

## **El transexualismo, una forma de intersexo**

*Louis Gooren*

*Para nosotros los seres humanos, la división en dos sexos es una de las grandes verdades eternas. La diferencia entre los sexos es experimentada como más bien absoluta. Subjetivamente, hombre y mujer son opuestos, polos, formas mutuamente excluyentes de existencia humana. Los animales salvajes y domésticos son, como la raza humana, machos o hembras. Esto ha reforzado la idea que la condición de hombre y de mujer son expresiones de un orden natural, cuando no las expresiones del orden divino de la creación. "El hombre y la mujer, Él los creó".*

### **DIFERENCIAS EN EL SEXO**

Desde tiempos inmemoriales, los padres han asignado a sus recién nacidos el sexo que la morfología de los genitales externos indicaba. Esta práctica, consagrada por el tiempo, impresiona por lo razonable que resulta, ya que los bebés con apariencia de niño y niña al nacer generalmente crecen hasta convertirse en hombres y mujeres adultos y funcionales. En otras palabras, no es necesario hacer ningún esfuerzo especial y consciente (pedagógico) para conseguir que los niños se eduquen como hombres y las niñas como mujeres. La condición de hombre y de mujer parecen ser intrínsecas, biológicamente determinadas, propiedades de los niños y niñas que esperan su finalización por obra de las hormonas de la pubertad, que enfatizarán las diferencias entre sexos y anunciarán la interacción erótico-sexual entre ambos sexos. Esta última es crucial para la supervivencia de la especie, para algunos un mandamiento divino, para otros una propiedad inherente, biológicamente predestinada, de los organismos vivientes.

Esta percepción de la condición de hombre y mujer como complementarias, y que es necesaria para la supervivencia de la especie, ha llevado a creer que el pleno espectro de masculinidad y feminidad es producto del determinismo biológico, en lugar de factores psicosociales, estos últimos no siempre considerados suficientemente poderosos para establecer o -¿podríamos decirlo así?- garantizar una dicotomía macho / hembra. Ciertamente, en las ciencias biológicas, pero antes de ello en muchos sistemas de creencias religiosas, la interacción sexual entre los sexos ha sido equiparada teleológicamente con la reproducción. Se considera el deseo carnal como un embellecimiento del incentivo para procrear, aunque esto último no siempre sea una tarea fácil de cumplir. La ecuación sexualidad = procreación ha reforzado la creencia de que hombre y mujer son dos polos, el uno no existe sin el otro, se presuponen el uno al otro, pero son mutuamente excluyentes.

Las investigaciones antropológicas y sociológicas han cuestionado la potenciación al máximo de las diferencias entre sexos. Los estudios interculturales han revelado que ciertas diferencias entre sexos son arbitrarias y caprichosas: los códigos en la vestimenta, peinado y maquillaje son diferentes entre sociedades, épocas, e incluso entre clases sociales dentro de la misma sociedad. Otras diferencias macho-hembra son complementarias en cuanto al sexo: en la historia de humanidad es explicable que la -en

general- mayor fuerza física del varón y los constreñimientos del embarazo y la lactancia se convirtieran en la base de la división laboral complementaria entre sexos. La tecnología del siglo XX en cuanto a trabajo, control de natalidad y crianza de los niños ha cambiado profundamente estos roles sexuales.

Mientras las dos anteriores diferencias entre sexos han estado, o están, sujetas a cambio, los papeles derivados del sexo no lo son tanto. Sobre la base de las diferencias hormonales, las imágenes corporales de hombres y mujeres son diferentes. La formación del pecho en las mujeres, los tipos de cabello en hombres y mujeres, y sus respectivas siluetas corporales, todo ello regulado por las hormonas, siguen siendo características sexualmente segregadas. Naturalmente, esto se aplica aún más a los papeles irreduciblemente sexuales: para los hombres, producir esperma y fecundar, y para las mujeres, producir huevos, gestar y lactar. ¡Debe agregarse que la tecnología moderna de reproducción asistida ha podido ampliar los límites en este campo! Aun haciendo un esfuerzo para minimizar las diferencias entre sexos, se mantendrá una diferencia macho / hembra en la percepción de casi todos seres humanos a la hora de hablar de biología -¿o deberíamos decir "biología"? (Para un panorama sobre esta cuestión, véase Money, 1980).

## **ESTADOS INTERSEXUADOS**

Una parte de la experiencia humana tiene constancia de que algunos neonatos presentan ambigüedades en los genitales. La sabiduría popular de las personas no versadas en medicina, las ha llevado generalmente a asignar a la criatura el sexo que más se parecía a su apariencia genital externa, dando por sentado que, de esa manera, "las intenciones" de la naturaleza eran tenidas en cuenta más adecuadamente. A fin de cuentas, esto es una prolongación de la práctica según la cual la masculinidad y feminidad presente y futura puede deducirse de una inspección (superficial) de los genitales externos. Con el conocimiento que procura la experiencia, ésta bien podría haber sido una práctica sensata, puesto que, según demuestra claramente la investigación de Money desde 1950 en adelante, en los niños con genitales ambiguos, el sexo asignado es un factor esencial en la ulterior conciencia de ser hombre o mujer (Money et al., 1955).

El intento de "descubrir las intenciones de la naturaleza" en cuanto al sexo del neonato adquirió un enorme impulso cuando, desde la segunda mitad del siglo pasado en adelante, los principios biológicos que gobiernan el desarrollo de las gónadas y genitales del macho y la hembra empezaron gradualmente a aclararse.

El examen microscópico de las gónadas y su clasificación como ovario o testículo fue la base la clasificación del hermafroditismo de Klebs, de 1876 en adelante (Klebs, 1876). Klebs reconoció los verdaderos hermafroditas, que poseían tanto tejido ovárico como testicular, por oposición a los pseudo-hermafroditas. Estos últimos, sujetos intersexuados, tienen un ovario con genitales de apariencia masculina, o un testículo con genitales de apariencia femenina. Klebs y sus contemporáneos dieron por sentado que el tejido gonadal determinaría el sexo "verdadero", el central, la perspectiva y deseos sexuales, incluso en aquellos casos en que el estado genital real, por no hablar de la identidad sexual, era claramente opuesto a la naturaleza de las gónadas. La clasificación de Klebs adquirió la hegemonía de una doctrina médica: la naturaleza de las gónadas, ovarios o

testículos, era el máximo criterio de masculinidad o feminidad, y por tanto la naturaleza de las gónadas era el criterio, la vara de medir para la asignación de sexo en sujetos intersexuados.

A partir de los años 50, el sexo genético podría determinarse mediante pruebas clínicas; esta información cromosómica tendió a tomar prioridad sobre el criterio gonadal, como piedra de toque del sexo, porque suponía revelar cuáles eran "las intenciones reales de la naturaleza" con este sujeto intersexuado en particular. Esto era particularmente cierto puesto que la codificación genética del sexo precede a la diferenciación de las gónadas. Huelga decir que atribuir intenciones a la naturaleza va mucho más allá de los límites científicos que la biología ha establecido o debe ponerse a sí misma.

La conclusión de lo anterior debe ser que, en teoría médica, el estatus de hombre o mujer está biológicamente determinado (genes, naturaleza de las gónadas), y por consiguiente biológicamente definido en el sistema biomédico, pero también en el sistema legal que emana del estatus de hombre o mujer en el orden social.

## **LLEGAR A SER HOMBRE O MUJER**

Durante los últimos 60 - 70 años, se ha ido formando un panorama bastante completo del proceso de diferenciación sexual en las especies de mamíferos (la humana incluida). Es un proceso que tiene lugar en fases claramente diferenciadas, cada una con un así llamado periodo crítico, una estrecha ventana de tiempo durante el que sólo puede tener lugar esta fase específica de la diferenciación. Pasado este periodo crítico, esta fase específica aún no puede deducirse, ni tampoco deshacerse. En cada fase, el organismo en vías de desarrollo tiene la doble potencialidad de diferenciarse a lo largo de dos líneas de desarrollo, macho o hembra. El patrón normal de desarrollo es que, sobre la base de la información genética del cromosoma Y, la gónada de doble potencial, todavía sin diferenciar, se convierte en testículo. En el caso de dos cromosomas X, la gónada indiferenciada se convierte en ovario. El testículo ya produce hormonas antes del nacimiento (entre las semanas 6 y 14 de gestación). Tanto en el futuro feto macho como en el feto hembra, los conductos de Muller y Wolff están presentes. Bajo la influencia de las hormonas testiculares, los conductos de Muller sufren una regresión en el feto macho, mientras estas hormonas dirigen los conductos de Wolff para convertirse en los genitales masculinos internos. En el feto hembra, el ovario es endocrinológicamente inactivo, y los conductos de Wolff sufren una regresión por falta de estímulo hormonal, mientras que los conductos de Muller se convierten en los genitales femeninos internos. Partiendo de un principio común, en los fetos macho y hembra -en el tubérculo y surco genital-, el feto masculino desarrolla un pene y un escroto bajo la influencia de hormonas testiculares. En la hembra, estas estructuras, al estar sujetas a las hormonas testiculares, se convierten en clítoris y labios.

Normalmente, cada fase está supeditada a la anterior y por ello es generalmente consistente con ella, en el sentido de que un patrón cromosómico XY -o, alternativamente, un XX- predice con un alto grado de exactitud el resultado de este proceso de diferenciación.

Pero la naturaleza nos proporciona sus variaciones (o patologías, en términos de medicina clínica). En un buen número de nacimientos, no todas las fases en el proceso de diferenciación han sido consistentes entre sí. La producción patológica de hormonas masculinas en el feto hembra o la insensibilidad a la acción de las hormonas masculinas en el feto masculino pueden llevar a la formación de unos genitales externos que "contradigan" la naturaleza del patrón cromosómico (o "sexo" cromosómico), o de la gónada (o "sexo" gonadal). En ocasiones, estos síndromes no se reconocen al nacimiento, y el neonato recibe una asignación de sexo y subsiguiente crianza de acuerdo con el criterio de los genitales externos (pero al parecer no con aquellos del "sexo cromosómico" o "sexo gonadal"). Un ejemplo clásico es el llamado síndrome de insensibilidad a los andrógenos, caracterizado por una insensibilidad a la acción biológica de las hormonas andrógenas. La consecuencia es que un feto cromosómicamente XY, que posee testículos y produce testosterona, desarrolla genitales externos femeninos. La asignación de sexo y su crianza se produce como si el niño fuera niña. Estos sujetos desarrollan el estado psicosexual de una niña y después una vida de mujer, que normalmente contrae matrimonio, autorizado por su estado legal de hembra. Carentes de ovarios y útero, son incapaces de tener hijos, pero pueden ser madres adoptivas. Lógicamente, sería una crueldad mental confrontar a estos seres humanos, que llevan vida de mujer psicológica, social y legalmente, esposa y madre, con el hecho "científico" de que, según el criterio de su sexo genético o gonadal, son machos. Sin embargo, "científicamente" tienen elementos masculinos hasta que estemos dispuestos a revisar algunos de nuestros dogmas en la biología de la condición de hombre o mujer. Es inevitable concluir que algunos de nuestros compañeros los seres humanos viven vidas de hombres y mujeres, aunque este estatus se encuentre en discordancia con las singularidades genéticas, gonadales y genitales de masculinidad y feminidad, tal y como han sido formuladas por la ciencia biomédica.

La ópera magna de John Money (1955) fue la que formuló adecuadamente el estatus de estos sujetos, haciendo justicia a su estatus psicosocial real en cuanto a masculinidad o feminidad. Hasta entonces -aunque parezca increíble- la medicina carecía de terminología para describir el estatus de estos sujetos. Heredera de la doctrina que especificaba el sexo por el criterio genético o gonadal, la medicina nombraba (no tenía más remedio que ponerles nombre) a los sujetos intersexuados macho o hembra en virtud de estos criterios, incluso si los sujetos vivían psicosocialmente como miembros del sexo opuesto. Money introdujo los términos de identidad de género y rol de género. La identidad de género es la afinidad, unidad y persistencia de la individualidad de uno mismo como hombre o mujer, en mayor o menor grado, ya que es experimentada en la conciencia y la conducta. El rol de género es todo lo que una persona dice y hace para indicar al ego el grado en que uno es masculino o femenino (o, raramente, ambivalente); incluye pero no se restringe a la excitación y respuesta sexual. La identidad y rol de género son los dos lados de una moneda, y por tanto inseparables. La identidad de género es la experiencia privada del rol de género, y el rol de género es la manifestación pública de la identidad de género.

La introducción de los términos identidad / rol de género liberaba a los sujetos inmersos en la dificultad de llevar vidas de hombres y mujeres sin poseer las "especificaciones

biológicas" de su sexo, íntimamente experimentado como propio. Money tomó prestado el término género a la lingüística, que clasifica ciertas palabras como del género masculino, femenino o neutro, sin que -obviamente- tenga nada que ver con cualquier característica biológica. Eso era exactamente lo que Money necesitaba para liberarse de la "dictadura de la biología" en su descripción del estatus de masculinidad o feminidad de los sujetos intersexuados. La implicación es que, en la especie humana, la masculinidad y la feminidad no pueden ser evaluadas solamente (¿o en absoluto?) con técnicas de laboratorio, sino que una auto-descripción de la identidad / rol de género de uno mismo debe ser parte integral de ese estatus.

La biomedicina basa ampliamente en la experimentación animal la comprobación de sus teorías sobre las enfermedades (¡y con buenos resultados!). No es infrecuente que se hagan generalizaciones válidas sobre intersexualidad. La diferenciación sexual, hasta la formación de los genitales externos, es fundamentalmente idéntica en el hombre y otros mamíferos. Sin embargo, no existe ninguna correspondencia animal en cuanto a identidad / rol de género, puesto que la descripción de este último requiere el desarrollo del lenguaje y la comunicación interpersonal. Esto puede dejar a los biólogos más recalcitrantes con dudas acerca de la importancia de la identidad / rol de género, pero debe resultar obvio que la peculiaridad de las especies humanas es que ninguna descripción de la masculinidad o feminidad de un ser humano viviente puede estar completa sin la caracterización de su identidad / rol de género, por muy redundante y evidente que pueda parecer en aquellos casos en que la identidad / rol de género encaja cómodamente con los "criterios de laboratorio" sobre el sexo.

Money ha estudiado exhaustivamente las vidas de sujetos intersexuados. Llegó a la conclusión de que el sexo de asignación y la crianza es el pronóstico más fiable de la futura identidad / rol de género del individuo, entre otras variables como la información genética, la naturaleza de las gónadas (ovarios o testículos), el estatus hormonal, los genitales internos y también los externos, aunque estos últimos, lógicamente, desempeñen un papel significativo en la asignación de sexo a un neonato. La ambigüedad de estos últimos puede dar lugar a confusión acerca del sexo que debe asignarse al neonato.

En la tradición de la separación cuerpo-mente, la investigación de Money se ha interpretado a menudo como que la (formación de la) identidad / rol de género es una entidad psicológica mientras que las otras características del sexo (cromosomas, gónadas, genitales) son "sólidamente" biológicas. El paso siguiente en este dualismo de cuerpo y mente es que las entidades psicológicas son concebidas -en principio- como sujetas a cambio y, por tanto, carentes de importancia, sin duda si se las compara con los crudos e inmutables datos de las singularidades biológicas del sexo.

Money se convenció de que la realidad de la identidad / rol de género es tan sólida, inmutable y significativa como la de -por ejemplo- los genitales externos. A partir de sus datos de investigación, demostró que la identidad / rol de género queda fijada a la edad de tres años más o menos, mostrando así un paralelo con otras fases del proceso de diferenciación sexual, de tal forma que, una vez rebasado el periodo crítico, no hay posibilidad de marcha atrás.

Las observaciones anteriores podrían generar -en aquellos que contemplan masculinidad y feminidad como biológicamente determinadas- la perturbadora idea de que la

formación de la identidad / rol de género queda a merced de unos poderes tan "tenues" como la asignación de un sexo u otro al recién nacido y la subsiguiente crianza según ese sexo o, en otras palabras, supeditada a unas fuerzas psicosociales que no pueden ser "dignas de confianza" para cumplir tan importante misión como el establecimiento de la masculinidad y la feminidad. Pero los científicos defensores de este concepto de la (biología de la) existencia humana pasan por alto que la realidad de la vida humana es que los niños nacen de sus padres, y que no sobrevivirían sin unos cuidadores para los que sería imposible relacionarse con una criatura de sexo neutro. Money, que no subscribía la tradición de la separación cuerpo-mente, cree que "el proceso mental" de la formación de la identidad / rol de género es también un proceso cerebral. Para hacer más comprensible el fenómeno de la formación de la identidad / rol de género, Money estableció un paralelo con la adquisición del lenguaje a edades tempranas. Durante un cierto periodo del desarrollo de un niño, el cerebro es exquisitamente sensible a la absorción de la lengua hablada en su ambiente social, sea inglés o chino. La particularidad social de un idioma se entreteje íntimamente con el habla de la persona, su pensamiento, y se imprime casi indeleblemente en el uso de las cuerdas vocales y la lengua, tal y como se manifiesta en el acento de una persona, revelando, no sólo dónde se crió, sino también en qué clase social.

### **TRANSEXUALISMO: LA EXPERIENCIA SUBJETIVA**

El transexualismo puede definirse mejor como una forma extrema de disforia del género. La disforia de género es una diferencia entre la identidad / rol de género por un lado y las características físicas del cuerpo por otro. En el transexualismo, la identidad / rol de género de un sexo coexiste, en una misma persona, con las características primarias y secundarias del otro sexo. Para la persona no-transexual este problema resulta tan extraño e inimaginable que le es difícil comprender la desgracia del transexual. En momentos de sufrimiento, como la pérdida de un ser querido, compartimos los sentimientos de aquellos que nos son cercanos. La comprensión y empatía para con los transexuales es, en primera instancia, más bien un acto cerebral, aunque uno no puede eludir el hecho de que sus dificultades son genuinas y de corazón. Quizá puede concebirse un poco de su dolor si un hombre intenta imaginar cómo se sentiría si desarrollase pechos. Esto no es teórico, es una afección médica conocida como ginecomastia. O pongamos que una mujer experimenta un oscurecimiento de la voz y un crecimiento masculino de la barba y el vello corporal, que no es tan raro. Aunque en la mayoría de los casos sean médicamente insignificantes, estas afecciones son experimentadas subjetivamente como molestias, una expoliación de su feminidad o masculinidad. Los transexuales viven permanentemente en esta situación de sentir que su cuerpo físico niega quiénes son. Los transexuales se sienten atrapados en sus cuerpos: "yo sentía que mi cuerpo era una prisión. No había ninguna ventana. No podía respirar; no podía salir, no tenía la llave".

En la evaluación médica de los transexuales, no se encuentra ninguna señal objetiva de intersexualidad mediante las técnicas existentes de evaluación de los parámetros biológicos del sexo. Por consiguiente, en la práctica médica tradicional, se aconsejará al transexual someterse a una psicoterapia, para que ese concepto que tiene de su cuerpo, percibido como una función mental, coincida con el cuerpo físico real. El transexual verá semejante consejo como inadecuado, puesto que es totalmente opuesto a cómo él / ella percibe y conoce su problema. El cuerpo no es "yo"; la identidad / rol de género es el verdadero "yo". Este íntimo conocimiento del ego no es, de hecho, muy diferente de

lo que nosotros, no-transexuales, experimentamos en una reflexión introspectiva, con la crucial diferencia de que, en nuestro caso, está "casualmente" de acuerdo con nuestro cuerpo físico. Un transexual, después de someterse a una reasignación de sexo, describió su situación como sigue: "antes de este tratamiento, yo no tenía cuerpo, no era nadie, ahora lo tengo, y soy alguien". Dado que los transexuales ven su identidad / rol de género franca e ingenuamente como correcta y su cuerpo como totalmente erróneo, la psicoterapia para reconciliar su identidad del género con su cuerpo está condenada al fracaso. Los transexuales no perciben que puedan permitirse optar por la psicoterapia o la reasignación de sexo. A su juicio no hay opciones; sólo hay una manera salir de su encierro: "el cuerpo" debe acompañar a "la mente".

En las últimas décadas, ha habido alegatos a favor de la androginia. Las diferencias entre sexos se conciben como constructos, socioculturalmente determinadas y no reales. De un plumazo, se propone que la necesidad de reasignación del sexo de los transexuales se evaporaría si nuestra sociedad abrazase la androginia. Una sola conversación con un transexual revelará que éste no es el caso. La androginia es un término psicosocial. Se refiere a las propiedades / atributos psicológicos y sociales de hombres y mujeres, considerados como dicotomía, proponiendo la abolición de los límites entre sexos que provienen de esta dicotomía, y así permitir el crecimiento y la realización personal. Los defensores de la androginia presuponen a menudo que una mayor aceptación de la fluidez entre roles sexuales resolvería el problema transexual. Aquellos que tratan con transexuales saben que éste no es el caso. El problema real del transexual es el cuerpo físico, experimentado como ajeno, no como una parte del ego, un problema inimaginable para el no-transexual. En términos técnicos, el transexualismo no es una disforia del rol sexual, es una disforia de sexo del cuerpo físico.

## **EL TRANSEXUALISMO EN EL DISCURSO MÉDICO**

El transexualismo siempre se ha encontrado con mucho escepticismo y equívocos en la medicina. Su diagnóstico y tratamiento son heterodoxos en la conducta médica. La información que proporciona un transexual, según la cual se encuentra incómodo con la diferenciación sexual de su cuerpo, provoca escepticismo tanto en el hombre común como en el médico; no es una categoría reconocible o identificable con la que uno puede avenirse inmediatamente. Por parte del transexual, la deseada "manipulación" sobre su integridad sexual provoca en el neófito una sensación de aborrecimiento y abominación. Además, si el transexual trasmite con éxito el mensaje de que su vida es espantosa y no merece la pena vivirla, a menos que "el cuerpo se adapte a la mente", ¿qué seguridad tenemos de que esta convicción sea siempre la misma? En otras palabras: las intervenciones médicas irreversibles para adaptar al transexual al ese sexo experimentado como propio, ¿no se lamentarán más tarde, durante el proceso continuado de la vida, al evaluar las cosas de manera diferente, a medida que uno envejece?

Para la profesión médica, el tratamiento del transexualismo supone una fuerte divergencia en su forma tradicional de trabajar. Normalmente, una queja subjetiva de un paciente es verificada por un examen físico, hoy día complementado por la objetividad de la tecnología diagnóstica. Si el resultado de las investigaciones está en concordancia con la queja subjetiva del paciente, se emprende una intervención médica. Pero si no es así, se tranquiliza al paciente o quizá se le aconseje buscar ayuda psicológica. En el

actual estado de cosas, hasta 1995, el transexualismo no tiene ningún sustrato (patológico) biológico que permita su comprobación por la estrategia diagnóstica descrita más arriba. Adagios como "in dubio abstine" y "primum non nocere" todavía merecen respeto en medicina.

En el campo médico, aquellos que se han lanzado a emprender la reasignación de sexo en transexuales han encontrado fuertes reservas entre sus colegas. ¿Puede defenderse ética y médicamente que el tejido -sano según las normas de la patología médica- sea manipulado sobre la única base de la manifestación completamente subjetiva del transexual, según la cual su vida es espantosa? ¿Podrán las hormonas y el bisturí corregir algún día lo que salió mal en el proceso -al parecer- "psicológico" de formación de la identidad / rol de género? ¿Acaso no es uno de los principios de la psicoterapia (en particular del psicoanálisis) que lo que ha ido mal en nuestro desarrollo psicológico puede deshacerse con tal de que existan voluntad y constancia para invertir en psicoterapia? Sin embargo, los argumentos que propugnan que los transexuales pueden ser "curados" por la psicoterapia nunca han sido corroborados por estudios clínicos evidenciados. Naturalmente, los transexuales pueden beneficiarse de la psicoterapia para aprender a enfrentarse a su dificultad, pero no hay esperanza de que resuelva fundamentalmente su trastorno de identidad de género.

El contra-argumento esgrimido a aquellos que proporcionan reasignación de sexo es que tampoco tienen ninguna cura que ofrecer. ¿Acaso un transexual, cuyo sexo ha sido hormonal y genitualmente reasignado, se convierte verdaderamente en un miembro del nuevo sexo? La respuesta surge si uno reflexiona sobre qué tiene que ofrecer la medicina en general a los sufrimientos de la humanidad, tal y como lo expresa adecuadamente Money (1971):

"Algunas enfermedades son agudas, limitadas en el tiempo, y sujetas a suspensión o inversión terapéutica, seguidas por un retorno a la salud. Éstas, según la tradición hipocrática, el médico pretende curarlas. Otras enfermedades son crónicas, progresivas y degenerativas. Para éstas, el médico es menos ambicioso. Procura mejorar o paliar, con cualquier tratamiento disponible, el sufrimiento que engendran. Otras enfermedades o trastornos son crónicos, aunque no supongan minusvalía progresiva. Para estos, los médicos procuran la mejoría, además de la rehabilitación.

El transexualismo no es una condición reversible, a juzgar por las técnicas terapéuticas de hoy. Tampoco es un trastorno de deterioro progresivo, aunque sí representa una invalidez crónica y exige rehabilitar la vida de un paciente. La reasignación de sexo -social, hormonal, quirúrgica y legal- es un tratamiento de mejoría y rehabilitación para el transexualismo. No puede haber una cura para este trastorno, en ausencia de una etiología claramente formulada que, hasta hoy, no se ha descubierto".

Como Money observa, una curación verdadera es relativamente rara en medicina; la rehabilitación es la clase más común de ayuda que puede ofrecerse. Véase una comparación: a un hombre joven paralizado e impedido por un accidente de tráfico se le puede ayudar enormemente con una transposición quirúrgica de tendones, inspirada ortopédicamente (pero "antinatural"), con el objetivo de mejorar su movilidad y por tanto disminuir su dependencia de la ayuda de otros. Estas intervenciones, de ninguna manera defendibles en una persona sana, pueden ser del mayor interés en una persona inmersa en esta desgraciada circunstancia. No es una cura, es un intento de rehabilitar una persona atrapada en su situación. Demuestra que la restitución de la salud del organismo total puede tener prioridad sobre la salud de las partes del cuerpo por separado. De hecho, la situación de los transexuales no es esencialmente diferente.

## **DIFERENCIACIÓN SEXUAL DEL CEREBRO**

Desde el principio de este siglo, se ha evidenciado, en estudios con ratas, ratones y otros mamíferos inferiores que su diferenciación sexual no termina con la diferenciación genital externa como macho o hembra, que es el criterio para etiquetarlos como tales. El cerebro también sufre una diferenciación sexual, que puede ser demostrada neuroanatómicamente. Se expresa en un comportamiento sexual, sexualmente dimórfico (como las posturas en la cópula), pero también en comportamientos no sexuales sexualmente dimórficos como la agresión, la defensa del territorio y el cuidado de las crías. El paradigma de esta fase en el proceso de diferenciación sexual de los mamíferos inferiores es similar al anterior: en presencia de andrógenos (normalmente producidos por los testículos del feto) se produce una diferenciación del cerebro macho, mientras que en ausencia de andrógenos (como es la situación normal en las hembras) se produce una diferenciación del cerebro hembra. Este proceso recibe el nombre de organización, "cableado" del cerebro que lo prepara para el futuro comportamiento sexual / reproductivo, de acuerdo con el estatus gonadal / genital. Esta programación, dispuesta durante el periodo fetal o poco después, se activa con las hormonas de la pubertad.

Experimentalmente, ha sido posible transformar esta fase de diferenciación sexual partiendo de que depende de los andrógenos en los mamíferos inferiores. Parecía posible inducir un patrón de apareamiento macho en una rata con diferenciación gonadal / genital hembra y, a la inversa, inducir un patrón de apareamiento hembra en una rata macho, privándolo de su estímulo androgénico en el período de diferenciación sexual del cerebro.

Estos modelos observados en las ratas, en cuanto a patrones de conducta sexual contrarios al estatus genital, fueron acogidos con entusiasmo por algunos investigadores como modelos animales de comportamientos humanos, como el transexualismo y la homosexualidad (Dorner 1980), pero han sido duramente criticados por otros porque, entre otras cosas, centran su atención exclusivamente sobre (en animales altamente estereotipados) patrones de apareamiento. El eminente investigador de la conducta sexual animal Frank Beach (1979) nos pone en guardia contra una extrapolación demasiado elemental de la relevancia de los patrones de apareamiento de una especie a otra, particularmente a la humana, donde "los patrones motores del apareamiento" están poco asentados. Además, en homosexuales y transexuales resultó imposible demostrar que sus hormonas mostraran en ningún punto patrones típicos del sexo opuesto. Y lo

que es aun más convincente: las personas intersexuadas con un entorno hormonal atípico en el supuesto momento de la diferenciación sexual de su cerebro no parecían estar sujetas a este proceso hormonalmente determinado de diferenciación sexual del cerebro, que resultaba tan fiablemente demostrable en mamíferos inferiores (para revisión Gooren,1990, Gooren, Fliers & Courtney 1990).

Como se indica anteriormente, el resultado de la exposición del cerebro a los andrógenos durante el periodo crítico de diferenciación sexual del cerebro es que los cerebros de rata macho y hembra difieren en su estructura neuroanatómica (Véase McEwen, 1983). Naturalmente, se ha investigado si estas diferencias macho-hembra en la anatomía del cerebro observada en mamíferos inferiores también pudieran demostrarse en humanos. Varios investigadores anticiparon tales diferencias en el cerebro humano, dada la gran afinidad en el proceso de diferenciación sexual de gónadas y genitales entre los mamíferos inferiores y la especie humana. Sin duda, las diferencias sexuales en el tamaño y forma de ciertos núcleos en el hipotálamo se han descrito en humanos, aunque todavía se necesitan estudios repetidos para corroborar los hallazgos (Véase Swaab, Gooren & Hofman 1992). De uno de los núcleos sexualmente dimórficos, pudo demostrarse que sólo se diferencia entre las edades de dos a cuatro años. De los otros núcleos sexualmente dimórficos referenciados, no se conoce el momento de diferenciación. Ni tampoco se conoce cuál es la dinámica subyacente a la diferenciación sexual del cerebro humano, si está hormonalmente regulada o no. La evidencia a priori para una determinación hormonal no es firme, y la información anterior sobre cómo la identidad / rol de género y el lenguaje se convierten en parte de nuestra existencia suscita la intrigante posibilidad teórica de que nuestra historia vital pudiera ser uno de los factores en la formación anatómica del cerebro.

Esta información sobre la diferenciación sexual del cerebro tiene una gran relevancia potencial en el asunto en cuestión. Si se ha aceptado que tanto los mamíferos inferiores como la especie humana sufren una similar diferenciación del cerebro como parte integral del proceso de diferenciación que nos convierte en hombres o mujeres, podría conceptuarse el transexualismo como un trastorno en la diferenciación sexual, según el cual la diferenciación sexual del cerebro (funciones) no ha seguido el curso establecido por los cromosomas, las gónadas y los genitales, sino que se ha cruzado hacia el curso de desarrollo del otro sexo. Esto último, el cruce del curso normal de diferenciación sexual de un sexo al otro, es el sustrato biológico de los estados intersexuados, como el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, o la hiperplasia virilizante congénita.

Estos últimos síndromes, tan claramente arraigados en errores biológicos demostrables, reciben inequívoca atención por parte de la profesión médica. La financiación de los costos de esta atención médica nunca supone problema alguno, y todos los sistemas legales amparan las posibilidades de alterar el estatus sexual civil, según lo que más interese al individuo implicado.

Una investigación en el Instituto Holandés de Investigación Cerebral con cerebros de transexuales de hombre a mujer pudo demostrar que uno de los núcleos cerebrales sexualmente dimórficos en el ser humano -el núcleo central de la estría terminalis- presenta todas las características de una diferenciación femenina en una muestra de transexuales de hombre a mujer (Zhou, et al., 1995). Esta investigación fue posteriormente refinada y la observación original pudo confirmarse (Kruiver et al,

2000). En esta publicación se informó también que el cerebro de un transexual de mujer a hombre tenía una diferenciación masculina en el núcleo central de la estría terminalis.

El hallazgo de este índice biológico de diferenciación femenina del cerebro en transexuales de hombre a mujer podría representar un punto crucial en el abordaje del transexualismo desde varios puntos de vista. Primero, desde la profesión médica: los transexuales podrían ser "rehabilitados", pasando de perturbados mentales a víctimas de un trastorno en la diferenciación sexual. Segundo, los seguros médicos podrían ser (legalmente) obligados a cubrir los costos de la reasignación de sexo, como en otros casos de intersexualidad. Se podría exigir al sistema legal que tratase a los transexuales de forma análoga a otras formas de intersexualidad. El público podría cambiar su actitud hacia este fenómeno sorprendente. Podría esperarse que las instituciones religiosas etiquetasen el transexualismo no ya como pecado sino como enfermedad. Las fascinantes consecuencias de la "biologización" del transexualismo en todos los dominios de la vida son difíciles de valorar.

## CONCLUSIONES

En el lenguaje cotidiano, hombre y mujer, masculinidad y feminidad son categorías obvias, que se dan fácilmente por sentadas. Nuestros compañeros humanos que presentan hermafroditismo y -por la misma razón- transexualismo nos obligan a someter esta categoría a un examen más profundo. La necesidad de una definición, superflua cuando "los hombres son hombres y las mujeres son mujeres", se impone. Hay dos ámbitos de la vida que ejercen gran poder sobre la vida de las personas, y por ellos el hombre y la mujer se han visto definidos, o por lo menos circunscritos: la biomedicina y la ley. En biomedicina, hombre y mujer pueden ser circunscritos mediante diversos criterios: el genético (XY o XX), el gonadal (testículos u ovarios), o el genital (pene o vagina). Puesto que entre los mortales comunes todos éstos criterios están de acuerdo entre sí, las incongruencias entre ellos plantean un problema. En el siglo pasado, la doctrina decía que el criterio gonadal era el máximo indicador del sexo de una persona. Después, tuvo que ceder ante el criterio genético; la "determinación" genética del sexo precede a la diferenciación gonadal y se argumentó que el criterio genético revelaría las auténticas "intenciones" de la naturaleza con esa criatura. La doctrina biomédica de definición del sexo ha forzado a algunos individuos con pene y una identidad / rol de género masculinos, pero con patrón cromosómico XX y ovarios a llevar una vida de mujer. A la inversa, algunos individuos con vagina e imagen de mujer, pero con patrón cromosómico XY y testículos, fueron considerados hombres.

Fue principalmente Money quien, con su trabajo, acabó con esta práctica inhumana, demostrando que la identidad de género en sujetos intersexuados estaba en mayor correlación con el criterio de los genitales externos, pero ni siquiera era así en todos los casos. Propugnaba que los niños intersexuados se acomodan mejor a una asignación de sexo en el que se espera que vivan agradable y cómodamente en el futuro: la asignación de sexo femenino si los genitales del intersexuado se prestan mejor a la formación quirúrgica de una vagina, y sólo asignación de sexo masculino si existe la perspectiva realista de un pene funcional. Esta pauta se ha aceptado ampliamente entre los expertos médicos que tratan con niños intersexuados, que son sólo unos pocos. En otras palabras, no se trata de algo que todos los médicos sepan. Esta práctica va en contra de algunas convicciones, según las cuales se "sacrifica" la fertilidad al funcionamiento sexual futuro: en algunos casos, los testículos tienen que ser eliminados para crear

quirúrgicamente una vagina. En todos los casos anteriores, las intervenciones médicas encuentran una justificación en unos "errores sexuales del cuerpo" demostrables.

En este marco de definiciones biológicas del sexo, los transexuales son incómodos para la biomedicina y su deseo de someterse a una reasignación de sexo resulta ridículo. Son "hombres y mujeres sanos", según todos nuestros criterios biológicos sobre el sexo, y no muestran inconsistencia alguna entre estos criterios, contrariamente a la intersexualidad. Ceder ante el deseo transexual implicaría una mutilación de unas gónadas y genitales "sanos", de hombres y mujeres "sanos". De toda la vida, y aún en muchos rincones del mundo médico, se repudian los sufrimientos de transexuales puesto que "se niegan" a aceptar nuestras definiciones biomédicas del sexo. ¿Podría ser -acaso- que nuestras definiciones del sexo, o mejor dicho de la condición de hombre y mujer, son incompletas o deficientes? ¿Qué hacemos con un perfecto hombre biológico que tiene la convicción inalterable de ser una mujer y desea librarse de las características sexuales primarias y secundarias de la masculinidad? La conclusión debe ser que nuestros criterios auto-construidos de la condición de hombre y de mujer son inapropiados, incapaces de abarcar el fenómeno del transexualismo. La opción es sacrificar a los transexuales por nuestras definiciones biomédicas sobre el sexo o reconocer que las definiciones se vuelven anticuadas, obsoletas por las mismas expresiones de lo que la definición intenta especificar. En otras palabras, los criterios tradicionales sobre el sexo son incapaces de comprender la masculinidad y feminidad que los transexuales nos presentan. ¿Son ellos, los transexuales, los que se equivocan, o es que nuestras consagradas definiciones sobre el sexo, tan "verdaderas" para la inmensa mayoría de hombres y mujeres, ya no son válidas? ¿Debe recomendarse a los transexuales que revisen la imagen que tienen de sí mismos porque están "equivocados", o tienen razón y nuestras definiciones sobre el sexo deben incluir un criterio como la identidad de género, tan sólido y dominante como el criterio genético y gonadal del sexo?

En biomedicina, las perspectivas para esta última postura son favorables en la medida en que ha quedado claro que la diferenciación de los genitales externos no es el punto final, sino que el cerebro también sufre una diferenciación sexual en todos los seres humanos. En particular, el reciente descubrimiento del Instituto Holandés de Investigación Cerebral que una de las diferencias sexuales anatómicas (y por tanto "verdadera") en la estructura del cerebro es de tipo femenino en los transexuales, podría ser un descubrimiento en el pensamiento médico sobre transexuales. Podría llevar a una conceptualización del transexualismo como trastorno biológico en el proceso de convertirse en niño o niña, en hombre o mujer.

Otro ámbito de la vida que influye en la condición de hombre o mujer es el sistema legal. Llama a los hombres al servicio militar, y sólo permite matrimonios entre un hombre y una mujer. El sexo se registra en virtud del criterio de la naturaleza de los genitales externos. En general, es una práctica pragmática y oportuna. Hay lugar para correcciones si, después de un examen más profundo, la naturaleza de los genitales externos proporciona una información menos definida de lo normal acerca de la masculinidad y feminidad, como es el caso de la intersexualidad. El hecho de que el sexo de una persona se registre de forma irrevocable plantea un problema a los transexuales. Una parte indispensable de su proceso de rehabilitación es que puedan

llevar plenamente la vida de su "nuevo" sexo, incluyendo su manifestación pública y establecer los vínculos de pareja sancionados y privilegiados por la ley, como el matrimonio. Algunos sistemas legales han creado disposiciones para permitir que los transexuales lleven unas vidas dignas, otros no. Los tribunales británicos sostienen que el sexo de una persona transexual registrado al nacimiento no es incorrecto, ya que está de acuerdo con la naturaleza de los genitales externos. Los transexuales pueden experimentar, tras una reflexión posterior, que esto es "erróneo", sin que ello signifique que "era erróneo en el momento de registrarse". Cualquier desafío al sexo tal y como fue registrado es, por consiguiente, irrazonable e inadmisibles. Alterar el sexo en la partida de nacimiento constituiría una desobediencia a una información legal históricamente correcta, lo cual socavaría la fe pública y la confianza en las pruebas documentadas del estado. De esta postura sólo puede decirse que es rígida y que recuerda las palabras de Pilato: "quod scriptum, scriptum". En los Países Bajos, el legislador tiene un ojo puesto tanto en el orden público como en las necesidades del transexual, y por ende ha decidido que la partida de nacimiento original del transexual permanezca intacta, pero con un suplemento agregado según el cual, por decisión judicial de una fecha especificada, esa persona debe, desde esa fecha en adelante, ser considerada legalmente como del sexo opuesto, con todas sus implicaciones legales, como el derecho a contraer matrimonio con una persona del sexo opuesto. Esta disposición legal holandesa muestra que esta práctica no perturba en modo alguno el orden legal, como temen algunos cuando se discute este asunto.

La descripción anterior de las definiciones del sexo en el terreno biomédico y legal revela que nuestros conciudadanos, por la forma que tienen de expresar su masculinidad y femineidad, pueden ser víctimas de una construcción artificial, biomédica o legal, de hombre y mujer. Es ineludible que estas definiciones fueran acuñadas (con las mejores intenciones) en algún momento, según el estado de conocimientos de entonces. No debe haber ningún pretexto para que las autoridades médicas y legales puedan eludir la corrección y puesta al día de estas definiciones, a medida que vayan surgiendo nuevas informaciones, sobre todo cuando nuestras anticuadas definiciones ocasionan sufrimientos a alguno de nuestros semejantes los seres humanos.

## REFERENCIAS

1. Beach F.A. Animal models for human sexuality. In: Sex, Hormones and Behaviour. Ciba Foundation Symposium 1979; 62:113 - 146 Excerpta Medica, Amsterdam
2. Dorner G. Sexual differentiation of the brain. Vitamins and Hormones 1980; 38: 325 - 381  
Gooren L.J.G. The endocrinology of transsexualism: a review and a commentary. Psychoneuroendocrinology 1990; 15: 3 - 14
3. Gooren L.J.G., Fliers E., Courtney K. Biological determinants of sexual orientation. Annu Rev Sex Res 1990; 1: 175 - 196
4. Klebs E. (1876) In: Handbuch der pathologischen Anatomie. August Hirschwald, Berlin. 1.Band, zweite Abteilung p.718
5. Kruijver, F.P., Zhou, J.N., Pool, C.W., Hofman, M.A., Gooren, L.J.G, Swaab, D.F. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2000; 85, 2034-2041.

6. McEwen B.S. Gonadal steroid influence on brain development and sexual differentiation. *Internat Rev Physiol.* 1983; 27: 99 - 145
7. Money J. Transsexualism and the philosophy of healing. *J Am Soc Psychosom Dent Med.* 1971; 18: 25 -26
8. Money J. (1980) *Love & Lovesickness.* The Johns Hopkins University Press, Baltimore
9. Money J., Hampson J.G., Hampson J.L. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1995; 97: 301 - 319
10. Money J., Ehrhardt A.A.) *Man and Woman, Boy and Girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity.* 1972; Johns Hopkins University Press, Baltimore
11. Swaab D.F., Gooren L.J.G., Hofman M.A.) The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Progr Brain Res* 1992; 93: 205 - 219
12. Zhou, J.N., Hofman, M.A., Gooren, L.J.G. and Swaab, D.F.. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995; 378, 68-70.