

¿La maternidad de un padre o... la paternidad de una madre? Transexualidad, reproducción asistida y bioética

Jorge Alberto Álvarez-Díaz^{§*}

Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido en versión modificada: 8 de diciembre de 2008

Aceptado: 12 de diciembre de 2008

RESUMEN

La presencia de un hombre transexual embarazado en los medios de comunicación ha hecho repensar al acceso de personas transexuales a la reproducción asistida. La discusión bioética en torno a un caso así debe centrarse en el mejor interés para el menor. Este trabajo inicia con la historia de un hombre transexual legalmente casado con una mujer en el estado de Oregon, Estados Unidos; continúa con un breve repaso de la transexualidad y las características específicas de este caso, con consideraciones especiales en torno a la fertilidad de las personas transexuales. Posteriormente se hacen algunas reflexiones sobre la maternidad y la paternidad, para sugerir algunas consideraciones bioéticas en este novedoso caso.

Palabras clave:

Transexualidad, disforia de género, reasignación sexual, reproducción asistida, bioética

SUMMARY

The presence of a transsexual pregnant male in the mass media has made people reassess if transsexuals should have access to assisted reproduction. The bioethical discussion should focus on the future child best interests. This article describes the story of this transsexual man, legally married to a woman in the state of Oregon in the United States. A brief overview of transsexuality and the specific characteristics of this case, with special considerations towards fertility in transsexual people is included. We suggest reflections on what constitutes motherhood and fatherhood and bioethical considerations brought forth by this groundbreaking event.

Key words:

Transsexuality, gender dysphoria, gender reassignment, assisted reproduction, bioethics

Recientemente medios de comunicación masiva narraban la historia de un hombre embarazado... Thomas Beatie, esposo de Nancy, posaba ante cámaras fotográficas y contaba su vivencia personal. En resumen: Thomas nació con un cuerpo de mujer (Tracy Langondino, su nombre previo), y siempre estuvo convencido de que era un hombre, así que recurrió a una serie de tratamientos para conseguir el objetivo de adecuar su cuerpo; Thomas es un hombre transexual. Su esposa, Nancy, había sido sometida a una histerectomía debido a una endometriosis severa, y por ello la única opción que quedaba para tener hijos era que Thomas se embarazara. Dejó de administrarse los suplementos de andrógenos, luego de cuatro meses recuperó su ciclo menstrual pero tuvo que acudir a diferentes

médicos debido a que no lo querían tratar; un total de nueve especialistas en reproducción sin respuesta favorable (con burlas por parte de profesionales sanitarios y de su propia familia de origen). De esta forma, acudió a un banco de semen, se inseminó en casa, consiguió un embarazo ectópico con trillizos (sin tratamiento alguno para mejorar su fertilidad), por lo que perdió una trompa de Falopio. Volvió a intentarlo y nuevamente se embarazó, de un solo producto, femenino, con una fecha probable de parto para el tres de julio de 2008, que finalmente ocurrió el 29 de junio. No se trata de una historia de ciencia ficción. Es un caso real narrado en primera persona¹ que mezcla aspectos bioéticos y biojurídicos nunca antes observados, y sobre los cuales hay que reflexionar.

[§]Médico sexólogo clínico, magíster en bioética. Doctorando en el Programa de Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas, Universidad Complutense de Madrid. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), México. Premio en Bioética "Manuel Velasco-Suárez 2007" PAHEF-PAHO/WHO, y único responsable por los puntos de vista expresados que no reflejan necesariamente la opinión o política de la Pan American Health and Education Foundation o de la Pan American Health Association.

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Jorge Alberto Álvarez-Díaz. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Plaza de Ramón y Cajal s/n, Unidad de Historia de la Medicina, pabellón IV, sótano, despacho 3, 28040 Madrid, España. Tel.: (+34) 913 941 521. Fax: (+34) 913 941 803. Correo electrónico: bioetica_reproductiva@hotmail.com

¿Qué es la transexualidad?

No es el espacio para hacer una revisión sobre todo lo relacionado a la clínica con pacientes transexuales, así que los comentarios van encaminados a analizar e intentar comprender la situación personal sin precedentes de Thomas.

Existen mitos desde antiguo para tratar de explicar el origen de las diferencias sexuales; más de uno hace referencias a hermafroditismos o a condiciones transexuales.² Las grandes clasificaciones diagnósticas que consideran el aspecto mental son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; publicado por la *American Psychiatric Association*; su última versión es la cuarta, de 1996, con una revisión de 2000, conocida como DSM-IV-TR) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, CIE (o ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, publicada por la Organización Mundial de la Salud, cuya última versión es la décima, conocida como CIE-10). Tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 reconocen una serie de condiciones (no enfermedades) denominados como trastornos de identidad sexual o trastornos de identidad de género.³

Aunque socialmente no hay una distinción entre transgéneros y transexuales, la transfobia se expresa hacia ambos (pudiendo darse el caso de que transgéneros queden dentro de alguno de los trastornos de identidad de género, como el caso del travesti no fetichista).⁴ La transfobia es el miedo con agresión hacia transexuales, que al no identificarlos adecuadamente por la sociedad, en realidad el miedo y agresión se enfoca en toda la población transgénero. En lo siguiente se habla exclusivamente de transexuales y no de otros trastornos de identidad de género. Sin utilizar la palabra en su propia historia, al leerla resulta claro que Thomas vivió la transfobia; evidentemente no hay mucho que decir de la no eticidad del comportamiento transfóbico.

El sexo es el conjunto de características físicas y biológicas heredadas que sitúan a un individuo en algún punto de un continuo que tiene en los extremos individuos reproductivamente complementarios (más complejo que ser simplemente "hombre" o "mujer", ya que en ese continuo está justo en medio el hermafroditismo verdadero; además, una serie de estados intersexuales y disgenesias gonadales con fenotipos masculino y femenino).⁵ Por otra parte, la identidad sexual corresponde a la sensación de pertenencia o no a un determinado sexo.⁵ La transexualidad tiene como característica principal que la identidad sexual no se corresponde con el sexo: un individuo con fenotipo masculino tiene la convicción de ser una mujer atrapada en ese cuerpo, o un individuo con fenotipo femenino tiene la convicción de ser un hombre atrapado en ese cuerpo. Desde luego, hay una serie de criterios diagnósticos para identificar adecuadamente este grupo de la población y así poder tratarla.⁶

Una vez que una persona tiene el diagnóstico de ser una mujer transexual (un individuo con fenotipo masculino pero con la convicción de ser una mujer) o de ser un hombre transexual (un individuo con fenotipo femenino pero con la convicción de ser un hombre), estaría la disyuntiva del

tratamiento: modificar la identidad sexual para hacerla coincidir con el cuerpo, o adecuar el cuerpo a la identidad sexual. Existen consensos en que las terapias que intentan modificar la orientación sexual, conocidas como terapias reparativas o terapias de conversión, son no éticas (tanto por la Asociación Americana de Psicología⁷ como por la Asociación Americana de Psiquiatría),⁸ heterosexistas⁹ y, por tanto, discriminatorias en contra de los derechos sexuales¹⁰ de homosexuales y lesbianas. Así como la evidencia científica disponible muestra que no es posible cambiar la orientación sexual de un ser humano, la evidencia científica disponible también muestra que no es posible modificar o cambiar la identidad sexual; con ello, queda claro que el tratamiento de elección para personas transexuales es adecuar el cuerpo a su identidad sexual.¹¹ Así lo asume la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*,¹² la asociación que mayor investigación realiza en el mundo respecto a la transexualidad (tanto básica como clínica). De esta forma, si la *lex artis* en el tratamiento de este grupo de población es el proceso de adecuación sexual, esto es lo que éticamente es admisible.¹³

El proceso de adecuación sexual es largo y complejo pero necesario para la salud sexual plena de estas personas.¹⁴ Inicia con una fase de diagnóstico y psicoterapia (de tres a seis meses), continúa con la valoración endocrinológica y el tratamiento hormonal (un año y medio a dos años en esta fase inicial, pero con control posterior para toda la vida),¹⁵ posteriormente un periodo de psicoterapia (o experiencia de vida real dentro del nuevo género, ya que hay repercusiones personales, familiares y sociales por todo el proceso;¹⁶ un año y medio a dos años más), para poder llegar a las cirugías de adecuación sexual. Éstas incluyen en las mujeres transexuales: mamoplastia, vaginoplastia y cirugía facial y corporal estética (feminización de frente y cigoma, rinoplastia, gonioplastia, mentoplastia, tiroplastia, liposucción y lipoescultura).¹⁷ No siempre es estrictamente necesario someterse a todas ellas, depende de cada caso. Los hombres transexuales se someten a mastectomía, histerectomía y anexectomía, y faloplastia, que puede ser una reconstrucción por colgajos (permite un tamaño de pene promedio, con resultados plásticos estéticos aceptables, pero generalmente poco sensible y casi sin capacidad erógena),¹⁸ o bien, una metaidoioplastia o metaidoplastia (reconstrucción de un clítoris hipertrofiado por el tratamiento hormonal, y por ello con la estimulación erógena preservada;¹⁹ sin embargo, generalmente es un micropene sin capacidad penetrativa).

El caso particular de Thomas cubrió todos los criterios diagnósticos, pero en el tratamiento no quiso pasar por la histerectomía y anexectomía ni faloplastia, para preservar sus derechos reproductivos, ya que, en sus palabras "el deseo de tener un hijo biológico no es un deseo de un hombre o de una mujer, sino un deseo humano".¹

La adecuación sexual de personas transexuales es todo un reto para el derecho. Por un lado, hay que considerar el nuevo estado civil²⁰ y determinar si se consigna el cambio en algún documento o si desaparece del todo en los registros. Además, se considera que los cambios jurídicos son dese-

bles y éticos en tanto estos ayudan al bienestar social de estas personas.²¹ Thomas no requería legalmente de las cirugías a las que no se sometió para su cambio legal de sexo. Ahora, legalmente es un hombre (de modo que por ello pudo contraer matrimonio civil con Nancy).

La fertilidad de personas transexuales

La vaginoplastia conlleva la remoción de los testículos y con ello, esterilidad. La histerectomía y anexectomía también conllevan esterilidad, entendida como la incapacidad de concebir;²² en ambos casos de tipo secundario debido a la cirugía.

La población estéril o infértil (incapaz de producir un hijo vivo) se ha beneficiado con los tratamientos modernos de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), que incluyen técnicas simples (inseminación intrauterina) o complejas (fecundación *in vitro* con transferencia de embriones [FIV], inyección intracitoplásmica del esperma [ICSI], y las variantes de éstas). Una mujer transexual pudo haber criopreservado semen y así tener la posibilidad de descendencia genéticamente relacionada. Un hombre transexual, por su parte, puede vitrificar los ovocitos y así también tener descendencia genéticamente relacionada. Además, ambos podrían criopreservar tejido gonadal. En realidad, dependiendo de si se trata de un hombre o una mujer transexual y la pareja con la cual se puede unir, las posibilidades teóricas de ofrecerles tratamiento son muchas (Cuadro I).

Thomas pudo acceder al embarazo de un modo relativamente sencillo debido a que no se realizó ni la histerectomía ni la anexectomía; sólo le bastaba dejar de administrarse los andrógenos y recuperar su ciclo menstrual espontáneamente, tal como ocurrió. De esta manera pudo conseguir el embarazo mediante una TRHA simple, tal como la inseminación intrauterina. En sus propias palabras, se veía a sí mismo como su propio subrogado de la gestación, dado que su identidad sexual no ha variado: se visualizaba como un hombre que estaba gestando para poder ser padre y Nancy madre. La situación es sumamente compleja: psicosexualmente su identidad es de hombre (de ahí que pudo pasar por el tratamiento de adecuación sexual), socialmente es un hombre (tiene ese aspecto fenotípico, a tal grado que gran parte de la familia de Nancy ni siquiera sabía que era un hombre transexual hasta antes de la mediatización del evento), y legalmente es un hombre... ¿Puede visualizarse esta situación, cuando llegue un hombre a un hospital a solicitar el servicio de atención de parto? Difícil. Pero sucedió. Aunque estaba programado para una cesárea, afortunadamente se trató de un parto eutócico. Además de estas situaciones complejas en lo social y en lo jurídico, hay algunas otras consideraciones éticas que hacer en un caso así.

Paternalidad y maternidad

Cada vez más, con programas de donación de semen, ovodonación, o donación de embriones, parece aclararse

que el factor decisivo en la paternidad o en la maternidad es el cuidado. Al menos, la tendencia parece ser esa: lo habitual es considerar que los donadores de gametos no tienen una vinculación más importante que la pareja que fungirá como los padres sociales. De otra forma no se puede hablar de donación.

Otra tendencia es reconocer que las parejas no heterosexuales pueden criar bien a un hijo. Al realizar revisiones en la literatura científica especializada, se puede ver que los estudios muestran que los hijos que crecen en familias con madres lesbianas²³⁻²⁵ o con padres homosexuales²⁶⁻³⁰ no tienen ninguna repercusión negativa; por el contrario, parece ser que su desarrollo es mejor. Esto ha llevado a la Asociación Americana de Pediatría a recomendar que las parejas no heterosexuales puedan adoptar.³¹ También ha llevado a los profesionales de la medicina reproductiva a preguntarse si se puede poner algún tipo de límite en el tratamiento de no heterosexuales.³² La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ha redactado una Declaración de Ética donde se dice que no es éticamente admisible negar el acceso de los tratamientos de TRHA para personas solas, homosexuales y lesbianas por su sola condición.³³ De esta manera, parece claro que si se niega la posibilidad de tener hijos a parejas no heterosexuales (ya sea por medio de tratamiento médico con TRHA o la vía legal de la adopción) es por algún prejuicio religioso o social, y no por la evidencia científica disponible respecto al buen desarrollo de los menores en estas familias.³⁴

Recordando que los derechos humanos son de primera, segunda y tercera generación, y que los derechos sexuales y reproductivos pertenecen a la tercera generación, es indudable hoy en día que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Pero una cosa es hablar de ellos en el aspecto teórico y otra en su aplicación práctica. Decir que las personas transexuales tienen los mismos derechos humanos resulta una obviedad, pero en el caso de los derechos sexuales y reproductivos es difícil exigirlos o facilitar las condiciones de su ejercicio libre en la sociedad.³⁵ La realidad indica que siguen existiendo prejuicios respecto a ofrecer el tratamiento con TRHA a parejas no heterosexuales.³⁶ Thomas cuenta que lo primero que intentaron hacer los profesionales de la medicina reproductiva fue derivarlo a psicología para evaluar su solicitud de tratamiento para embarazarse. Con el argumento de que tiene los mismos derechos humanos que el resto de la población, ¿se le puede ofrecer el tratamiento sin ninguna otra consideración? Hay que analizarlo un poco más.

Consideraciones bioéticas

Si bien por un lado es cierto que las parejas heterosexuales no se someten a ningún tipo de revisión para permitirles tener hijos, se asume socialmente que no habrá problemas mayores precisamente por la heterosexualidad de la pareja (aunque se sepa que la violencia intrafamiliar, predominante en parejas heterosexuales sobre las homosexuales, puede afectar a los hijos,³⁷ que habrá algunos niños que vivan

Cuadro I. Posibilidades teóricas del uso de TRHA por pacientes transexuales, dependiendo del tipo de pareja con quien convivan bajo el a tratamiento, pero que puede contarse con gametos criopreservados por alguna de las dos partes.

	Hombre con capacidad reproductiva	Hombre sin capacidad reproductiva	Mujer con capacidad reproductiva	Mujer sin capacidad reproductiva
Hombre transexual (FTM) con capacidad reproductiva	TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con semen de la pareja TRHA compleja: útero subrogado (ovocitos del hombre transexual y semen de la pareja)	TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con semen de donante TRHA compleja: útero subrogado con semen de donante (y ovocitos del hombre transexual)	TRHA simple: IUI, embarazo de mujer con capacidad reproductiva con semen de donante	TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con semen de donante TRHA compleja (si la mujer es factor uterino): útero subrogado, con ovocitos del hombre transexual y semen de donante
Hombre transexual (FTM) sin capacidad reproductiva	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos criopreservados del hombre transexual y semen de la pareja TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de la pareja	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos criopreservados del hombre transexual y de donante TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de donante	TRHA simple: IUI, embarazo de la mujer con semen de donante TRHA compleja: FIV, embarazo de la mujer con ovocitos criopreservados del hombre transexual y semen de donante	TRHA compleja (si la mujer es factor uterino): útero subrogado con ovocitos de la mujer y semen de donante TRHA compleja (si la mujer es factor uterino): Útero subrogado con ovocitos criopreservados del hombre transexual y semen de donante
Mujer transexual (MTF) con capacidad reproductiva	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen del hombre o de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de la mujer transexual	TRHA simple: IUI, embarazo de la mujer con esperma de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado (si la mujer es factor uterino) con ovodonación y semen de la mujer transexual
Mujer transexual (MTF) sin capacidad reproductiva	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen del hombre TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen criopreservado de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen criopreservado de la mujer transexual TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de donante	TRHA simple: IUI, embarazo de la mujer con esperma criopreservado de la mujer transexual TRHA simple: IUI, embarazo de la mujer con esperma de donante	TRHA compleja: Útero subrogado (si es factor uterino) con ovodonación y semen criopreservado de la mujer transexual TRHA compleja: útero subrogado (si es factor uterino) con ovodonación y semen de donante

FTM=female to male (mujer a hombre); MTF=male to female (hombre a mujer); IUI=Intrauterine insemination.

situaciones que aumenten su vulnerabilidad,³⁸ o que los abusadores sexuales son primordialmente miembros heterosexuales de la familia, en proporción de 11:1 respecto de los abusadores homosexuales).³⁹ Sin embargo, si ahora grandes e importantes asociaciones de profesionales han basado sus opiniones respecto a la adopción de parejas no heterosexuales o el acceso a tratamiento con TRHA para estas parejas, es debido a que los estudios científicos han mostrado que no habría problemas en el desarrollo de los hijos. Pero habría que analizar esto en parejas con uno o ambos miembros transexuales. Grandes bioeticistas, ya sea en una línea laica como Diego Gracia o en una confesional como Javier Gafo, han repetido en innumerables ocasiones que para hacer una buena bioética hay que analizar bien los hechos. Luego, lo primero que hay que analizar respecto a los hechos (no dogmas o prejuicios) es el bienestar de los hijos de personas transexuales.

Hay pocos estudios empíricos relacionados con este tema; son relativamente abundantes los trabajos publicados que teorizan sobre la situación de las personas transexuales, sobre sus familias (ascendientes y descendientes) o sus entornos sociales (laborales, etc.). Se han hecho algunos con hijos de personas transexuales nacidos antes del proceso de la adecuación sexual (y, por tanto, sin ayuda de TRHA). Se sabe que cuando uno de los padres pasa por un proceso de adecuación sexual, los hijos pueden presentar problemas relacionados con la ruptura familiar o el proceso mismo del progenitor, pero que con terapia pueden superarse.⁴⁰ Se ha encontrado que su desarrollo psicosexual, salud mental, relaciones familiares y relaciones con sus compañeros no se ven afectadas, y, por el contrario, padecen menos de depresión, y es menos probable que reporten abuso, persecución o victimización por parte de sus compañeros.⁴¹ Otros estudios han mostrado que la adaptación a este cambio de los

supuesto de que cuando se habla de “capacidad reproductiva” se habla de la producción de gametos de buena calidad al momento de acudir

Hombre transexual (FTM) con capacidad reproductiva	Hombre transexual (FTM) sin capacidad reproductiva	Mujer transexual (MTF) con capacidad reproductiva	Mujer transexual (MTF) sin capacidad reproductiva
TRHA simple: IUI, embarazo de cualquiera de los hombres transexuales con semen de donante	TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con capacidad reproductiva con semen de donante	TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con semen de la mujer transexual	TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con semen de donante
TRHA compleja: FIV, embarazo de alguno de los hombres transexuales con ovocitos del otro hombre transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos del hombre transexual con capacidad reproductiva y semen de donante	TRHA compleja: FIV, ICSI o útero subrogado con ovocitos del hombre transexual y semen de la mujer transexual	
TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con capacidad reproductiva y semen de donante	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos criopreservado de alguno de los hombres transexuales y semen de donante	TRHA compleja: útero subrogado, con ovocitos criopreservados del hombre transexual y semen de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos criopreservados del hombre transexual y semen criopreservado de la mujer transexual
TRHA compleja: útero subrogado, con ovocitos del hombre transexual con capacidad reproductiva y semen de donante	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de donante	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de donante
TRHA simple: IUI, embarazo del hombre transexual con semen de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos criopreservados del hombre transexual y semen de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de alguna de las mujeres transexuales	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de la mujer transexual con capacidad reproductiva (o con semen criopreservado de quien no la tiene)
TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos del hombre transexual y semen de la mujer transexual	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen de la mujer transexual		
TRHA simple: embarazo del hombre transexual con semen criopreservado de la mujer transexual (o de donante)	TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos criopreservados del hombre transexual (o de donante) con semen criopreservado de la mujer transexual (o de donante)	TRHA compleja: útero subrogado con semen de la mujer transexual (o criopreservado de la otra) y ovodonación	TRHA compleja: útero subrogado con ovodonación y semen criopreservado de alguna de las mujeres transexuales (o de donante)
TRHA compleja: útero subrogado con ovocitos del hombre transexual y semen criopreservado de la mujer transexual (o de donante)			

padres es mejor llevada a menor edad del hijo, y lo que empeora su proceso de adaptación es el nivel de conflicto familiar, no el proceso de la adecuación sexual parental en sí mismo.^{42,43} Si no hay conflicto entre los padres, el ajuste de los hijos al cambio parental es mucho mejor.⁴⁴

Respecto al acceso a TRHA tampoco abundan los datos. Si bien hay varias posibilidades teóricas de tratamiento dependiendo del tipo de pareja formada por la persona transexual (Cuadro I), aún no es algo generalizado ofrecer TRHA a las personas transexuales. Uno de los primeros trabajos que reflexiona al respecto se pregunta si es éticamente admisible proveer una inseminación a una pareja con un hombre transexual, sin llegar a una recomendación clara, aun considerando que fuese la mujer (y no el hombre transexual, como el caso de Thomas) quien llevara el embarazo.⁴⁵ Enseguida surgieron comentarios acerca de que era difícil evaluar la responsabilidad del programa de

reproducción asistida en el posible desarrollo de los hijos con padres transexuales⁴⁶ (ya que, en todo caso, tendría la misma responsabilidad que el desarrollo de los hijos de padres heterosexuales). El debate iniciado hizo notar que, si bien no es la constante la demanda de tratamiento por parte de personas transexuales, la historia ha mostrado con mujeres lesbianas que al existir más opciones de tratamiento, éstas son solicitadas;⁴⁷ de este modo no habría por qué pensar algo distinto al comportamiento con transexuales si se les ofrece criopreservación de esperma, vitrificación de ovocitos, o criopreservación de tejido gonadal.⁴⁸ Profesionales con amplia experiencia tratando desde el área psicológica a parejas de lesbianas, han dudado si la inseminación debe extenderse a parejas con una mujer y un hombre transexual,⁴⁹ considerándose por otras visiones como un comportamiento discriminatorio hacia una minoría como las personas transexuales.⁵⁰ Se ha respondido que la negativa

temporal a este tipo de extensiones en el tratamiento hacia parejas con un hombre transexual debe ser considerada con cautela, al no tener estudios a largo plazo acerca del desarrollo de los hijos en este tipo de parejas.⁵¹

Dentro de las discusiones bioéticas se tiende, en ocasiones, a hablar de si algo es natural o no. Con tales argumentos también ha sido criticado el caso de Thomas. Pero hay que recordar, como bien dice un editorial de *Nature*, la estimación de lo que es natural o no tiene importancia evolutivamente, ya que aquello que tenga aspecto no natural puede ser peligroso... pero rápidamente apunta que esto es, fundamentalmente, emocional y no racional. El editorial de *Nature* destaca lo mismo que hace Thomas con sus propias palabras: el deseo de tener un hijo es profundamente humano. Termina diciendo: "en última instancia, nuestro concepto visceral de lo que es 'natural' depende de lo que estamos acostumbrados, y seguirá evolucionando a medida que la tecnología lo hace. Pero mientras tanto, no debemos permitirle que nos distraiga de la consideración racional de las más profundas e importantes cuestiones éticas. En el caso de Beatie y su esposa, las preguntas elementales son la salud, la seguridad y la seguridad emocional del niño. Tratar de decidir esas cuestiones simplemente por fijación en una definición arbitraria es, por naturaleza, tonto".⁵²

En esta línea hay que reflexionar primero si tiene sentido seguir haciendo uso del argumento de lo natural. En español, natural es un adjetivo que significa "perteneciente o relativo a la naturaleza o conforme a la cualidad o propiedad de las cosas".⁵³ Tradicionalmente se ha entendido como su antónimo el vocablo artificial, que significa "hecho por mano o arte del hombre".⁵⁴ Con ello hay que recordar que natural proviene del latín *naturalis*, y éste a su vez del griego *physis*, o naturaleza. En el mundo griego, un mundo fisiológico entendido como naturalista, lo ético era buscar lo que era natural y ayudar a su realización; de esta manera es que desde entonces ha existido una condena a lo artificial. Sin embargo, ese fue el mundo griego, con una filosofía teleológica que admitía fines intrínsecos naturales hoy difícil de sostener razonablemente. A pesar de ello, se sigue utilizando el vocablo natural y una relativa condena ética a lo artificial. Si lo artificial es creado por el ser humano, ¿cómo entender lo natural en el mundo biomédico contemporáneo, donde las TRHA, los trasplantes de células, tejidos y órganos, el uso de marcapasos, prótesis, diálisis, antibióticos, quimioterapias y demás fármacos, cirugía tradicional y hasta robótica, etc., son ejemplos de infinidad de elementos artificiales en la atención de la salud humana? Hay que hacer unos comentarios al respecto.

El editorial de *Nature* dice que lo natural "depende de lo que estamos acostumbrados, y seguirá evolucionando a medida que la tecnología lo hace". ¿Por qué? Por que en esta línea de pensamiento "el límite entre lo que es natural y lo que no lo es lo fijamos convencionalmente".⁵⁵ Esto lo ha hecho el ser humano a lo largo de toda su historia, más aún, de su evolución, sin darse cuenta. Evolutivamente, el ser humano es la única especie que no se ha adaptado al medio (la tesis clásica darwiniana) sino que ha adaptado el medio, lo ha adaptado para sí mismo con el ejercicio de la intelligen-

cia (ésta es su superioridad evolutiva, ya que biológicamente, bien se sabe, es un ser bastante deficitario). Sin embargo, otra característica del ser humano que le ha permitido evolucionar es la ética. Entendida como algo que surge con la evolución de la especie, la ética (englobando los comportamientos considerados como éticos y los no éticos) tiene un valor de supervivencia para la especie.⁵⁶ Otras especies dejan morir a los ejemplares deficitarios, y el ser humano no (de ahí el gran tema pendiente de los estudios sobre bioética y discapacidad). Así pues, si es intrínseco al proceso evolutivo del ser humano el desarrollo y aplicación de su inteligencia, lo es también el desarrollo y aplicación de la ética. Solamente de esta forma es que se puede entender la noción de cambio en la idea de lo "natural".

En el caso específico de Thomas, la inteligencia humana ha hecho desarrollar criterios diagnósticos y terapéuticos para personas transexuales, y dentro del campo ético se indica que lo que hay que hacer es brindarle lo que dice la *lex artis* (el proceso de adecuación sexual) dentro del marco consensuado de los derechos humanos. En el pasado no podría entenderse igual antes del desarrollo de los criterios diagnósticos y terapéuticos de la transexualidad, o antes del desarrollo de los derechos humanos. Así pues, lo natural hoy en día sería hacer este tipo de tratamientos y no negarlos por prejuicios sociales o religiosos.

Epílogo

Dice Ortega y Gasset que un epílogo es lo que se dice cuando se ha terminado de decir lo que había que decir. Ya se ha dicho algo crucial: no existen antecedentes para un caso como el de Thomas Beatie, ni estudios a largo plazo acerca del bienestar de los hijos con padres transexuales, y esto ha sido el argumento para considerar que las TRHA no deben proveerse a este grupo de la población. Se pueden hacer las siguientes consideraciones: primero, las personas transexuales tienen los mismos derechos humanos (sexuales y reproductivos) que el resto de la población; segundo, no es posible que el estado democrático moderno se desarrolle con discriminación hacia grupos minoritarios; tercero, los datos de estudios hasta la fecha no muestran que los hijos de padres transexuales tengan más problemas que los hijos de padres heterosexuales; cuarto, al inicio de las TRHA (fecundación *in vitro* en 1978)⁵⁷ tampoco se tenían datos acerca del bienestar biológico, psicológico o social de los futuros hijos producto de estas técnicas novedosas. Con estas consideraciones, podría decirse que, en este momento, no hay un argumento lo suficientemente sólido desde el punto de vista científico y clínico para no recomendar dar tratamiento con TRHA a personas transexuales, pero a la vez no hay argumentos contundentes a su favor: hay que analizar detenidamente caso a caso. El papel de los comités de bioética es fundamental en aspectos tan delicados como este tipo de decisiones. Toda unidad médica que ofrezca TRHA debe contar con un comité de bioética para resolver de la mejor manera estas situaciones.

Agradecimientos

A los revisores anónimos de *Gaceta Médica de México*, cuyos acertados y valiosos comentarios sin duda ayudaron a aclarar algunas ideas y a enriquecer el contenido del artículo.

Referencias

1. **Beatie T.** Labor of love. *Advocate* 2008;1005:24. Disponible en http://www.advocate.com/issue_story_ektid52664.asp
2. **Gastó-Ferrer C.** Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. *C Med Psicosom* 2006;78:13-20.
3. **Gómez-Gil E, Esteva-de Antonio I, Bergero-Miguel T.** La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas. *C Med Psicosom* 2006;78:7-12.
4. **Salin-Pascual RJ.** Aportaciones para la comprensión de las personas transexuales y el entendimiento de la relación entre el cuerpo y la mente. *Rev Mex Neuroci* 2007;8:575-585.
5. **Álvarez-Díaz JA.** Corporalidad y sexualidad. Aportaciones desde la esterilidad. *Arch Hispanoamer Sexol* 2002;8:73-112.
6. **Díaz-Morfa J.** Disforia de género. *Sexología Integral* 2007;4:83-88.
7. Editorial. APA passes resolution on homosexuality conversion therapy. *Behavioral Health Treatment* 1997;2:5.
8. **Halpert SC.** "If It Ain't Broke, Don't Fix It": Ethical considerations regarding conversion therapies. *Intl J Sex Gender Studies* 2000;5:19-35.
9. **Zucker KJ.** The politics and science of "reparative therapy". *Arch Sex Behav* 2003;32:399-402.
10. Asociación Mundial de Salud Sexual. Derechos sexuales y reproductivos. Disponible en http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_spanish.asp
11. **Becerra A.** Transexualismo: diagnóstico y tratamiento médico. *Endocrinol Nutr* 2004;51:26-32.
12. **Meyer W III, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, Di-Ceglie D, Devor H, et al.** Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. The standards of care for gender identity disorders-Sixth version. *International Journal of Transgenderism* 2001;5. Disponible en http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
13. **Álvarez-Díaz JA.** Transliberación de la corporalidad: Transitando la transexualidad desde la bioética. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2004;37:179-188.
14. **Fernández Sánchez-Barbudo M.** Relaciones de pareja y sexualidad en personas transexuales. *C Med Psicosom* 2006;78:47-54.
15. **Puig-Domingo M, Halperin-Rabinovich I.** Papel del endocrinólogo en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. *C Med Psicosom* 2006;78:24-29.
16. **Godás-Sieso T.** Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *C Med Psicosom* 2006;78:21-23.
17. **Mañero-Vázquez I, Montull-Vila P.** La cirugía de reasignación sexual de hombre a mujer. *C Med Psicosom* 2006;78:30-39.
18. **Casado-Pérez C, Rodríguez-Vegas JM, Ruiz-Alonso E, Peña-Alonso A.** Faloplastia en un cambio de sexo de mujer a hombre con un colgajo sensible pediculado anterolateral de muslo. *Cir Plast Iberlatinamer* 2005;31:175-182.
19. **Mañero-Vázquez I, Jiménez-Cano C, Montull-Vila P.** Cirugía de reasignación sexual de mujer a hombre. *C Med Psicosom* 2006;78:40-46.
20. **Kindelán-Arias Z, Odio-Mendoza M, Rivera-Rodón G.** El transexualismo: un nuevo reto de las normas del registro del estado civil. *Santiago* 2004;105:30-40.
21. **Rodrigues-Vieira T.** Bioética y transexualidad en el Brasil y en el derecho comparado. En: *Álvarez-Díaz JA, Campbell-Manjarrez U (Comp.)*. Bioética en perspectiva. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2008; pp 171-189. Disponible en URL: http://issuu.com/publicauaci/docs/bio_ticabook
22. **Fathalla MF, Rosenfield A, Indriso C, Sen DK, Ratman SS.** Salud reproductiva: problemas mundiales. En: *Rosenfield A, Fathalla F (ed)*. Manual de Reproducción Humana (FIGO). Madrid: The Parthenon Publishing Group, 1994; pp 386-399.
23. **Baetens P, Brewaeys A.** Lesbian couples requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. *Hum Reprod Update* 2001;7:512-519.
24. **Anderssen N, Amlie C, Ytterov EA.** Outcomes for children with lesbian or gay parents. A review of studies from 1978 to 2000. *Scand J Psychol* 2002;43:335-351.
25. **Hunfeld JA, Fauser BC, de Beaufort ID, Passchier JP.** Child development and quality of parenting in lesbian families: no psychosocial indications for a priori withholding of infertility treatment. A systematic review. *Hum Reprod Update* 2002;8:579-590.
26. **Miller B.** Gay fathers and their children. *Fam Coord* 1979;28:544-552.
27. **Bozett FW.** Gay men as fathers. En: *Hanson S, Bozett FW (eds)*. Dimensions of fatherhood. Beverly Hills, CA: Sage, 1985; pp 327-352.
28. **Bigner JJ, Bozett FW.** Parenting by gay fathers. *Marriage Fam Rev* 1989;14:155-175.
29. **Bailey JM, Bobrow D, Wolfe M, Mikach S.** Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Dev Psicol* 1995;31:124-129.
30. **Bigner JJ.** Raising our sons: gay men as fathers. *J Gay Lesbian Soc Serv* 1999;10:61-68.
31. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics* 2002;109:339-340.
32. **Capen K.** Can doctors place limits on their medical practices? *Can Med Assoc J* 1997;156:839-840.
33. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertil Steril* 2006;86:1333-1335.
34. **Lobaugh ER, Clements PT, Averill JB, Olguin DL.** Gay-male couples who adopt: challenging historical and contemporary social trends toward becoming a family. *Perspect Psychiatr Care* 2006;42:184-195.
35. **Miller AM.** Uneasy promises: sexuality, health, and human rights. *Am J Public Health* 2001;91:861-864.
36. **Hunfeld JAM, Passchier J, Bolt LLE, Buijsen MAJM.** Protect the child from being born: arguments against IVF from heads of the 13 licensed Dutch fertility centres, ethical and legal perspectives. *J Reprod Infant Psychol* 2004;22:279-289.
37. **Sully P.** Domestic violence and children: the case for joined-up working. *J Fam Health Care* 2008;18:9-13.
38. **McDougall T.** Safeguarding vulnerable children. *Paediatr Nurs* 2008;20:14-17.
39. **Freund K, Watson RJ.** The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: an exploratory study. *J Sex Marital Ther* 1992;18:34-43.
40. **Sales J.** Children of a transsexual father: a successful intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995;4:136-139.
41. **Freedman D, Tasker F, Di Ceglie D.** Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: A brief report of key developmental features. *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 2002;7:423-432.
42. **White T, Ettner R.** Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *J Gay & Lesbian Psychother* 2004;8:129-145.
43. **White T, Ettner R.** Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:215-221.
44. **Du Rocher Schudlich TS, Cummings EM.** Parental dysphoria and children's adjustment: marital conflict styles, children's emotional security, and parenting as mediators of risk. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:627-639.
45. **Di Brothers D, Ford WCL.** University of Bristol Centre for Reproductive Medicine Ethics Advisory Committee. Gender reassignment and assisted reproduction. An ethical analysis. *Hum Reprod* 2000;15:737-738.
46. **Jones HW Jr.** Gender reassignment and assisted reproduction. *Hum Reprod* 2000;15:987.
47. **Hodgen GD.** Perspectives in human reproduction. *Hum Reprod* 1988;3:573-576.
48. **De Sutter P.** Gender reassignment and assisted reproduction. Present and future reproductive options for transsexual people. *Hum Reprod* 2001;16:612-614.
49. **Baetens P.** Should request for donor insemination on social grounds be expanded to transsexuals? *Reprod Biomed Online* 2003;6:281-286.
50. **De Sutter P.** Donor inseminations in partners of female-to-male transsexuals: should the question be asked? *Reprod Biomed Online* 2003;6:382-384.
51. **Baetens P.** Reply from Patricia Baetens. To the editor. *Reprod Biomed Online* 2003;6:382-385.
52. Editorial. *Nature* 2008;452:665-666. Disponible en URL: <http://www.nature.com/nature/journal/v452/n7188/full/452665b.html>
53. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: ESPASA; 2001. Entrada: natural. Disponible en <http://www.rae.es>
54. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: ESPASA; 2001. Entrada: artificial. Disponible en <http://www.rae.es>
55. **Herrera-Guevara A.** Democracia deliberativa y desarrollo biotecnológico. *Revista CTS* 2005;2:211-221.
56. **Ridley M.** The origins of virtue. Towards a natural history of virtue. Harmondsworth; Penguin, 1996.
57. **Stephoe PC, Edwards RG.** Birth after implantation of a human embryo. *Lancet* 1978;2:366.