

Transliberación de la corporalidad: Transitando la transexualidad desde la bioética

Jorge Alberto Álvarez-Díaz*

* Docente de Bioética. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

RESUMEN

La problemática en torno a la posesión del cuerpo humano como bien privado o bien común se ha manejado más a raíz del avance científico y tecnológico de nuestra época. Las posibilidades sobre el manejo de los estados intersexuales, la reasignación sexual en adult@s[†] (como en casos de disforias de género), tratamiento de pacientes con parafilias, etc., todos ellos incluyen, de una u otra forma, la noción de la apropiación del cuerpo o de sus partes para validar su disposición. Tanto la bioética como la sexología tienen un desarrollo histórico reciente, por lo que intentar articular ambos discursos no es tarea sencilla. El propósito de este trabajo es retomar conceptos bioéticos que tienen especial impacto en lo que corresponde a la disposición del cuerpo humano, como un cuerpo sexuado en relación con la transexualidad y las grandes posibilidades que existen actualmente respecto al uso de la información tecnológica para modificar el cuerpo humano, en el caso particular de la transexualidad (cirugías, hormonas, etc.).

Palabras clave: Transexualidad, bioética, sexualidad, corporalidad.

ACERCA DE LOS TÉRMINOS

1. *Corporalidad vs. corporeidad*

De acuerdo con la Real Academia Española, la palabra *corporalidad* (del latín *corporalitas*) significa “cualidad de corporal”, y esta palabra, a su vez, significa “perteneciente o relativo al cuerpo, especialmente al humano”. Por otro lado, el término *corporeidad* lo define como “cualidad de corpóreo” (del latín *corporeus*), y éste a su vez como “que tiene

Transliberation Corporality: Transsexuality on its way from the bioethical viewpoint.

The problem about human body possession as private or common property has been handled more as a result of the scientific and technological advance of our time. The possibilities of intersexual states handling, the sexual reassignment in adults (as in that sort of dysphoria cases), treatment of patients with paraphilias, etc., all of them include, in one or another form, the notion of the body appropriation or its parts to validate their disposition. Bioethics as well as sexology have a recent historical development, that's why trying to articulate both speeches is not a simple task. The intention of this work is to retake bioethical concepts that have special impact in that which corresponds to the disposition of the human body, as a sexual body in relation to the transsexuality and the great possibilities that exist at the moment regarding the technological information use to modify the human body, in the very particular case of the transsexuality (surgeries, hormones, etc.).

Key words: Transsexuality, bioethics, sexuality, corporality.

cuerpo o consistencia; perteneciente o relativo al cuerpo o a su condición de tal”.

Con estos términos comprendemos que la corporeidad en su primera acepción se refiere a lo “que tiene cuerpo”, mientras que la corporalidad se refiere a lo “perteneciente o relativo al cuerpo, especialmente al humano”. Tal vez por esta razón se han encontrado más citas en torno a la corporalidad y no a la corporeidad. Con estas consideraciones se utiliza preferentemente el término de corporalidad, entendiéndola siempre desde la perspectiva integradora en el orden de la biopsicosocial.¹

Correspondencia:

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Apartado Postal # 695, Administración Lerdo. Av. Lerdo # 205 Sur, Zona Centro, C.P. 32001. Ciudad Juárez, Chihuahua. Tel. y Fax: (656) 688-1836. Correo electrónico: bioetica_reproductiva@hotmail.com

† Durante el texto se hace uso de la arroba (@) para hacer referencia, como en ciencias sociales, a la no discriminación entre masculino y femenino y para referirse a ambos sin anotar “los/las”.

Partiendo del hecho de que el cuerpo biológico es el sitio en el cual se establece y delimita lo sexualmente posible, también es cierto que la sexualidad va más allá de simplemente el cuerpo. De ahí las consideraciones psicológicas, socioculturales, geográficas y ecológicas en un momento histórico determinado. Por ello, considerando aspectos de esta naturaleza, la antropología de la que se parte en sexualidad habla del entorno sociocultural de nuestra época, con sus avances científico-tecnológicos, además de los epistémicos y filosóficos.

2. Sexualidad humana

Las definiciones y el estudio de la sexualidad pueden realizarse desde las perspectivas biológica, psicológica, social, antropológica y cultural, así como legal. El estudio de la sexualidad humana ha buscado la fórmula de integrar una metodología que dé homogeneidad al trabajo científico, labor nada fácil considerando que la sexualidad es, para Rubio Auriolles,² ante todo una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo. Además, los estudios antropológicos sobre el comportamiento sexual en diversos pueblos y países, muestran que la variabilidad y la diversidad de prácticas consideradas como sexuales son la regla en materia de sexualidad.³

Ante esta problemática, Rubio Auriolles menciona que encontró en una propuesta de von Bertalanffy, un marco conceptual que permitiría la resolución: la sexualidad puede, necesita y debe ser estudiada con métodos de biología, psicología, sociología, antropología y por cualquier disciplina humanística que nos aproxime a su conocimiento integral. Además, en la teoría general de los sistemas se menciona que éstos están formados por elementos de interacción y que estos mismos son, a su vez, sistemas. Koestler propuso que se les denominara holones, para subrayar el hecho de que son parte constituyente de un todo (prefijo *holos*, todo; y uso de sufijo *on*, parte de, como en protón y electrón).

Esta serie de reflexiones y consideraciones llevan a Rubio Auriolles a plantear que la estructuración de la sexualidad es el resultado de las construcciones que hace el individuo (y que se hacen en él) de las experiencias vividas como resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los holones de la sexualidad, los cuales serían el de la reproducción, el género, el erotismo y la vinculación afectiva.

El holón de la reproducción corresponde a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (no idénticos) a los que

los produjeron; incluye las construcciones mentales acerca de esta posibilidad. Va más allá de tener hijos o no, ya que implicaría también la reproducción de ideas o estilos de vida.

El holón del erotismo se refiere a los procesos humanos en torno del apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de esas experiencias.

El holón de los vínculos afectivos, corresponde a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva), ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad del otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

El holón del género corresponde a una serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como a las características del individuo que los ubican en algún rango de las diferencias. Estas construcciones mentales se relacionan con construcciones sociales que asignan papeles y responsabilidades específicas a hombres y mujeres en una sociedad dada.

Este modelo tiene muchas ventajas, tal vez la principal es que ofrece precisión y claridad metodológica a cualquier tipo de estudio, incluido el jurídico,⁴ aspecto importante si queremos articular con la sexualidad el discurso bioético, ya que día a día se torna más importante la cuestión normativa en lo que ha venido a llamarse el bioderecho.

3. Bioética

Los significados del término han sido varios, y de alguna manera reflejan la variedad de enfoques y concepciones. Una definición clásica es la proporcionada por la Encyclopaedia of Bioethics de Reich, la cual señala que "la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales".

Para la International Association of Bioethics se trata del "estudio de los temas éticos, sociales y jurídicos que surgen en la atención sanitaria y las ciencias biológicas". Esta definición es la que se tomará como base para este trabajo, respecto de los temas éticos que surgen en la atención sanitaria de l@s pacientes transexuales.

Callahan sugiere al menos cinco formas de bioética: clínica, normativa, regulatoria, fundamental y cultural. Lolas Stepke ha identificado comunes todas las formas de bioética más allá de sus diferen-

cias al ser una forma dialógica de reflexión moral;⁵ diálogo que debe entenderse en muchos planos y niveles entre personas, grupos, profesiones, intereses sociales, disciplinas, racionalidades, etc.

Este diálogo debe llevar implícitamente la tolerancia. Se puede decir que la tolerancia es el estar de acuerdo con que no se está de acuerdo y con ello llevar el camino del disenso al consenso. Esto, al menos si no resuelve los problemas, por lo menos debe intentar disolverlos. Si el vivenciar de la sexualidad humana depende de un cuerpo que establece y delimita lo sexualmente posible, es importante articular la temática de la sexualidad y la corporalidad, debiendo realizarse dentro de un marco bioético como la forma dialógica de reflexión moral que lleve implícito estar de acuerdo con que no estamos de acuerdo. El cuerpo humano, siendo la forma de vida que mayor impacto puede tener hacia dentro de la propia especie y hacia el entorno que le rodea (en los ámbitos científico y tecnológico), y siendo el hombre un ser moral por naturaleza, debe tener un marco ético en su actuación, límites y la relación que establece cada ser humano con su propio cuerpo y con el cuerpo del otro.

4. Disposición del cuerpo sexuado. *Un poco de nuestra historia*

Bordieu⁶ dice que “El mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuales. El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al *cuerpo en sí*, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, inscrita a su vez, junto con la división del trabajo, en la realidad del orden social”. Así pues, la sexuación del cuerpo está estrechamente relacionada con los aspectos que inician y derivan del potencial biológico dimórfico varón / mujer, y que terminan en un potencial social bipolar masculino / femenino. Si bien este potencial social bipolar de un espectro de masculinidades y feminidades está determinado por lo biológico, es determinante para sí mismo a través de los patrones culturales y antropológicos. La perspectiva de género ha trabajado los aspectos que tienen alguna conexión con las relaciones de poder intergenéricas e intragenéricas, y que derivan de una u otra forma de esos potenciales: biológico (hombre / mujer) y social (masculino / femenino). La perspectiva de género de manera clásica determina que los hombres tienen asegurado el dominio del mundo, mientras a las mujeres les corresponde el cautiverio,

entendido como una categoría de género.⁷ La visión clásica dentro de la perspectiva de género, ha sido sobre el dominio patriarcal, una apropiación de lo femenino por parte de lo masculino; las visiones recientes de la perspectiva de género abogan por la equidad en la diferencia. Lo que ya no está tan claro y se vuelve aún más problemático, es comprender si se ha podido establecer quién es el dueño del cuerpo sexuado, o al menos, quién puede disponer de ese cuerpo.

Entendiendo así los conceptos previos, el desarrollo ulterior de este trabajo va encaminado hacia el cuerpo humano, entendiendo que se trata de un cuerpo sexuado, que de una u otra forma ha sido objeto de control de diferentes maneras. Cuerpo sexuado que puede tener un propietario o, al menos, alguien que disponga de él. Y lo que ha ocurrido tradicionalmente en la historia es que quien se ha considerado el dueño de ese cuerpo sexuado, o quien ha podido disponer de él, no ha sido la propia persona.

Brundage ha dicho que “Toda sociedad humana intenta controlar la conducta sexual, ya que el sexo representa una rica fuente de conflictos que puede perturbar los procesos sociales ordenados”.⁸ Esto se puede ver a lo largo de la historia en lo general y de la sociedad mexicana en lo particular. Por otro lado, Pérez-Rincón dice “Que el cuerpo sea objeto de la medicina, es una verdad evidente. Pero el cuerpo que ésta ha manejado en Occidente a partir del Renacimiento, es aquel que se desprende de una visión mecanicista que se estableció a partir del desarrollo preciso de la morfología”.⁹ El cuerpo que se ha manejado ha sido un cuerpo fragmentado, herencia de la visión mecanicista y positivista de la ciencia. Las medicinas precientíficas tenían una buena parte de conocimiento mágico y religioso, pero el inicio del desarrollo de las ciencias que fundamentan la práctica médica hizo que se modificaran estas visiones. El conocimiento de las estructuras del cuerpo inició la mentalidad anatomoclínica; el de las funciones del cuerpo, la fisiopatológica, y de las causas, la etiopatológica.¹⁰ Por todo esto, de varias maneras y en distintos momentos históricos, el médico se iba apropiando del cuerpo humano, eventos descritos clásicamente para la generalidad del llamado mundo occidental por Foucault.^{11,12}

Para el caso de la realidad mexicana, López-Sánchez menciona que “En el siglo XIX la medicina intentó regular la sexualidad de hombres y mujeres a través de la prescripción médica, cuyo fundamento higienista estableció las formas ilícitas del ejercicio de su sexualidad en aras de una vida sana. Con la prescripción de la sexualidad, los médicos mexicanos decimonónicos buscan estipular los usos del sexo y el cuerpo de los sujetos según el género al cual pertenecieran”.¹³ Y además, hace notar que “Es

interesante observar cómo la cultura médica asigna al cuerpo un estilo de vida, el cual permite o prohíbe formas de comportamiento del cuerpo civilizado, y no sólo en el espacio público, sino también en el privado". En el mismo sentido, López-Ramos señala que "La Escuela Nacional de Medicina era sólo un espacio donde se legitimaba un ejercicio profesional y se establecía lo que era la salud del cuerpo".¹⁴

Sin embargo, luego del nacimiento y difusión de la bioética, se ha reconocido la autonomía del paciente, contra la tradicional heteronomía al descansar la decisión en el saber médico. Éste es el punto particular a tratar: la cuestión de la autonomía del paciente, contra el tradicional paternalismo médico (entendido como la beneficencia sin consideración de la autonomía).

¿DE QUIÉN ES EL CUERPO HUMANO?

Para entender el debate bioético actual sobre la propiedad del cuerpo humano se precisa de una aproximación histórica al problema. La cuestión de la propiedad en la actualidad es muy compleja, puesto que abarca desde el cuerpo como un todo, hasta el cuerpo en sus partes.¹⁵ El debate en nuestros días se presenta como recapitulación y síntesis de sucesivas y diferentes doctrinas. En la historia de la cultura clásica occidental han existido varias respuestas, de las que se han derivado consecuencias éticas concretas y específicas. El análisis en esta sección corresponde a las posturas históricas que han planteado Mainetti¹⁶ y Gracia,¹⁷ intentando enfocar la propiedad del cuerpo humano como un todo. De esta manera, el cuerpo ha sido entendido sucesivamente en la historia occidental, de Dios, del ser humano y de la sociedad.

De acuerdo con esto, se hace la síntesis en tres posturas históricas siguiendo a Gracia.

La primera postura parte de la filosofía griega clásica, naturalista, se afianza con el derecho romano y se consolida con la religión cristiana hasta el siglo XVII, perdurando en la postura personalista de la bioética en nuestros días. Ulpiano afirmaba, por ejemplo, que uno no es dueño de los miembros y tampoco propietario del cuerpo. Para el derecho romano se pensó que el cuerpo no era algo exteriorizado sobre lo que se pudiera tener propiedad o dominio; el hombre sólo actuaría entonces como administrador del cuerpo. Por ello, todo acto que fuera en contra de ese orden natural se consideraba intrínsecamente malo (al ser contra natura). De aquí la tradicional condena en lo moral y en lo jurídico para la automutilación y el suicidio. Con la doctrina cristiana se afianza la idea de Dios como dueño del cuerpo y, considerando a éste sagrado, el hombre es sólo su administrador. Se tiene entonces

la obligación de respetar el cuerpo vivo, o el cadáver. Esta postura clásica aún está representada por la doctrina cristiana y el personalismo, afirmando la dignidad teológica del cuerpo humano en la unidad e integridad de la persona entera.¹⁸ El cuerpo bajo esta postura es inviolable por todos (individuo y sociedad) e inalienable (indisponible para su comercialización).

La segunda postura, corresponde al liberalismo moderno del siglo XVIII, con teóricos anglosajones como Locke y Hume. Bajo esta postura, el hombre no es un mero administrador, sino dueño y señor de su propio cuerpo. El hombre no está "por debajo de" sino "encima de" el cuerpo. El cuerpo sería la propiedad privada por antonomasia, la primera y principal propiedad de todo ser humano, además del medio de apropiación de todas las demás cosas. Un ensayo famoso de Hume, *Of Suicide*, trata de probar que el suicidio no es un hecho criminal, y que por ello es absurdo que las leyes traten de penalizarlo. Bajo esta postura el cuerpo no es inviolable y, por ello, no se comete un crimen al disponer consciente y voluntariamente de él. El cuerpo ahora es violable y alienable (al menos en parte; como toda propiedad tiene un precio).

La tercera postura, surge a finales del siglo XIX y principios del XX con el desarrollo del socialismo. En la postura anterior, liberal clásica, no hay una distinción estricta entre propiedad y personalidad. Por ello, la postura de Marx y Engels considera que la propiedad privada de los medios de producción no sólo personaliza, sino que despersonaliza. El socialismo propone la vertiente contraria: hacer propio lo extraño, socializando la propiedad de los medios de producción, entre los cuales se encuentra el trabajo humano y, con ello, el cuerpo. El cuerpo es a la vez un bien de consumo (con carácter privado e individual) y de producción (con carácter público y social). Bajo esta concepción, el cuerpo social es el fundamento de la apropiación del cuerpo individual. El cuerpo ahora es violable, pero no alienable, (sin precio y sin posibilidad de venta).

Las tres posturas están actualmente interviniendo en el debate con respecto a la propiedad del cuerpo humano; son interesantes, discutidas y discutibles. Laín Entralgo ya se preguntaba, por ejemplo, cómo se da el vivenciar del propio cuerpo, y mencionaba que de este vivenciar dependerá la postura en torno a la propiedad corporal.¹⁹

DE LA PROBLEMÁTICA DEL CONOCIMIENTO DEL CUERPO A LA VIVENCIA DE LA CORPORALIDAD

El estudio de la sexualidad humana no ha escapado del todo de los paradigmas medicalizados po-

sitivistas y fragmentarios del cuerpo: las estructuras de los órganos sexuales pélvicos se siguen describiendo como base de la enseñanza de la sexualidad humana, así como el estudio de la fisiología de la respuesta sexual humana con sofisticadas técnicas neurofisiológicas y de imagen (como la resonancia magnética nuclear),²⁰ y se intenta determinar la etiología de las disfunciones sexuales o de las parafilias, intentando dar respuestas terapéuticas hormonales o quirúrgicas.²¹⁻²⁴

Bajo enfoques holístico-sistémicos (como el enfoque de la sexualidad humana de Rubio Auriol) y visiones biopsicosociales integradoras del cuerpo (como el enfoque de la corporalidad de Álvarez Díaz),¹ tratan de integrar el cuerpo humano como un todo y como un cuerpo sexuado y sexuante, siendo esto más que la simple suma de las partes. Si bien el conocimiento del cuerpo ha sido profuso hasta el siglo XIX, las aportaciones al vivenciar del cuerpo fueron realmente escasas.²⁵

Resulta a la vez paradigmático y paradójico el conocimiento y explicación de la propia realidad corporal: es lo que somos y, a la vez, es otra cosa; algo completamente propio y ajeno, algo profundamente íntimo y extraño. Debemos a la fenomenología y sus exponentes las mejores descripciones de esta condición ambivalente. En la fenomenología alemana las palabras *Körper* y *Leib* designan en castellano a *cuerpo*; sin embargo, la primera designa al cuerpo anatómico y la segunda al cuerpo viviente.²⁶

Scheler habla del cuerpo objetivo o cuerpo del otro en el *Körper*; Ortega y Gasset lo llamó "cuerpo desde fuera", Sartre "cuerpo-para-otro" y Merleau-Ponty el "cuerpo objetivo". Marcel trabajaría nociones de "mi cuerpo" como *ser-en-el-mundo*, y el cuerpo como señal de existencia.

Por otro lado, el cuerpo subjetivo o cuerpo propio el *Leib* de Scheler; Ortega y Gasset hace hincapié en el concepto de *intracuerpo*, para referirse a la vivencia del individuo de sus órganos internos, no visibles; "está constituido por sensaciones de movimientos táctiles de las vísceras y los músculos, por la impresión de las dilataciones y contracciones de los vasos, por las menudas percepciones del curso de la sangre en venas y arterias, por las sensaciones de dolor y placer".²⁷

Sartre lo denomina "cuerpo para mí", Merleau-Ponty "cuerpo fenoménico", señalando la existencia de partes de nuestro cuerpo que no podemos visualizar y de las que tenemos, sin embargo, cierta conciencia. Marcel lo llama "cuerpo vivido", mi cuerpo en tanto que mío.

Lacan, desde el estructuralismo y el psicoanálisis, subraya la importancia del cuerpo del otro hasta plantear que la estructuración del propio cuerpo recae en buena parte por reconocimiento del cuerpo

del otro. Una propuesta interesante acerca de la corporalidad es la concepción psicoanalítica, específicamente la lacaniana estructuralista, con los registros simbólico, imaginario y real del cuerpo propio y del cuerpo del otro.

Con todo ello, desde el cuerpo objetivo puedo decir que tengo un cuerpo, y desde el subjetivo, decir que soy un cuerpo; reuniéndolos, soy mi cuerpo. Marcel afirmaba que "yo soy mi cuerpo", cuando Ortega y Gasset decía que "el hombre es alguien que *está* en un cuerpo y, en ese sentido, sólo *es* su cuerpo".

Todo esto resalta las posibilidades planteadas por Mainetti, de aspectos diversos del cuerpo en relación con otros cuerpos: Mi cuerpo-yo, en el aún hipotético trasplante cerebral; mi cuerpo-otro, en la singular experiencia femenina del embarazo; mi cuerpo-especie, en las actuales manipulaciones reproductivas y genéticas; mi cuerpo-tuyo, en la posibilidad de trasplantes con donador vivo; mi cuerpo-anónimo, en la posibilidad de trasplantes con donador cadavérico. Hay muchas cosas que anotar al respecto, pero Mainetti habla de la relación con las dimensiones de una propiedad "personal", "interpersonal", "específica", "transpersonal" y "social" del cuerpo humano, probablemente como una posible respuesta a una propuesta integradora de la propiedad del cuerpo humano. Una propuesta más concreta del siglo XX es la que se comenta a continuación, elaborada por Gracia Guillén.

UNA PROPUESTA INTEGRADORA DEL SIGLO XX SOBRE LA PROPIEDAD DEL CUERPO HUMANO^{17,28}

El esquema de principios propuestos por Beauchamp y Childress es una aportación importante y fundamental para la bioética al unir opiniones deontologistas y teleologistas. Los principios resultan importantes porque disminuyen vaguedad y subjetividad, intentan uniformar criterios y constituyen orientaciones específicas de actuación. Cualquier sistema ético tiene principios, y cualquier teoría alternativa al principialismo tendría igualmente problemas y limitaciones; los principios son necesarios para juicios concretos y son compatibles con otras teorías; todo esto hace que el enfoque principialista haya sido tan importante.

Gracia ha defendido la tesis en que la salud puede definirse como "la posesión o apropiación por parte del hombre de su propio cuerpo". Si salud es posesión o apropiación del cuerpo, enfermedad sería la desposesión o desapropiación del propio cuerpo. Evidentemente, esto es un proceso, no es algo estático, un proceso continuo de apropiación y posesión del propio cuerpo; además, se trata de un proceso

gradual, donde a mayor grado de apropiación y posesión hay más salud, y viceversa, a mayor grado de desapropiación y desposesión hay menos salud. El grado máximo de desposesión o desapropiación, evidentemente es la muerte.

Por otra parte, Gracia también ha propuesto una estratificación de los principios en dos niveles: un nivel mínimo con los principios de no-maleficencia y de justicia, y un nivel máximo con los principios de autonomía y beneficencia.

En un primer nivel de posesión y apropiación estaría una ética de mínimos, donde se incluiría la “corrección” (valga decir, la parte deontológica) del acto moral: involucraría los principios de no-maleficencia y justicia. Desde el principio de no-maleficencia, la ausencia de desposesión corresponde a la no-lesión del cuerpo de las personas por parte de otro cuerpo; desde el principio de justicia, la ausencia de expropiación corresponde a la no-discriminación, la no-marginación y la no-segregación social de un cuerpo.

En este primer nivel, el cuerpo debe estar protegido públicamente y ser igual para todos; de ahí que sea obligación del Estado proporcionarlo. El papel del Estado es meramente positivo. Con esta visión, todo acto maleficente o injusto lleva a la desposesión y expropiación del cuerpo.

En un segundo nivel de posesión y apropiación estaría una ética de máximos, donde se incluiría la “bondad” (valga decir, la parte teológica) del acto moral, incluyendo los principios de autonomía y beneficencia. Por tanto dependerá del sistema de valores de cada persona, de su ideal personal de vida y proyectos de perfección y felicidad. Esta posesión y apropiación tiene un carácter fundamentalmente privado, no dependiendo de la sociedad, sino de uno mismo. Desde el principio de autonomía se daría la “posesión”, siendo cada persona quien, utilizando su libertad y ejerciendo su autonomía, se propone sus objetivos de vida, utilizando el cuerpo para obtener esos objetivos. Desde el principio de beneficencia se daría la “apropiación”, siempre de lo beneficioso para cada sujeto, de acuerdo con su concreto e intransferible proyecto de vida.

En este segundo nivel, la intervención del Estado es distinta, ya que su función primordial no es la promoción de valores; por lo tanto, el papel del Estado es meramente negativo al impedir que los individuos lleven a cabo libremente sus proyectos de vida y sus ideales de perfección y felicidad, que deben ser totalmente individuales.

Así pues, además de la obligación bioética de no actuar maleficentemente ni injustamente sobre otro cuerpo (ni permitir que se actúe así sobre el propio cuerpo), se tiene la obligación bioética en el ámbito individual de apropiarse del propio cuerpo de forma

autónoma y beneficiamente, de acuerdo con el ideal de perfección y felicidad que se tenga. La normativa debe ser igual para todos; aunque somos dueños del propio cuerpo, tenemos los límites impuestos por los principios de no-maleficencia y justicia con otros cuerpos, y es el Estado quien puede y debe obligarnos a respetar y cumplir.

LA BIOÉTICA FRENTE A LA REASIGNACIÓN SEXUAL

Con todas las consideraciones previas, no podemos decir que cada quien es dueño absoluto de su cuerpo objetivo (por ello hay que apropiarse de él); al menos podemos decir que el cuerpo subjetivo es quien puede disponer del cuerpo objetivo en mi cuerpo. Si el cuerpo no es algo propio en sentido estricto, puesto que el ser humano no se lo da a sí mismo sino que le viene dado, por lo menos se parte de que desde el planteamiento bioético previo a la apropiación de la corporalidad, el administrador del cuerpo humano es la propia persona, quien debe autoadministrar su propio cuerpo.

Desde el área de la sexualidad, tan particular al ser humano y al vivenciar de su cuerpo, habría entonces que decir algo en relación con la apropiación del cuerpo. Se pueden citar múltiples casos en lo que se refiere a la sexualidad humana y la disposición del propio cuerpo, como el manejo de los estados intersexuales, la reasignación sexual en adult@s (en casos de disforias de género), manejo de pacientes con parafilias, etc.

Los tópicos relacionados con el manejo de los estados intersexuales son distintos en relación con lo que es la reasignación sexual en adult@s. Una cuestión básica es que el tratamiento de los estados intersexuales, al ser comúnmente realizado en la infancia, la decisión es subrogada en los padres, por lo que no se tomará el comentario en relación con ello, adicionalmente existen ya varios trabajos al respecto.^{29,30} El tema a tratar desde la bioética es el de la reasignación sexual como tratamiento para disforias de género.

Sexo vs. género

El sexo es un concepto meramente encaminado a la esfera de la biología, siendo el conjunto de “características físicas y biológicas que se heredan y que colocan al individuo en algún punto de un continuo, que tiene como extremos a individuos reproductivamente complementarios”.³¹

Colocando a una mujer con capacidad reproductiva en un extremo y a un hombre con capacidad reproductiva en el otro, en el continuo intermedio queda un espectro continuo, en donde se incluirían

Cuadro 1.

Mujer con capacidad reproductiva	Disgenesias gonadales con fenotipo femenino	Hermafroditismo verdadero	Disgenesias gonadales fenotipo masculino	Hombre con capacidad reproductiva
	Pseudohermafroditismo femenino		Pseudohermafroditismo masculino	

disgenesias gonadales, pseudohermafroditismos y el hermafroditismo verdadero (Cuadro 1).³²

Por otro lado, el género no tiene una base estrictamente biológica, más bien se trata de una construcción sociocultural y antropológica que involucra los patrones de conducta y se asignan al individuo en forma de papeles y responsabilidades para hombres y mujeres, incluidos la expresión de la sexualidad para consigo mismo y con los demás, determinando con ello los roles de la masculinidad y la feminidad.

El género es, pues, una categoría de la sexualidad que es construida dentro de una sociedad, que en la mayoría de los casos, en menor o mayor grado, es patriarcal, donde los valores de lo masculino han sido colocados en un plano superior a los valores de lo femenino. Dentro de este contexto, la identidad de género corresponde al grado de identificación del sexo con el género, y la orientación, al grado de atracción por uno u otro género (siendo dos categorías distintas, que no necesariamente van de la mano).

Desde estas nuevas perspectivas y los recientes debates sobre la teoría de género, hay mucho escrito respecto a lo que representa la feminidad, no siendo observada desde el punto reduccionista de tener un juego cromosómico o niveles hormonales específicos. Las categorías de femenino y masculino van más allá de consideraciones biológicas y deben tomar en cuenta las nuevas aportaciones socioculturales y antropológicas.^{33,34}

Disforias de género: transexualidad

Si las cuestiones sexuales han sido un tabú para muchas sociedades, particularmente en el llamado mundo occidental, el tópico específico de la transexualidad ha sido un tema multitratado y polémico, quizás por no estar suficientemente entendido.

L@s pacientes transexuales tienen como característica principal que su identidad de género no corresponde a su sexo: desean vivir y ser tratad@s como individuos del sexo contrario al propio, con la convicción de tener un cuerpo equivocado; esto los lleva a la insatisfacción con el sexo propio. Además de ello, no existe una condición de intersexualidad o pseudohermafroditismo, y no hay evidencia de problemática orgánica ni psicopatológica de manera

concurrente a esta condición. Dicho aspecto es muy importante ya que en ocasiones se ha mencionado que los pacientes con disforia de género tienen por su sola condición una psicopatología severa. Estos comentarios son más prejuiciados que científicos, ya que los estudios muestran lo contrario: los pacientes con disforia de género que pasan por un proceso de reasignación sexual, muestran niveles de psicopatología más bajos, que dependen de su propia condición, antes y después del tratamiento.³⁵

En cuanto a las cuestiones biológicas de la transexualidad, se ha investigado y escrito sin llegar a conclusiones definitivas. La más reciente, y probablemente la más importante vertiente en investigación, es la genética y la neurobiológica. La relación de la genética y la posibilidad de mostrar un comportamiento homosexual en varones está comentada desde hace una década.³⁶ La relación entre genética y transexualidad es mucho más reciente; sin embargo, hay trabajos en relación con ello.³⁷

Por otra parte, hay ensayos muy completos sobre las diferencias entre el encéfalo del hombre y el de la mujer,³⁸ y ha sido un aspecto importante y de gran impacto el mismo estudio de diferencias encefálicas entre varones heterosexuales y homosexuales.³⁹⁻⁴¹ Por ello, no es sorprendente que esto también se haya dado con pacientes transexuales,^{42,43} donde se han mostrado algunas diferencias. Hay revisiones más completas respecto a otros aspectos biológicos de la transexualidad.⁴⁴

Las cuestiones psicológicas han sido también tratadas ampliamente. El DSM-IVR establece criterios para identificar el trastorno de identidad de género. Si bien es un sistema clasificatorio y diagnóstico muy utilizado en salud mental, hay algunas propuestas que se pueden hacer para su mejoría.⁴⁵ Existen interpretaciones etiológicas de diversos cortes: desde las conductistas, con una apuesta a la cuestión del aprendizaje del rol de género en la sociedad, hasta las de corte psicoanalítico, con interpretaciones en otro tipo de construcciones basadas en las experiencias tempranas.⁴⁶⁻⁴⁸

González Méndez pregunta: “¿Qué se le debería ofrecer a un transexual?”, y en seguida remite a un resumen de una Declaración de Principios de la International Gender Dysphoria Association.⁴⁹ Combi-

na normas y principios de tratamiento para el transexual en materia hormonal, quirúrgica y psicoterapéutica. Una especie de código deontológico para los especialistas en sexología clínica o terapia sexual. Sigue adelante con: “¿Qué puede hacer la ciencia hoy por l@s transexuales? Definitivamente, los avances en la medicina se reflejan en los aspectos psicoterapéuticos, de terapia hormonal y de cirugía de reasignación (...)”.⁵⁰ Y termina con un esbozo de las cuestiones psicoterapéuticas de distinta orientación, los tratamientos hormonales que reciben l@s pacientes, y las cuestiones quirúrgicas.

La *lex artis*, hasta este momento, para l@s pacientes transexuales es el proceso de reasignación sexual,⁵¹ que enmarca el tratamiento seguido en la actualidad, una vez que se ha establecido el diagnóstico certero. Y se habla de reasignación sexual, y no de género, porque en realidad lo que se modifica es el fenotipo discordante con la identidad del paciente. Incluye regularmente aspectos psicoterapéuticos, terapia de sustitución hormonal, gonadectomía, la cirugía de reasignación en órganos sexuales pélvicos y la cirugía de mamas (implantes o mastectomía).

También existen algunos otros procedimientos complementarios, como lo pueden ser rinoplastia⁵² o intervenciones en la voz (con terapia de lenguaje o quirúrgicas),⁵³⁻⁵⁵ siendo todo esto de manera independiente de la orientación genérica, y pudiendo ser de tipo homosexual o no.⁵⁶ Otras cuestiones, como el aspecto reproductivo en estos pacientes, se han revisado para tener en cuenta las opciones disponibles hasta el momento,⁵⁷ esto sin considerar el futuro hipotético, una vez que se ha logrado el trasplante uterino.⁵⁸ Todo esto es un resumen muy breve del discurso sexológico con respecto a la transexualidad. ¿Qué podría decirse desde el discurso bioético?

La bioética y la reasignación sexual.

En 1953, la comunidad científica toma más en cuenta la transexualidad, cuando a través del trabajo de Hamburger, Stürup y Dahl-Iversen se hace posible que George Jorgensen se convirtiera en Christine. En ese mismo año, Benjamin crea el término de transexual.

La experiencia en los primeros años, evidentemente, al ser reducida daba pocos datos, por lo que las primeras publicaciones respecto a aspectos éticos hablaban de falta de seguimiento a largo plazo de estos pacientes, de manera que las anotaciones se daban con cierta reserva respecto del proceso de reasignación.⁵⁹

Posteriormente, se tenían reservas debido a que no se conocía bien la base de la condición⁶⁰ hasta establecer, como se sabe ahora, que esta discordancia

entre sexo y la identidad es lo único que destaca en estos pacientes; en esos momentos se hacía énfasis en que las cirugías realizadas durante el proceso, más que mutilantes, eran finalmente habilitantes (para que estuviera de acuerdo el fenotipo con la identidad de género).

En la actualidad el discurso ha llegado hasta aspectos relacionados con los derechos humanos y civiles, en casos de decidir hacer valer el derecho civil de modificar documentaciones oficiales con la nueva identidad.⁶¹

Los derechos humanos de la primera generación consagran las libertades individuales; los de la segunda generación se refieren a prestaciones sociales que procuren mejorar condiciones de vida; y los de la tercera generación (llamados también derechos de los pueblos o de la solidaridad) corresponden a prerrogativas que comprenden bienes sociales como la paz, el desarrollo y el medio ambiente.⁶²

Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales, basándose éstos en el derecho a la libertad y seguridad, a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación, a la privacidad, libertad de pensamiento, beneficios del progreso científico, etc. Con el conocimiento científico reciente sobre la sexología se establece la Declaración Universal de los Derechos Sexuales en el 13er Congreso Mundial de Sexología en 1997, en Valencia, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), el 26 de agosto de 1999 durante el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong.

Dentro de los derechos sexuales se consagran aspectos de importancia para el paciente transexual. El primero, el Derecho a la Libertad Sexual, abarca la posibilidad de expresar su sexualidad, lo que no se puede lograr plenamente sin la reasignación en l@s transexuales. El segundo, el Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y a la Seguridad del Cuerpo Sexual, incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto de la propia ética personal y social; también incluye el control y disfrute de nuestra corporalidad, que se obtiene plenamente en l@s transexuales una vez que se reasignan. El tercero, el Derecho a la Privacidad Sexual, permite expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran los derechos sexuales de otros: l@s transexuales pueden expresar sus deseos adecuadamente luego de la reasignación.

Los Derechos Sexuales son tomados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología, en las actas de una reunión de consulta realizada en Antigua, Guatemala, del 19 al 22 de mayo del 2000.⁶³ En este documento de trabajo se recogen las preocupaciones relaciona-

das con la salud sexual. Para los transexuales serían particularmente importantes los puntos tres y cuatro. El punto tres menciona situaciones relacionadas con el género que pueden afectar la salud sexual, tales como falla en el reconocimiento y observación de equidad de género, necesidad de estar libre de todas las formas de discriminación basada en el género, y la necesidad de lograr el respeto y la aceptación de las diferencias de género. Finalmente, lo que se toma como base para la reasignación sexual en l@s pacientes transexuales es precisamente su identidad de género, no el sexo. El punto cuatro habla sobre situaciones relacionadas con la orientación sexual que pueden afectar la salud sexual, tales como existencia de discriminación basada en la orientación sexual, falta de libertad para expresar la orientación sexual personal de una manera segura y responsable dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás.

Todo esto que se ha alcanzado en documentos en materia de derechos humanos y de necesidades en la promoción de la salud sexual, tienen de una u otra forma un fundamento bioético en la disposición del propio cuerpo.

Bajo la propuesta integradora de Gracia Guillén, respecto a la posesión del cuerpo humano, en el primer nivel de posesión y apropiación del cuerpo se incluiría la corrección del acto moral. Desde el principio de no-maleficencia, la ausencia de desposesión correspondería a la no-lesión del cuerpo de las personas por parte de otro cuerpo, que en el caso de la reasignación no se trata de una lesión sino una adecuación a su identidad genérica; por otro lado, corresponde al principio de no-maleficencia el diagnóstico y tratamiento adecuados para cualquier paciente (sería maleficiente, por ello, estar frente a un paciente con disforia de género y no ofrecer el tratamiento de elección, que hasta la actualidad es el proceso de reasignación). Desde el principio de justicia, la ausencia de expropiación correspondería a la no-discriminación y la no-segregación social de un cuerpo transexual, reasignado o no.

En el segundo nivel de posesión y apropiación se incluiría la bondad del acto moral; por lo tanto, dependerá del sistema de valores de cada persona, de su ideal personal de vida, y de sus proyectos de perfección y felicidad. Esta posesión y apropiación tiene un carácter fundamentalmente privado, y no depende de la sociedad, sino de uno mismo. Desde el principio de autonomía se daría la posesión, siendo cada persona quien proponga sus objetivos de vida utilizando su corporalidad para obtener esos objetivos, incluyendo la disposición del propio cuerpo para hacerlo acorde a la identidad genérica. Desde el principio de beneficencia se daría la apropiación, siempre de lo benéfico para cada sujeto de acuerdo

con su concreto e intransferible proyecto de vida, que incluye el hacer concordante la identidad de género que se posee con el sexo fenotípico.

Con este fundamento el cuerpo humano, al darse el proceso de apropiación y posesión, llega a un estado de salud, siendo entonces el cuerpo un espacio de libertad creativa. De no darse este paso de apropiación y posesión se llega a un estado de enfermedad, en donde ahora el cuerpo se transforma en un tirano, volviendo al ser humano un esclavo de su propio cuerpo. Por otro lado, el cuerpo de un@ paciente reasignad@ puede ser ese espacio de libertad creativa para expresar el vivenciar adecuado de los holones de la sexualidad humana.

CONCLUSIONES

Si bien los estudios en materia sexológica, biológica, psicológica y sociológica muestran los beneficios del proceso de reasignación para l@s pacientes transexuales, la discusión sigue abierta. La *lex artis* para l@s pacientes con disforia de género, hasta la actualidad, corresponde al proceso de reasignación sexual; sin embargo, igual que en todo proceso de atención sanitaria, esta *lex artis* no es inmodificable, por el contrario, es perfeccionante. Y pensando en esta posibilidad, siempre presente, se ha llegado a incluir en el debate aspectos teológicos. El diálogo moral debe prestar oídos a todas las posturas, antes que descalificarlas; entonces, se deberían tomar en cuenta posturas vanguardistas no ortodoxas en materia teológica, donde se encuentren fundamentos que permitan la reasignación sexual, aspecto particularmente importante en nuestro mundo llamado occidental, predominantemente cristiano, donde se ha discutido que no habría condena moral desde la visión cristiana para la transexualidad misma,⁶⁴ la consideración del matrimonio para transexuales,⁶⁵ y la participación de l@s mism@s dentro del clero.⁶⁶

REFERENCIAS

1. Álvarez Díaz JA. Corporalidad y sexualidad. Aportaciones desde la esterilidad. Archivos Hispanoamericanos de Sexología 2002; 8(1): 73-112.
2. Rubio Aurióles E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: Pérez Fernández CJ (comp.). Antología de la sexualidad humana. 2a Ed. México: Porrúa; 1998. Tomo I: 17-46.
3. Álvarez-Gayou Jurgenson JL, Bonilla Muñoz MP, Vera León NJ. Instrumento para la evaluación de las actitudes ante la sexualidad. Escala de actitudes ante la sexualidad de otros. Un estudio de validación. Archivos Hispanoamericanos de Sexología 2001; 7(2): 181-95.
4. Martínez Roaro E. Sexualidad, derecho y cristianismo. Visión bioética desde una perspectiva de género. 1a Ed. México: Instituto Cultural de Aguascalientes; 2000, p. 323-5.
5. Lolas Stepke F. El diálogo moral en las ciencias de la vida. 2a Ed. Santiago: Mediterráneo; 2001, p 15-7.
6. Bordieu P. La dominación masculina. 1a Ed. Barcelona: Anagrama; 2000, p. 22-4.

7. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 1a Ed. México: UNAM; 1990, p. 151-2.
8. Brundage JA. La ley, el sexo y la sociedad cristiana en la Europa medieval. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
9. Pérez-Rincón H. Imágenes del cuerpo. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
10. Sánchez-González MA. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. España: Masson; 1998.
11. Foucault M. Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí. México: Siglo XXI; 1987.
12. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 18a Ed. México: Siglo XXI; 1999.
13. López Sánchez O. La medicalización de la sexualidad a finales del siglo XIX en México. En: Cuerpo, identidad y psicología. Aguilera G, et al. 1a Ed. México: Plaza y Valdés; 1998, p. 33-56.
14. López Ramos S. Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano (1840-1900). México: Porrúa; 2000.
15. Beyleveld D, Brownsword R. My body, my body parts, my property? Health Care Anal 2000; 8(2): 87-99.
16. Mainetti JA. Compendio bioético. 1a Ed. Argentina: Quirón; 2000, p. 198-200.
17. Gracia D. Bioética clínica. 1a Ed. Colombia: El Búho; 1998, p. 41-8.
18. Fucek I. Perspectivas teológicas y éticas acerca de la corporeidad humana. Medicina y Ética 1991; 1(1): 3-20.
19. Lain Entralgo P. El cuerpo humano. Teoría actual. Madrid: Espasa-Universidad; 1989.
20. Weijmar Schultz W, Van Andel P, Sabelis I, Mooyart E. Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal. BMJ 1999; 319: 1596-600.
21. Lehne GK, Money J. The first case of paraphilia treated with depoprovera: 40-year outcome. J Sex Educ Ther. 2000; 25: 213-20.
22. Seligman L, Hardenburg SA. Assessment and treatment of paraphilias. J Counsel Develop 2000; 78: 107-13.
23. Lehne GK, Thomas K, Berlin F. The treatment of sexual paraphilias: a review of the 1999-2000 literature. Curr Opin Psychiatry 2000; 13: 569-73.
24. Bradford JMW. The treatment of sexual deviation using a pharmacological approach. J Sex Res 2000; 37(3): 248-57.
25. Guimón J. Los lugares del cuerpo. Neurobiología y psicología de la corporalidad. España: Paidós; 1999.
26. López-Ibor JJ, López-Ibor-Aliño JJ. El cuerpo y la corporalidad. España: Gredos; 1974.
27. Mainetti JA. El problema del cuerpo en Ortega. En: Estudios Bioéticos II. La Plata: Quirón; 1993.
28. Gracia D. Introducción a la bioética. Colombia: El búho; 1991, p. 16-25.
29. Di Pietro ML. Aspectos clínicos, bioéticos y médico-legales del manejo de las ambigüedades genitales. Medicina y Ética 2000; 11(3): 253-83.
30. Degrer AD. "Ambiguous sex" or ambivalent medicine? Hastings Center Report 1998; 28(3): 24-35.
31. McCary, et al. Sexualidad humana de McCary. México: El Manual Moderno; 1999.
32. Lisker R, Armendares S. Introducción a la genética humana. México: El Manual Moderno; 2001.
33. Hausman BL. Recent transgender theory. Feminist studies 2001; 27(2): 465-90.
34. Heyes CJ. Feminist solidarity after queer theory: The case of transgender. Signs: J Women Cult Soc 2003; 28(4): 1093-120.
35. Haraldsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 276-81.
36. Hamer DS, Hu S, Magnuson VL, Hu N, Pattatucci AML. A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. Science 1993; 261: 321-7.
37. Sadeghi M, Fakhari A. Transsexualism in female monozygotic twins: a case report. Austral New Zeal J Psychiatr 2000; 34: 862-4.
38. Liaño H. Cerebro de hombre, cerebro de mujer. España: Suma de letras; 2000.
39. LeVay S. A difference in hypothalamic structures between heterosexual and homosexual men. Science 1991; 253: 1034-7.
40. Swaab DF, Gooren LJJ, Hofman MA. The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. Prog Brain Res 1992; 93: 205-19.
41. Allen LS, Gorski RA. Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. Proc Natl Acad Sci USA 1992; 89: 7199-202.
42. Kruijver FPM, et al. Male to female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. J Clin Endocrinol & Metabol 2000; 85(5): 2034-41.
43. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LH, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995; 378: 68-70.
44. Michel A, Mormont C, Legros JJ. A psycho-endocrinological overview of transsexualism. Europ J Endocr 2001; 145: 365-76.
45. Brower H. The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. Austral New Zeal J Psychiatr 2001; 35: 1-8.
46. Safouan M. Contribución al psicoanálisis del transexualismo. En: Estudios sobre el Edipo. Introducción a una teoría del sujeto. México: Safouan M. Siglo XXI; 1977.
47. Quinodoz D. A fe/male transsexual patient in psychoanalysis. Int J Psychoanal 1998; 79(Pt 1): 95-111.
48. Chiland C. The psychoanalyst and the transsexual patient. Int J Psychoanal 2000; 81 (Pt 1): 21-35.
49. Álvarez-Gayou JLL. Sexoterapia integral. México: El Manual Moderno; 2002.
50. González Méndez G. Los estados intersexuales y la disforia de género. En: Antología de la sexualidad humana. Tomo III. Pérez Fernández CJ (comp.) 2a Ed. México: Porrúa; 1998, p. 123-72.
51. Landen M, Bodlund O, Ekselius L, Lambert G, Lundstrom B. Done is done-and gone is gone. Sex reassignment is presently the best cure for transsexuals. Lakartidningen 2001; 98(30-31): 3322-6.
52. Hage JJ, Vossen M, Becking AG. Rhinoplasty as part of gender-confirming surgery in male transsexuals: basic considerations and clinical experience. Ann Plast Surg 1997; 39(3): 266-71.
53. Van Borsel J, de Cuypere G, Rubens R, Destaecke B. Voice problems in female-to-male transsexuals. Int J Lang Comm Dis 2000; 35(3): 427-42.
54. Brown M, Perry A, Cheesman AD, Pring T. Pitch change in male-to-female transsexuals: has phonosurgery a role to play? Int J Lang Comm Dis 2000; 35(1): 129-36.
55. Yang CY, Palmer AD, Murray KD, Meltzer TR, Cohen JI. Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: results of surgery. Annal Othol Rhinol Laryngol 2002; 10: 477-85.
56. Blanchard R. Non-homosexual gender dysphoria. J Sex Research 1988; 24: 188-93.
57. De Sutter P. Gender reassignment and assisted reproduction: present and future reproductive options for transsexual people. Hum Reprod 2001; 16(4): 612-4.
58. Faggh W, Raffa H, Jabbad H, Markzouki A. Transplantation of the human uterus. Int J Gyn and Obst 2002; 76: 245-51.
59. Lothstein LM. Sex reassignment surgery: historical, bioethical and theoretical issues. Am J Psychiatr 1982; 139(4): 417-26.
60. Lavin M. Mutilation, deception, and sex changes. J Med Ethics 1987; 13(2): 86-91.
61. Niveau G, Ummel M, Harding T. Human rights aspects of transsexualism. Health Hum Rights 1999; 4(1): 134-64.
62. De la Barreda Solórzano L. Los derechos humanos. Una conquista irrenunciable. México: Tercer milenio; 1999.
63. PAHO/WHO y WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala: PAHO/WHO y WAS; 2000.
64. Kolakowski vs. Toward a Christian ethical response to transsexual persons. Theol & Sexual 1997; 6: 10-31.
65. O'Donovan O. Transsexualism and Christian marriage. J Relig Ethic 1983; 11(1): 135-62.
66. Watts F. Transsexualism and the Church. Theol & Sexual 2002; 9(1): 63-85.

**Recibido: Diciembre 11, 2004.
Aceptado: Diciembre 27, 2004.**