundamentales, tratados por la teoría psicoanalítica lacaniana, como aquellos referentes a los registros de lo real y lo simbólico. Lo real, para el psicoanálisis, es lo que no puede ser aprendido por el lenguaje. Lo simbólico está logado a lo que es dominio del lenguaje, y lo imaginario se refiere a la imagen, es el registro vinculado a la constitución del yo. Según Lacan ¹⁴, en el *estadio del espejo*, el yo se forma mediante el proceso identificador, en el cual están implicados: la prematuridad del bebé humano, la *Gestalt* de la imagen especular y el reconocimiento venido del Otro.

La corriente biológica parece haber concluido de la experiencia de Money que la sexualidad humana sólo puede ser determinada por los factores biológicos (cerebrales, genéticos, hormonales, etc.) y/o los sociales. Diamond ¹⁵ critica las teorías de Money, defendiendo una concepción biológica del sexo. Para él, la sexualidad es determinada por el cerebro. Su teoría presenta una discusión circunscripta a una lógica dualista que, sin responder a las dudas, mantiene el impase. Según el binomio, lo que no es biológico es aprendido, o, de otro modo, lo sexual, o es innato o es adquirido.

Freud sobrepasa la cuestión del discurso dual. Él afirma que la sexualidad humana no es ni innata ni adquirida. El ser humano no está sometido a los instintos, sino a las pulsiones. El lenguaje es lo que viene a subvertir la condición biológica. Ser macho o hembra no coincide con ser hombre o mujer, porque podemos nacer determinados biológicamente, macho o hembra, pero esa condición será traducida en lo que es ser hombre o mujer. Una construcción singular, particular, y que, por eso mismo, no puede ser aprendida, sino construida. El inicio de esa construcción pasa por la transmisión que el Otro hace al pequeño bebé por vía del lenguaje.

En los estudios sobre la sexualidad, el psicoanálisis presente otros factores que hacer parte del proceso de definición sexual infantil y que quedarán desconocidos en el trabajo de Money. La subjetividad, la participación subjetiva del país, la sexualidad infantil son algunos de los temas desarrollados por

la teoría psicoanalítica para explicar la constitución sexual humana. Los procedimientos médicos respaldados en las teorías de Money fueron cuestionados y modificados. Tales cambios ayudarán a la declinación de la era de la cirugía.

El fin de ese período, en la década de 1990, es marcado por la manifestación de pacientes intersexuados que comenzarán a prestar declaraciones y a introducir la dimensión de la subjetividad, con la publicación de sus biografías. De ese modo, proponen cuestiones sobre la incidencia de las intervenciones médicas y de la propia condición intersexual, incluyéndolas como elementos en su constitución psíquica y sexual. La comunidad de los individuos intersexuales surge, en ese momento, presionando para que la historia personal, o la singularidad de la experiencia de cada uno, fuese considerada factor importante en la determinación del sexo.

Así, se inicia la era del consenso, marcada por la revisión de las conductas en la clínica de la intersexualidad. Ese momento fue considerado el período de consenso, *porque propone una conducta individualizada, con base en las características de cada caso (...) además de una amplia discusión sobre las futuras conductas a ser establecidas por esos pacientes* ¹⁶. La determinación sexual humana, en ese período, deja de ser asunto restringido a los factores orgánicos o biológicos, bien como los estímulos e influencias ambientales. Con todo, tales factores —aquellos biológicos y sociales— participan ahora como elementos integrantes del proceso de subjetivación, camino que el pequeño bebé recorre rumbo a la asunción de su sexualidad.

Tal modo de comprender la sexualidad se aproxima a aquel desarrollado por la teoría psicoanalítica según el cual la constitución psíquica es esencialmente determinada por la entrada del bebé en el lenguaje, en la cual recorre la relación con el Otro. El Otro, según la teoría psicoanalítica lacaniana, hace referencia al lenguaje, el Otro de la cultura. Los padres son seres privilegiados en la transmisión del lenguaje. La estructuración psíquica, por lo tanto, incluye elementos ligados a la identidad sexual, que se realiza en los seres humanos mediante el lenguaje transmitida por los padres.

Constitución de la sexualidad en la teoría psicoanalítica

El acompañamiento psicológico de los casos de DDS reveló la importancia de identificar, en cada

caso, los dilemas enfrentados por el responsable del niño y las cuestiones que el propio infante es capaz de formular. Se observó que es fundamental esclarecer y definir teóricamente los factores que forman parte del proceso de constitución subjetiva.

Las investigaciones sobre la constitución sexual humana preconizadas por la teoría psicoanalítica fueron retomados con el fin de subsidiar las discusiones que permean la cuestión de la diferenciación entre los sexos en infantes con ambigüedad genital. Esa investigación puede ser demostrada a partir de la casuística. El caso relatado a seguir fue acompañado en dos períodos de la vida del paciente – del nacimiento a los 4 años y de los 8 a los 16 años- por el Ambulatorio de la División de Endocrinología Pediátrica del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG).

Una madre, luego del parto de su tercer hijo, recibe la noticia de que no será posible identificar, a partir de los genitales, el sexo del bebé. Tomada por sorpresa, se siente poco preparada para comprender la situación y se esfuerza para procurar una solución, la más rápida posible. El médico ginecólogo orienta a la madre a procurar el servicio especializado en el tratamiento de los DDS. La mujer recibe también la indicación de aguardar el resultado de los exámenes antes de hacer la elección del nombre y el registro del infante. El diagnóstico encontrado fue pseudo-hermafroditismo femenino, actual DDS 46, XX inducido por exceso de andrógenos. Al observar el genital del bebé, la madre considera que, ciertamente, los médicos concluirán que se trata de un niño. Además de eso, ella no podía admitir que el infante, con un genital tan semejante al de los niños, se pueda tornar en una niña.

Dividida entre el deseo de que el bebé fuese un niño y la obligación de continuar la investigación con respecto a lo que aconteció con el bebé, inicia los exámenes. En el servicio especializado recibe, nuevamente, la orientación de aguardar el diagnóstico para que el infante fuese registrado. Es alertada de la posibilidad de que el bebé sea una niña.

Algunos meses pasaron, la espera se prolonga. La madre observa que el bebé se desarrolla de manera saludable, como sus otros hijos. Íntimamente, ya no tiene más dudas: con aquel genital, sólo podría ser un niño. Le da un nombre provisorio al bebé sin registrarlo.

El bebé llega a los 8 meses, cuando la madre recibe la noticia de que, de hecho, se trataba de una niña. Fue encaminada al registro y orientada sobre la cirugía para la corrección de los genitales.

El bebé debería hacer uso de un medicamento para no volverse a virilizar. Luego de traer la solución, el diagnóstico provocó una reacción: la madre siente que no puede cuidar del bebé con ese sexo declarado por los médicos.

Con todo, delante de la imposibilidad de tomar su bebé como niña, el infante es registrada con un nombre femenino, conforme a la orientación médica. La cuestión de la pérdida de su hijo se impone de varias maneras. La primera, con el anuncio del sexo femenino. Después, con el alejamiento de los cuidados maternos, el bebé se enferma y pasa a recibir de los cuidados de la institución hospitalaria. Más tarde, la madre recibe el aviso de que podría perder el derecho de cuidar a su hijo. Finalmente, ella percibe que la propia vida del infante estaría amenazada si permanece alejada.

El revestimiento de la madre interrumpe la serie de internaciones. Claramente, el problema del sexo del infante estaba en cuestión. La madre relata que, delante de la amenaza de muerte, hace una promesa de que cuidaría al infante, independiente del sexo que tuviese. Entre tanto, no consigue cumplir su promesa. No consigue aceptar que el niño había dejado de existir.

Frente a los ojos de la madre, el infante continuaba siendo la misma, o sea, un niño; eso a pesar de que su nombre haya cambiado, de que la cirugía de corrección genital ha sido realizada e iniciado el uso del medicamento. A partir de los 8 meses, la madre pasó a vestir al bebé como una niña y a llamarla por el nombre del registro: un nombre femenino.

Pero esas acciones no pasarán de un cumplimiento pragmático de las prescripciones y procedimientos médicos. Se hacía más fuerte en el pensamiento materno que aquel bebé continuaba siendo un *“niño-hombre”*, según le gustaba decir. La madre afirma: *“Antes del diagnóstico, era un niño. Después, pasó a ser una niña para los médicos y un niño para mí (...) nunca conseguí aceptar que él fuese una niña”*.

La madre hace esa declaración al retornar del tratamiento, cuando el bebé contaba con 8 años de edad. En aquel momento, la madre no sabía decir a cual sexo su hijo pertenecía, ni tampoco lo sabía, estrictamente, el infante. De ese modo, el infante transitaba los dos sexos: formalmente, en la escuela y en el consultorio médico, era una niña; en la intimidad, en casa y entre los amigos de la calle, este infante se identificaba como niño. La escucha psicoanalítica permitió identificar y esclarecer una contradicción entre la demanda que la madre y el

menor traían al momento de retornar del tratamiento: “No sé lo que soy” y, más tarde, la declaración de que el menor hizo una elección subjetiva de su sexo a los 4 años, cuando declara que es un niño, momento en el que madre e hijo deciden abandonar el tratamiento, una vez que el sexo designado por la biología contrariaba su decisión.

A los cuatro años, el menor pasó a afirmar que no era una niña, sino un niño. La madre quedó feliz, pues la actitud del menor era la confirmación de sus sospechas desde la maternidad. Al final, nunca consiguió entender muy bien cómo los médicos afirmaban lo contrario. Siendo así, la madre y el menor, entonces con 8 años de edad, deciden abandonar la escuela, para evitar los descontentos que pasaba delante de profesores y amigos. En todo momento, se veía cuestionado sobre su ambigüedad: “No quiero ser llamado gay”, declara él en su primera entrevista.

La ambigüedad genital fue tratada por la medicina, pero retorna por la vía de la ambigüedad sexual. No es verdad que todos los sujetos nacidos con ambigüedad genital se tornaron ambiguos sexuales en el futuro, como pudimos observar en la clínica en varios casos de DDS. ES exactamente ese aspecto que el caso Rodrigo revela; él hizo su identificación sexual en el tiempo esperado. La singularidad experimentada por el sujeto en el proceso de constitución subjetiva es el que, al final, explica el hecho de que nacer con el sexo biológico definido no garantiza la inexistencia de una ambigüedad sexual, como lo demuestran los famosos casos de transexualismo. En el caso Rodrigo, una elección sexual fue hecha, él realiza una identidad sexual que es declarada por él, ya a los cuatro años de edad, como masculina. La contradicción, en el momento de su llegada, se deshace con el transcurso del tratamiento, y esa va a ser su demanda de salida: recibir del médico una declaración que pudiese darle a él la posibilidad de cambiar su nombre y su sexo legalmente.

¿Por qué persistía la ambigüedad sexual si la madre y, principalmente, el niño, afirmaban, en la intimidad, saber que el sexo era masculino? Además, él ya había escogido otro nombre, un nombre inequívocamente masculino, que le permitía circular entre los colegas. En cuanto a su imagen corporal, se presentaba virilizado por haber abandonado el tratamiento. Desde los cuatro años, usaba ropas masculinas. Su demanda de tratamiento luego es esclarecida: “No quiero ser confundido con un gay, no quiero ser un intersexuado”.

Aunque haya promovido cambios y asumido

la sexualidad masculina, no podía ignorar la existencia del diagnóstico médico, que decía tratarse de una niña. Su nombre y sexo de registro también era femenino. De ese modo, vivía expuesto a las situaciones de descontento, que impedían su inserción social, principalmente en la escuela. Él se preguntaba lo que definiría su sexo: ¿la biología o su identidad, su historia que llevó a hacer una elección subjetiva y pasar a afirmar que era un niño?

En “Los tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad”¹⁷, Freud define a la sexualidad inicialmente como perversa y polimorfa, una vez que, en esa sexualidad, la pulsión sexual tiene su modo de satisfacción experimentada en el propio cuerpo, recortado en zonas erógenas. La pulsión sexual se presenta como una modificación de las funciones naturales, desviadas del objetivo originario, ligado a la autopreservación.

En ese texto, que aborda cuestiones fundamentales de sexualidad humana, Freud comunica los resultados de la investigación psicoanalítica relativa al tema de la sexualidad, que lleva a rectificar la visión cotidiana de que la sexualidad estaría ausente en la infancia y que solamente se manifestaría en la pubertad, ligada a la función reproductiva. Para él, hay un inicio bifásico, la sexualidad humana se inicia, en una tierna edad y, después de un período de latencia, se reinicia en la pubertad.

Esa contribución de Freud es contraria a la argumentación propuesta actualmente por una corriente de investigadores que sugieren suspender las cirugías en casos de AG o cualquier otra intervención que pueda definir el sexo del bebé en el inicio de la vida, apoyados en la idea de no haber necesidad de designar el sexo de los bebés, una vez que las cuestiones sexuales solamente surgirán con la llegada de la pubertad. De ese modo, mejor sería aguardar para que el propio infante haga su elección guiada o determinada por el sexo cerebral¹⁸.

Según nuestra perspectiva, la cuestión que se presenta no está en el hecho de hacer o no una cirugía o cualquier otra intervención, sino que la argumentación evidencia un pensamiento equivocado. Es fácilmente comprobable que la sexualidad está presente en la infancia. También es verdad que la ausencia de los procedimientos médicos o de otra intervención, como la de dar un nombre, no es de modo alguno garantía de que ese niño o niña no va a tener problemas para realizar su identidad sexual. Al contrario, probablemente encontrará dificultades mayores.

Veamos lo que reveló el análisis del caso

Rodrigo. Luego del inicio, tenemos las diversas interpretaciones que la madre se vio forzada a hacer para atender a las necesidades del bebé. La condición de desamparo obliga a la madre a transformar el grito, que, en sí, no quiere decir nada, en llamado, en demandas. Ella se vio forzada a responder a la pregunta: “¿qué desea el bebé?”. Ya en la maternidad, ella ve al bebé y busca señales que puedan auxiliarla en los cuidados ¿Qué es lo que quiere ella? ¿Por qué llora? ¿Qué desea? ¿Cómo va a ser cuando crezca? Son preguntas que las madres se hacen y que esta madre en cuestión no dudó en hacerse.

Es por esa razón que no puede llevar a su bebé para la casa sin tener una impresión acerca del sexo del bebé. Ella argumenta que los médicos podían esperar para saber si el bebé era niño o niña, pero, para ella, esperar era una tarea imposible. Eso se debe al hecho de que, para cargar con la responsabilidad de cuidar del bebé, ella precisaba saber a quién estaba cuidando. Para esa madre, cuidar de un niño era muy diferente de cuidar de una niña. Se comprende por qué el bebé cae en el abandono en el momento en que ella recibe la noticia de que su hijo no era un niño. Pasa a quejarse de no saber más cómo cuidar al bebé.

En cuanto pensaba que era un niño, ella no tenía dificultades porque ya tenía hecha una serie de interpretaciones sobre lo que él quería y de lo que gustaba. Cuando le dijeron que él era una niña, no sabía más nada en relación a ese bebé, que le surgió como alguien imposible de cuidar. La madre, en aquel momento, vaciló y pensó que, tal vez, su marido tuviese razón: ¿qué otra persona además de ella podría cuidar mejor a ese bebé?

La madre entonces se hizo a sí misma la misma pregunta insistente: “¿Lo que ocurrió entre mí y mi bebé, hasta ahora, no va a traer consecuencias para él en el futuro?”. Al final, hasta los 8 meses, el bebé estaba siendo tratado como niño. Tenía una identidad, un nombre. Delante de eso, se preguntaba si sería posible pasar a tratarlo como niña, ponderando sobre aquello que consideraba una respuesta: “Si yo comienzo a llamarlo por otro nombre, un nombre de mujer, él puede quedar confundido”.

Si, por un lado, esos pensamientos atormentaban, por otro, pensaba que los médicos debían saber lo que estaban haciendo. Decide, entonces, ignorar sus temores y atender a las orientaciones médicas. En ese momento, confusa por “no saber lo que sería mejor para el bebé”, transfiere la responsabilidad para el saber científico, representado por la medicina. Es el momento de su alejamiento y de la entrega del bebé a los cuidados de los médicos.

La situación se torna insustentable. Según ella: “No quiero decir que no desease o no supiese cuidar de las niñas, porque ya tenía una pareja de hijos”. El hecho es que había una historia entre esa madre y ese hijo que no tenía como ser apagada. Ella ya había hecho un investimento libidinal en aquel bebé en tanto niño. La visión del genital masculino fue decisiva para que la madre pasase a considerar que su bebé era un niño. La impresión tan contundente que condujo a la madre a concluir que, ciertamente, había mantenido la misma convicción, aún cuando fuese posible que los médicos declararan, luego del parto, que se trataba de una niña. Cabe resaltar que la experiencia vivida por la madre fuera transmitida al bebé de manera verbal, pero, principalmente, que el lugar que el bebé ocupó en el deseo de la madre contribuyó como elemento fundamental para la formación de la identidad del bebé, tornándose parte de su propia historia.

Sabemos que, cuando un bebé nace, su sexo es designado por la anatomía. El caso de Rodrigo enseña que la anatomía continuó a ser el elemento decisivo para la definición de su sexo, a partir del mirar de la madre. Pero, no es siempre así: la observación de la clínica, caso a caso, revela que la sexuación no acontece de la misma forma para todos los individuos. Existen situaciones clínicas cuya anatomía de la genitalidad no ofrece posibilidad alguna de afirmar si se trata de un niño o una niña. En esos casos, la madre o los padres se encuentran efectivamente obligados a aguardar la investigación médica. Entre tanto, en los casos en que hay preponderancia anatómica para uno u otro sexo, los padres acaban por tener una impresión, a partir de la observación de los genitales, que termina por definir el sexo de los bebés. Esa impresión puede muchas veces no coincidir con el sexo biológico.

Consideraciones finales

Distinguir la ambigüedad genital de la ambigüedad sexual es esencial para aquellos que trabajan en la clínica de los disturbios de diferenciación sexual. La ambigüedad genital remite a un problema de orden biológico: la dificultad encontrada para distinguir la diferencia anatómica de los sexos a partir de los genitales. La ambigüedad sexual se refiere a las vicisitudes de la elección del sexo, que comprende un proceso más abarcativo, implicando un conjunto de elementos que van más allá de la discusión sobre la genitalidad. La ambigüedad sexual se pliega con el proceso descrito por Freud, como referente a la organización de la sexualidad.

La ambigüedad genital puede ser diagnosticada luego del inicio de la vida. Cuando ocurre y es identificada, se constituye un problema presentado a la madre en el inicio de la vida del bebé. Ella es el primer sujeto que, antes que su propio bebé, tiene que lidiar con la pregunta, con esta intrincada cuestión. Eso no está libre de consecuencias para el infante, pues será la madre quien presentará las primeras significaciones al mundo del bebé. De ese modo, la madre es el sujeto que inicia el texto del infante, que irá a reeditar más tarde, cuando ya esté ese infante sometido al lenguaje.

La clínica de la intersexualidad es singular, pues trae a la escena la cuestión del azar y de la temporalidad. El bebé podrá ser o no diagnosticado en el inicio de la vida. Luego, el infante está sujeto al azar porque depende de aquel de quien recibe los primeros cuidados. Ese es un hecho decisivo y que trae consecuencias, considerando que un bebé no tiene recursos capaces de promover la satisfacción de sus necesidades vitales.

Tal condición de incapacidad de satisfacerse, con el cual nace el organismo humano, es denominada por Freud “desamparo inicial” (*anfängliche Hilflosigkeit*). La experiencia de satisfacción sólo puede ser realizada si, por acaso, existe una intervención venida de afuera, del mundo externo, que promueva una acción específica. Esa acción es un trabajo realizado por una persona experimentada, que atiende al grito del bebé. Ese proceso constituye el principio del funcionamiento mental. Él da origen a la comunicación entre la madre y el bebé.

De ese modo, es exactamente el desamparo inicial que acaba por introducir al bebé en el mundo de las relaciones. Sus necesidades vitales son

inicialmente señalizadas por él mediante una descarga. La madre o la persona que acoge esa descarga —que surge como un grito— interpreta que el bebé experimenta alguna cosa: dolor, hambre, sed, frío, incomodidad, sueño, etc. La madre tendrá que ser capaz de traducir lo que el bebé necesita.

Tenemos aquí algo esencial: la relación entre el bebé y la madre se inicia apoyada en la satisfacción de las necesidades biológicas, tales como el hambre y el dolor. Con la intromisión de la madre, ese “ser primordial”, se engendra algo más allá de la pura y simple nutrición. Al responder al grito, la madre introduce algo de la subjetivación, algo relacionado con el deseo, marcado por la alternancia de presencia-ausencia de la madre. Tales hechos descritos en la teoría psicoanalítica también se tornan relevantes al tratarse de un infante con genitalidad ambigua. Por esa razón, es imprescindible esclarecer de qué modo la familia toma la cuestión de la ambigüedad genital y de qué manera se transmite al infante.

Las cuestiones relacionadas con la temporalidad y la contingencia suscitadas en la clínica de los disturbios en el desarrollo sexual traen al campo de la medicina una importante discusión, destinada a interrogar y a investigar cuál sería el momento más adecuado para tratar la ambigüedad genital. Se trata de una cuestión ética y epistemológica. Ética, por exigir un posicionamiento, una elección, un juicio, una deliberación. Se refiere a la preocupación siempre presente, evidenciada en la pregunta “¿qué es lo mejor para el bebé?”. Epistémica porque, si acreditamos que en la infancia hay subjetividad, elaboración psíquica y sexualidad, la intervención será orientada de forma que considere el posicionamiento subjetivo del infante o a partir de las preguntas que ese mismo infante es capaz de hacer.

Referências

1. Mendonça B B. Consenso sobre o tratamento de pacientes portadores de distúrbios da diferenciação do sexo. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 80.
2. Canguçu-Campinho AK, Bastos ACSB, Lima IMSO. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. [Internet]. 2009 [acesso 5 fev 2015];19(4):1.145-64. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a13.pdf>
3. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, LWPES/ESPE Consensus Group. Archives of Disease in Childhood ac98319 Module 2. [Internet]. 5 maio 2006. [acesso 5 fev 2015]. Disponível: <http://www.medhelp.org/ais/PDFs/Chicago-Consensus-Statement-06.pdf>.
4. Foucault M. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes; 2001. p. 79.
5. Foucault M. Op. cit. p. 75.
6. Foucault M. Op. cit. p. 83.
7. Foucault M. Op. cit. p. 84.
8. Imperato-McGinley J, Peterson RE, Gautier T, Sturia E. Androgens and the evaluation of male-gender identity among pseudohermaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency. *N Engl J Med*. 1979;300(22):1.233-7.

9. Gilbert H, Davison J. The Sambia turning-man: Sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohernaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. *Arch Sex Beh.* 1988;17:33-55.
10. Sahlins M. The use and abuse of biology: an Anthropological critique of sociobiology. Michigan: University of Michigan Press; 1976.
11. Pino NP. A teoria *queer* e os *intersex*: experiências invisíveis de corpos des-feitos. *Cadernos Pagu.* 2007 jan-jun;28:149-74. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000100008>
12. Spinola Castro AM. Aspectos históricos e éticos dos distúrbios da diferenciação do sexo. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 458.
13. Money J, Ehrhardt A. *Man & woman, boy & girl: gender identity from conception to maturity.* Northvale: Jason Aronson; 1996.
14. Lacan J. O seminário, Livro 5. *As formações do inconsciente (1957-1958).* Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 149-205.
15. Diamond M, Sigmundson HK. Management of intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine.* 1997-b; 151:1.046-50.
16. Spinola Castro AM. Aspectos históricos e éticos dos distúrbios da diferenciação do sexo. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 458.
17. Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira.* Vol. 7, Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1989. [Ensaio], Três ensaios sobre a teoria da sexualidade; p. 118-26.
18. Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM. Aspectos psicológicos. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 62.

Participación de las autoras

Ana Amélia Oliveira Reis de Paula participo de La concepción del proyecto de investigación y de la redacción del texto y Márcia Maria Rosa Vieira participó como orientadora de la maestría.

