

Abordaje de transexualidad en consulta de VIH desde una perspectiva de género. Reporte de caso

An approach to transexualism in the HIV clinic from a gender perspective. Case report

Leonardo Arévalo M.¹

RESUMEN

Objetivo: dar a conocer las diferentes facetas que pueden ser abordadas desde la consulta del programa de pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVS), cuando se identifican situaciones coexistentes con la patología de base.

Método: por medio de este reporte de caso se abordó el tema de transexualidad en un paciente que asiste a un programa de atención en VIH/SIDA; el análisis de material obtenido de la interacción con el paciente se realizó por medio del software ATLAS.ti que identificó catorce categorías, seis familias, y dos superfamilias.

Resultados: se observó la influencia de su entorno social en la toma de decisiones finales, logrando determinar por medio de las categorías los diferentes pasos que se tuvo en la construcción de su identidad. Se determinó el inicio de un manejo interdisciplinario de identidad sexual, en el cual se garantizaron todas las prestaciones a que hubo necesidad, y se ofrecieron todas las posibilidades terapéuticas siguiendo unos lineamientos en el tratamiento, que muy posiblemente no se hubieran realizado si no estuviera en el programa.

Palabras clave: transexualismo, identidad de género, orientación sexual, VIH

ABSTRACT

Objective: to account for the different methods that can be used to reach patients when coexisting circumstances are identified in a clinic through a program for patients living with human immunodeficiency virus (PVVS).

Method: the subject of transsexualism is approached from a case report of a patient who attends an HIV/AIDS program; ATLAS.ti software was used for the analysis of material obtained from the interaction with the patient. The software identified fourteen categories, six families and two super-families.

Results: the influence of social environment was observed at the time of final decisions making; throughout the different categories, the steps for the construction of the individual identity were determined. An interdisciplinary management of sexual identity was provided and delivered including all the needs and all the therapeutic options according to treatment guidelines. This most likely would not have happened if the patient had not been in the program.

Key words: transexualism, genderidentity, sexual orientation, HIV

Recibido: 2011-11-17; aprobado: 2012-06-21

1. Médico Cirujano, Magister Salud Sexual y Reproductiva (c), Universidad El Bosque. Médico Programa VIH/SIDA. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: leonardoarevalo@tutopia.com

MÉTODO

Por medio de este reporte de caso se tiene por objetivo dar a conocer las diferentes facetas en comportamiento, toma de decisiones y acompañamiento que pueden ser abordadas desde la consulta del programa de pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVS), cuando se identifican situaciones coexistentes con la patología de base, específicamente, las observadas en la identidad y orientación sexual; es así como se ha podido observar en la consulta diaria, luchas internas de diferentes aspectos como parte del reconocimiento de su propio ser.

La observación presentada se realiza mediante un análisis de material obtenido de interacción con el paciente por medio del software ATLAS.ti que identificó catorce categorías, seis familias, y dos superfamilias donde se presentan los diferentes aspectos que se ven obligados a vivir estas personas.

INTRODUCCIÓN

La comprensión del ambiente que rodea a los pacientes que viven la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), consta no solo de los aspectos de la fisiopatología, sus paraclínicos y tratamiento, sino también del entendimiento de su psiquis, los conflictos internos dados por la estigmatización y la satanización por convivir con el virus, además de la importancia generada por el contexto social; si estos aspectos no son abordados adecuadamente y vigilados, pueden conllevar a consecuencias tan nefastas como la no adherencia al tratamiento y por ende a la presencia de múltiples comorbilidades. La consulta en este paciente debe ser complementaria a la ya practicada, en la cual se puede enfatizar en aspectos de la salud sexual del individuo, salud sexual definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias en los aspectos relacionados con la sexualidad (1).

Dentro de los pacientes, la transexualidad es una parte compleja que amerita la intervención de todo el grupo interdisciplinario en los programas acompañantes. La transexualidad fue descrita en 1953 como la relación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo (2); el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV lo ha identificado como una alteración en la identidad sexual en la cual, el paciente se siente atrapado en un cuerpo del sexo al cual no corresponde, y presenta un intenso deseo de someterse a cirugía para corregir esta discordancia (3). Incluso se ha llegado a considerar que la transexualidad se encuentre clasificada como un trastorno de salud mental debido a que provoca comportamientos y sentimientos que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa (4). Sin embargo, en la actualidad este tipo de clasificaciones están siendo cuestionadas tanto por estudios críticos de la sexualidad como por los movimientos de diversidades sexuales, incluso la revisión del DSM V, estimada a publicarse en Mayo de 2013, ya ha tenido que hacer modificaciones al respecto.

Estas personas concluyen que han nacido en un sexo equivocado, generando un total desequilibrio en el trinomio de la identidad sexual, el rol sexual y el sexo anatómico, lo cual genera un malestar con el sexo asignado (5), y tienen un deseo constante de vestir, vivir y ser tratadas como miembros del otro género, dando lugar a diferentes grados de disforia, insatisfacción y deseos de cambio de sexo con un autoconcepto poco consolidado socialmente (6). Son los enfoques de diversidad sexual y perspectiva de género los que han permitido un mejor desarrollo y tránsito entre sexos.

La condición usualmente genera un gran sufrimiento en prácticamente todos los ámbitos de la cotidianidad como los personales, familiares, laborales, de pareja y sociales, debido a la poca información que incitan a la incompreensión, al rechazo y a la intolerancia, con lo que se pueden presentar alteraciones y trastornos emocionales en estas personas (7).

Estos sentimientos son resultado de la sensación de incomodidad con el propio cuerpo y la necesidad de realizar la reasignación o cambio de sexo, concomitante con el frecuente rechazo familiar y social que repercute en el nivel de autoestima (8).

La clasificación de este trastorno de identidad sexual tiene en cuenta la edad de presentación: consta de un transexualismo primario cuando las alteraciones en la identidad de género están desde la infancia, y

el transexualismo secundario, cuando la edad de comienzo es en la adolescencia o adultez (3, 9).

Su enfoque diagnóstico y terapéutico tiene una gama de complejidad debido a que se hace necesario e indispensable las mediaciones de diferentes interconsultantes, que pueden dar conceptos diferentes, y abordar al paciente de diversas maneras, con un enfoque integral que debe estar centrado en el paciente, teniendo en cuenta el respeto al paciente, su dignidad, su autonomía y sus derechos, los cuales deben prevalecer en los momentos de verdad del paciente ante los efectos irreversibles del tratamiento, por lo que debe seguir una noción de proceso y ser realizado por profesionales calificados (10).

Este proceso consta de un año de identificación del estado del paciente y sesiones psicoterapéuticas donde intervienen todos los profesionales de salud; posteriormente se inicia una disminución farmacológica de la producción de hormonas masculinas (reversible) y la administración en altas dosis de hormonas del sexo opuesto (11, 12), la cual se instaure como un tratamiento permanente. Luego de dos años de este manejo se realizan valoraciones compuestas y se decide practicar la intervención quirúrgica; como requisitos indispensables a este paso, la persona ha debido superar la cotidianidad de la vida real bajo la identidad sexual deseada, debe vivir en el rol del sexo opuesto en los ámbitos personal y profesional (13).

El orden de los pasos mencionados cobra gran importancia, ya que se puede dar un arrepentimiento por parte del paciente debido, entre otros, a diagnóstico incorrecto, pérdida del soporte familiar y social, inestabilidad personal, escasas redes de apoyo social, trastornos de personalidad y situaciones traumáticas a una edad temprana (14).

La realidad en la diversidad sexual involucra el reconocimiento de un escenario de géneros e identidades múltiples, que se ponen de manifiesto como construcciones socioculturales de sexo y género en las personas transexuales (15); al lograr el resultado deseado, las mujeres trans tienen un factor agregado como población vulnerable al VIH/Sida, debido a las pautas sociales excluyentes de sexo y de género que producen una discriminación ante

una sociedad patriarcal y machista, que solo acepta lo masculino y lo femenino como normal (16).

Desde el punto de vista de la perspectiva de género, para este tipo de casos se tiene en cuenta las experiencias, realidades, luchas y necesidades de las personas que se ubican fuera de los marcos normativos en los que se organizan socialmente las identidades de género y las sexualidades (16).

A continuación se describirá un caso clínico que muestra el camino que cursan algunas personas en este proceso de búsqueda y lucha de reconocimiento de su identidad consigo mismo y con la sociedad, y la influencia de estos factores en la persona para hacer visible el contexto social de pacientes que viven con el VIH.

INFORME DE CASO

Paciente de 50 años de sexo masculino, quien asiste a un programa VIH/SIDA-PVVS (paciente que vive con el virus de inmunodeficiencia humana/SIDA) de la ciudad de Bogotá; el paciente fue diagnosticado desde 2003 con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Durante sus controles en el programa, existe una adecuada adaptación al diagnóstico y su tratamiento, pero se logra identificar que existen condiciones que mantienen al paciente ansioso, intranquilo, inquieto, preocupado, con insomnio, situación que se considera puede causar problemas de falta de adherencia al protocolo de tratamiento. En controles con interconsultantes del programa, se observa un claro problema de identidad sexual, el cual inicia desde la niñez a la edad aproximada de 7-8 años; él procede de una familia tradicional antioqueña compuesta por padres y 12 hermanos; el paciente refiere preferir los juegos de niñas con muñecas a los que le impone la sociedad, como juegos masculinos con carros y balones. En la adolescencia se descubren gustos por la ropa femenina y es así como, a escondidas de sus hermanas, utiliza sus ropas y se viste con faldas y blusas, ropa que posteriormente escondía para que no se dieran cuenta que habían sido manipuladas por él. El paciente para ese momento ha tenido varias novias, y a la edad de 23 años decide casarse; de esta unión nace su único hijo con el cual tiene una relación muy buena, de confianza y llena de

buenos sentimientos. Deciden separarse debido que no llevan una adecuada relación por los conflictos dados por su temperamento y por las condiciones de exigencias de ambas partes; en los años posteriores él tiene una confrontación interna, entre sus deseos de sentirse y verse como mujer, y la reacción que pueda tener su entorno social; además surge un nuevo interrogante, se trata de su orientación sexual, ya que si se identifica como una mujer, piensa que lo más lógico es que se sienta atraído por los hombres. Durante su trabajo como conductor conoce a un hombre con quien establece una amistad; un día bajo el estado de embriaguez tiene una relación sexual sin protección. El paciente no vuelve a ver a este amigo, y varios meses después se entera por personas conocidas mutuas que ha fallecido por causas descritas como SIDA. El paciente consulta a su institución prestadora de servicios de salud (IPS) realizándose voluntariamente el tamizaje y se diagnostica la infección por VIH.

Inicia los controles dentro del programa con una adecuada adaptación a su patología y muy buena adherencia a los medicamentos; en su seguimiento se identifica ánimo decaído, ansiedad y se reconoce que presenta un trastorno de identidad sexual. Se inician controles y evaluación por especialistas como urología, endocrinología y psiquiatría; luego de meses de estudios se autoriza cambio de sexo, se inicia una primera etapa con administración de altas dosis de estrógenos donde se comienzan a ver cambios corporales. Sin embargo luego de 6 meses de tratamiento farmacológico, el paciente suspende medicamentos debido a que refiere sentirse enamorado, pero contrario a lo que él suponía se trata de una mujer, por quien aumenta su conflicto, ya que él creía que si su identidad es de mujer no se debería sentir atraído hacia las mujeres. En acompañamiento por psicología, se aborda este tema, y se decide junto con el paciente, valorar este tipo de sentimientos y la posible relación que allí pueda existir, por lo cual se orienta al paciente para que le manifieste sus sentimientos a esta mujer. Coincide que esta persona fue la primera novia del paciente a quien reencuentra en un aeropuerto y vuelve a comunicarse con ella desde ese momento. Luego de confesada su atracción empiezan una relación de varios meses, cohibida por los gustos secretos del paciente. Se continúa a una segunda etapa donde el paciente le dirá a esta

persona que tiene la infección por VIH; así lo hace, pero ante esta situación la mujer decide abandonar al paciente, dejándolo con una gran frustración porque reafirma que el convivir con VIH le genera muchos limitantes en el goce de su felicidad y bienestar. Se da apoyo en acompañamiento y consejería en esta situación; luego tiene varias relaciones que terminan abruptamente, una de ellas debido a que la pareja lo descubre una mañana usando toda su ropa. Luego de un año de intentar una estabilidad en su estado de ánimo, vivencias y deseos, el paciente opta por llevar a cabo su deseo de sentirse plenamente como mujer, pues su sentir diario es incontrolable al estar en un cuerpo que no corresponde a lo que siente, pero en esta ocasión desea ser intervenido quirúrgicamente. En junta con los diferentes servicios de salud se decide inicio de manejo farmacológico y generar cambios en comportamiento, que incluyen el maquillarse, usar tacones, vestirse con ropa de mujer y cambiar su imagen, incluso establecer su nombre de mujer, antes de optar por un enfoque radical no reversible. Para este momento el paciente tiene 49 años, es muy adherente al manejo antirretroviral, con un adecuado estado inmunológico y una carga viral VIH indetectable. Como en otras ocasiones se invita al paciente a que le comunique sus decisiones a su familia; el paciente lo realizó con madre e hijo, los cuales lo apoyan en sus decisiones.

Luego de 6 meses de uso de hormonas femeninas y orientación en cambios de rol, el paciente, en reunión familiar, comenta su situación y decisión a sus hermanos y demás familiares, los cuales la respetan, pero lo confrontan con respecto a un cambio a su edad y a su morfología, que muy difícilmente lo llevaría a verse como una mujer esbelta, y la dificultad que tendrían como familia pues no lo tratarían igual ya que no comparten esta decisión; estos escenarios ya habían sido explorados en múltiples ocasiones por parte del equipo de salud con el paciente. El paciente, tras varias semanas de discernimiento, coloca su realidad en una balanza y decide abandonar todo el proceso de cambio de sexo que hasta este momento se había dado, refiriendo que para él lo más importante era la familia, y que la opinión de sus seres queridos había influenciado demasiado en las decisiones que debía tomar.

Actualmente el paciente refiere en consulta su deseo de controlar el impulso por ser mujer, por lo cual está en manejo con alprazolam y fluoxetina y en controles mensuales.

ANÁLISIS

Para el análisis de este caso clínico, previo consentimiento informado del usuario, se obtuvieron como documentos primarios una entrevista realizada al paciente en archivo de audio en formato mp3 con duración de 21,42 minutos, un escrito digitalizado en formato rtf del paciente, que describe el descubrimiento de su identidad, y un dibujo hecho por él donde ilustra su imagen corporal, el cual fue digitalizado en formato jpg. Estos archivos fueron ingresados al programa ATLAS.ti versión 6.2.26 (17) y se sometieron al respectivo proceso de estudio.

Del audio se consiguieron 29 citas que representan las nociones más importantes y llenas de significado de lo expresado por el paciente. En el escrito se construyeron 4 citas y 3 memos para posterior análisis; se realizó un análisis gráfico del conteo de palabras por medio del sitio en internet wordle (18). Se realizaron conexiones, por medio de hipervínculos, de los resultados en los anteriores documentos con la representación gráfica elaborada por el paciente.

Como siguiente paso, estas citas se identificaron como parte de categorías que fueron construyéndose en el proceso de análisis, que se encuentran a continuación relacionadas: Control, Decisión, Definición, Enamoramiento, Error, Familia tradicional, Frustración, Gustos escondidos, Homosexualidad, Identidad, Importante, Miedo, Orientación heterosexual y Rechazo.

Se codificaron bajo familias las siguientes categorías, que representan en conjunto la relación y asociación de los mismos significados dentro del discurso del paciente: Anhelo, Estado de salud, Factores decisivos, Limitantes, Orientación sexual y Resultado.

En el análisis se obtuvieron como superfamilias a dos grupos, los cuales fueron: Expresión del ser y Restricciones perjudiciales.

En el análisis de la unidad hermenéutica se elaboraron las redes semánticas que facilitaron una mejor inter-

pretación en el caso clínico. Estas representaciones gráficas se relacionan en los anexos correspondientes.

DISCUSIÓN

Dentro del análisis del material obtenido de la intervención con el paciente, se observó la influencia de su entorno social en la toma de sus últimas decisiones. Se logró determinar, por medio de las categorías, los pasos tan dinámicos y complejos que se tuvo en la construcción de su identidad; se pudo establecer que esta construcción tardó varias etapas de su ciclo vital y la decisión determinante fue impulsada por los sentimientos de sufrimiento en cuanto a no lograr cumplir su sueño de verse en un cuerpo de mujer y sentirse físicamente ajeno a sus sentimientos, lo cual llevó a la transformación varios años después, ya que el manejo interdisciplinario empezó a los 46 años mientras se encontraba en el programa de VIH/SIDA, cuando los sucesos definitivos acontecieron y ya que no había evaluado como opción la necesidad de consultar a ningún servicio médico.

En las mismas categorías se observó una gran dualidad en las situaciones vividas desde la niñez. Fue de gran peso la educación recibida en su familia tradicionalista del eje cafetero, que tiene una construcción de género basada en los poderes de masculinidad y heterosexismo (19); esto conllevó a que el paciente presentara confusión ante identidad sexual y miedo al compartir esta situación con su familia.

Desde el principio de la identificación sexual se ve obligado a no manifestar ninguna idea con la que pudiera recibir alguna orientación, pues allí “estaban prohibidos los homosexuales”, como él lo manifiesta. Se casa aún en contra de sus sentimientos, lo cual trae como consecuencia un matrimonio que se disolvió a los pocos meses; a los 48 años, luego de varias terapias con psicología y la intervención de todo el grupo disciplinario, identifica que su identidad es femenina pero su orientación sexual es la de atracción hacia las mujeres.

Para este momento el discurso del paciente está enfocado en su bienestar tomando como base su identidad y orientación sexual, mientras que las alteraciones en el equilibrio salud - enfermedad como el vivir con el VIH pasaron a un segundo plano, y sí lo reconoce como un error que surgió

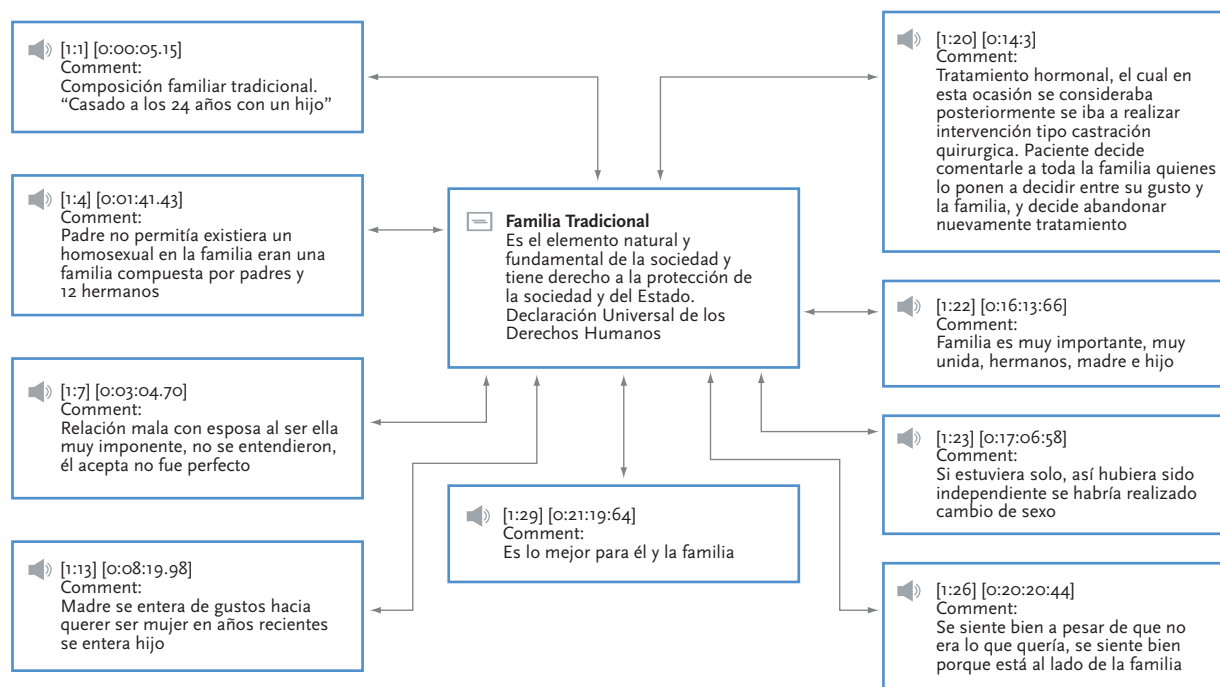
de la desinhibición por efecto del alcohol, dejándose llevar por la situación y con comportamientos “incorrectos” para el paciente, como fue el relacionarse sexualmente con un hombre y que haya sido con mayores factores de exposición al virus al no protegerse con el preservativo.

Finalmente la decisión terminante está totalmente influenciada por un solo encuentro que tuvo con toda su familia; su deseo de satisfacción con su manera de “poder ser” es una lucha continua contra la sociedad y la posible percepción de la familia; sin embargo, decide enfrentarlo diciéndole a toda la familia, quienes manifiestan que respetan su posición, pero no habría un apoyo y sí una advertencia hacia el cambio de trato y posible marginación en la propia familia por el cambio físico evidente que tendría al convertirse en mujer. Esta misma información había sido dada por el personal de salud que tuvo contacto con él, e incluso se le informó que su cambio no sería hacia la figura estéticamente esbelta sin desperfectos dada su morfología, pero el

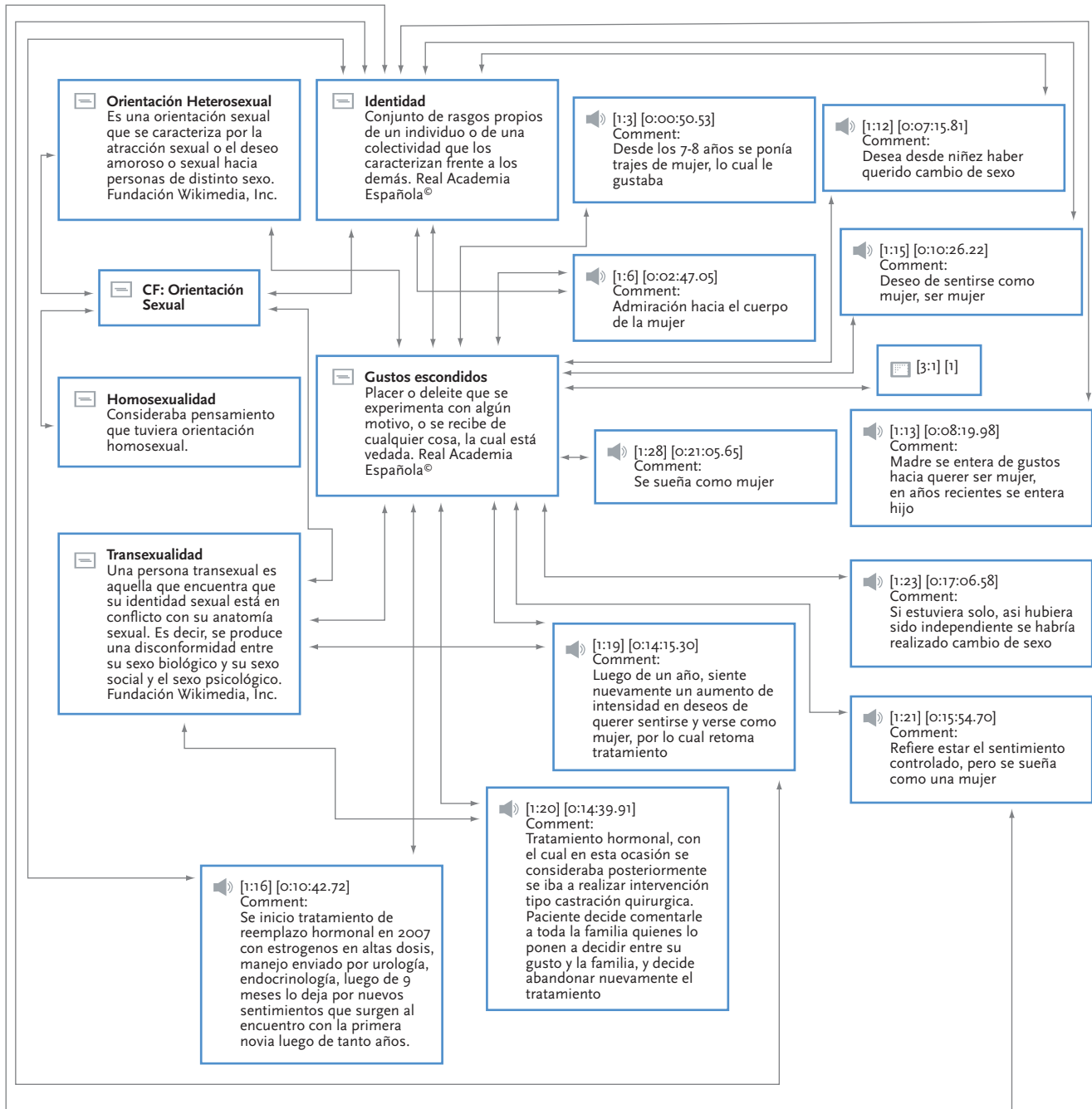
paciente la invisibilizó por la propia imagen que tenía como deseo. Para el paciente fue más importante que su familia no lo abandonara, prevaleció lo que ellos pensaron a su deseo íntimo y gusto, generando una toma de posición de la situación desde otra perspectiva.

Como se logró determinar, se inició un manejo interdisciplinario en identidad sexual, en el cual se garantizaron todas las prestaciones a que hubo necesidad, y se ofrecieron todas las posibilidades terapéuticas siguiendo unos lineamientos en el tratamiento que muy posiblemente no se hubieran realizado si no estuviera en el programa. De ahí la importancia que los profesionales de salud estén plenamente capacitados en el abordaje integral en la consulta de VIH, que además de estar minado por el estigma y discriminación social, consta de múltiples escenarios de violencia de género de los cuales también se debe ser participe en su quebrantamiento y recuperación del individuo.

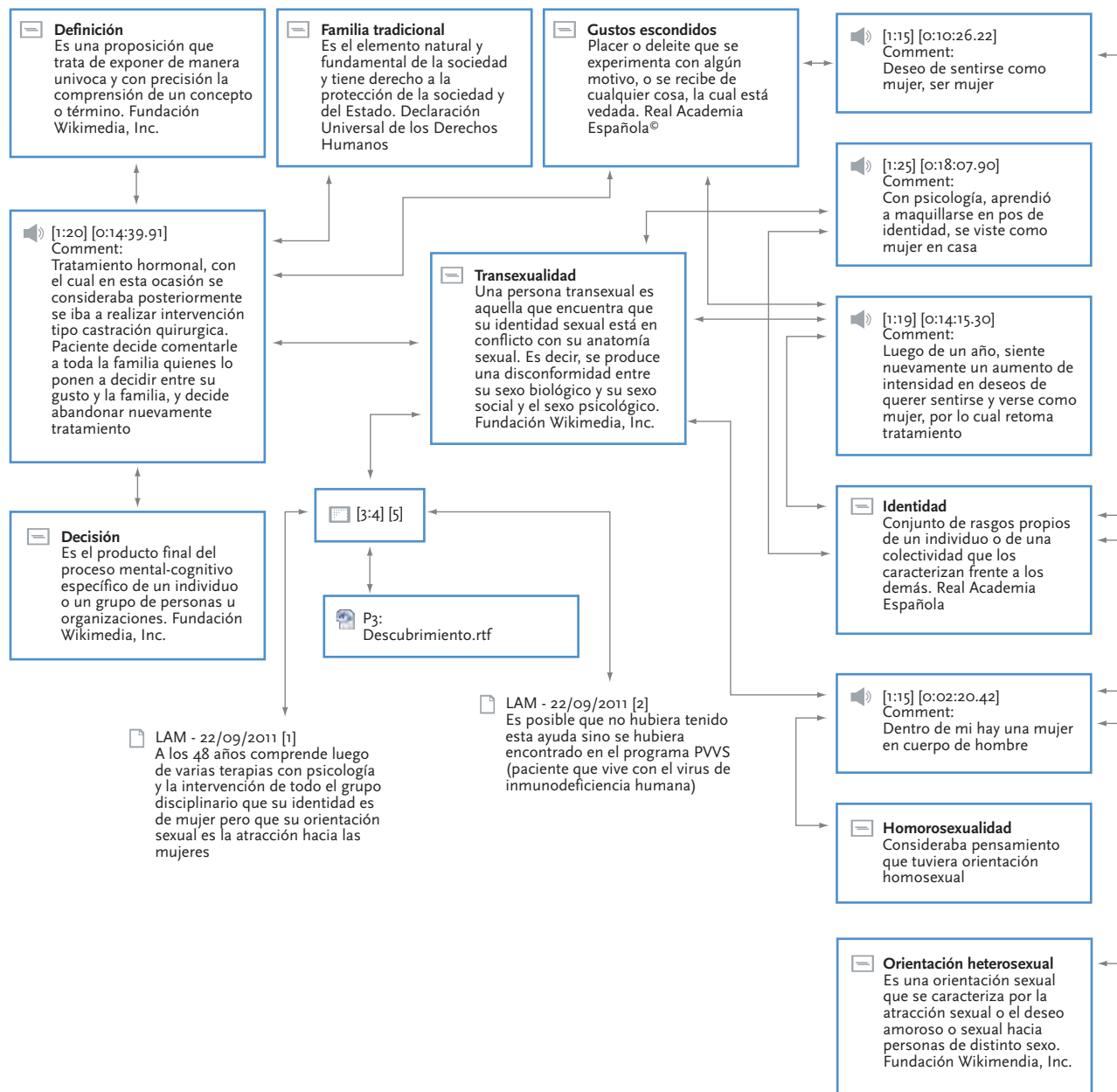
ANEXOS



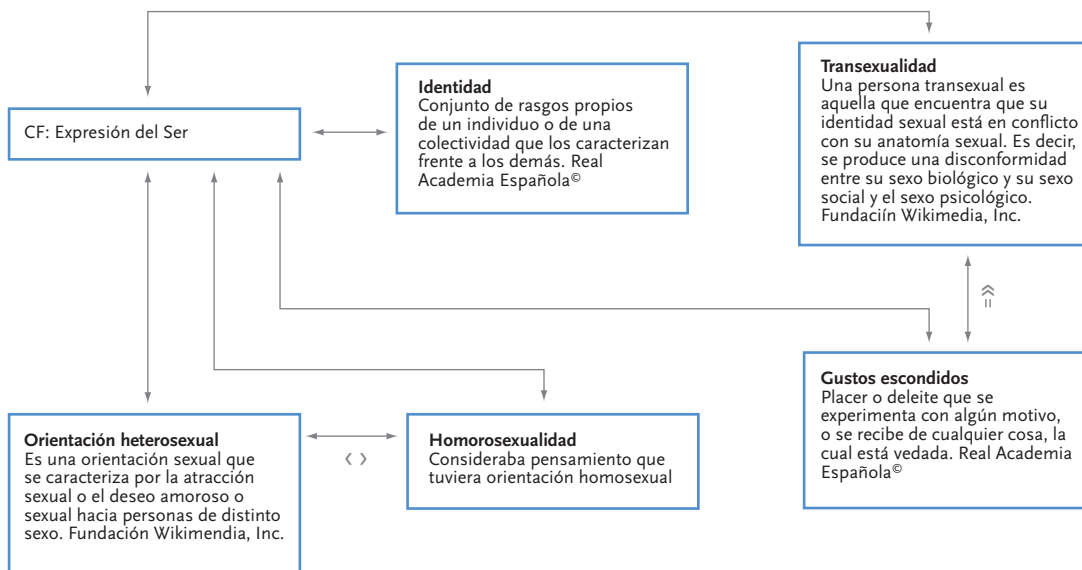
Anexo 1. Componentes categoría “Familia tradicional”. Producto ATLAS.ti



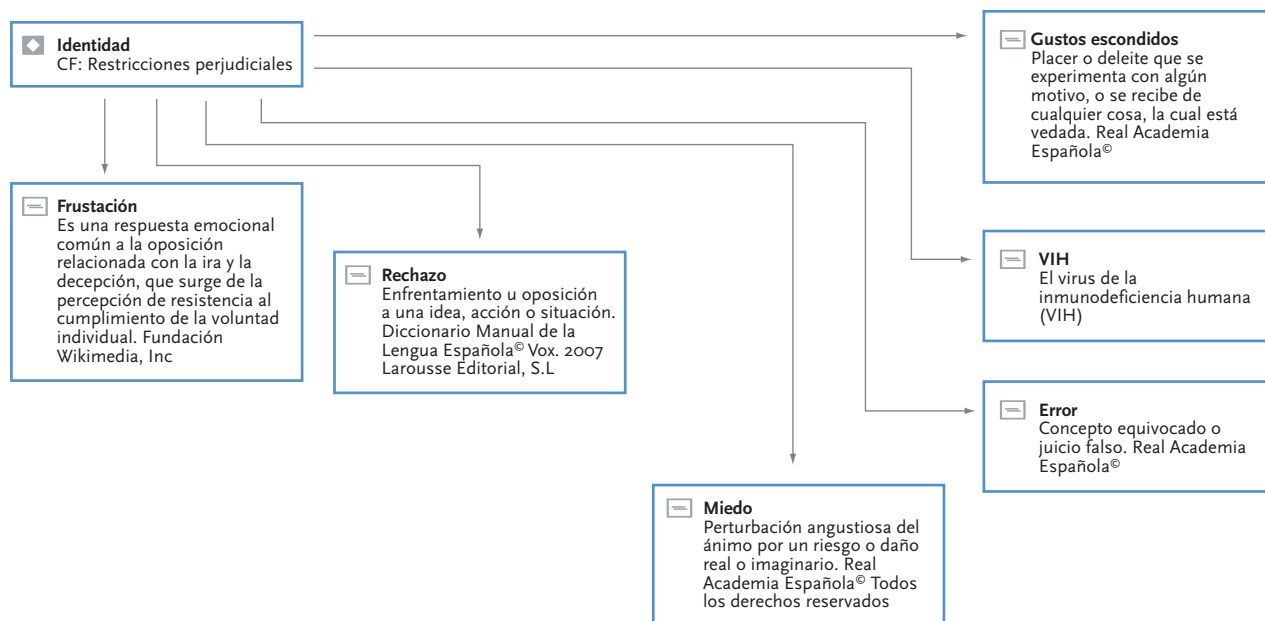
Anexo 2. Componentes categoría “Gustos Escondidos” y relación con otras categorías. Producto ATLAS.ti



Anexo 3. Categorías. Producto ATLAS.ti



Anexo 4. Superfamilia “Expresión del Ser”. Producto ATLAS.ti



Anexo 5. Superfamilia “Restricciones perjudiciales”. Producto ATLAS.ti



Anexo 6. Representación esquemática del escrito. Análisis gráfico internet wordle

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva. Bogotá, República de Colombia. Feb 2003.
2. Benjamin H. Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*. 1953; 153: 391-396.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. Washington, DC: Fourth Ed; 1994.
4. Cohen P, Van S. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(2): 263-276.
5. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA). The standards of care for Gender Identity Disorders. (Sixth version) Mineapolis: HBI-GDA; 2001.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Cirugía de cambio de sexo. Madrid. Dic 1999.
7. Godás T. Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *C. Med. Psicosom* 2006; 78: 21-23.
8. Gómez E, Esteva de Antonio I, Bergero T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: concepto y características básicas. *C. Med. Psicosom*, 2006; 78: 7-12.
9. Person E, Oversey L. The transsexual syndrome in males. *Am J Psychother*. 1974; 28: 174-193.
10. Trinidad M. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004; 24(89): 9-20.
11. Gooren LJG. The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. *Psychoneuroendocrinology* 1990; 15: 3-14.
12. Hembree W, Cohen-kettenis P. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J ClinEndocrinolMetab* 2009; 94(9): 3132–3154.
13. Meyer WJ, Bockting W, Cohen-Kettenis P. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. The standards of care for gender identity disorders, 6th version. *Int J Transgenderism* 2001; 5(1) [en línea]. Disponible en: <http://www.symposion.com/ijt/soc_2001/index.htm>.
14. Meyer WJ et al. A physical and hormonal evaluation of transsexual patients. A longitudinal study. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 11-138.
15. Rodríguez R. Análisis antropológico de la transexualidad, entre la realidad cultural y la resistencia social. *Anuario de filosofía, psicología y sociología*. 2001-2002; 4-5: 239-248.
16. Ministerio de la Protección Social, Colombia-UNFPA. Guía de prevención VIH/SIDA. Mujeres Trans. Bogotá, República de Colombia. 2011.
17. Software Atlas.ti Qualitative data analysis, version 6.2.26. Berlin parts copyright by Cincom Systems, Inc. Educational single user license 1993-2011.
18. Wordle (Página principal en internet). New York: Feinberg J; 2011. Instrument use by "Word clouds" from text [en línea]. Disponible en <www.wordle.net>. Consultado el 15 de Octubre de 2011.
19. Restrepo D. Atribuciones y derechos socio-culturales de género en familias de Caldas. *Investigación y Desarrollo, Centro de Investigaciones de la Universidad de Caldas*. 1999; 10: 78-99.