

Delusiones de cambio de sexo, transexualismo y esquizofrenia: a propósito de un caso.

Delusions of sexual change, transsexualism and schizophrenia: apropos of a case.

Katia Caballero-Atencio¹, Carla Cortez-Vergara¹, Lizardo Cruzado².

RESUMEN

Una importante proporción de personas con esquizofrenia experimenta delusiones de contenido sexual en algún momento del curso de su enfermedad; incluso, algunos pacientes pueden llegar a la convicción de que pertenecen a un sexo distinto del que poseen. Esto puede llevar a un diagnóstico inapropiado de transexualismo y eventualmente a procedimientos hormonales o quirúrgicos innecesarios. A partir del caso de una paciente con esquizofrenia y delusión de cambio de sexo revisamos la literatura pertinente en donde se evidencia la rareza de una real comorbilidad entre transexualismo y esquizofrenia aunque permanece pendiente profundizar en la compleja situación de la sexualidad de nuestros pacientes con esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, delusiones, transexualismo, trastornos sexuales y de género.

SUMMARY

A significant number of people with schizophrenia experiences delusions of sexual content at some point in the course of their disease; moreover, some patients may be convinced that they belong to a different sex from their own. This can lead to inappropriate diagnosis of transsexualism and eventually unnecessary hormonal or surgical procedures. Taking the case of a patient with schizophrenia and delusion sex change as a starting point, we review and discuss relevant literature, where we find a real rarity of comorbidity between transsexualism and schizophrenia. However, the complex situation of the sexuality of our patients with schizophrenia remains pending of further study.

KEY WORDS: Schizophrenia, Delusions, Transsexualism, Sexual and gender disorders.

¹ Médica residente de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.
² Médico Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

“Un esquizofrénico paranoide, sufriendo una disentería, tiene una compleja ilusión, con falsos juicios, cuya estructura da idea de la influencia de la mentalidad en su conjunto sobre la manifestación sensorial. Se halla en cama con fiebre, tenesmo y diarrea dolorosa y dice al enfermero: ‘Destápame y auscúltame. Por el momento prepara las ropas para recibir al niño. ¿Tú nunca has sido madre? Acomódame, no quiero que se malogre el muchacho...’ De pronto enmudece y queda estático: se produce una cámara con sangre y exclama: ‘¿Qué es, hombrecito? Yo, pues, soy algo así como hermafrodita. No sé qué cosa.’”

HONORIO DELGADO
Curso de Psiquiatría (1)

INTRODUCCIÓN

Desde las épocas helénica e hindú más remotas se han descrito divinidades andróginas y se ha registrado noticia sobre “mujeres con cuerpo de varón”; sin embargo, recién en el siglo XIX fue cuando el fenómeno llamado posteriormente transexualidad concitó atención médica: se atribuye a Esquirol la primera descripción de un paciente transexual, al que incluyó dentro de las por él llamadas “monomanías”. Hirschfeld mencionó el término “transexual” en la literatura profesional en 1923 aunque fue Cauldwell quien, en 1949, lo empleó para designar a los individuos inconformes y que aspiraban a cambiar su sexo anatómo-fisiológico original (2). Debe mencionarse que hasta bien entrado el siglo XX las personas que afirmaban pertenecer al sexo opuesto al que anatómicamente tenían, eran consideradas psicóticas, y supuestamente padecían alguna forma atenuada de esquizofrenia (3).

La disforia de género (DSM-5) o transexualismo (CIE-10) se ha descrito en todas las culturas y tiene una prevalencia actualmente estimada de 1 en 30 000 varones y de 1 en 100 000 mujeres, aunque las cifras reales podrían estar subestimadas (4): en países con libre acceso a las cirugías de reasignación de sexo se reportan tasas de un caso por cada 2900 o cada 8300 personas, para varones y mujeres respectivamente (5). La comorbilidad entre esquizofrenia -cuya prevalencia global es aproximadamente 1%- y disforia de género es, por tanto, posible: hay casos reportados de coexistencia de ambos diagnósticos (6,7) y, desde luego, abundan casos de transexualismo sintomático o falso transexualismo, es decir, individuos en los que con el tratamiento antipsicótico, se desvaneció igualmente su delusión de cambio de sexo (1,8,9).

Se han reportado delusiones de metamorfosis sexual en el contexto de otras patologías neuropsiquiátricas: por ejemplo, en epilepsia (10), en episodios maníacos o depresivos (11,12) pero la gran mayoría de casos

de falso transexualismo corresponden a cuadros de esquizofrenia.

Dentro del diagnóstico diferencial del transexualismo, en la CIE-10 simplemente se menciona que la identidad transexual no debe ser síntoma de otro trastorno mental como esquizofrenia mientras que en el DSM-5 se afirma que las delusiones de cambio de sexo son raras y que, en ausencia de síntomas psicóticos, la insistencia de un individuo con disforia de género de que pertenece al sexo opuesto no debe considerarse una delusión (13).

Si bien es cierto que en nuestro país no existe antecedente en la literatura sobre modificación de caracteres sexuales por terapia hormonal o reasignación de sexo mediante tratamiento quirúrgico, es potencialmente factible que dichos procedimientos puedan estar brindándose y una persona psicótica llegue a solicitarlos: por tanto, es válida la posibilidad de reflexionar sobre el tema. Ello nos motiva a comentar el presente caso a la luz de la bibliografía pertinente.

CASO CLÍNICO

Mujer de cuarenta años de edad, una hermana suya presentó depresión y conductas suicidas y su padre padece cuadro de psicosis crónica. La paciente fue siempre muy ligada a la madre y desde la infancia rechazó al padre por las conductas violentas de éste. Es la quinta de ocho hermanos, la mayoría mujeres, y la madre había esperado un hijo varón cuando la paciente nació. Desde los diecisiete años de edad, tras culminar la educación secundaria, empezó a presentar alucinaciones auditivas (incluyendo pensamiento sonoro), delusiones referenciales y de daño, desconocía a sus familiares y se aislaba, se irritaba fácilmente y no participaba en los quehaceres domésticos. Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide y ha recibido tratamiento antipsicótico oral y de depósito aunque no de modo continuo, incluso llegó a ser hospitalizada en

dos oportunidades por su conducta agresiva y rechazo de la medicación. La última hospitalización fue en el año 2012, en esa ocasión recibió 22 sesiones de terapia electroconvulsiva por su escasa respuesta al tratamiento farmacológico.

La paciente refiere que desde los 12 años de edad sentía atracción sexual tanto por mujeres como por varones; a esa edad supuestamente se enamoró de una compañera de estudios y recuerda que sentía que “era mujer aunque tenía un hombre escondido dentro de sí misma”. Sus familiares, sin embargo, niegan haber observado preferencia por conductas o vestimenta masculina durante su infancia, de hecho, hasta los quince años la veían normalmente femenina y coqueta, incluso tuvo breves flirteos con chicos antes de su enfermedad. Desde los 23 años de edad notaron en ella preferencia por la vestimenta varonil y se enfadaba si cuestionaban su atuendo. Hasta los 30 años de edad ella afirma que se enamoró de distintas mujeres aunque en una ocasión llegó a tener una pareja de sexo masculino; sus familiares coinciden en afirmar que en esa época era evidente su conducta seductora hacia las féminas. La paciente explica: “cuando yo quería, era mujer; pero si quería, era hombre. Los demás me veían como mujer porque tenía mi máscara, pero por dentro yo era hombre. Para sacarme la máscara tenía que avisarle a mi mamá porque ella no quería que la gente se dé cuenta.” A los 35 años refiere haber tenido una pareja de sexo femenino: “había una chica por mi casa, yo la miraba y ella pasaba mirándome mucho, entonces nos hablamos y nos besamos y tuvimos relaciones sexuales. Yo era hombre en ese momento, me saqué la máscara y el cuero de mi cuerpo, y salió mi pene”, “creo que la dejé embarazada, no sé, ella se fue”. Durante su última hospitalización mencionó que había una chica que le gustaba: “era flaquita y bonita, siempre venía a verme”, (en realidad era una trabajadora del comedor quien llevaba la comida diariamente y la paciente interpretó que iba a visitarla “con ese pretexto”). Manifiesta además: “yo en realidad me llamo Pepe Lucho, soy esposo de Elizabeth Taylor y tengo muchas mujeres. Tengo fotos de cuando era un niño varón, mi mamá me sacó la máscara de mujer desde acá -señala su nuca- y entonces me vi: blanco, fino, alto, guapo, pelirrojo.”

Al egreso, luego de cuatro meses de hospitalización, la paciente presentaba aún delusiones de daño y referencia que no alteraban su conducta; igualmente reiteraba que su sexo era masculino pero transigía en que “sería mujer” para no tener problemas con su madre (antes de su ingreso agredía verbalmente

si contradecían su delusión de cambio de sexo). Aceptaba sin dificultad el tratamiento consistente en 30 mg diarios de trifluoperazina y 50 mg mensuales de decanoato de flufenazina, sin embargo su conciencia de enfermedad era muy incipiente.

En un control ambulatorio a los seis meses de su alta se observó a la paciente con el cabello largo y recogido en una cola: su vestimenta era masculina y bastante holgada (pantalones vaqueros, camisa a cuadros, zapatillas de varón). Mostraba conducta seductora: miraba fijamente a la entrevistadora, le decía galanterías y trataba de hacer contacto físico con ella. Reivindicaba tajantemente su afirmación de ser varón (“yo nací varón pero mi mamá me puso una máscara de mujer cuando era bebé”) aunque supuestamente se reprimía por temor a la madre quien la habría amenazado “con internarla otra vez si volvía a hablar del tema”. No descartaba la idea de casarse en el futuro con una chica “pero quitándose la máscara de mujer”. Los familiares, por su parte, corroboraban que la paciente ya no mencionaba el asunto aunque a veces pedía a la hermana que “busque el cierre de su máscara” tocándose la nuca. No habían notado interés sexual de la paciente hacia alguna persona, mientras tanto colaboraba en quehaceres del hogar y cumplía con su tratamiento farmacológico.

Actualmente el tratamiento de la paciente es irregular y ha vuelto a manifestar: “me gusta ser mujer, pero es mejor que sea yo misma, sin máscara”. Se muestra irritable cuando cuestionan su delusión de transexualismo y sigue empleando vestimenta y ademanes masculinos. Las delusiones de daño y referenciales hacia su padre nuevamente se han intensificado.

DISCUSIÓN

Diversos autores han indicado que en la esquizofrenia la alteración de la imagen de uno mismo y la quiebra de la conciencia del yo es global y afecta siempre, de un modo u otro, a los sentimientos ligados a la sexualidad (14). Arieti afirma incluso que una de las características más comunes de los niños y adolescentes, desde la etapa premórbida de la esquizofrenia, consiste en que su autoimagen es indefinida respecto a la identidad de género (15).

La constatación de los disturbios esquizofrénicos de la identidad sexual es continua en la psiquiatría moderna, uno de los clásicos al respecto es el caso del magistrado Daniel Schreber (1842-1911), cuya

patobiografía analizó Freud; este personaje, en el principio de su cuadro psicótico, fue asaltado por una perturbadora fantasía hipnopómpica acerca de lo bello que debía vivenciar una mujer en el momento que el varón la penetra coitalmente. A partir de ese momento se fue configurando en Schreber la delusión de que su cuerpo iba a transformarse en el de una mujer, y luego, fecundado por Dios mismo, sería capaz de engendrar una raza nueva de seres humanos (16). Algo antes, el famoso psiquiatra austriaco Krafft-Ebbing, con la terminología latina que empleó en su clásico texto de sexología, denominó “metamorphosis paranoica sexualis” a la delusión de transformación sexual que solía presentarse en personas con esquizofrenia (15).

Eugen Bleuler afirmaba que, casi sin excepción, las personas con diagnóstico de esquizofrenia sostienen creencias delusionales que contradicen el sexo al que pertenecen (17); investigaciones posteriores han cuantificado entre 20 a 25% de pacientes como portadores de estas delusiones. Las delusiones de cambio de sexo abarcan la creencia de tener un sexo indefinido o neutro, de poseer ambos sexos, de ya no pertenecer al sexo original o de pertenecer definitivamente al sexo opuesto: éstas últimas son predominantes en varones solteros (17,18). Estos pacientes pueden solicitar reasignación quirúrgica de sexo y hasta, en inusitados casos, mutilar sus genitales en un extravagante intento por cambiar su sexo (19).

Debe puntualizarse que los hallazgos descritos sobre delusiones de cambio de sexo en personas con esquizofrenia se obtuvieron a través de preguntas explícitas: no se trata de delusiones reveladas espontáneamente (17,18). No se ha profundizado en el significado de estas diferencias con los pacientes esquizofrénicos que proclaman abiertamente su creencia delusional (como nuestra paciente) o que solicitan que se les practique cirugía de reasignación de sexo. Para algunos autores, estos casos donde tras el proceso esquizofrénico persiste la idea de metamorfosis sexual, podrían tratarse de individuos con homosexualidad latente en los que ésta, debido a la psicosis, afloró después transfigurada como disforia de género (7).

Aunque escasos, estudios posteriores han apuntalado la impresión clínica de que los pacientes con esquizofrenia experimentan su identidad de género en modo diferente al de personas sin esta psicosis: en general, las mujeres se aprecian menos femeninas y los varones menos masculinos (20). Otro hallazgo diferencial es la mayor frecuencia de conductas

autoeróticas en las personas con esquizofrenia (15). Desde luego, dado que la sexualidad es un punto de encuentro de lo psicobiológico con lo sociocultural, dirimir qué proporción de cada factor influye en estos fenómenos, es difícil, pero sin duda resulta de una compleja combinación de dichos vectores con la psicopatología esquizofrénica. Otro factor que se debe mencionar acerca de los hallazgos mencionados es la influencia distorsionadora de las prolongadas estancias hospitalarias sobre la sexualidad de los pacientes esquizofrénicos (21).

De manera resumida, se ha afirmado que la disgregación de la estructura psíquica en las personas con esquizofrenia (con la irrupción de fantasías de procreación, arcaicas, pregenitales y asexuales) aunada a su dificultad de enfrentar la incertidumbre de su identidad y rol de género, puede influir en la génesis de algunos síntomas esquizofrénicos casi patognomónicos: alucinaciones genitales, delusiones de cambio de sexo y automutilaciones genitales (15). Análogamente, sobre todo en varones, la dificultad para establecer relaciones íntimas con el sexo opuesto junto a la presión de la tendencia instintiva natural, podrían influir en la mayor frecuencia de relaciones autoeróticas y homosexuales, no necesariamente porque estos individuos sean homosexuales per se (15,20). Con todo, la evidencia clínica y anecdótica sobre los disturbios de la identidad de género y orientación sexual en esquizofrenia, no puede explicar cabalmente porqué estos fenómenos se desarrollan solamente en una minoría de individuos con dicho diagnóstico.

Bleuler afirmaba que en las delusiones de los individuos esquizofrénicos puede encontrar expresión todo lo que se desea y se teme. A su vez, en diversos periodos de la enfermedad cabe observar estadios intermedios entre la idea delirante y la fantasía consciente (22). En el caso de nuestra paciente, no puede confirmarse la sospecha de alguna inclinación homo o bisexual previa a su esquizofrenia y no se debe soslayar la posibilidad de que varias afirmaciones sobre su pasado constituyan simplemente paramnesias fantásticas propias de su psicosis (1). Es claro que su manifestación sobre poseer caracteres sexuales de varón y poder adoptarlos a voluntad “quitándose una máscara”, reviste rasgos extravagantes propios del delirio esquizofrénico: el desvanecimiento y reaparición de su idea ante el abandono del tratamiento antipsicótico, abona a dicha apreciación psicopatológica. El vínculo aglutinado de la paciente con la madre y la expectativa materna de que ella fuese

un hijo varón junto al rechazo a la imagen paterna son, desde la perspectiva psicodinámica, elementos frecuentes en disturbios de orientación sexual (5): esto concordaría con la referencia acerca de que la orientación homosexual preexistente podría aflorar deformada, luego de la psicosis esquizofrénica, en forma de transexualismo sintomático.

El transexualismo es un fenómeno desconcertante y no solo desde la perspectiva médica sucinta (23). Pese a la polémica de su naturaleza diagnóstica -el debate se asemeja a aquél sobre la homosexualidad en la década de 1960 y 1970-, se lo considera un trastorno psiquiátrico pero es el único cuyo “tratamiento” consiste en procedimientos hormonales o quirúrgicos. Hasta épocas relativamente recientes se lo reputaba un cuadro incuestionablemente psicótico: no hace mucho se reportó que la creencia de transexualidad en un paciente varón pudo ser desvirtuada con medicación antipsicótica (24), cual si este hecho fuese una prueba terapéutica y demostrase, por sí mismo, la índole psicótica del fenómeno.

El problema del transexualismo nos obliga a asomarnos a un panorama inédito donde se ponen en tela de juicio los linderos de lo que es delusivo y lo que es real, de lo absoluto y lo contingente, de lo que es tabú y lo que es socialmente tolerable; y precisamente la esquizofrenia y las delusiones de cambio de sexo permiten tal inédita perspectiva; en ese tenor, consterna la exigua cantidad de literatura científica dedicada al estudio de la sexualidad en personas con diagnóstico de esquizofrenia (20).

La implementación de tratamientos de reasignación de características sexuales, ya sean hormonales o quirúrgicos, debiera solamente efectuarse tras un minucioso seguimiento y evaluación (2,5,7). Se han reportado numerosos casos donde estos tratamientos fueron erróneamente administrados a personas con falso transexualismo, con las irreversibles secuelas consiguientes (2). Aunque en nuestro país no se brindan oficialmente aún dichos procedimientos, debe anticipadamente reflexionarse sobre el momento en que llegue esa eventualidad. En esta época de mayor apertura, tolerancia y respeto a los derechos sexuales del individuo y cuando eventualmente la disforia de género podría ser eliminada de futuras clasificaciones psiquiátricas, no puede apresuradamente soslayarse el escrutinio fenomenológico individualizado de cada caso (25). Recordemos con Scharfetter que: «El paciente no “tiene” síntomas, sino que vivencia determinadas experiencias y se comporta así de un

modo, describible, desviado con respecto a la norma del grupo. *Nada de lo que hace es, sin más, absurdo*. No se trata aquí de una afirmación de índole científica, sino del reconocimiento de la psicopatología como doctrina del vivenciar y camino hacia la terapéutica. Tan sólo adoptando esta actitud nos ajustaremos al hombre enfermo» (26).

Declaración de conflictos de interés: ninguno por declarar.

Correspondencia:

Lizardo Cruzado

Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”. Av. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. San Martín de Porres.

Lima 31. Lima, Perú.

Teléfono: (511) 614 9205.

Correo electrónico: lizardo_cruzado@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 6ta. edición. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1993.
2. Borrás L, Huguelet P, Eytan A. Delusional “pseudotransexualism” in schizophrenia. *Psychiatry*. 2007; 70: 175-179.
3. Hyde C, Kenna JC. A male MZ twin pair, concordant for transsexualism, discordant for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1977; 56: 265-275.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5. Arlington DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Crespo M, Labrador FJ, de la Puente ML. Trastornos sexuales. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. México: McGraw Hill; 2008. (pp. 309-353).
6. Bhargava SC, Sethi S. Transsexualism and schizophrenia: a case report. *Indian J Psychiatry*. 2002; 44: 177-178.
7. Baltieri DA, De Andrade AG. Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *J Sex Med*. 2009; 6:1185-1188.
8. Jiloha RC, Bathla JC, Baweja A, Gupta V. Transsexualism in schizophrenia: a case report. *Indian J Psychiatry*. 1998; 40: 186-188.
9. Commander M, Dean C. Symptomatic transsexualism. *Br J Psychiatry*. 1990; 156: 894-896.
10. Kasper BS, Kerling F, Graf W, Stefan H, Pauli E. Ictal delusion of sexual transformation. *Epilepsy & Behavior*. 2009; 16: 356-359.
11. Chakrabarti N, Sinha VK, Parial A. Secondary gender identity disorder - a case report. *Indian J*

- Psychiatry. 1999; 41: 257-259.
12. Habermeyer E, Kamps I, Kawohl W. A case of bipolar psychosis and transsexualism. *Psychopathology*. 2003; 36: 168-170.
 13. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión (CIE-10). Washington D.C.: Regional Office for the Americas of the World Health Organization; 1995.
 14. Sims A. Síntomas mentales. Introducción a la Psicopatología descriptiva. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
 15. La Torre RA. Schizophrenia. En: Widom DS. (ed.) Sex roles and psychopathology. New York: Plenum; 1984. p. 157-179.
 16. Schreber DP. *Memoirs of my nervous illness*. New York: New York Review of Books; 2000.
 17. Gittleson NL, Levine S. Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics. *Br J Psychiatry*. 1966; 112: 779-782.
 18. Gittleson NL, Dawson-Butterworth K. Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics. *Br J Psychiatry*. 1967; 113: 491-494.
 19. Orzan E, Deveci E, Oral M, Yacizi E, Kirpinar I. Male genital self-mutilation as a psychotic solution. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2010; 47:297-303.
 20. Sajatovic M, Jenkins JH, Strauss ME, Butt ZA, Carpenter E. Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2005; 56: 96-98.
 21. Lukoff D, Gioia-Hasick D, Sullivan G, Golden J, Nuerchterlein K. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophr Bull*. 1986; 12: 669-677.
 22. Bleuler E. *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1993. (Trad. Wagner DR).
 23. McHugh PR. Witches, multiple personalities, and other psychiatric artifacts. *Nat Med*. 1995; 1: 110-114.
 24. Puri BK, Singh I. The successful treatment of a gender dysphoric patient with pimozide. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996; 30: 422-425.
 25. Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric comorbidity of Gender Identity Disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1332-1336.
 26. Scharfetter C. *Introducción a la psicopatología general*. 3ra ed. Madrid: Morata; 1988.

Recibido: 07/02/2013 Aceptado: 12/05/2013
--