

Intersexualidad y transexualidad

Mientras que el tema de la homosexualidad recibe actualmente un amplio tratamiento, la problemática relacionada con los estados intersexuales y la transexualidad es objeto en general de una reducida atención. Sin embargo es un problema que afecta a un número importante de personas y que merece una aproximación que tenga en cuenta los importantes avances recientes, tanto en el conocimiento de las situaciones citadas, como de los mecanismos implicados en la diferenciación sexual. Es lo que intentamos ofrecer en este artículo, cuya primera parte está dedicada a la presentación de los datos científicos implicados (1), mientras que en la segunda exponemos una propuesta ética para afrontar estas situaciones.

Javier Gafo, S.J.*

* Director de la Cátedra de Bioética en la Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

(1) Este tema fue tratado en un Curso de Verano sobre los Estados Intersexuales organizado por la Universidad Complutense en El Escorial del 8 al 12 de julio de 1991. Deseo mostrar mi agradecimiento a los directores de dicho curso, prof. José Botella Llusá y José A. Clavero Núñez, por invitarme a participar en el mismo, así como al Dr. José L. Caballero, secretario del mismo curso. En el artículo cito varias ponencias del Curso, de las que, en algunos casos, tuve acceso al texto escrito, que desgraciadamente no será publicado.

El complejo y delicado proceso de la diferenciación sexual

LAS diferencias existentes entre el varón y la mujer son obvias, tanto en lo referente a los habitualmente llamados caracteres sexuales primarios (los órganos genitales) como a los secundarios (los que no se relacionan específicamente con los órganos reproductores, pero que están asociados con uno u otro sexo; desarrollo de mamas, forma de la cadera, distribución de la pilosidad cutánea...). Sin embargo, aunque el estadio final es claro, el proceso de dimorfismo sexual es complejo y los pasos que deben darse son delicados y dependientes de una serie de factores que no siempre funcionan adecuadamente. Precisamente cuando estos pasos no se dan de forma correcta, es cuando surgen los casos de personas cuyos genitales presentan las ambigüedades características de los llamados intersexuales.

El sexo cromosómico

HABÍA que esperar al descubrimiento de los cromosomas sexuales para comenzar a tener un inicio de explicación científica del porqué de la diferencia de los sexos. *Tjio y Levan* determinaron en 1956 que la especie humana poseía 46 cromosomas, de los que dos de ellos eran los cromosomas sexuales; en el caso de la mujer, hay dos cromosomas X idénticos, mientras que el varón, además del cromosoma X, dispone de otro más pequeño o Y (que fue mostrado por *Ford y Hamerton* en el mismo año. Anteriormente no se descartaba que el varón fuese XO). Como se sabe, mientras la mujer produce todos los óvulos con el cromosoma X, el varón produce dos tipos de espermatozoides, los portadores del cromosoma X, destinados a originar una hembra, y los que llevan el Y, que darán origen a un varón. Por tanto, *el sexo cromosómico* depende de los cromosomas sexuales, distintos en el varón y en la mujer.

El sexo gonádico

EL desarrollo embrionario es muy rápido, de tal forma que al finalizar el segundo mes, la Medicina deja de hablar de *embrión*, para calificar al nuevo ser humano como *feto*, indicando así que estamos ya ante un ser que tiene una configuración humana acabada y cuyos órganos ya

existen y están incluso funcionando. Sin embargo, el desarrollo de los órganos genitales es más tardío. Antes de la 7.^a semana, los genitales tanto internos como externos están diferenciados para ambos sexos. Constan de una *gonada* —que se constituye en la cuarta semana y de la que surgirán tanto el ovario como el testículo, según que se desarrolle la zona cortical o la medular—; de los *Conductos de Müller* —a partir de los cuales se desarrollarán los órganos reproductores internos del sexo femenino— y de los *Conductos de Wolff* —que darán origen a los órganos genitales internos del varón. Respecto de los genitales externos, se componen en esta fase indiferenciada del *tubérculo genital* —que se desarrollará en el varón, constituyendo el pene, mientras que en la mujer tiene un desarrollo menor, formando el clítoris; de la *fisura urogenital* —que se cierra en el varón formando el conducto uretral, mientras que permanece abierta en la mujer y forma los labios menores—; y del *rodete genital* —que formará en el varón la bolsa escrotal— en la que se instalarán normalmente los testículos al final del desarrollo embrionario— y los labios mayores en la mujer.

A partir de la séptima semana se comienza a diferenciar el testículo, que en principio depende de la información genética existente en el cromosoma X. Se ha constatado que no es todo el cromosoma Y el responsable de la diferenciación del testículo, sino únicamente el brazo corto, precisamente el que tiene menos carga genética. Posteriormente se han hecho importantes avances en situar el *locus* en el que se encuentra el *TDF*, *Testing Determining Factor*. Los estudios de Sinclair (1990) sitúan ese factor en un pequeño segmento de 35.000 pares de bases: es el *SRY*, *Sex-determining region of the Y*. El tema no está zanjado y Abrisqueta considera posible que «la determinación del sexo sea resultado de una cascada compleja de genes, cuya secuencia está por desvelar» (2). En cualquier caso, la presencia de este *TDF* determina la formación de un testículo en el varón, mientras que su ausencia llevará al desarrollo de un ovario.

El sexo anatómico-morfológico

ENTRAMOS ahora en uno de los momentos más complejos y delicados del proceso de dimorfismo sexual. Una vez constituido el testículo fetal comienza a producir la hormona sexual masculina, la *testosterona*, que va a tener una extraordinaria importancia en todo el proceso subsiguiente. Será la testosterona la que realizará la diferenciación de los *conductos de Wolff*, que durante las semanas 8.^a y 9.^a se convertirán en el epidídimo, los conductos deferentes y los conductos eyaculadores del feto varón. Por otra parte, un derivado de la testosterona, la dihidrotestosterona, será la responsable de la

(2) Abrisqueta, J. A.: Determinación del Sexo en la Especie Humana: el Sexo Gonadal.

masculinización de los genitales externos y la formación de la próstata en los fetos masculinos. La investigadora francesa *Natalie Josso* fue la descubridora de la hormona, que había sido supuesta por su maestro *Jost*, y que es responsable de la inhibición de los *conductos de Müller*, la AMH, Anti-Müllerian Hormone (3). La actuación de esta hormona hace que en el varón desaparezcan los conductos de Müller, de los que sólo quedan pequeños residuos.

Como ya afirmó *Jost*, la tendencia normal de la naturaleza va en la dirección de producir hembras. De no mediar las secreciones producidas en el testículo, la ulterior diferenciación llevará a la constitución de los genitales externos e internos de una hembra. El mismo investigador francés ya constató que si se castraba un feto de conejo, nacía una hembra, a pesar de que tanto el sexo cromosómico como el gonadal eran masculinos. Las secreciones del testículo fetal, tanto la testosterona, como la *AMH*, van a dirigir el proceso de dimorfismo sexual. Como indicábamos antes, estamos en un momento muy delicado del desarrollo embrionario en que desequilibrios hormonales o determinadas anomalías enzimáticas de base genética, pueden crear situaciones en las que no exista correspondencia total o parcial entre el sexo cromosómico/gonadal y el desarrollo de los órganos genitales tanto externos como internos.

Botella Llusà fue el primero en describir una situación que afectaba a tres mujeres que acudieron a su consulta por problemas de esterilidad (4). Se trataba de mujeres sumamente femeninas y que, sin embargo, eran varones tanto desde el punto de vista cromosómico como del gonadal. Además, habían desarrollado una identidad sexual femenina: se sentían plenamente mujeres, incluso alguna de ellas estaba casada. Ya hemos indicado cómo los fetos machos de conejo que habían sido castrados por *Jost* tenían genitales externos de hembra. Lógicamente esto no puede realizarse en la especie humana por evidentes razones éticas, pero existen deficiencias enzimáticas que llevan a una situación equiparable: es el síndrome de feminización testicular, aunque debería haber llevado el nombre de *síndrome de Botella y Nogales* (1958), que fueron los primeros en describirlo.

Es importante tener en cuenta que estas «mujeres», a pesar de poseer testículos, tienen una identidad sexual femenina y no existe la posibilidad de modificación de esa identidad. En el debate bioético estadounidense se discute si se les debe informar de su situación, teniendo en cuenta, además, que el testículo puede cancerizarse, por lo que es precisa su extirpación, con la necesaria exigencia de consentimiento informado antes de la intervención.

Hemos hablado, hasta este momento, de varones cromosómicos o gonadales, cuya morfología o anatomía no son plenamente masculinas. También se dan

(3) Josso, N.: Diferenciación y Desarrollo de los Conductos Gonadales.

(4) Botella, J.: Origen y Definición del Sexo.

anomalías en mujeres, XX y con ovarios. La más importante es el *síndrome adreno-genital* o *CAH*, *congenital adrenal hyperplasia*. Se debe a una deficiencia enzimática por la que la corteza suprarrenal produce cantidades exageradas de testosterona. Se trata de una anomalía genética de relativa frecuencia —según *María Nev* de un caso por cada 14-15.000 nacidos, con grandes variedades raciales, especialmente entre esquimales (5). Esta anomalía afecta a ambos sexos, provocando una prematura maduración sexual y un rápido crecimiento físico, aunque luego se estancan en este proceso y son de estatura bastante baja. Si esta anomalía se da durante el desarrollo embrionario de un feto femenino, puede provocar distintos niveles de masculinización de sus genitales. Más tarde trataremos del influjo de la testosterona, producida de forma excesiva, sobre el cerebro.

El sexo psicológico

HASTA ahora hemos subrayado los casos más marcados, en los que incluso se da una total inversión del sexo. Lógicamente existen situaciones no tan nítidas, en las que acontecen diferentes grados de masculinización de niñas o de feminización de niños. Tanto los casos más marcados, como los más ambiguos e imprecisos, quedan contenidos dentro de los estados intersexuales o de hermafroditismo. Cuando nace un niño con unos genitales ambiguos, se plantea lógicamente la pregunta de qué sexo debe atribuirse y en cuál debe ser educado. Sin entrar ahora en este tema, es importante tener en cuenta que tal asignación debe hacerse lo más pronto posible y que si se realiza más allá de los 18 meses después del nacimiento, el niño/niña puede tener problemas de identidad sexual.

Cuanto expusimos anteriormente, hace referencia al *sexo morfológico o anatómico*, de los que el primero será el fundamental para la asignación de sexo del recién nacido, al que sigue todo el proceso de socialización, que está profundamente marcado por la constatación de los genitales externos. Nadie puede discutir el influjo fundamental de este proceso en el desarrollo de una identidad masculina o femenina. Desde que nace un niño se desarrolla en torno a él un lenguaje, unas expectativas, que van a estar profundamente marcadas por el hecho de saber que estamos ante un varón o una hembra. En la mayoría de los casos, el individuo desarrolla un *sexo psicológico* concorde con el de sus propios genitales.

Sin embargo, en este mismo punto nos encontramos con situaciones excepcionales: en primer lugar, un porcentaje de varones y mujeres que, según las distin-

(5) New, M.: Pseudohermafroditismos Femeninos: Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

tas estadísticas puede situarse en torno al 5 por 100, se siente atraído por personas del mismo sexo. Y, sobre todo, un porcentaje mucho más reducido de varones y mujeres (se citan frecuencias de 1-8 por cien mil), se sienten desidentificados con su propia morfología y anatomía corporal que pertenecen inequívocamente a uno de los dos sexos. Respecto de la homosexualidad, la tendencia general que explica su etiología se centra en factores ambientales, subrayando especialmente la existencia de una relación alterada del niño con sus propios progenitores. La situación de aquellas personas que se sienten desidentificadas de su cuerpo —incluso con profunda repugnancia hacia el mismo— está menos estudiada. Son los casos de transexualidad. Notemos que la mayoría de los homosexuales no son transexuales: se sienten inequívocamente varones o mujeres, aunque en los diferentes niveles de la sexualidad se sienten atraídos exclusiva o preferentemente por personas del mismo sexo.

El sexo cerebral

CADA vez se están aportando más datos que confieren gran importancia a un nuevo paso en el logro del dimorfismo sexual: el de *la sexualización del cerebro*. Los hechos parecen claros y fuertemente comprobados en diversos animales de laboratorio. El caso más estudiado es el de las ratas: existe un momento crítico, pocos días después del nacimiento, en el que se da un proceso de sexualización del cerebro. Expresándolo en forma simplificada: si en esos días se castra a un ratón macho o se administran andrógenos a una rata hembra, la consecuencia será una sexualización del cerebro distinta del sexo anatómico o morfológico. Las tres manifestaciones más concretas son las siguientes: si se trata de una hembra androgenizada, tendrá un curso no-cíclico o tónico de producción de sus células germinales, se sentirá atraída por otras hembras y tendrá un rol de comportamiento sexual masculino («monta» en lugar de *lordosis* —arqueo del dorso para dejar visibles los genitales). El proceso contrario se da en las ratas macho castradas.

Nadie puede discutir que un rasgo característico de la sexualidad humana, en contraposición a la de los restantes animales, es el de ser menos «hormono-dependiente» y estar más influenciada por factores psicológicos. No puede negarse la famosa frase de G. Marañón de que el cerebro es el órgano sexual más importante del ser humano. Pero, ¿no puede darse un proceso de sexualización del cerebro equiparable al que se da en otros animales, en algún momento crítico del desarrollo humano, pre o postnatal? De comprobarse esta hipótesis, tendríamos una plausible explicación del porqué de la transexualidad: se trataría de personas, cuyo

cerebro se ha sexualizado en una dirección distinta de su sexo anatómico o morfológico.

El investigador alemán *Günter Dörner*, que lleva muchos años de trabajo en el tema de la sexualización del cerebro, presentó una ponencia muy importante en el Curso de Verano de El Escorial (6). Según *Dörner*, el sexo cerebral, caracterizado por los tres rasgos de producción cíclica o continua de las células germinales, por la orientación y por el comportamiento sexual, se organiza a través de las hormonas sexuales y es mediatizado, al menos en parte, por neurotransmisores. Considera que las hormonas sexuales son responsables, al menos parcialmente, de la organización sexual del cerebro durante el desarrollo embrionario. Afirma que no sólo son importantes para la diferenciación sexual del cerebro los niveles absolutos de las hormonas sexuales, sino también la proporción o *ratio* entre andrógenos y estrógenos. Esta *ratio* puede estar alterada durante el segundo trimestre del desarrollo embrionario por diversas razones: sobre todo por deficiencias enzimáticas, excesiva producción de andrógenos suprarrenales o baja producción testicular de andrógenos. Las investigaciones de *Dörner* en las ratas son claramente significativas: por ejemplo, ha conseguido el desarrollo de homosexualidad masculina o femenina administrando estrógenos o andrógenos a ratas machos o hembras.

Dörner considera que determinados desequilibrios de las hormonas sexuales durante el período crítico de desarrollo del cerebro humano lleva a cambios estructurales y/o bioquímicos de las regiones cerebrales asociadas con el comportamiento y la orientación sexual. La sexualización del cerebro acontece en los meses 4.º a 6.º del desarrollo embrionario humano. Como consecuencia de estos cambios, el investigador alemán concluye que las deficiencias de andrógenos en fetos masculinos o una cantidad excesiva en los fetos femeninos, durante ese período crítico, pueden causar homo o bisexualidad en el varón o en la mujer. *Dörner* insistió mucho en el *stress* materno durante el embarazo como responsable del desarrollo de la homosexualidad: en efecto, ha constatado un incremento significativo de la homosexualidad masculina en varones, nacidos en los últimos años de la II Guerra Mundial, cuando la tensión fue extraordinariamente intensa en las madres embarazadas alemanas.

Dörner citó también determinadas diferencias hormonales significativas en varones o mujeres homosexuales y transexuales respecto de los heterosexuales: «este resultado sugiere que los varones homosexuales pueden poseer, al menos en parte, un cerebro diferenciado de forma predominantemente femenina». La con-

(6) Dörner, G. y col., Gene-and Enviroment-Dependent Neuro-endocrine Etiogenesis of Homosexuality and Transexualism.

Cf. también Vaticón, M. D., Diferenciación sexual Postnatal.

Este tema acaba de aparecer en la «cover story» de la revista *News-week* (January 20, 1992), bajo el título «Sizing Up The Sexes».

secuencia extraída por *Dörner* es la siguiente: «La homosexualidad —causada por la alteración de tales genes heterocigóticos y/o acontecimientos sociales precoces... no puede seguir siendo considerada como enfermedad y debería ser cancelada lo más pronto posible de la clasificación de enfermedades de la OMS... Además, debería reconocerse, lo más pronto posible, la completa tolerancia y aceptación de la bi y homosexualidad como variantes sexuales naturales».

¿Qué otras consecuencias, al margen de la orientación o la identidad sexual, tiene este proceso de sexualización del cerebro? *Elisabeth Hampson* ha abordado con amplitud el tema de las personas afectadas por el síndrome adrenogenital (*CAH*), antes mencionado (7). Son especialmente interesantes los casos de mujeres nacidas con este síndrome, sean tratadas prematura o tardíamente. *Hampson* llega a conclusiones que están en la línea de las presentadas hace ya años por *Money y Ehrhardt* (8).

Estos últimos autores calificaron a estas niñas, nacidas con una ligera masculinización de sus genitales externos y que fueron educadas como mujeres, como *tomboys* (probablemente el término español «marimacho» es excesivamente fuerte y quizá podría usarse el de «chicazos»). *Money y Ehrhardt* han observado en estos *tomboys* unas características, que culturalmente están asociadas con el sexo masculino: preferencia por juegos de muchachos y poca atracción por las muñecas, tendencia al liderazgo en el juego, menor atención al adorno personal, más relieve a la vida profesional que a la afectiva. Los datos aportados por *E. Hampson* son coincidentes con los de *Money y Ehrhardt*. Un estudio sobre 23 mujeres de estas características muestra que ninguna de ellas era lesbiana, pero que 11 tenían fantasías y experiencias homosexuales. Un estudio realizado en mujeres con síndrome adrenogenital, médicamente tratadas, muestra que el 40 por 100 son heterosexuales, 20 por 100 bisexuales, 17 por 100 exclusiva o predominantemente homosexuales (el resto no responde). Naturalmente surge de nuevo la pregunta de si este incremento de homo o bisexualidad se debe a la acción de las hormonas sexuales durante el período de organización del cerebro.

Según *E. Hampson* parece existir un cociente intelectual superior en las mujeres *CAH*, tanto si han sido tratadas precoz como tardíamente. Sin que el tema esté plenamente comprobado, *Hampson* y otros autores no descartan la posibilidad de que esta sexualización del cerebro guarde relación con las cualidades intelectuales habitualmente asociadas con ambos sexos. En el caso del varón se insiste en que tiene mayores capacidades para las matemáticas, la geometría y el razonamiento, mientras que en el caso de la mujer se suelen citar la mayor velocidad

(7) Hampson, E.: Desarrollo Intelectual y de Comportamiento de los Intersexos.

(8) Money, J. y Ehrhardt, A.: *Desarrollo de la Sexualidad Humana*, Morata, Madrid, 1982.

perceptiva, la mejor expresión verbal y la habilidad para tareas manuales delicadas. ¿Se deben estas diferencias a la acción de los andrógenos sobre la organización del cerebro? *Hampson* cita un trabajo en el que se llega a la conclusión de que las mujeres *CAH* tienen una mayor capacidad espacial que las que no padecen ese síndrome. En cualquier caso estamos ante un tema polémico, que suscita grandes rechazos entre el mundo feminista y que no está ni mucho menos cerrado. *Imperato McKinley* ha observado también que, en los casos de feminización testicular estas personas tienen menor capacidad perceptual que los varones o hembras no afectados; igualmente existe un descenso de la inteligencia espacial, lo que parece mostrar que los andrógenos son importantes para el desarrollo de estas habilidades (9).

La transexualidad o «disforia de género»

EL curso de El Escorial contó con la presencia de *Milton Edgerton*, que ha realizado un gran número de intervenciones de cambio de sexo (10). Edgerton considera que las causas de la transexualidad —a la que calificó como «*gender dysphoria*»— siguen siendo desconocidas. La Genética no ha sido capaz de mostrar pautas de herencia de la transexualidad y es extremadamente raro que exista más de un transexual en una única familia. Sin negar la importancia de los influjos sociales, tales cambios no explican, no obstante, el comienzo precoz de la convicción inalterable de que una persona es transexual. Edgerton piensa que se puede postular que dosis ligeramente alteradas de las hormonas sexuales o cambios en el *timing* de su actuación pueden producir esta disforia, sin alterar el desarrollo de los genitales.

En estos casos la morfología, la anatomía y los niveles endocrinos del sujeto están en conflicto con la propia identidad sexual, pero sin que se constaten alteraciones convincentes anatómicas o fisiológicas. De ahí procede la resistencia de muchos médicos a tratarlos en el ámbito de su profesión y a recomendar que se busque solución en una psicoterapia que se ha mostrado incapaz de conseguir el objetivo deseado. La consecuencia es que el destino de los transexuales es dramático, con frecuentes depresiones e intentos de suicidio.

Según *Edgerton*, la trayectoria de estas personas es muy distinta si se procede al cambio de sexo. A pesar de que las primeras intervenciones de cambio de sexo estaban acompañadas de muchas complicaciones, sin embargo muy pocos pacien-

(9) McKinley, I.: El Síndrome de Testículo Feminizante.

(10) Edgerton, M. T.: Transexualism and Surgical Treatment.

tes se arrepintieron de la operación y consideraron que este tratamiento era preferible a otras alternativas. *Edgerton* afirma que, después de haber seguido a los pacientes durante 25 años tras la intervención quirúrgica, ninguno de ellos se lamentaba de ella. Indiscutiblemente la *reasignación o confirmación de sexo* —términos utilizados por *Edgerton*— no cura los desórdenes psicológicos asociados ni los desajustes, debidos a la forma de vida precedente, pero proporciona una mejora subjetiva sustancial y duradera. Otros científicos no son tan optimistas sobre los resultados.

Inicialmente se consideraba en USA que la frecuencia de la transexualidad femenina era 1/4 respecto a la masculina; otros autores dan porcentajes de 1/2,5. *Edgerton* afirmó que en el centro de Virginia, en el que trabaja actualmente, el número de mujeres transexuales que acuden es idéntico al de varones. La intervención quirúrgica es lógicamente más compleja cuando se trata de mujeres transexuales, pero los resultados son muy positivos y permiten una vida sexual satisfactoria (11), así como en el logro de la micción ortostática a la que las personas implicadas confieren gran importancia.

La intervención de cambio de sexo exige tres condiciones:

1. Un proceso de selección que permita distinguir los pacientes con verdadera «disforia de género». Una condición exigida es que vivan según el sexo al que van a ser reasignados quirúrgicamente, un espacio de tiempo previo de al menos dos años. El tratamiento hormonal precede siempre al quirúrgico.

2. Una cirugía de calidad que obtenga buenos resultados desde el punto de vista estético y funcional.

3. Un seguimiento de los pacientes durante un período de 10 a 20 años.

La conclusión de *Edgerton* es que, actualmente, la cirugía que confirma la convicción personal de género del paciente transexual proporciona una rehabilitación consistente económica y social; es algo bueno para la sociedad en su conjunto y debería continuarse hasta que se encuentre un tratamiento mejor. Sin embargo, las resistencias siguen siendo muy fuertes, tanto entre la clase médica, como entre las compañías de seguros, que tienden a considerar este tipo de cirugía como «estética» o «experimental».

(11) Dörner me comentaba personalmente que su juicio no es tan optimista sobre el éxito en el cambio de sexo de mujer a varón en lo referente a la ulterior actividad sexual. También me indicaba que un porcentaje de transexuales masculinos —en torno al 30 por 100— son heterosexuales, es decir que se convertirán en lesbianas al hacerles la intervención de cambio de sexo.

Valoración ética

¿COMO valorar las intervenciones correctoras ante las anomalías que hemos ido expresando? (12). Ya hemos indicado que se dan una serie de casos en los que viene al mundo un niño cuyos genitales son ambiguos. En estas circunstancias se considera éticamente legítima la praxis médica que actúa procurando el sexo en el que mejor va a desarrollarse el niño, aunque no coincida con su sexo cromosómico o gonadal. No parece que, en estos casos, se deban primar los pasos iniciales del proceso de diferenciación sexual sobre los subsiguientes. Sería absurdo, por el contrario, intentar en los casos de feminización testicular «re-convertir» hacia el sexo masculino a una mujer que tiene una identificación sexual femenina. En las dos situaciones se considera que no debe darse preferencia al sexo cromosómico y gonadal sobre las fases posteriores del desarrollo de la diferenciación sexual y, de forma preminente, sobre la identidad sexual que la persona ha adquirido o puede conseguir más fácilmente.

Debe ser la totalidad de todos los factores, relacionados con el sexo, los que determinen en qué dirección hay que ayudar a los intersexuales. En estos casos no se puede discutir la legitimidad de las ayudas psicológicas, farmacológicas y quirúrgicas, que lleven a una persona a realizarse dentro de un sexo concreto, tanto si se trata de reforzar el propio sexo cromosómico o gonadal, como de permitir una mejor adaptación al sexo que se les ha atribuido al nacer (porque se considera que es en el que mejor pueden desarrollarse como personas sexuadas). Por tanto, se ha considerado ético escoger el sexo en el que el niño pueda más fácilmente desarrollar una clara identidad sexual sin que deba primarse el sexo cromosómico y gonadal. Lo decisivo debe ser la posibilidad de inserción en un sexo concreto.

Autores que se oponen al cambio de sexo

LAS mayores dificultades éticas se plantean en los transexuales adultos, que piden continuamente el cambio de sexo. Existen casos en que este deseo es más superficial, pero en otros es extraordinariamente intenso y fracasan todos los intentos de terapia psicológica. No es infrecuente que los transexuales amenacen con el suicidio. Evidentemente no nos referimos a

(12) López Azpitarte, E.: «Estados Intersexuales y Cambio de Sexo: Aspectos Éticos», *Proyección*, 38 (1991) 131-141. Se trata de un excelente y actual artículo sobre el debate ético en relación con el problema del cambio de sexo, en el que nos inspiramos en esta parte de nuestro trabajo, que tiene que ser necesariamente concisa.

aquellas situaciones en que las razones para solicitar la cirugía de cambio de sexo se mueven en el terreno de la prostitución.

La teología moral católica ha tratado bastante poco este problema. No existen tomas de postura oficiales de la Iglesia. Tradicionalmente, la teología ha considerado inmoral todo cambio de sexo, ya que los datos biológicos reflejan el destino dado al ser humano por la naturaleza, para vivir como varón o mujer. Es un dato que debe ser respetado, aunque el tratamiento psicoterapéutico o farmacológico no proporcione una mejora sustancial. Así se expresa hoy *M. Cozzoli*, para el que la identidad sexual, de la que es reveladora la corporeidad del individuo, es la manifestación originaria, decisiva e indisponible del propio ser varón o mujer. El cuerpo no es una realidad sin valor, sino que contribuye de modo originario y esencial en la integración de la persona (13).

Por tanto, para los autores que mantienen este punto de vista, es inaceptable una cirugía que transforme el cuerpo en función del deseo psicológico. Se trata de una mutilación no terapéutica, ya que se mutilan órganos sanos. Esta es también la opinión de *Bompiani* que insiste mucho en las limitaciones de la cirugía de cambio de sexo (14). Sólo queda el camino de la terapia psicológica, ya que se considera que la libertad y el dominio de la persona sobre su cuerpo están limitados por el respeto y la fidelidad al hecho de haber nacido hombre o mujer. Esta misma opinión es compartida por *Sgreccia y Caffarra* (15).

Ante estas tomas de postura surge la pregunta de si estos autores admitirían un cambio de sexo en la hipótesis de una «mujer», con feminización testicular, que fuese transexual y quisiese convertirse en varón. Quizá la respuesta de estos autores podría ser positiva, ya que se trata de individuos con cromosomas sexuales masculinos y portadores de testículos. ¿No estaría reflejando esta postura un planteamiento demasiado dependiente de los datos biológicos primarios en la diferenciación sexual?

Admisión de la posibilidad de cambio de sexo

DENTRO de la escasa literatura teológico-moral sobre este tema, hay autores que sostienen que la identidad sexual del individuo —su conciencia de ser psicológicamente varón o mujer— debe valorarse

(13) Cozzoli, M.: «El Problema Etico del Transsexualismo», *Medicina e Morale*, 36 (1986) 806-813.

(14) Bompiani, A.: *Medicina e Morale*, (1982).

(15) Sgreccia, E.: «Aspetti Morali del Transsexualismo», *Medicina e Morale*, 34 (1984) 181-205; Caffarra, C.: «Il Transsexualismo: Aspetti Etici», *Medicina e Morale*, 35 (1985) 717-723.

por encima de los datos biológicos que configuran la corporeidad del individuo y que debe darse primacía a la psicología sobre la biología. Consideran que si la anomalía se pudiese resolver con otra terapia, no habría que acudir a otros procedimientos más agresivos, como el cambio de sexo.

Estos autores son sensibles a los casos de transexualismo auténtico en los que la persona vive en un conflicto permanente e irreversible, por la presencia de unos órganos que contradicen sus aspiraciones más profundas. Así se expresa *López Azpitarte*: «Cuando la tendencia psíquica se constata irreversible y definitiva, la única alternativa existente es acomodar su morfología, en la medida de lo posible, a su identidad psicológica» (16). Es verdad que, en estos casos, se da una mutilación de órganos sanos, pero «estaría justificada por el principio de totalidad, como una acción necesaria para superar la angustia y la tragedia de quien se siente patológico por la presencia de algo que le destruye por dentro» (17).

En este punto son importantes las reflexiones de *G. Perico* en torno a un principio básico de la teología moral, el de totalidad, que afirma que «una parte del organismo, aun sana e importante, puede ser sacrificada cuando lo exija con certeza y sin alternativas la salvación de todo nuestro ser» (18). En este punto alude al pensamiento de *Pío XII*: «El que ha recibido el uso de todo el organismo tiene el derecho de sacrificar un órgano particular, si su conservación o funcionamiento ocasiona un daño notable al todo, que es imposible evitar de otra forma» (19).

Por otra parte es importante tener en cuenta que, si en los niños nacidos con genitales ambiguos, se acepta el tratamiento quirúrgico concorde con la identidad en que va a ser educado —aunque el sexo cromosómico y gonádico sea distinto— no se ve por qué la intervención quirúrgica sea inadmisibile cuando el desajuste se da en los niveles psicológicos del adulto. Puede pensarse también en los casos en que se asigna un sexo a un recién nacido —generalmente un niño— y luego se considera que es más fácil su realización sexual como niña y se le reasigna este sexo. Suele citarse el caso de un niño, al que se le hizo casualmente una penectomía —durante la circuncisión— y se le reasignó el sexo femenino. Logró una identidad sexual femenina —distinta de su hermano gemelo, que siguió siendo varón. Si se acepta esta «cirugía sexual» en un niño de pocas semanas, ¿existen razones apodícticas para negarlo totalmente en un adulto que sea verdaderamente transexual?

(16) López Azpitarte, E.: «Estados Intersexuales...», p. 139.

(17) Ibid.

(18) Perico, G.: «Il fenomeno della transessualità. Rilievi Clinici, Giuridici e Morali», *Aggiornamenti Sociali*, 32 (1981) 753-764. Perico acepta que pueda ser éticamente aceptable el cambio de sexo en casos de transexuales probados. Cf. p. 761.

(19) AAS, 15 noviembre 1953.

También alude *Perico* a otro discurso de *Pío XII* en que aborda el tema de la cirugía plástica para la corrección de ciertos defectos físicos. Allí decía el Papa *Pacelli*: «Numerosos motivos legitiman, a veces, incluso aconsejan positivamente, la intervención. Algunas deformidades, o aun únicamente imperfecciones, son causa de trastornos psíquicos en el sujeto, más aún se convierten en obstáculo a las relaciones sociales, familiares, o impedimento... para el desarrollo de su actividad (20).

Perico añade: «Puesto así el problema —en relación con el principio de totalidad— aun una mutilación de una parte importante del organismo, puede transformarse en gesto de «sabia administración» (21). Si el individuo lo necesita para vencer su estado de angustia, de acuerdo con el especialista: «a nuestro parecer, la intervención ha de considerarse lícita». En una línea similar se manifiestan *Kosnik*, *Keane*, *Borgia*, *Thevenot*, *Dedek*... (22). Este es también el punto de vista de *López Azpitarte*: «no me atrevo a negar la licitud ética del cambio de sexo, cuando tras una valoración diagnóstica y estructural de la personalidad, aquél aparece como la única solución viable y eficaz. Por el contrario, «el simple deseo por cambiar la morfología corporal, que no esté fundamentado en un análisis serio y científico, sería insuficiente para su tolerancia moral» (23). Indiscutiblemente debe constatar-se rigurosamente que se trata de una auténtica transexualidad y que el individuo podrá asumir su reasignación de sexo (24).

Reflexión final

QUIERO acabar este artículo con unas reflexiones que se sitúan en un nivel distinto. Los especialistas del *Nuevo Testamen-*

(20) *AAS*, 13 noviembre 1958.

(21) *Perico*, G.: «*Il fenomeno...*», p. 761.

(22) *Boscia*, F. M., *Todarello*, O.; *Matarrese*, F.: «Il transsexualismo: aspetti etici, clinici e terapeutici», *Medicina e Morale*, 35 (1985) 746-765.

Dedek, J. F.: *Contemporary Sexual Morality*, Sheed & Ward, N. York, 1971, pp. 77-80.

Keane, Ph. S.: *Sexual Morality. A Catholic Perspective*, Paulist Press, N. York, pp. 77-80.

Kosnik, A. (Ed.), *La Sexualidad Humana*, Cristiandad, Madrid, 1982, pp. 259-261.

Spinsanti, S.: «Problemi Antropologici-morali dell'identità sessuale», *Medicina e Morale*, 32, (1982) 225-237.

Thevenot, X.: *Pautas Éticas para un Mundo Nuevo*, Verbo Divino, Estella, 1988, pp. 130-136.

(23) *López Azpitarte*, E.: «Estados Intersexuales...», p. 140.

(24) He conocido algún caso en que, en una clínica de cambio de sexo de nuestro país, se estaba dispuesto a realizar la intervención quirúrgica después de un estudio psicológico sumamente superficial del transexual. No hace falta insistir en la seriedad con la que deberían realizarse tales intervenciones.

to consideran probable que el *logion* de Jesús sobre los eunucos («Hay eunucos que salieron así del vientre de su madre, a otros los hicieron los hombres y hay quienes se hacen eunucos por el reinado de Dios», Mt 19, 20) fue pronunciado en un contexto distinto al recogido por los Evangelios. Estos nos dicen que Jesús fue acusado de comedor y bebedor, amigo de publicanos y pecadores. Probablemente fue acusado también de «eunuco», por el hecho de no haber contraído matrimonio. Jesús responderá afirmando que hay personas que se han hecho a sí mismas eunucos por la causa del Reino; que están tan captadas por esa misión, que han devenido existencialmente incapaces de contraer matrimonio. Esta es la explicación, al menos parcial, del celibato de Jesús según Schillebeeckx (25). Esta acusación de ser eunuco, lanzada contra Jesús, debe ser tenida en cuenta al abordar el tema de este artículo.

El primer discurso de Jesús, recogido por San Lucas en la sinagoga de Nazaret donde había crecido, tiene una presentación programática de su misión: «El Espíritu del Señor está sobre mí. Me ha enviado para anunciar la libertad a los cautivos..., para poner en libertad a los oprimidos» (Lc 4, 18). Jesús entiende su misión como una liberación de todo lo que aliena y esclaviza la verdad más profunda del ser humano. No trae una misión opresora, sino profundamente liberadora: no es el hombre para el sábado, sino que la ley está al servicio del hombre. Una línea que recorre el Evangelio es el continuo conflicto de Jesús con aquellos que pretenden someter al hombre a normas y exigencias que no dimanen de su propia condición humana.

El problema de la transexualidad es grave y complejo. No me atrevo a afirmar que la reflexión ética —y explícitamente la cristiana— sea hoy concluyente. Pero la respuesta cristiana tiene que ser siempre sensible a no dejarse atrapar por convencionalismos o juridicismos, si quiere ser fiel al talante del que fue su fundador y debe ser su continuo punto de referencia. Algo constante en el mensaje y en las actitudes de Jesús fue su sensibilidad hacia los marginados y hacia los que sufren. Por ello fue calificado de comedor y bebedor, quizá también de eunuco, y ciertamente de amigo de publicanos y pecadores. ¿Por qué no se puede decir que el que vino a liberar a los cautivos no hubiera aceptado la liberación del cuerpo en aquellos casos —seriamente probados— en los que una persona se vivencia atrapada por un cuerpo al que siente no pertenecer? ¿Cómo hubiera abordado este tema el que quizá sintió sobre sí el anatema de ser llamado «eunuco»?

Jesús finaliza su *logion* sobre el celibato y los eunucos diciendo: «El que tenga oídos para oír que oiga», que ha sido interpretado en relación con la opción por el celibato por el Reino de los cielos. Creo que esta última frase de Jesús podría

(25) Schillebeeckx, E.: *El Celibato Ministerial*, Sígueme, Salamanca, 1968.

interpretarse también así: que la sociedad tenga los oídos abiertos para escuchar con objetividad las voces de los que viven estas dramáticas situaciones; que la reflexión ética y la de las diferentes religiones abra sus oídos a las aportaciones de las ciencias humanas al afrontar los problemas de la intersexualidad y la transexualidad.