

«POR QUÉ DEJAMOS DE HACER OPERACIONES DE CAMBIO DE SEXO»¹

Paul R. McHugh

Noviembre 2004

Cuando la práctica de cambio de sexo mediante cirugía surgió por primera vez, a principios de los años 70, solía recordarles a menudo a los psiquiatras que defendían este tipo de operación que con otros pacientes, especialmente con los alcohólicos, ellos solían citar la Oración por la Serenidad: "Dios, concédeme la serenidad de aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia". ¿De dónde sacaron la idea de que nuestra identidad sexual ("género" es el término que ellos prefieren) como hombres o mujeres estaba en la categoría de cosas que se pueden cambiar?

Su respuesta habitual era mostrarme a sus pacientes. Los hombres (y hasta poco antes eran todos hombres) con los que hablaba antes de ser operados me decían que sus cuerpos e identidad sexual estaban en desacuerdo; con los que hablaba después de la operación me decían que la cirugía y los tratamientos de hormonas que les habían convertidos en "mujeres" les habían proporcionado felicidad y satisfacción. Sin embargo, ninguno de estos encuentros era convincente. Los sujetos post-quirúrgicos me parecían caricaturas de mujeres. Llevaban zapatos de tacón alto, mucho maquillaje y vestidos llamativos; me explicaban cómo se sentían al poder dar rienda suelta a sus inclinaciones naturales por la paz, la domesticidad y la dulzura. Pero sus grandes manos, sus prominentes nueces de Adán y sus evidentes rasgos faciales eran incongruentes y lo serían cada vez más a medida que envejecieran. Las psiquiatras a las que los enviaba para que hablaran con ellos conseguían ver intuitivamente a través del disfraz y la exageración en los gestos. "Las chicas conocen a las chicas", me dijo una de ellas, "y eso es un chico".

Los sujetos antes de la cirugía me llamaban la atención aún más cuando veía que intentaban convencer a cualquiera que quisiera influirles sobre su operación. Primero, dedicaban una increíble cantidad de tiempo a pensar y hablar sobre sexo y sus experiencias sexuales; su hambre sexual y sus aventuras parecían preocuparles. Segundo, hablar de bebés y niños no les interesaba demasiado; incluso parecían indiferentes a los niños. Y tercero y más importante, muchos de estos "hombres que declaraban ser mujeres" decían que encontraban a las mujeres sexualmente atractivas y que se veían como

¹ Traducción incluida en "Cómo responder a la Ideología de Género: Hablan los expertos". Religión en Libertad: <http://www.librosrel.com/2017/03/16/como-responder-a-la-ideologia-de-genero-hablan-los-expertos/>. Original en inglés disponible en <https://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>

"lesbianas". Cuando les decía a sus defensores que sus inclinaciones psicológicas se parecían más a las de los hombres que a las de las mujeres, recibía varias respuestas, pero la mayoría me decía que haciendo esta clase de juicios estaba recurriendo a estereotipos sexuales.

Hasta 1975, cuando me convertí en jefe de psiquiatría del John Hopkins Hospital, no solía compartir mis sugerencias sobre estas cuestiones. Pero cuando se me dio autoridad sobre todos los casos en el Departamento de Psiquiatría me di cuenta de que si era pasivo estaría eligiendo tácitamente impulsar la cirugía de cambio de sexo en el departamento que la había propuesto en origen, y que seguía defendiéndola. Decidí desafiar lo que yo consideraba ser una mala dirección de la psiquiatría y exigir más información, tanto antes como después de las operaciones.

Dos cuestiones se presentaron como objetivo de estudio. Primero, quería examinar la declaración según la cual los hombres que habían sido operados de cambio de sexo habían encontrado la solución a sus muchos problemas psicológicos. Segundo (y esto era más ambicioso), quería ver si los niños con genitales ambiguos que eran transformados quirúrgicamente en niñas y educados como tales, como afirmaba la teoría (del Hopkins), se normalizaban con facilidad en la identidad sexual que se había elegido para ellos. Estas afirmaciones habían generado la opinión en círculos psiquiátricos de que el "sexo" y el "género" de una persona eran cosas distintas: el sexo estaba determinado genética y hormonalmente desde la concepción, mientras que el género estaba modelado por la cultura mediante la acción de la familia y otros durante la infancia.

La primera cuestión era más fácil y sólo requería que yo impulsara la investigación continua en comportamiento sexual humano de un miembro de la facultad que fuera un estudiante con capacidad. El psiquiatra y psicoanalista Jon Meyer ya estaba desarrollando un método para hacer el seguimiento de adultos que habían sido operados de cambio de sexo en el Hopkins para ver en qué medida la cirugía les había ayudado. Encontró que la mayoría de los pacientes que había localizado años después de la cirugía estaban satisfechos con lo que habían hecho; sólo unos cuantos se arrepentían. Pero en el resto de los aspectos habían cambiado poco en lo que se refiere a sus condiciones psicológicas. seguían teniendo los mismos problemas que antes con las relaciones, el trabajo y las emociones. La esperanza que tenían de superar sus dificultades emocionales para mejorar psicológicamente no se había cumplido.

Leímos los resultados como demostración de que del mismo modo que estos hombres disfrutaban del travestismo antes de la operación, después de ella les gustaba vivir en el sexo opuesto, pero no se sentían mejor en su integración psicológica ni la vivían mejor. Con estos hechos en la mano llegué a la conclusión de que el Hopkins estaba fundamentalmente colaborando con una

enfermedad mental. Pensé que nosotros, los psiquiatras, teníamos que concentrarnos en intentar arreglar sus mentes y no sus genitales.

Gracias a su investigación, el Dr. Meyer pudo dar algo de sentido a los trastornos mentales que estaban llevando a solicitar este tratamiento inusual y radical. La mayoría de los casos cayeron dentro de uno de estos dos grupos que menciono a continuación, bastante diferentes entre ellos. Un grupo consistía en hombres homosexuales conflictivos y guiados por un sentido de culpa que veían en el cambio de sexo un modo de resolver sus conflictos sobre la homosexualidad, pues les permitiría comportarse sexualmente como mujeres con hombres. El otro grupo —la mayoría, hombres de más edad— estaba formado por varones heterosexuales (y algunos bisexuales) que sentían gran excitación sexual al travestirse de mujeres. A medida que envejecían, estaban cada vez más deseosos de añadir verosimilitud a sus disfraces y buscaban o se les sugería una transformación quirúrgica que incluía implantes mamarios, amputación del pene y reconstrucción pélvica para parecerse a una mujer.

Posteriores estudios sobre sujetos similares en los servicios de psiquiatría del Clark Institute de Toronto identificaron a estos hombres por la autoexcitación que sentían al imitar a mujeres seductoras sexualmente. Muchos de ellos imaginaban que sus demostraciones podían ser excitantes también para los espectadores, sobre todo las mujeres. Esta idea, una forma de "sexo en la cabeza" (D. H. Lawrence), era lo que provocaba su primera aventura al disfrazarse con ropa interior femenina, llevándolos después a considerar la opción quirúrgica. La mayoría de ellos veían en las mujeres el objeto de su interés, por lo que al hablar con los psiquiatras se identificaban a sí mismos como lesbianas. El término que con el tiempo acuñaron en Toronto para describir esta forma de mala dirección sexual fue "autoginefilia". De nuevo concluí que alterar quirúrgicamente el cuerpo de estas personas desgraciadas era colaborar con un trastorno mental en lugar de tratarlo.

Esta información y una mejor comprensión de lo que habíamos estado haciendo nos hizo tomar la decisión de dejar de prescribir las operaciones de cambio de sexo para adultos en el Hopkins —para gran alivio, tengo que decirlo, de varios de nuestros cirujanos plásticos que habían recibido orden previamente de llevar adelante este tipo de intervención. Y con esta solución en lo que respecta a la primera cuestión, puedo ahora hablar sobre la segunda, a saber: la práctica de asignar un sexo femenino a recién nacidos varones que al nacer tenían genitales malformados y ambiguos sexualmente, como también defectos severos en el pene. Esta práctica, que pertenece más al campo de la pediatría que al mío propio, era sin embargo motivo de preocupación para los psiquiatras porque las opiniones que se habían generado alrededor de estos casos contribuían a formar la opinión de que la identidad sexual era una cuestión de condicionamiento cultural más que algo esencial en la constitución humana.

Varias enfermedades, afortunadamente raras, pueden llevar a defectos en la formación del tracto genitourinario durante la vida embrionaria. Cuando esto ocurre en un varón, la forma más simple de cirugía plástica –con la idea de corregir la anomalía y ganar una apariencia estética satisfactoria– es quitar todas las partes masculinas, incluyendo los testículos, y construir una vagina y unos labios con los tejidos disponibles. Esto proporciona a estos bebés malformados una anatomía genital de apariencia femenina sin importar su sexo genético. Dada la afirmación de que la identidad sexual de un niño seguirá fácilmente a su apariencia genital si está apoyado por la familia y el entorno cultural, los cirujanos pediátricos se aficionaron a construir genitales de apariencia femenina tanto a niñas con una constitución cromosómica XX como a niños con una XY, para que así todos tuvieran aspecto de niñas pequeñas, a la vez que eran educadas como tales por sus progenitores.

Todo esto se hacía, desde luego, con el consentimiento de los padres que, afligidos por las graves malformaciones de sus bebés, eran persuadidos por los endocrinólogos pediátricos y los psicólogos que los asesoraban a aceptar la cirugía de transformación de sus hijos. Se les decía que la identidad sexual de sus hijos (de nuevo, su “género”) simplemente se amoldaría al condicionamiento ambiental. Si los padres sistemáticamente respondían al niño como si fuera una niña ahora que su estructura genital parecía la de una niña, él aceptaría este rol sin mucho esfuerzo.

Esta propuesta les planteaba a los padres una decisión crítica. Los médicos aumentaban la presión después de hacer la propuesta diciendo a los padres que la decisión había que tomarla pronto porque la identidad sexual de un niño se establece a los dos o tres años de vida. El proceso de inducir al niño en un rol femenino debía empezar rápidamente con el nombre, el certificado de nacimiento, la parafernalia para el bebé, etc. Con los cirujanos preparados para la operación y los médicos seguros, a los padres se les ofrecía algo que era difícil de rechazar (a pesar de que, y esto es interesante, unos cuantos padres, pocos, rechazaron este consejo y decidieron que la naturaleza hiciera su curso).

Pensé que estas opiniones profesionales y la elección con la que se presionaba a los padres estaban basadas en pruebas anecdóticas difíciles de verificar y más difíciles aún de reproducir. A pesar de la seguridad que demostraban sus defensores, les faltaba un apoyo empírico sustancial. Animé a unos de nuestros psiquiatras residentes, William G. Reiner (que estaba ya interesado en el tema porque antes de su formación psiquiátrica había sido urólogo infantil y había sido testigo del problema desde el otro lado) a empezar un seguimiento sistemático de estos niños, en particular de los niños transformados en niñas durante su infancia, para así determinar hasta qué punto llegaban a estar integrados sexualmente como adultos.

Los resultados fueron aún más sorprendentes que en el trabajo de Meyer. Reiner escogió estudiar intensamente la extrofia cloacal² porque pondría mejor a prueba la idea de que la influencia cultural tiene el papel principal en la identidad sexual. La extrofia cloacal es una deformación embrionaria que produce una gruesa anomalía de la anatomía pélvica, por lo que la vejiga y los genitales están terriblemente deformados en el momento del nacimiento. El pene masculino no se ha formado del todo y la vejiga y el tracto urinario no están claramente separados del tracto gastrointestinal. Fue crucial para el estudio de Reiner el hecho de que el desarrollo embrionario de estos desafortunados varones no es hormonalmente distinto al de los varones normales. Ellos se desarrollan dentro de un ambiente hormonal prenatal típicamente masculino proporcionado por su cromosoma Y y su función testicular normal. Esto expone a estos embriones/fetos en desarrollo a la hormona masculina de la testosterona, como les sucede a todos los otros varones en los vientres de sus madres.

A pesar de que la investigación sobre animales ha demostrado hace tiempo que el comportamiento sexual masculino deriva directamente de su exposición a la testosterona durante su vida embrionaria, este hecho no impidió la práctica pediátrica de tratar quirúrgicamente a estos bebés varones que tienen esta severa anomalía mediante castración (amputando sus testículos y cualquier otro vestigio de estructuras genitales masculinas) y la reconstrucción de una vagina, para que así pudieran crecer como niñas. A mediados de los años 70 esta práctica se había convertido prácticamente en universal. Estos casos ofrecieron a Reiner la mejor prueba de los dos aspectos que son el trasfondo de este tratamiento: (1) que los humanos cuando nacen serían neutrales en lo que se refiere a su identidad sexual y (2) que para los humanos son las influencias posnatales y culturales y no hormonales, especialmente en la primera infancia, las que más influirían en su identidad sexual última. Los varones con extrofia cloacal eran modificados habitualmente mediante cirugía para parecerse a niñas; a los padres se les instruía para que los educaran como tales. Pero el hecho de que habían sido expuestos por completo a la testosterona en el útero ¿derrotaba el intento de educarlos como niñas? Las respuestas serían más evidentes con el cuidadoso seguimiento que Reiner estaba empezando.

Antes de describir los resultados, quiero señalar que los médicos que proponían este tratamiento para los varones con extrofia cloacal entendían y eran conscientes de que estaban introduciendo nuevos y severos problemas físicos a estos varones. Obviamente, estos niños no tenían ovarios y sus testículos habían sido quirúrgicamente amputados, lo que significaba que tenían que recibir hormonas exógenas durante toda su vida. La misma cirugía les negaba cualquier posibilidad de fertilidad en el futuro. Y uno no podía preguntar al pequeño paciente si quería pagar este precio. Los médicos que asesoraban a los padres

² “vesical” en la traducción; sin embargo en el original se refiere a la *cloacal extrophy*

las consideraban cargas aceptables con el fin de evitar la angustia en la infancia de unas estructuras genitales malformadas y se esperaba que pudieran seguir un rumbo sin conflictos hacia su maduración como niñas y mujeres.

Sin embargo, Reiner descubrió que estos varones re-diseñados nunca se sintieron cómodos como mujeres cuando fueron conscientes de ellos mismos y del mundo. Desde el principio de su vida infantil de juegos actuaban espontáneamente como chicos y eran claramente distintos a sus hermanas y otras niñas; les divertían más las riñas de chavales que las muñecas y "jugar a las casitas". Más tarde, muchos de estos individuos, cuando supieron que genéticamente eran varones, desearon reconstituir sus vidas como tales (algunos incluso pidieron reconstrucción quirúrgica y tomar hormonas masculinas) –todo ello a pesar de los decididos esfuerzos de sus padres para tratarlos como niñas–.

Vale la pena relatar los resultados de Reiner, de los que informaba la edición del 22 de enero de 2004 del *New England Journal of Medicine*. Hizo un seguimiento a dieciséis varones genéticos afectados de extrofia cloacal vistos en el Hopkins, de los cuales catorce fueron sometidos, en el periodo neonatal, a reasignación al sexo femenino social, legal y quirúrgicamente. Los padres de los otros dos niños rechazaron el consejo de los pediatras y educaron a sus hijos como varones. Ocho de los catorce sujetos reasignados como mujeres declararon ser varones. Cinco vivían como mujeres y uno vivía sin una identidad sexual clara. Los dos que fueron educados como varones permanecieron varones. Los dieciséis tenían intereses que eran típicamente masculinos, como la caza, el hockey sobre hielo, el karate y el bobsleigh. De este trabajo Reiner sacó la conclusión de que la identidad sexual sigue a la constitución genética. Las tendencias masculinas (juegos de fuerza, sentirse excitados por las mujeres y agresividad física) son el resultado del desarrollo intrauterino fetal rico en testosterona de los individuos estudiados, a pesar de los esfuerzos por socializarlos como mujeres desde el nacimiento. Después de examinar los estudios de Reiner y Meyer, nosotros, en el Departamento de Psiquiatría del Johns Hopkins llegamos a la conclusión de que la identidad sexual humana está construida en nuestra constitución por los genes que heredamos y la embriogénesis que experimentamos. Las hormonas masculinas sexualizan el cerebro y la mente. La disforia sexual –un sentido de inquietud respecto al rol sexual de uno mismo– ocurre naturalmente en esos raros casos de varones que crecen como mujeres en un esfuerzo por corregir un problema estructural genital infantil. Una inquietud similar puede ser socialmente inducida en hombres aparentemente normales desde un punto de vista de la constitución, en asociación con (y presumiblemente motivados por) serias aberraciones en el comportamiento, entre las cuales están la orientación homosexual conflictiva y la notable desviación masculina llamada ahora autoginefilia.

Estaba claro, entonces, que los psiquiatras debíamos trabajar para disuadir a los adultos que buscaban la cirugía de reasignación de sexo. Cuando el Hopkins anunció que pararía estos procedimientos en adultos con disforia sexual, muchos otros hospitales le imitaron, pero algunos centros médicos siguen realizando este tipo de cirugía. Tailandia tiene varios centros que realizan esta cirugía "sin preguntar" nada; basta tener el dinero para pagarla y medios para viajar a Tailandia. Estoy decepcionado pero no sorprendido por esto, dado que algunos cirujanos y centros médicos pueden ser persuadidos de llevar a cabo cualquier tipo de cirugía si son presionados por pacientes con desviaciones sexuales, sobre todo si esos pacientes encuentran un psiquiatra que responde por ellos. El ejemplo más asombroso es el del cirujano de Inglaterra que estaba dispuesto a amputar las piernas de pacientes que declaran excitarse sexualmente observando y exhibiendo muñones de piernas amputadas. De todas formas, nosotros en el Hopkins sostenemos que la psiquiatría oficial tiene pruebas suficientes para dar razones contra este tipo de tratamientos y debe empezar a clausurar esta práctica en todas partes.

Para los niños con defectos de nacimientos el enfoque más racional en este momento es corregir lo antes posible cualquiera de los principales defectos urológicos que tienen, pero posponiendo cualquier decisión sobre identidad sexual para mucho más tarde, mientras se educa al niño según su sexo genético. Los cuidadores médicos y los padres deben procurar que el niño sea consciente de que los aspectos de la identidad sexual pueden surgir mientras él o ella crece. Decidir lo que se debe hacer debe esperar a la maduración y el reconocimiento del niño o de la niña de su propia identidad.

Cuidados adecuados, incluyendo un buen acompañamiento por parte de los progenitores, significa ayudar al niño a través de las dificultades médicas y sociales presentadas por la anatomía genital, pero protegiendo en el proceso los tejidos que pueden ser útiles, en especial las gónadas. Hay que continuar este esfuerzo hasta que el niño pueda ver el problema de su rol en la vida de un modo más claro a medida que el individuo diferenciado sexualmente surge de su interior. Entonces, a medida que el joven adquiere un sentido de responsabilidad en lo que atañe al resultado, él o ella puede ser ayudado mediante cualquier construcción quirúrgica que desee. Un verdadero consentimiento informado lo proporciona sólo la persona que va a vivir con el resultado y no se apoya en las decisiones tomadas por otros que creen "que saben más".

¿Cómo se reciben ahora estas ideas? Creo que medianamente bien. Los activistas "transgéneros" (ahora a menudo aliados de los movimientos de liberación gay) siguen defendiendo que sus miembros tiene derecho a cualquier cirugía que ellos quieran y siguen declarando que su disforia sexual representa una concepción verdadera de su identidad sexual. Han protestado algo contra el

diagnóstico de autoginefilia como mecanismo para generar peticiones de operaciones de cambio de sexo, pero han ofrecido pocas pruebas que refuten este diagnóstico. Los psiquiatras están recibiendo mejores historias sexuales de las personas que piden el cambio de sexo y están descubriendo más ejemplos de esta extraña tendencia al exhibicionismo masculino.

Gran parte del entusiasmo relacionado con un arreglo rápido de los defectos de nacimiento terminó cuando la prueba anecdótica sobre un caso que recibió mucha publicidad acerca de un varón gemelo educado como una niña resultó ser falso. El psicólogo responsable escondió, mediante la utilización de una mala información, el hecho de que el niño, a pesar de los esfuerzos de su familia para tratarlo y educarlo como una niña, había desafiado constantemente el tratamiento, averiguando al final el engaño y restableciendo su masculinidad. Desgraciadamente, tenía un diagnóstico adicional de depresión grave y cometió suicidio.

Pienso que, desde el otro lado, ya no se puede decir mucho acerca de la cuestión del cambio de sexo para los hombres. Pero he aprendido de la experiencia que el desafío más duro es intentar obtener conformidad para buscar pruebas empíricas sobre opiniones relativas al sexo y al comportamiento sexual, incluso cuando las opiniones parecen claramente sin sentido. Uno esperaría de las personas que declaran que la identidad sexual no tiene una base biológica o física ofrecerían más pruebas para persuadir a los otros. Pero según he aprendido, hay una gran hostilidad y se favorece la idea de que la naturaleza es totalmente maleable.

Sin una posición fija sobre qué es la naturaleza humana cualquier posición puede entonces defenderse como legítima. Una práctica que parece que le da a la gente lo que quiere –y que algunos de ellos reclaman ruidosamente– es difícil de combatir con una experiencia profesional ordinaria y la sabiduría. Incluso a menudo se ofrece resistencia –rechazando sus resultados– a ensayos controlados y estudios de seguimiento meticuloso realizados para asegurar que la práctica no sea perjudicial en sí misma.

He sido testigo del gran daño que puede provocar la reasignación de sexo. Los niños que han visto transformada su constitución masculina en un rol femenino sienten mucho sufrimiento y tristeza pues son conscientes de su disposición natural. Sus progenitores normalmente viven con sentimiento de culpa por las decisiones tomadas –cuestionándolas a posteriori y avergonzados de algún modo por la fabricación, tanto quirúrgica como social, que han impuesto en sus hijos–. Y respecto a los adultos que vienen a nosotros declarando que han descubierto su "verdadera" identidad sexual y que han oído hablar de las operaciones de cambio de sexo, nosotros los psiquiatras nos hemos olvidado de estudiar las causas y la naturaleza de su trastorno mental y nos hemos dedicado sólo a prepararlos para la operación y una vida en el otro sexo. Hemos

malgastado recursos científico y técnicos y dañado nuestra credibilidad profesional colaborando con la locura en lugar de intentar estudiarla, curarla y, en última instancia, prevenirla.