

Una Vida Interyacente: Una Exploración a la Calidad de Vida y Salud Psicofísica de las Personas Intersexuales.

Caleb Esteban, Ph.D.¹

Derek Israel Ortiz-Rodz, B.A.

Yesibelle I. Muñiz-Pérez, B.A.

Luis Ramírez-Vega, B.A.

Ponce Health Sciences University

Notas de Autor.

¹ Correspondence concerning this article should be addressed to Caleb Esteban, Ph.D., Clinical Psychology Program, School of Behavioral and Brain Sciences, Ponce Health Sciences University, PO BOX 7004, Ponce, Puerto Rico 00732-7004. email: cesteban@psm.edu

Este artículo es parte del Proyecto InterSalud apoyado por el Psychology Research Network on Health Disparities: Gender and Sexual Diversity Core, Ponce Health Sciences University.

Resumen

Al realizar investigaciones con la comunidad LGBTIQ se observa que la intersexualidad ha sido invisible en la investigación. La intersexualidad es un tema poco conocido debido a su etología biológica y su invisibilidad. Son mínimas las investigaciones que se encuentran de la comunidad intersexual en el campo de la salud mental causando escaso conocimiento tanto por la población en general, como por profesionales de la salud, especialmente psicoterapeutas. El objetivo de esta revisión fue documentar la calidad de vida y panorama

de salud de la comunidad intersexual. Se llevó a cabo una revisión de literatura de tipo descriptiva en búsqueda de investigaciones sobre la calidad de vida, la salud de las personas intersexuales. Los resultados sugieren que la comunidad presenta menos calidad en la vida, especialmente en el área sexual y al relacionarse con otras personas. En cuanto a la salud mental las personas intersexuales suelen presentar mayores niveles de sintomatología psicológica, tales como la desánimo, ansiedad y la depresión. Además, muchas de las condiciones o síntomas que suscitan la intersexualidad, vienen acompañados con diversas dificultades médicas que empeoran las circunstancias de vida estas personas. En fin, lo *inter* debe celebrarse e incorporarse mejor en nuestros conceptos de diversidad y alejarnos de la patologización que culmina en la disparidad.

Palabras claves: *Intersexualidad, Desorden del Desarrollo Sexual, DDS, Calidad de Vida, Salud*

Abstract

When conducting research with the LGBTIQ community is noted that the intersexuality has been invisible in research. The intersexuality is a little-known subject due to its biological ethology and its invisibility. The research we find of the intersexual community in the field of mental health is minimum, producing little knowledge in the general population, and for health professionals, especially psychotherapists. The objective of this review was to document the quality of life and health of the intersex community. A review of descriptive literature was carried out on the quality of life and health of intersex people. The results suggest that the community has less quality in life, especially in the sexual area and the interaction with other people. In terms of mental health, intersex persons usually present higher levels of psychological symptoms, such as discouragement, anxiety and depression. In addition, many of the conditions or symptoms that cause intersexuality, are accompanied by various medical difficulties that worsen the circumstances of life in the population. Nevertheless, the *inter* should be celebrated and better incorporated into our diversity concepts and get away from pathologization that culminates in disparity.

Keywords: *Intersexuality, Disorder of Sex Development, DSD, Quality of Life, Health*

Al revisar investigaciones sobre la comunidad LGBTIQ se identifica que la intersexual ha sido invisible en la investigación, no solo en el campo de la psicología sino en casi todos los campos, incluyendo la medicina (Esteban & Toro, 2016). La intersexualidad es un tema poco conocido para los profesionales de la salud mental, y otros profesionales, debido a su etología biológica y su invisibilidad (WPATH, 2011). Por otro lado, la literatura existente se enfoca en revisiones de literatura o artículos teóricos, por lo que nos deja con duda de cuáles son las necesidades de la calidad de vida y las disparidades en salud que experimenta esta comunidad (Esteban & Toro, 2016). Es imperativo que comprendamos las carencias de las personas intersexuales, para poder desarrollar esfuerzos para reducir las disparidades en salud de este grupo minoritario. La pregunta de investigación de este estudio fue: ¿Qué conocimiento científico tenemos sobre calidad de vida y la salud de las personas intersexuales? Por otro lado, el objetivo de esta revisión fue documentar la calidad de vida, la salud mental y las condiciones de salud que afectan a la comunidad intersexual.

De acuerdo con la Asociación de Psicología de Puerto Rico (2014) la persona intersexual es aquella con un desarrollo atípico usualmente de su sexo biológico. La Asociación de Psicología Americana (2006) define la intersexualidad como una variedad en las características del desarrollo físico sexual típico. La intersexualidad es popularmente conocida como hermafroditismo, sin embargo, este término ya no es utilizado. Esto debido a que los seres humanos hasta el momento no podemos ser intersexuales de acuerdo a como está construida su definición. La intersexualidad es usualmente vista como un efecto de algún síndrome o condición física, no obstante, desde los nuevos paradigmas también es vista como la continuidad o espectro de la diversidad del sexo biológico (Esteban & Toro-Alfonso, 2016).

Al mismo tiempo, el espectro de la intersexualidad es muy variado, ya que engloba diversos aspectos del sexo de una persona: a) los genitales, b) los órganos reproductores internos, c) los cromosomas, d) las gónadas y, e) las hormonas sexuales. Por lo tanto, se utiliza este término para las personas que presentan una variabilidad de genitales difíciles de categorizar en el binomio del sexo, o son personas que en algún momento en su vida (usualmente en la adolescencia) muestran incongruencia o variabilidad entre su sexo asignado al nacer y sus genitales, órganos reproductores internos, cromosomas sexuales, gónadas y/u hormonas sexuales (APA, 2006).

En cambio, la intersexualidad es conocida en el ámbito médico como el Desorden del Desarrollo Sexual (DSD, por sus siglas en inglés) (APA, 2006) o más recientemente propuesto Desorden de la Diferenciación Sexual (Kim & Kim, 2012). Las personas intersexuales pueden presentar: (1) genitales ambiguos en el nacimiento: genitales externos que no se puedan categorizar fácilmente como varón o hembra; (2) desarrollo incompleto o inusual de los órganos reproductivos, (e.g. un pene muy pequeño para los estándares médicos o un clítoris agrandado con apariencia de un micro pene); (3) inconsistencia entre los órganos genitales externos y los órganos reproductivos internos, (e.g. poseer un pene e internamente poseer un sistema reproductor femenino); (4) variación en los cromosomas sexuales o en el desarrollo de los testículos u ovarios (e.g. la persona es categorizada como mujer por poseer vulva y vagina pero cromosomáticamente es XY, o una mujer con gónadas testiculares); y (5) inhabilidad del cuerpo para responder típicamente a las hormonas sexuales, responsables de las características físicas sexuales, luego de la pubertad (e.g. un varón con altos niveles de estrógeno en la adolescencia) (APA, 2006; Esteban & Toro-Alfonso, 2016).

De igual modo, las personas intersexuales o con DSD en la mayoría de las ocasiones nacen con una condición congénita, aunque en algunas otras, se desarrollan en la pubertad (e.g. amenorrea). Algunas de estas condiciones son: el Síndrome de trisomía X o XXX, el Síndrome de Klinefelter o XXY, El Síndrome de Turner o XO, El

Síndrome de Jacobs o XYY (Esteban & Toro-Alfonso, 2016), entre otras (Véase Tabla 1). Estas condiciones, en su mayoría, afectan la apariencia física de quienes la padecen, produciendo ciertas características atípicas las cuales son propensas a ser discriminadas. Estas características van desde la apariencia física observada a primera impresión, hasta variabilidad en los órganos reproductores. Actualmente, al momento del nacimiento, si se identifica una variabilidad en la genitalia de un recién nacido, se intenta intervenir a nivel quirúrgico de la forma más inmediata con la intención de “normalizar” y binomizar la vida de este infante para que pueda crecer con una “mejor calidad de vida” (Hester, 2004).

En los Estados Unidos alrededor de cinco infantes son operados cada día por su intersexualidad, muchos de estos y estas sin el consentimiento de los padres (Hester, 2004). Según Zucker (2002) las guías estandarizadas que utiliza la medicina para asignar el sexo son llamadas *Optimal Gender Policy*. Esta política pretende establecer la mejor prognosis sexual tomando en cuenta seis variables: (a) una reproducción potencial (de ser alcanzable); (b) buen funcionamiento sexual; (c) mínimos procedimientos médicos; (d) una apariencia de sexo apropiada en su totalidad; (e) bienestar psicosocial; y, (f) una identidad de género estable. Tomando en consideración que el género no está identificado al momento del nacimiento, se ha debatido el uso de estas guías. Estas decisiones provocan que se asigne un sexo el cual se asume ir acorde con un género el cual es moldeado a lo largo de la crianza y eventualmente definido por la propia persona en la trayectoria de su crecimiento.

Tabla 1
Condiciones Asociadas a la Intersexualidad y su Descripción

Condiciones	Descripción
Síndrome de Insensibilidad Androgénica	Desarrolla a personas con senos y características asociadas a la mujer. Sin embargo, no logran menstruar

Hiperplasia Adrenal Congénita	ya que más hormonas andrógenos son segregadas. En esta condición la ausencia de enzimas que inhiben los andrógenos hacen que los fetos 46,XX se desarrollen como intersexuales, presentando un clítoris agrandado y labia fusionada aparentando un pequeño pene.
Defecto Biosintético de Testosterona	Personas 46,XY no segregan suficiente testosterona y sus genitales se desarrollan de forma ambigua con testículos que parecen labia y pene pequeño.
Digénesis Gonadal	En esta condición no se segrega ninguna hormona.
Síndrome de Turner	Condición en el cromosoma sexual femenino donde el individuo solo hereda un cromosoma X y ningún cromosoma X o Y que lo acompañe, conociéndose como un cariotipo XO. Las personas con este tipo de condición en promedio son de baja estatura y con carencia de ovarios funcionales.
Síndrome XXX o Trisomía X	Es una condición en la cual una mujer hereda dos o más cromosomas X, adicional al cromosoma X. Resultando por ejemplo combinaciones como: XXX o XXXX. Muchas de estas mujeres suelen ser fértiles. Sin embargo, 15% a 25% presentan dificultades cognitivas.
Síndrome de Klinefelter	En esta condición los varones heredan dos o más cromosomas X,

adicional al cromosoma Y. Resultando por ejemplo combinaciones como: XXY, XXXY o XY/XXY. Se comienzan a desarrollar antes del inicio de la pubertad, tienden a ser más altos que el promedio, presentan piernas más largas fuera de proporción y suelen estar sobrepeso. Pueden presentar problemas del habla y de la memoria a corto plazo. En cuanto a sus genitales pueden mostrar testículos y glándulas prostáticas más pequeñas, pero el pene y el escroto muestran un tamaño normal.

Condición XYY

Es una condición en la cual un hombre hereda un cromosoma Y, adicional al cromosoma cariotipo XY, resultando una trisomía de XYY. Tienden a ser más altos que el promedio de los varones. Podrían observarse más agresivos y algunos presentan algún grado de dificultad cognitiva.

Síndrome XXX,47 XXX, Trisomía X, Síndrome triple X, Síndrome de Klinefelter, 47 XXY, Síndrome XXY, Síndrome de Jacobs, Síndrome XYY y Síndrome YY; En combinación con: Calidad de Vida, Bienestar Psicológico, Bienestar Social, Estrés de Minoría, Ansiedad, Depresión, Desesperanza, Estrés, Comorbilidad y Enfermedades Asociadas. Los criterios de inclusión evaluados en el *abstract* o resumen fueron: 1) ser un estudio de método cuantitativo o mixto, o de revisión de literatura que cuenten con artículos cuantitativos o mixtos, 2) contar con personas intersexuales en su muestra, y, 3) contar con al menos una de las variables de salud que se utilizaron para la combinación.

Resultados

Bajo esta búsqueda se identificaron 4,606 artículos, de los cuales 32 fueron seleccionados por cumplir con los criterios de inclusión (Véase Tabla 2). Específicamente se encontraron 13 artículos relacionados a la calidad de vida, 9 relacionados a la salud mental y 10 relacionados a la salud física (Véase Figura 1). La gran mayoría de los artículos rechazados, además de no cumplir con los criterios de inclusión, utilizaban DSD o el término Intersexual para otros asuntos o diagnósticos o estaban bajo el título de la comunidad LGBTQAQI, pero no contaban con muestra de personas intersexuales. A continuación, describimos los hallazgos.

Método

Se llevó a cabo una revisión de literatura de tipo descriptiva en búsqueda de investigaciones sobre la calidad de vida, la salud mental y las condiciones en salud de las personas intersexuales. Esta búsqueda fue en línea y se limitó al periodo del 2007 al 2017. Se escogieron las siguientes bases de datos para llevar a cabo la revisión: *Psyinfo*, *Ebscohost*, *APA PsycNET* y *PsycArticles*. Se utilizaron las palabras claves de manera sistémica tanto en inglés como en español: Intersexo, Intersexual, Hermafroditismo, Hermafrodita, Trastorno del Desarrollo Sexual, TDS/DSD, Síndrome de Turner,45 X0, Síndrome X0,

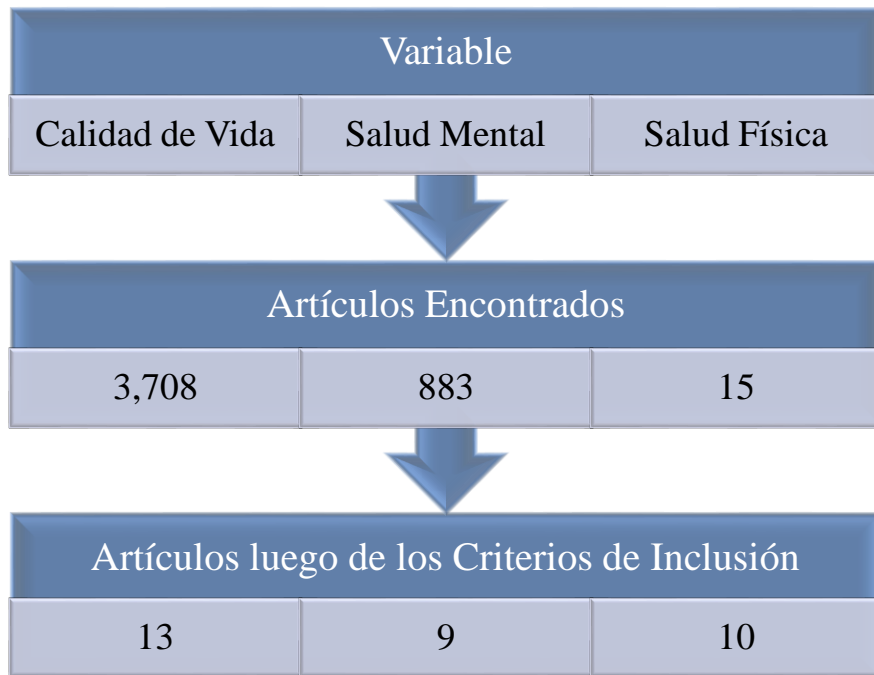


Figura 1. Resultados de la Búsqueda de Artículos.

Tabla 2
Resumen de los Artículos Incluidos

Investigadores Principales	Año	Localización	Muestra	Método	Categoría
Schönbucher et al.	2012	Alemania	47 individuos con 46, XY DSD (17 a 60 años)	Cuantitativo	Calidad de Vida
Schweizer et al.	2009	Alemania	Siete personas intersexuales con deficiencia de biosíntesis andrógina 46, XY. A estas se le asignó un género femenino al nacer	Mixto	Calidad de Vida

Diamond et al.	2008	Hawái	Una muestra de 10 artículos	Revisión de literatura cuantitativa	Calidad de Vida
Close et al.	2015	Estados Unidos	43 niños con Síndrome de Klinefelter (8 a 18 años)	Cuantitativo	Salud Mental
D'Alberton et al.	2015	Italia	43 féminas con 46,XY DSD	Cuantitativo	Salud Mental
Ediati et al.	2015	Indonesia	118 pacientes con DSD (6 a 41 años). 118 participantes sin DSD como grupo control	Cuantitativo	Salud Mental
Engberg et al.	2017	Suecia	33 mujeres con diferentes DSD (CAIS, 46,XY, GD, 46XX y POI(insuficiencia ovárica primaria). Además, 61 participantes sin DSD como grupo control	Cuantitativo	Salud Mental
Green, et. al.	2016	Estados Unidos	41 niñas con TS (Síndrome de Turner) y 34 niñas con sin TS como grupo control	Cuantitativo	Salud Mental
Leenroot, et. al.	2014	Australia	35 participantes con 47,XXX (5 a 24 años) y 70 féminas sin DSD como grupo control	Cuantitativo	Salud Mental
Mueller	2013	Bélgica	Revisión de estudios neurológicos de niños y adolescentes con desórdenes endócrinos genéticos	Revisión de estudios cuantitativos	Salud Mental
Mueller et. al.	2014	Bélgica	Revisión de estudios sobre el impacto de las hormonas en las psicopatologías como ansiedad y depresión	Revisión de estudios cuantitativos	Salud Mental

Ross et al.	2015	Estados Unidos	26 niños con XYY (4 a 14 años) y 11 varones sin XYY como grupo control	Cuantitativo	Salud Mental
Saad et al.	2014	Egipto	53 perfiles médicos de féminas con Síndrome de Turner (3 a 16 años)	Revisión de perfiles médicos	Salud Mental
van Rijn et al.	2014	Estados Unidos	60 niños con cromosoma X extra (34 niños con Síndrome Klinefelter y 26 niñas con Trisomía X), 58 niños con Desorden del Espectro Autista y 106 niños como grupo control	Cuantitativo	Salud Mental
Boman et al	2004	Suecia	63 mujeres diagnosticadas con Síndrome de Turner	Mixto	Salud Física
van Rijn et al	2011	Holanda	14 adultos con Síndrome Klinefelter y 15 adultos como grupo control	Cuantitativo	Salud Física
Geschwind et al	2004	Estados Unidos	15 participantes diagnosticados con Síndrome Klinefelter	Mixto	Salud Física
Barreda-Bonis et al	2011	Madrid	Artículos sobre intersexualidad	Revisión de literatura cuantitativa	Salud Física
López et al	2009	Argentina	Mujeres con Síndrome de Turner	Revisión de literatura cuantitativa	Salud Física
Morales et al	2018	República Dominicana	38 pacientes con Síndrome de Turner que recibieron hormonas del crecimiento	Cuantitativo	Salud Física
Ortiz et al	2017	México	Artículos sobre Síndrome de Turner	Revisión de literatura cualitativa	Salud Física
Fernández et al	2010	Madrid	3 participantes diagnosticados con Síndrome de Klinefelter	Revisión de literatura cualitativa	Salud Física

Tizón-Bouza et al	2014	España	Un hombre diagnosticado con Síndrome de Klinefelter	Revisión de literatura cualitativa	Salud Física
Mas-Pérez et al	2009	España	Artículos sobre aspectos relacionados con el diagnóstico diferencial del TDAH	Revisión de literatura cualitativa	Salud Física

Calidad de Vida

En un estudio en Alemania por Schönbucher y colegas (2012) administraron un cuestionario para medir la calidad de vida relacionada al ámbito sexual/relacional llamado *Multidimensional Scale of Sexuality* y el cuestionario llamado *German Questionnaire on Feelings of Inadequacy in Social and Sexual Situations* (FUSS) a 47 individuos con personas con DSD, específicamente en el cromosoma 46,XY. Sus resultados fueron comparados con un grupo de 145 mujeres sin DSD. Los resultados demostraron que las personas con DSD con reconstrucción genital suelen tener menos calidad de vida relacionada al ámbito sexual/relacional que las mujeres sin DSD. Además, personas del grupo con DSD mostraron tener más dificultades de encontrar pareja, se consideran más inseguras en situaciones sociales y sexuales, tuvieron más problemas sexuales, y se sienten más insatisfechas en general en el ámbito sexual. Por otra parte, se compararon distintos Trastornos del Desarrollo Sexual entre sí y se encontró diferencia entre grupos basado no en la condición, si no en la reconstrucción genital. Las escalas que fueron medidas incluían problemas sexuales, inseguridades, motivos por los cuales no se tienen pareja, entre otros.

En otro estudio relacionado a la identidad de género en mujeres con DSD en el cromosoma 46,XY, Schweizer, Brunner, Schützmann, Schönbucher y Richter-Appelt (2009) auscultaron las limitaciones que estas mujeres están teniendo por la escases de servicios psicológicos, de asistencia social y de cuidado primario especializado para trabajar

con su condición y su proceso de adaptación a esta. Este grupo de investigadores utilizó un método mixto con siete participantes que fueron reclutadas principalmente por grupos de apoyo para personas intersexuales. Estos casos demostraron factores en común, tales como: dificultades en la adaptación en su desarrollo sexual. Todas estas personas pasaron por procesos quirúrgicos y tratamientos hormonales en la pubertad ya que virilizaron físicamente en la adolescencia. Los resultados indicaron que estas personas sufrieron disturbios psicológicos a raíz de cambios inesperados en la pubertad y en algunos casos en la niñez temprana. De igual manera mencionaron factores en común en relación con procesos de ajuste en la adultez. Por otro lado, Diamond y Beh (1997) encontraron que entre estos procesos de ajuste de la adultez se incluye la búsqueda de pareja, la identificación con un grupo en la comunidad y el sentimiento de falta de entendimiento, dejando saber que la adaptación a esta condición es un continuo.

Salud Mental

La intersexualidad, a pesar de no ser un asunto de la psiquis, fue incluida por la Asociación de Psiquiatría Americana (1994) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su cuarta edición, bajo la categoría del Trastorno de Identidad de Género No Especificado [302.6] con el criterio de estar acompañada de una disforia de género. La APA (2000) en la cuarta versión revisada de DSM, mantuvo intactamente el diagnóstico. En el DSM-5, la APA (2013) la intersexualidad pasa a ser un especificador de la Disforia de Género (e.g. Disforia de Género, con Desorden de Desarrollo Sexual), esto tanto en el diagnóstico de la niñez [302.6] como en el de adultos y adolescentes [302.85].

A pesar de no ser un asunto psicológico, diversa sintomatología y psicopatologías se han detectado en la comunidad intersexual. Entre las más comunes se encuentra la ansiedad y la depresión, que han prevalecido entre los distintos tipos del espectro de la intersexualidad. Por ejemplo, en un estudio realizado por Ediaty y colegas (2015), se

investigaron los problemas emocionales y conductuales de pacientes indonesios con DSD. Los investigadores compararon a 118 pacientes indonesios con DSD entre las edades de 6 a 41 años con un grupo control compuesto de 118 participantes categorizados por edad, género y contexto residencial. En este estudio, los pacientes adultos (particularmente hombres) reflejaron niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con el grupo control. Por otro lado, las mujeres en este estudio no presentaron ansiedad o depresión estadísticamente significativa, pero optaron por aislarse socialmente. No obstante, los autores señalan el pobre manejo de las dificultades que conlleva ser intersexual como la variable causante de la sintomatología psicológica identificada. Debido a que el estudio apunta que existe una relación entre la detección tardía del DSD y la gravedad de la sintomatología psicopatológica, los autores recomiendan un esfuerzo por la detección temprana de condiciones de esta índole con el propósito de intervenir con la población eficientemente (Ediaty et al., 2015).

En otro estudio, realizado por D'Alberton y colegas (2015), compararon los resultados de diversos cuestionarios sobre manejo clínico, calidad de vida, y ajuste psicológico general que fueron administrados a 43 personas caucásicas con DSD 46,XY y a 43 mujeres sin DSD. Las personas con la condición 46,XY provenientes de Italia, demostraron experimentar mayores niveles de ansiedad y depresión que los del grupo control. Además, las personas con DSD presentaron conductas agresivas y de aislamiento. Las personas que experimentan la condición 46,XY cuentan con patrones cromosómicos típicos de los hombres, pero mantienen genitales que no se pueden clasificar del todo dicotómicamente; o cuentan con genitales típicos en la mujer. No obstante, las personas con la condición 46,XY exhibieron mayores logros a nivel educacional y laboral que el grupo de comparación (D'Alberton et al., 2015).

Por otro lado, Ross, Tartaglia, Merry, Dalva y Zinn (2015), investigaron niños y adolescentes desde 4 a 14 años con el Desorden

Cromosómico 47,XYY, los cuales no presentaron síntomas de ansiedad y depresión en general al contrastarlos con el grupo de comparación. El desorden 47, XYY es producto de una copia extra del gen Y en cada una de las células masculinas. A pesar de estar vinculado en la adultez a problemas de ansiedad y depresión, dicho estudio no encontró sintomatología similar en etapas tempranas del desarrollo (Ross et al., 2015).

En cambio, Van Rijn y colegas (2014) en un estudio con niños entre las edades de 9 a 18 años que contaban con un cromosoma X extra (trisomía X en féminas y Síndrome de Klinefelter en varones), se encontró que estos experimentaban mayores niveles de ansiedad en comparación con niños y niñas con autismo. En todas las situaciones investigadas en este estudio los niños y niñas intersexuales arrojaron altos niveles de ansiedad, siendo estas relacionadas a: a) su apariencia física, b) habilidades intelectuales y físicas, y c) actividades que promovían la deseabilidad social (Van Rijn et al., 2014). Similar a estos resultados, Close, Fennoy, Smaldone y Reame (2015), hallaron alto riesgo en hombres con Síndrome de Klinefelter de experimentar una pobre calidad de vida (67%), baja autoestima (38%), autoconcepto empobrecido (26%) y riesgo de depresión (16%).

En Suecia, Engberg y colegas (2017), compararon los hallazgos de entrevistas estructuradas psiquiátricas realizadas a mujeres suecas con DSD y grupo control. La muestra de este consistió en tres grupos con diferentes tipos de DSD (21 mujeres con el Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos Completo [CAIS, por sus siglas en inglés] y 15 mujeres con Disgenesia Gonadal Completa [CGD, por sus siglas en inglés]), de 21 mujeres con Insuficiencia Ovárica Prematura (POI, por sus siglas en inglés) y un grupo control con 61 mujeres similares en fecha y año de nacimiento a las antes mencionadas. Las mujeres que experimentan CAIS cuentan con un cariotipo 46,XY y con testículos en su área intraabdominal. Debido a una mutación en el receptor genético andrógeno sus cuerpos son incapaces de responder a la testosterona producida. Por tanto, externamente cuentan con el

fenotipo femenino, pero sin sus órganos sexuales internos correspondientes (Engberg et al, 2017). Por otra parte, la condición CGD puede implicar un cariotipo 46,XX o un 46,XY. Ambos se caracterizan por una carencia de desarrollo típico gonadal y de las hormonas sexuales. Sin embargo, en estas mujeres, el útero se desarrolla por la ausencia de la hormona antimülleriana (Engberg et al, 2017). Por otra parte, las mujeres que experimentan POI sufren de una disfuncionalidad en sus ovarios antes del tiempo esperado afectando esto su capacidad reproductiva. El objetivo del estudio fue comparar posibles comorbilidades psiquiátricas entre los grupos.

Engberg y colegas (2017), destacaron que un 85% de las participantes que experimentaban (CAIS) y (CGD) a su vez padecían de sintomatología psiquiátrica; siendo la ansiedad y depresión las más comunes. No obstante, los autores no pudieron determinar causalidad sobre las condiciones congénitas de intersexualidad como las precursoras de la ansiedad y depresión. Esto se debe a que las mujeres del grupo con POI (las cuales no producen hormonas como estrógeno de manera típica), similar al grupo intersexual, arrojaron resultados exuberantes en los niveles de depresión y ansiedad. Por tal razón, los autores concluyeron que pudiera ser el desequilibrio hormonal típico en dichas condiciones –y no las condiciones congénitas en sí– el propulsor de la sintomatología psicopatológica (Engberg et al, 2017).

Asimismo, con el propósito de investigar el efecto de las hormonas en los niveles de trastornos de ánimo y ansiedad, Mueller, Grissom y Dohanich (2014) realizaron una revisión de literatura investigando la influencia de las hormonas andrógenos (testosterona), estrógeno y progesterona en los niveles de ansiedad y depresión. En dicha revisión, se encontró consistencia en los estudios acerca de los altos niveles de depresión y ansiedad experimentados en hombres con niveles bajos de andrógenos (Síndrome de Klinefelter) y en mujeres con bajos niveles de estrógeno (Síndrome de Turner). Según los autores, dichos resultados son congruentes con la asociación hipotética existente entre los Desórdenes de Desregulación Gonadal y los trastornos de ánimo y ansiedad. Además, se encontró que la

administración de hormonas eficientes en las personas contribuye a una mejoría significativa en la sintomatología de depresión (Mueller et al, 2014).

Además, Mueller (2013) en otra revisión de literatura exploró los estudios que mediante Imágenes de Resonancia Magnética Estructural y Funcional (MRI, por sus siglas en inglés) habían investigado los cambios neuroanatómicos en adolescentes con condiciones endocrinas e intersexuales tales como: Hiperplasia, Síndrome de Klinefelter y Síndrome de Turner. A pesar de que los resultados encontrados fueron inconsistentes a través de los estudios sobre los efectos neuroanatómicos de los desequilibrios endocrinos, se halló un patrón de psicopatologías en estos. Según los autores, los resultados apoyan una asociación entre cambios en la amígdala e hipocampo y la exacerbación de los niveles de ansiedad y depresión reflejados en los estudios analizados (Mueller, 2013). Estos resultados son congruentes con los hallados de Green y colegas (2016), cuando compararon los niveles de ansiedad y el volumen de la amígdala entre un grupo de mujeres con Síndrome de Turner (ausencia parcial o completa de un cromosoma X en mujeres) y un grupo sin el Síndrome. Los resultados reflejaron niveles de ansiedad mayores en las mujeres con Síndrome de Turner, las cuales a su vez contaban con un tamaño mayor en la amígdala que mujeres sin DSD (Green et al, 2016). Dichos resultados son también congruentes con los hallados de Saad y colegas (2014) en mujeres de Egipto con Síndrome de Turner, las cuales de manera similar a los estudios previamente discutidos reflejaron niveles de ansiedad, depresión y problemas emocionales/sociales exacerbados.

Por otra parte, Lenroot y colegas (2014) se interesaron por investigar si existían diferencias neuroanatómicas en niñas con Trisomía X (un cromosoma X extra en mujeres) que pudieran relacionarse con diferencias cognitivas o conductuales típicas del desorden durante la niñez y adolescencia. Utilizando la tecnología del MRI los investigadores hallaron disminución significativa en el volumen del cerebro especialmente en los lóbulos temporales en

comparación con un grupo normativo. Además, mediante entrevistas semiestructuradas psiquiátricas, la sintomatología encontrada en mayor cantidad para las mujeres con Trisomía X fue la ansiedad (40%). También, (11%) de las participantes reflejan síntomas asociados a la depresión (Lenroot et al, 2014).

Salud Física

Diversas investigaciones proporcionan evidencia sobre la existencia de condiciones médicas que afectan la comunidad Intersexual. Entre los trastornos o síndromes que más impactan a las personas intersexuales, se encuentran: los problemas de aprendizaje, las dificultades en las funciones ejecutivas, las patologías del lenguaje, problemas comportamentales y psicopatologías (Barreda-Bonis, González-Casado, & García-Bouthelie, 2011). Por otra parte, existe otra gama de condiciones que están relacionadas a la comunidad intersexual, tales como: las anomalías visuales, auditivas y endocrinológicas; los problemas metabólicos, cardíacos y renales; como también las alteraciones óseas, odontológicas y el cáncer (Barreda-Bonis et al, 2011). La variabilidad en los cromosomas sexuales a menudo conlleva una gran variedad de posibles comorbilidades, por lo que deben realizarse evaluaciones médicas rigurosas según la edad, a través de los años (Barreda-Bonis et al, 2011).

Geschwind y Dykens (2004) realizaron un estudio sobre problemas neuroconductuales y psicosociales en personas diagnosticadas con el Síndrome de Klinefelter. A pesar de que este Síndrome regularmente no se relaciona con deficiencias cognitivas moderada o severa, se ha encontrado asociación con dificultad en el aprendizaje, las funciones ejecutivas y el lenguaje. Esto es congruente con otro estudio realizado por Fernández-Mayoralas y colegas (2010), donde se analizó a tres pacientes con Síndrome Klinefelter, en los que encontraron fenotipos conductuales distintos, sin embargo, presentaron

rasgos neuropsicológicos similares. Los resultados de este estudio revelaron que los niños con Síndrome de Klinefelter presentan una afección intelectual grave y prevalencia de síntomas psiquiátricos con relación a la conducta y agresividad. Además, se encontraron problemas de aprendizaje con relación al lenguaje en los tres casos, como dislexia y disfasia. Por otra parte, se encontró disfunción frontal ejecutiva en los tres casos, como déficit de atención y alteración motora. Además de que, en uno de los participantes se observó sintomatología agresiva, por ausencia de sus padres. Con respecto a los problemas neuropsicológicos, se encontraron problemas en las relaciones sociales, ideación suicida, agresividad y Trastorno Bipolar.

Siguiendo en la línea de hombres diagnosticados con Síndrome de Klinefelter, Van Rijn, Swaab, Magnée, Van Engeland y Kemner (2011), llevaron a cabo un estudio sobre marcadores psicofisiológicos que influyen en que hombres con un cromosoma extra desarrollen psicopatología. El Síndrome 47,XXY se asocia con vulnerabilidad para desarrollar psicopatología, incluida la psicosis. La muestra estuvo compuesta por 14 adultos con Síndrome Klinefelter y 15 adultos en el grupo control, en quienes se evaluaron tres marcadores psicofisiológicos de psicosis, como: movimientos oculares de seguimiento suave, inhibición de prepulso y supresión de P50 (potencial evocado con respuesta, se origina en el lóbulo temporal medio, en el hipocampo y cerca de éste). Durante el estudio se encontraron disfunciones en el movimiento ocular. Siendo menos suave en los participantes con Síndrome Klinefelter. Además, se mostraron inhibiciones de prepulso reducidas en el mismo grupo. Respecto a la supresión de P50 no se encontraron anomalías. Concluyeron que los marcadores psicofisiológicos pueden conducir al hallazgo de disfunciones centrales del cerebro que podrían estar relacionadas con mayor vulnerabilidad a padecer alguna psicopatología.

Por otra parte, Barreda-Bonis y colegas 2011, realizaron una revisión de literatura sobre mujeres Síndrome de Turner. En esta revisión se encontró que, aunque la inteligencia de las personas con Síndrome de Turner suele ser normal, en algunos casos se presentan

problemas de aprendizaje, generalmente en el área visoespacial, matemáticas y psicomotricidad. Esto es congruente con lo encontrado por López y Aguilar (2009), en una revisión de literatura con el fin de analizar asociaciones psicológicas, factores genéticos y ambientales en las pacientes con Síndrome de Turner. Según esta revisión un diez por ciento de las mujeres con Síndrome de Turner presentan cierto grado de deficiencia cognitiva y trastornos del lenguaje. Además, se reportaron casos con dificultades en el aprendizaje del funcionamiento ejecutivo y memoria de trabajo; y también se han encontrado dificultades en las habilidades visoespaciales y visomotoras.

Según la literatura, el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad es otra de las comorbilidades que suelen acompañar a las personas con Síndrome de Turner, debido a la dificultad en la organización y concentración (Barreda-Bonis et al, 2011). El mismo hecho fue hallado en un estudio donde se analizó el diagnóstico diferencial para Déficit de Atención con Hiperactividad. Para realizar ese análisis, se partió de la evolución conceptual y diagnóstica del trastorno, así como los criterios que envuelve el mismo. En los resultados se encontró que personas con alteraciones genéticas cromosómicas, como lo es el caso de personas con Síndrome de Turner y Klinefelter, suelen presentar síntomas conducentes a Déficit de Atención con Hiperactividad (Pérez, 2009).

Según Barreda-Bonis y colegas (2011) el Síndrome de Turner también está relacionado con anomalías oculares, tales como: estrabismo, ptosis (caída o prolapso de un órgano o parte de él), epicanto, hipertelorismo, ambliopía, daltonismo, queratocono, glaucoma, lenticono y cataratas. Siendo la anomalía ocular más frecuente es el estrabismo, que afecta a un 30 por ciento de las mujeres con Síndrome de Turner. Por otra parte, Wide Boman, Bryman y Möller (2004), llevaron a cabo un estudio relacionado al bienestar psicológico en mujeres con Síndrome de Turner, donde se encontró que las mujeres diagnosticadas con Síndrome de Turner y problemas auditivos expresan menor bienestar psicológico. Además, esto se ve reflejado en

las afirmaciones de otros investigadores, quienes expresan que mujeres con este Síndrome pueden desarrollar alteraciones auditivas como: otitis media, mastoiditis y colesteatoma (Barreda-Bonis et al, 2011).

Por otra parte, la variabilidad endocrinológica suele caracterizar a las personas intersexuales. Por lo que en un 30% de las pacientes con Síndrome de Turner desarrollan hipotiroidismo. Además, en la adultez estas personas tienen un alto riesgo de padecer síndromes metabólicos, alteración de la tolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo dos (Barreda-Bonis et al, 2011). Morales y Almánzar (2018) evaluaron la experiencia de personas con Síndrome de Turner en tratamiento hormonal de crecimiento y encontraron que 4 de las participantes experimentaron endocrinopatías, presentándose dos casos de hipotiroidismo, asociadas al cariotipo mosaico.

Además, las personas con Síndrome de Turner son propensas a desarrollar cardiopatías. Barreda-Bonis y colegas (2011), encontraron que aproximadamente un 30% de las niñas con Síndrome de Turner presentan cardiopatía congénita. Estas anomalías cardíacas pueden producirse tanto en el lado derecho, como el izquierdo del corazón y representan un gran riesgo. Entre estas anomalías cardíacas se encuentran la siguientes: 1) lado izquierdo del corazón: válvula aórtica bicúspide, coartación de aorta y dilatación aórtica, y 2) lado derecho: drenaje venoso pulmonar anómalo, vena cava superior izquierda, del tabique auricular o ventricular, ductos arterioso persistente, valvulopatía mitral o corazón izquierdo hipoplásico.

Estos hallazgos son congruentes con otro estudio en donde se encontraron tres pacientes con cardiopatías. Dos casos con déficit en la comunicación interventricular y un caso de foramen oval permeable. Además, en este estudio también se encontró que el Síndrome de Turner está asociado a malformaciones cardiovasculares, donde se presenta válvula aórtica bicúspide y coartación de aorta (Morales & Almánzar, 2018). No obstante, se ha encontrado que aproximadamente un 30 por

ciento de las adolescentes y un 50 por ciento de las adultas con este Síndrome desarrollan hipertensión arterial. Por otra parte, las anomalías renales no son poco frecuentes en las pacientes con Síndrome de Turner. Siendo las más frecuentes de estas malformaciones, el riñón de herradura asociado a 45,X; y los colectores dobles, asociados a mosaicos. Por lo anterior, las personas con este Síndrome se enfrentan a un mayor riesgo de contraer infecciones de orina (Barreda-Bonis et al, 2011).

Contreras, Cepeda y González (2017), realizaron una revisión de literatura sobre Síndrome de Turner. Los resultados arrojaron que es importante prestar atención al tipo mosaico, ya que esto conlleva una mayor probabilidad en desarrollar características y comorbilidades. Se encontró que existe frecuencia en los problemas relacionados a la odontología. Lo que representa algún grado de severidad en ocasiones; donde en la mayoría de los casos las personas padecen inflamación gingival. La tendencia a padecer osteoporosis en pacientes con Síndrome de Turner es frecuente, según algunos autores debido a la deficiencia de estrógeno, siendo mayor la incidencia de fracturas, a partir de los 45 años (Barreda-Bonis et al, 2011). Se estima que entre un 50 por ciento y 80 por ciento de las personas con Síndrome de Turner desarrollara osteopatías, tales como, osteopenia y osteoporosis (Morales & Almánzar, 2018).

También, Tizón-Bouza, García-Vázquez, Mato-Iglesias, Espino y Paula (2014) publicaron un caso de cáncer mamario masculino. A pesar de que es poco frecuente, el cáncer de mama suele afectar a hombres entre 60 años o más. Cabe mencionar que entre los factores de riesgo se encuentran padecer altos niveles de estradiol y otras hormonas estrógenas, debido alteraciones testiculares o genéticas como el Síndrome de Klinefelter. A pesar de que el carcinoma lobular se expresa con menos frecuencia, se ha diagnosticado en personas con Síndrome de Klinefelter.

Por último, es importante exponer que las afecciones y comorbilidades se dan más frecuentemente en las personas con Síndrome de Turner con cariotipo mosaico (Morales & Almánzar, 2018). Además, por todos los riesgos mencionados anteriormente, aumenta la tasa de mortalidad en estas personas cuatro veces más que la población en general. No obstante, por sus características físicas estas personas, suelen desarrollar bajos niveles de autoestima, autonomía y alta dependencia de sus cuidadores (Barreda-Bonis et al, 2011).

Discusión

Al explorar la literatura científica sobre la calidad de vida y la salud de las personas intersexuales encontramos que es escasa la información disponible. Es poco lo que se encuentra en la literatura científica sobre la calidad de vida de las personas intersexuales y no se tuvo éxito al explorar investigaciones con las variables de bienestar psicológico y social en esta comunidad. Son preocupantes los pocos hallazgos que se han encontrado sobre la calidad de vida de las personas intersexuales, ya que aparenta ser que el no encontrarse entre la dualidad del sexo conlleva perder calidad en la vida, especialmente en el área sexual y al relacionarse con otras personas (Schönbucher et al., 2012). Parece ser que esta comunidad no suele sentirse cómoda con su cuerpo, debido a la inconformidad con los estándares sociales actualmente establecidos. Como menciona Batista Bellini (2017, p.10) “siguiendo esta lógica es que, en función de mantener un orden social heteronormativo, será necesario presuponer la coherencia de la dualidad sexual con un orden natural”. Es decir, todo aquello que no conocemos como “normal” es percibido como error natural o inaudito.

En cuanto a la salud mental de la comunidad, al igual que otras minorías sexuales y de género, las personas intersexuales suelen presentar mayores niveles de sintomatología psicológica, tales como la desánimo, ansiedad y la depresión (D'Alberty et al., 2015; Ediat et al., 2015; Van Rijn et al., 2014; Ross et al., 2015). Estos síntomas no

tan solo suelen ser parte del panorama psicosocial, sino que aparenta haber evidencia neurológica de que la sintomatología psicológica de muchas personas con DSD podrían estar influenciada por desbalances químicos causados por su misma etiología (Mueller, 2013). Además, se encontraron asuntos relacionados a la apariencia física, autoestima y autoconcepto (Close et al., 2015; Van Rijn et al., 2014), fenómenos que están muy relacionados a la imagen corporal que está ciertamente relaciona a las construcciones sociales. Si la construcción del género como fenómeno psicosocial ha sido tema de arduo debate y todavía continúa predominando la noción sociocultural y legal de éste como dicotómico, el concepto del sexo por ser un constructo biológico complejiza el debate por su rudimento naturalista el cual está atado a lo polarizado (Hester, 2004). Por tanto, aunque se han logrado grandes avances desde las ciencias sociales, falta tiempo considerable para la aceptación del sexo y sus identidades como un continuo. A pesar de la importancia del sexo para las identidades de género, debido a que -no hay género sin sexo- (Hester, 2004).

Por otro lado, la salud física de la comunidad intersexual no es un panorama fácil. Muchas de las condiciones o síntomas que suscitan la intersexualidad, vienen acompañados con diversas dificultades médicas que empeoran las circunstancias de vida de la comunidad y por tanto afecta su calidad de vida y bienestar psicosocial. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que muchas de las personas intersexuales vivieran una vida con doble distrés minoritario, por no tener un sexo polarizado y por ser parte de una comunidad de diversidad funcional, y las implicaciones sociales que esto repercute.

En fin, la comunidad intersexual interyace entre los dos sexos reconocidos desde lo legal hasta los constructos judeocristiano que predominan en nuestras sociedades. Lo *inter* debería celebrarse e incorporarse mejor en nuestros conceptos de diversidad. Las sociedades debemos movernos lejos de las interfobias y de la patolización de lo *inter*. Debemos deconstruir el mito de que todos somos iguales y comenzar a aceptar que todas las personas somos diferentes, y cada cual

tiene derecho a ser reconocido por lo que es y no por lo que debería ser para encajar en las limitadas categorías mayoritarias de poder. Una comunidad visibilizada e incorporada disminuye las disparidades en salud. Con el fin de continuar transgrediendo los paradigmas dominantes actuales, se recomienda mayor investigación en el tema desde la psicología y la salud en el tema.

Recomendaciones

Se recomienda que se continúe investigando la comunidad más a profundidad. Se exhorta a recoger más datos cuantitativos que pongan en perspectiva las necesidades y vivencias de la comunidad y menos artículos teóricos. Se invita a continuar trabajando aspectos relacionados a la calidad de vida, salud mental y salud física, tanto con las variables encontradas y discutidas en este artículo, como a aquellas variables que no fueron encontradas en la búsqueda tales como: estrés, bienestar psicológico, bienestar social, autoestima, estrés de minoría, desesperanza, divulgación de la identidad, entre muchas otras. Además, se recomiendan estudios de necesidades de la comunidad.

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio fueron varias. Este estudio comenzó desde un modelo de revisión sistemática, pero debido a las pocas investigaciones del tema se convirtió en un descriptivo. Se tomaron en cuenta 4 bases de datos para obtener los resultados, por ser las de mayor prestigio. Algunos artículos encontrados fueron eliminados debido a que su contenido no guardaba relación con la pregunta de investigación. Aunque intentamos utilizar la mayor cantidad de términos para describir a la comunidad intersexual en la búsqueda, la comunidad es tan variada que continuamos encontrando otros términos en el camino.

Referencias

- American Psychological Association. (2006). *Answers to your questions about individuals with intersex conditions*. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/sexuality/intersex.pdf>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Asociación de Psicología de Puerto Rico. (2014). *Estándares para el trabajo e intervención en comunidades lesbianas, gay, bisexuales e identidades trans (LGBT)*. Recuperado de http://docs.wixstatic.com/ugd/0522af_89334b8cc3904582841b58dcce2ca374.pdf.
- Barreda-Bonis, A. B., González-Casado, I., & García-Bouthelie, R. G. (2011). Síndrome de Turner. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos Pediátricos, 1*, 218-227.
- Batista-Bellini, C. (2017). *Cuerpos revolucionarios: Aportes para la incipiente visibilidad de las personas intersexuales*. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_carolina_batista_bellini.pdf.
- Boman, U. W., Bryman, I., & Möller, A. (2004). Psychological well-being in women with Turner syndrome: Somatic and social

- correlates. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3/4), 211-219. doi:10.1080/01674820400017855.
- Close, S., Fennoy, I., Smaldone, A., & Reame, N. (2015). Phenotype and adverse quality of life in boys with Klinefelter Syndrome. *The Journals of Pediatrics*, 167(3), 650–657. doi:10.1016/j.jpeds.2015.06.037.
- D'Alberton, F., Assante, M. T., Foresti M., Balsamo, A., Bertelloni, S., Dati, E., . . . Nardi, L. (2015). Quality of life and psychological adjustment of women living with 46,XY differences of sex development. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 1440-1449. doi: 10.1111/jsm.12884.
- Diamond, M., & Beh, H. G. (2008). Changes in the management of children with intersex conditions. *National Clinical Practice in Endocrinology Metabolism*, 4(1), 4–5. doi: 10.1038/ncpendmet0694
- Ediati, A., Faradz, S., Juniarto, A. Z, Van Der Ende, J., Drop, S., & Dessens, A. B. (2015). Emotional and behavioral problems in late-identified Indonesian patients with Disorders of Sex Development. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 76-84. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.12.007.
- Engberg, H., Strandqvist, A., Nordenström, A., Butwicka, A., Nordenskjöld, A., Hirschberg, A. L., & Frisén, L. (2017). Increased psychiatric morbidity in women with Complete Androgen Insensitivity Syndrome or Complete Gonadal Dysgenesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 122-127. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.08.009.
- Esteban, C., & Toro-Alfonso, J. (2016). ¿Es niño o niña?, ¿Intersexual?: Introducción, problematización y recomendaciones para la psicología. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 13(1), 108-122.
- Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Jaén, A., Muñoz-Jareño, N., Melón-Schmidt, M., Pleguezuelos-López, M. E. & Calleja-Pérez, B. (2010). Aspectos clínicos de tres pacientes con el Síndrome 48, XXYY. *Acta Pediátrica Española*, 68(4), 197-201.
- Geschwind, D., & Dykens, E. (2004). Neurobehavioral and psychosocial issues in Klinefelter Syndrome. *Learning Disabilities Research & Practice*, 19(3), 166-173. doi:10.1111/j.1540-5826.2004.00100.x.
- Green, T., Fierro, K. C., Raman, M. M., Foland-Ross, L., Hong, D. S., & Reiss, A. L. (2016). Sex differences in amygdala shape: Insights from Turner Syndrome. *Human Brain Mapping*, 37(4), 1593-1601. doi: 10.1002/hbm.23122.
- Hester, J. D. (2004). Intersexes and the end of gender: Corporeal ethics and postgender bodies. *Journal of Gender Studies*, 13(3), 215-225. doi: 10.1080/0958923042000287830.
- Kim, K. S., & Kim, J. (2012). Disorder of sex development. *Korean Journal of Urology*, 53(1), 1-8. doi: 10.4111/kju.2012.53.1.1.
- Lenroot, R. K., Blumenthal, J. D., Wallace, G. L., Clasen, L. S., Lee, N. R., & Giedd, J. N. (2014). A case-control study of brain structure and behavioral characteristics in 47,XXX Syndrome. *Genes, Brain and Behavior*, 13(8), 841-849. doi: 10.1111/gbb.12180.
- López, M., & Aguilar, M. (2009). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: Interacción genes-ambiente. *Psicología: Ciencia y Profesión*, 29(2), 318-329.

- Morales, S., & Almánzar, R. (2018). Experiencia en el tratamiento con hormona de crecimiento en las pacientes con Síndrome de Turner. *Ciencia y Salud*, 2(1), 33-40. doi:10.22206/cysa.2018.v2i1.pp33-40
- Mueller, S. C. (2013). Magnetic resonance imaging in pediatric psychoneuroendocrinology: A new frontier for understanding the impact of hormones on emotion and cognition. *Journal of Neuroendocrinology*, 25, 762-770. doi: 10.1111/jne.12048.
- Mueller, S. C., Grissom, E. M., & Dohanich, G. P. (2014). Assessing gonadal hormone contributions to affective psychopathologies across humans and animal models. *Psychoneuroendocrinology*, 46, 114-128. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.04.015.
- Ortíz, J., Nakagoshi, S., & Martínez, G. (2017). Enfoque odontológico del Síndrome de Turner. *Revista Mexicana de Estomatología*, 4(2), 27-37.
- Pérez, C. M. (2009). Diagnóstico diferencial en el TDAH. *Psicología Educativa*, 15(2). doi: 10.5093/ed2009v15n2a1.
- Ross, J. L., Tartaglia, N., Merry, D. E., Dalva, M., & Zinn, A. R. (2015). Behavioral phenotypes in males with XYY and possible role of increased NLGN4Y expression in autism features. *Genes, Brain and Behavior*, 14(2), 137-144. doi: 10.1111/gbb.12200.
- Saad, K., Abdelrahman, A. A., Abdel-Raheem, Y. F., Othman, E. R., Badry, R., Othman, H. A., & Sobhy, K. M. (2014). Turner Syndrome: Review of clinical, neuropsychiatric, and EEG status: An experience of tertiary center. *Acta Neurologica Belgica*, 114(1), 1-9. doi: 10.1007/s13760-013-0264-9.
- Schönbucher, V., Schweizer, K., Rustige, L., Schützmann, K., Brunner, F., & Richter-Appelt, H. (2012). Sexual quality of life of individuals with 46,XY Disorders of Sex Development. *Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3154–3170. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01639.x.
- Schweizer, K., Brunner, F., Schützmann, K., Schönbucher, V., & Richter-Appelt, H. (2009). Gender identity and coping in female 46, XY adults with Androgen Biosynthesis Deficiency (intersexuality/DSD). *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 189–201. doi: 10.1037/a0013575.
- Szarras-Czapnik, M., Lew-Starowicz, Z., & Zucker, K. J. (2007). A psychosexual follow-up study of patients with mixed or partial gonadal dysgenesis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(6), 333-338. doi: 10.1016/j.jpag.2007.03.096.
- Tizón-Bouza, E., García-Vázquez, P., Mato-Iglesias, A., Espino, M., & Paula, M. (2014). Lesión tumoral sangrante en urgencias: A propósito de un caso de carcinoma mamario en un hombre. *Gerokomos*, 25(1), 48-51.
- Van Rijn, S., Stockmann, L., Borghgraef, M., Bruining, H., van Ravenswaaij-Arts, C., Govaerts, L., . . . Hansson, K. (2014). The social behavioral phenotype in boys and girls with an extra X chromosome (Klinefelter Syndrome and Trisomy X): A comparison with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 44(2), 310-320. doi: 10.1007/s10803-013-1860-5.
- Van Rijn, S., Swaab, H., Magnée, M., Van Engeland, H., & Kemner, C. (2011). Psychophysiological markers of vulnerability to psychopathology in men with an extra X chromosome (XXY). *PLOS ONE*, 6(5), e20292. doi:10.1371/journal.pone.0020292.
- Witten, T. M. (2003). Life course analysis: The courage to search for something more: Middle adulthood issues in the transgender

and intersex community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(2/3), 189-224.
DOI:10.1300/J137v08n02_12.

World Professional Association for Transgender Health. (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*. Recuperado de <http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20%202011%20WPATH.pdf>.