

estados intersexuales y cambio de sexo aspectos éticos

E. López Azpitarte

La existencia de ciertas patologías

Ciertamente no se trata de fenómenos normales y frecuentes en la vida ordinaria. Algunos casos pertenecen al ámbito de las patologías genéticas que son estudiados en la bibliografía científica, sin que tengan mayores resonancias sociales¹. Otros, en cambio, son aireados por la prensa, sobre todo si se trata de personajes conocidos. La transexualidad y el travestismo son las conductas más corrientes y conocidas del público. En el fondo de todas ellas hay siempre un cierto desajuste entre los datos genéticos y los procesos siguientes que deberían conducir hacia la identidad sexual de la persona.

Es lógico que se busquen las terapias más eficaces para reajustar estas disfunciones que, al margen de sus repercusiones biológicas, tienen también una enorme influencia sobre la psicología del individuo, hasta destruir en bastantes ocasiones su tranquilidad y equilibrio interior. El cambio, incluso, del sexo, mediante la cirugía plástica, aparece como una de las soluciones posibles. ¿Qué pensar de todos estos procedimientos desde un punto de vista ético? Antes de ofrecer unas reflexiones valorativas, apuntemos de una forma sumaria cómo se realiza el largo proceso evolutivo hacia la plena identidad sexual.

¹Uno de los autores que estudió más a fondo estos temas fue G. MARAÑÓN, *Los estados intersexuales en la especie humana*, Morata, Madrid 1929.

Las primeras etapas: del sexo cromosómico al sexo hormonal

Todos sabemos, desde las primeras nociones de genética, que uno de los 46 pares de cromosomas de la especie humana es el encargado de configurar el sexo de la persona². La presencia en el cigoto de dos cromosomas *XX* dará origen a una mujer, mientras que la pareja *XY* lo será del hombre. En esta región del *Y* se encuentran, por tanto, el gen o los genes responsables de esta diferenciación. Es lo que podríamos llamar el *sexo cromosómico*.

Desde aquí se enviarán a las gónadas, todavía indiferenciadas, la información suficiente para la elaboración de los ovarios o de los testículos —*sexo gonádico*—. En el sujeto con gónadas masculinas se da la regresión de los conductos de Müller por la presencia de una sustancia inhibidora, y bajo la acción de la testosterona los conductos wolffianos se transforman en los genitales internos, mientras que la diidrotestosterona produce la configuración de los órganos externos. Menos claro es el mecanismo que provoca el proceso inverso en la mujer, aunque parece que comienza con la producción de los estrógenos³. En cualquier caso, es evidente que existe también un *sexo hormonal*, producto del anterior, que influye en la configuración masculina o femenina del ser humano. En todo este proceso de diferenciación genital juegan también un papel importante ciertos tejidos que deben recibir la inducción por parte de las hormonas esteroides y cuya capacidad de respuesta depende de la presencia en sus células de algunos enzimas y receptores.

Evolución posterior: del sexo morfológico a la alteridad sexual

La proporción y diferencias de hormonas son las que, a su vez, posibilitan el *sexo morfológico* o fenotipo que distinguen al cuerpo masculino o femenino. La diversidad biológica es tan manifiesta que constituye el criterio más inmediato y evidente para la adjudicación de la identidad masculina o femenina. La diferenciación sexual afecta también al cerebro en el área del neocortex, relacionada con las experiencias conscientes y la actividad cognoscitiva⁴. La diversidad anatómico-estructural de los dos hemisferios

²V. ALLER, *Aspectos genéticos de la sexualidad humana*: Verdad y Vida 42 (1984) 169-184.

³La diferenciación testicular se forma entre los 45-60 primeros días, mientras que el ovario en la mujer tarda algún tiempo más. Cf. A. SERRA, *Sulle componenti biologiche della sessualità*: Civiltà Cattolica 139/2 (1988) 425-439.

⁴L. DE MARINIS - A. BARBARINO - A. SERRA, *Biologia de la differenziazione sessuale*: Medicina e Morale 34 (1984) 155-165.

es bien conocida, aunque los mecanismos que la condicionan sean todavía objeto de un intenso estudio para un conocimiento mayor. Pero no hay duda de que el cerebro masculino y femenino son dos variantes biológicas del cerebro humano.

A partir de estos datos fundamentales, el ambiente y la educación posterior contribuyen también de manera importante a la formación del *sexo psicológico*: la vocación de todo ser humano a vivir su existencia con las características propias de su sexualidad masculina o femenina. Supone la aceptación de su naturaleza específica y la respuesta adecuada a sus exigencias concretas. Estas mismas diferencias morfológicas y biológicas conducen normalmente hacia la reciprocidad entre ambos polos. El *sexo heterófilo* busca su complementación en el encuentro con el otro, como una invitación mutua a una plenitud mayor⁵. A lo largo de este lento y complejo itinerario puede darse una serie de fallos y desajustes, cuya etiología nos resulta aún desconocida en muchas ocasiones, a pesar de los grandes progresos que se van dando en este terreno.

Patologías genéticas y hormonales

Algunas anomalías genéticas del mismo cromosoma sexual son causa de ciertas patologías. Así, por citar sólo las más conocidas, en el síndrome de Turner, con una composición XO , la falta del segundo cromosoma imposibilita la diferenciación de los ovarios o testículos, y la ausencia o disminución de otras hormonas necesarias para la evolución posterior. Son mujeres, aunque de ordinario estériles, y exigen una terapia de estrógenos para su desarrollo fisiológico. Y por el contrario, en el síndrome de Klinefelter (XXY), la presencia de otro cromosoma X obstaculiza el influjo masculinizante del Y . Suelen ser estériles, con órganos rudimentarios y ciertas apariencias femeninas como la ginecomastia (desarrollo de los senos)⁶.

Otras veces se da una verdadera inversión del sexo, cuando en individuos fenotípicamente masculinos, sin grandes diferencias con el varón normal, se encuentra un cromosoma XX , o cuando en sujetos de apariencias femeninas

⁵E. LOPEZ AZPITARTE, *Erotismo y pornografía: Hacia una clarificación de conceptos*: Proyección 38 (1991) 43-56.

⁶Un buen resumen de éstas y otras anomalías en la evolución sexual en: CH.W. LLOYD, *Reproducción humana y conducta sexual*, Editorial Jims, Barcelona 1966, 131-175. Algunos han querido ver en el cariotipo XXY , presente en ciertos criminales, una base genética para el asesinato y otras conductas sexuales patológicas, aunque semejante teoría no esté admitida por otros.

y órganos genitales externos e internos de mujer, existe un cromosoma XY, que caracteriza al hombre. Es decir, se da una completa contradicción entre el *sexo cromosómico* y el *sexo gonádico* que orienta la evolución posterior en sentido contrario⁷.

En otros casos, incluso con una composición genética normal, la persona es portadora, al mismo tiempo, del tejido ovárico y testicular, bien en una sola gónada o en dos separadas. Este *hermafroditismo* verdadero es muy raro en la especie humana y provoca una disfunción parecida a la anterior, ya que los órganos externos pueden pertenecer a cualquiera de los sexos, pero con manifestaciones características del contrario. La inversión, en esta última anomalía, no es completa por la presencia del doble tejido gonadal que explica esta dualidad sexual. En todos estos casos de inversión, la normalidad, por supuesto, no es absoluta, pues son posibles otras alteraciones, sobre todo en la capacidad de reproducción. En el *pseudohermafroditismo* las gónadas pertenecen a un solo sexo, aunque sus órganos externos son una mezcla gradual e intermedia de ambos.

Una deficiencia hormonal, producida por otras causas, podría dar lugar a la existencia de hombres con algunas características femeninas — ginecomastia, distribución de grasas, falta de vello... —, o a mujeres con ciertas apariencias viriles. A veces, no reviste mayor importancia, aunque no responda por completo al fenotipo ideal y, en ocasiones, tenga alguna repercusión psicológica.

Otras disfunciones sexuales: la oposición entre el soma y la psicología

El fenómeno de la *transexualidad* ha sido objeto de estudios más recientes⁸, y su interés sobrepasa el de los ámbitos científicos para despertar también la curiosidad y el comentario de la gente. Son individuos, sobre

⁷Se estima que esta anomalía se da en uno de cada 40.000 niños, mientras la proporción en la mujer es aún más pequeña: una por cada 400.000. Tomado de V. ALLER, a. c. (n. 2), 178-179, donde puede verse también la explicación etiológica, compleja y heterogénea, de estas anomalías.

⁸Uno de los primeros que estudió el tema, de forma más completa y actualizada, fue H. BENJAMIN, *The Transexual Phenomenon*, Julian Press, New York 1966. Cf. también, R. STOLLER, *Recherche sur l'identité sexuelle*, Gallimard, Paris 1979; F. CASTAGNET, *Sexe de l'âme et sexe du corps*, Le Centurion, Paris 1981; G. PERICO, *Il fenomeno della transessualità. Rilievi clinici, giuridici e morali*: *Aggiornamenti Sociali* 32 (1981) 753-764; S. SPISANTI, *Problemi antropologico-morali dell'identità sessuale*: *Medicina e Morale* 32 (1982) 225-237; C. MILLOT, *Horsex: Essai sur le transexualisme*, Point, Paris 1983.

todo de sexo masculino⁹, que, desde el punto de vista psicológico, se sienten del sexo contrario. Existe una clara y radical oposición entre su fenotipo y su psicología, que les lleva a vivir en una tensión permanente. Mujeres que se creen prisioneras en un cuerpo de hombre —o al revés— y desean liberarse de los atributos biológicos que les impiden comportarse de acuerdo con sus deseos más profundos. Si en algunas formas más ligeras es suficiente una terapia psico-farmacológica, en otras la cirugía aparece como la única alternativa para adecuar el cuerpo a su identidad sexual psicológica y conseguir una serenidad y equilibrio mayor. El transexual está convencido de ser un verdadero error de la naturaleza, que desea superar a toda costa, dentro de sus posibilidades limitadas. La técnica ha hecho posible la creación de vaginas o penes artificiales que suplen, de alguna manera, la ablación de los órganos masculinos o femeninos.

El *rechazo* del propio sexo no es identificable con la anomalía anterior. Aquí la persona es consciente de su identidad sexual y se reconoce como es, aunque querría y le hubiera gustado pertenecer al sexo diferente. De la misma manera que en el *travestismo* el sujeto desea utilizar la ropa que no le corresponde, sin que esto suponga tampoco, al menos en todos los casos, una verdadera disfunción. Podría tener otras raíces más profundas, como un mecanismo de defensa contra la angustia de la castración¹⁰, o ser signo de una transexualidad; pero de ordinario, sobre todo en ciertos ambientes, se ha convertido en una forma de ganar dinero, que no está exenta de originalidad o de un cierto amaneramiento. Finalmente la *homosexualidad*, de la que no hablaremos ahora, es la inclinación erótica hacia el propio sexo, sin que exista tampoco un rechazo de la propia identidad. La apertura heterófila no se ha desarrollado en este caso y el individuo no busca en ella su propia complementariedad.

Hacia una valoración ética: el ideal de toda terapia

Hemos visto, pues, cómo pueden darse ciertos desajustes en los diferentes niveles del proceso evolutivo. La normalidad supone una adecuación para que todo se desarrolle en coherencia con el destino primero, escrito ya en los cromosomas sexuales. ¿Cómo valorar, entonces, las intervenciones que buscan corregir las anomalías disfuncionales que hemos apuntado?

⁹Las estadísticas señalan que se da un caso entre 30.000 hombres, mientras que en las mujeres la proporción es de 1 por cada 400.000.

¹⁰J. CHAZAUD, *Las perversiones sexuales*, Herder, Barcelona 1976, 87-90.

Todos están de acuerdo en la licitud de aquellas ayudas psicológicas, farmacológicas y hasta quirúrgicas, si fuera necesario, que configuren a la persona en función de su sexo genético. Las diversas técnicas, del tipo que sean, tendrían un marcado carácter terapéutico, para evitar el disformismo que podría causar problemas biológicos y psicológicos más o menos acentuados. El sentido común y las circunstancias de cada persona determinarán qué medio parece el más adecuado para no comenzar con aquellos que resulten los más agresivos. La meta ideal de toda terapia debería estar orientada hacia una armonía, lo más completa posible, con la constitución primera.

Es más, si la configuración externa está lo suficientemente definida y el sexo psicológico ha sido educado de acuerdo con ella, sin que haya existido ninguna otra duda o problemática, sería lícito insistir en el fenotipo aceptado, en la hipótesis de alguna ambigüedad, aunque se descubriera que el sexo cromosómico o gonádico es diferente. La adecuación sería demasiado traumática en todos los órdenes, si ahora se pretendiera un cambio tan radical, sobre todo si la situación era desconocida por la persona. Algunos casos de este tipo se han descubierto incluso después del matrimonio, cuando la pareja pretendía descubrir las razones de su esterilidad. Evitar otros conflictos mayores justificaría mantener una situación anómala, que no ha provocado especiales problemas¹¹.

Lo mismo que la terapia psicológica es la única eficaz, como camino para la reconciliación, cuando se trata de personas que no aceptan el destino impuesto por la naturaleza, o de transvestistas, cuyo comportamiento no se fundamente en razones económicas o sea indicio de una cierta transexualidad. Las mayores dificultades se dan, precisamente, en este último caso, sobre el que vamos ahora a detenernos.

La transexualidad: una doble explicación etiológica

Todavía quedan muchas lagunas e incertidumbres para justificar esa desarmonía existente entre el cuerpo y la psicología. Dos explicaciones fundamentales se dan. Para unos los factores hormonales y biológicos son los más importantes, aunque se desconozca el momento preciso de esos errores cruciales, antes o después del nacimiento. Hay algunos hechos significativos que

¹¹ Así lo aceptan, entre otros, E. SGRECCIA, *Aspetti morali del transessualismo*: Medicina e Morale 34 (1984) 181-205.

avalan esta opinión. En los gemelos monocigóticos la proporción de transexuales alcanza el 50 %, mientras que en los dicigóticos, sólo el 8,3%¹². Hay pruebas de que sujetos que habían sido educados y habían vivido como mujeres modificaron su identidad, mediante un tratamiento de testosterona, y el sexo biológico termina por predominar sobre el psicológico y educativo¹³. También se ha constatado la ausencia del antígeno *HY* —proteína específica necesaria para el sexo gonádico testicular— en los transexuales masculinos, mientras que se ha descubierto presente en las mujeres transexuales¹⁴.

Otros, sin embargo, insisten más en la importancia de los factores psicológicos y ambientales¹⁵. Algunas experiencias parecen confirmar también esta nueva hipótesis. Hermafroditas análogos desde un punto de vista cromosómico y gonádico han desarrollado con posterioridad el sexo psicológico —masculino o femenino— en el que habían sido educados. La influencia de estos elementos culturales aparece clara en el caso de un gemelo que, como consecuencia de una penectomía, durante los primeros meses, —producto de un error en el momento de la circuncisión—, fue quirúrgicamente configurado y recibió una educación como mujer, mientras que su hermano continuó con su identidad masculina. Al cabo de muchos años, la diferencia psicológica de ambos se mantiene, producto de las influencias externas recibidas¹⁶.

El recurso a la cirugía: criterio básico de la identidad sexual

Cualquiera que sea su explicación, la realidad es que algunos individuos, a los que no se les puede considerar como viciosos o perversos sexuales, sufren un desajuste profundo que les provoca un fuerte malestar. Es verdad que el fenómeno se manifiesta, a veces, de forma superficial y sin raíces más hondas. En estas situaciones, un cierto tratamiento psicológico e, incluso, algunas ayudas farmacológicas son suficientes para resolver un problema que no reviste mayor trascendencia. Pero, en otras, el recurso a la cirugía

¹²D. ROSENTHAL, *Genetic Theory and Anormal Behavior*, McGraw/Hill, New York, citado por L. DE MARINIS, a. c. (n. 4), 163.

¹³A. BARBARINO - L. DE MARINIS, *Ruolo degli ormoni gonadici sulla sessualizzazione cerebrale*: *Medicina e Morale* 35 (1985) 724-729.

¹⁴F.M. BOSCIA - O. TODARELLO - F. MATARRESE, *Il transessualismo: aspetti etici clinici e terapeutici*: *Medicina e Morale* 35 (1985) 746-765.

¹⁵M. MARCHETTI, *Aspetti psichiatrici e psicologici del transessualismo*: *Medicina e Morale* 34 (1984) 172-180. G. ZUANAZZI, *Aspetti psicopatologici del transessualismo*: *Medicina e Morale* 35 (1985) 730-745.

¹⁶Una crítica de esta teoría en A. BARBARINO, a. c. (n. 13).

se presenta también como la única alternativa válida o complementaria a otros tratamientos. ¿Qué pensar sobre este cambio o adecuación del sexo?

El problema de fondo radica, como veremos, en aceptar qué elemento de esta disfunción —lo biológico o lo psicológico— constituye la base y el criterio primario de la identidad sexual en la persona. De acuerdo con la doble explicación anterior, que acabamos de exponer, la solución ética va a ser también diversa.

La ilicitud de una intervención: primacía de los datos biológicos

Para los primeros, la biología ha de constituir el presupuesto fundamental de las intervenciones posteriores. En ella se descubre el destino dado por la naturaleza que nos conduce a vivir como hombres o como mujeres. Es un dato de tal importancia que siempre se habrá de respetar. Si la psicología, en algún caso, no se ajusta a esta realidad básica, la terapia no puede consistir en sacrificarla a las exigencias de aquélla, sino en conformar la tendencia psicológica a la constitución irrenunciable del propio organismo biológico. La identidad somática, que no se reduce exclusivamente al fenotipo, ha de prevalecer como norma primera, al margen de las ambigüedades sexuales que podrían darse en algunos casos de hermafroditismo o pseudohermafroditismo, de los que acabamos de hablar poco antes.

Una cirugía, para transformar el cuerpo en función del deseo psicológico, será siempre inaceptable, pues se trata de una mutilación que no tiene nada de terapéutica, ya que se extirpan unos órganos sanos y en condiciones para suplirlos con otros completamente artificiales, incapaces de cumplir con su función específica. Por otra parte, tampoco resulta eficaz para la superación del conflicto, pues por muy perfecta que sea la operación, el aparente cambio de sexo sigue siendo frustrante. La disociación anterior entre el soma y la psique, se cambia ahora por un nuevo contraste entre los elementos artificiales externos y su propia constitución sexual. La experiencia de algunos Centros ha hecho rebajar las ilusiones que se habían creado en un principio, como la solución más eficaz y adecuada.

Por tanto, no queda otro camino que la terapia psicológica. Y aun en la hipótesis de que semejante tentativa no resulte válida, se trata de una situación llevadera, que puede hacerse soportable con un poco de esfuerzo y ayuda. Si la simple inclinación a comportarse contra las exigencias de la propia biología se permitiera, habría también que aprobar otras conductas,

impulsadas por querencias psicológicas, que no responden al ideal de una sexualidad adulta y equilibrada. La masculinidad o feminidad no son simples dinamismos psíquicos, sino que encuentran su explicación en el ámbito de la corporalidad, como substrato inalienable, que nadie tiene derecho a modificar. La libertad y el dominio de la persona están, en este caso, limitados por el respeto y la fidelidad al hecho de haber nacido hombre o mujer¹⁷.

Tolerancia de una adecuación: importancia de la psicología

La otra opinión que aboga por su licitud parte desde una perspectiva diferente. La importancia de la identidad sexual, en el caso de una disociación, se atribuye mucho más a la psicología que a los datos biológicos. Es evidente que, cuando esta anomalía fuera reducible con cualquier otro tipo de terapia, no habría que acudir a otros remedios más enérgicos y agresivos. Pero con mucha frecuencia, la persona que se siente extraña y prisionera de un sexo que no responde a su psicología, vivirá siempre, si se trata de un transexualismo auténtico y profundo, en un conflicto permanente e irreversible, como algunos afirman. La presencia de unos órganos que contradicen su identidad psicológica es la causa de esta grave molestia que le incapacita para un comportamiento social adecuado. Sus aspiraciones y sentimientos más íntimos chocan contra una biología, que le impone una conducta para la que se vivencia radicalmente incapacitada y le impide actuar de acuerdo con sus inclinaciones más profundas, que para ella constituyen su verdadera personalidad.

La búsqueda de una armonía es lícita y deseable. Ahora bien, cuando la tendencia psíquica se constata irreversible y definitiva, la única alternativa existente es acomodar su morfología, en la medida de lo posible, a su identidad psicológica. Esta dimensión parece más importante y prioritaria que los mismos presupuestos biológicos, capaces de sufrir una aparente adecuación, que se hace inviable en el otro nivel de su personalidad. Es cierto que se da una mutilación de órganos sanos, pero que estaría justificada por el principio de totalidad, como una acción necesaria para superar la angustia y la tragedia de quien se siente patológico por la presencia de algo que le destruye por dentro. Aunque no pueda darse un auténtico cambio de sexo, se busca la curación de un drama personal, a través de unas transformaciones

¹⁷Cf. E. SGRECCIA, a. c. (n. 11); C. CAFFARRA, *Il transsexualismo: aspetti etici*: Medicina e Morale 35 (1985) 717-723; M. COZZOLI, *Il problema etico del transsexualismo*: Medicina e Morale 36 (1986) 806-813.

aparentes y artificiales, pero que revisten una importancia y significación que, en ocasiones, llegan a ser decisivas.

Si en los casos de una cierta ambigüedad, todos aceptan un tratamiento concorde con la identidad en que la persona ha sido educada, aunque el sexo gonádico sea distinto y existan manifestaciones del contrario, no se ve por qué la intervención quirúrgica se hace inadmisibile, cuando el desajuste alcanza sólo los niveles psicológicos. El respeto y la fidelidad hay que mantenerla también a los datos de la psicología, sin que la intervención sobre el propio cuerpo deba quedar orientada exclusivamente por los elementos biológicos¹⁸.

Una condición necesaria: el análisis y diagnóstico de cada caso

Tal vez los estudios y experiencias para valorar las posibilidades e inconvenientes de las diversas terapias no hayan alcanzado aún una amplitud suficiente para deducir una conclusión definitiva. Cada opinión insiste en los aspectos negativos de la contraria, mientras refuerza los que le convienen. Pero, en el fondo, el problema que subyace, como antes decía, es aceptar qué dimensión es la más importante para la identidad sexual: los datos ofrecidos por la naturaleza biológica o los que están presentes en la psicología del ser humano.

Por eso, cuando la decisión sea tomada después de una valoración diagnóstica y estructural de la personalidad del paciente, en la que la adecuación quirúrgica del sexo aparezca como la única viable y eficaz, no me atrevería a negar su licitud ética. El simple deseo por cambiar la morfología corporal, que no esté fundamentado en un análisis serio y científico, sería insuficiente para su tolerancia moral. Se trata de una opción extrema para situaciones irreversibles, que podrían encontrar por aquí la solución, aunque no fuera completa, a un problema dramático.

El matrimonio de los transexuales: diferentes situaciones

Otro problema diferente sería el posible matrimonio de estas personas. El nuevo Derecho Canónico no trata para nada del tema, probablemente por

¹⁸Son favorables a estas intervenciones, J. MONEY - A.A. EHRAHRDT, *Uomo, donna, ragazzo, ragazza*, Rusconi, Milano 1976; F. CASTAGNET, o. c. (n. 8); G. PERICO, a. c. (n. 8); S. SPINSANTI, a. c. (n. 8); F.M. BOSCIA, a. c. (n. 14); X. THEVENOT, *Pautas éticas para un mundo nuevo*, Verbo Divino, Estella 1988, 130-136.

la disparidad de criterios éticos y científicos que existen en la actualidad. De acuerdo con sus orientaciones generales, no parece válido el matrimonio celebrado por un auténtico transexual para cumplir, dentro de la pareja, con unas funciones que su psicología rechaza de manera absoluta. La legislación actual admite como incapaces para contraerlo a "quienes no pueden asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causa de naturaleza psíquica"¹⁹. La repugnancia a vivir conforme a sus manifestaciones corporales le impide asumir las obligaciones de una convivencia conyugal, aunque exista la posibilidad de tener hijos.

Cuando el rechazo del sexo somático se detectara después del matrimonio, habría que analizar si, con anterioridad al compromiso, estaban ya presentes las raíces de esta anomalía, como parece más lógico, que no se había manifestado con toda su fuerza y dramatismo. La nulidad del compromiso sería también admitida, en esta hipótesis, sin ninguna dificultad.

En los casos de ambigüedad física, cuando se trata de correcciones o disonancias accidentales, que no afectan al disformismo somato-psicológico, nadie pone obstáculo a su celebración, siempre que los cónyuges estén capacitados para el ejercicio de la vida conyugal, aunque resulte estéril e infecunda.

La mayoría, no obstante, niegan la validez del matrimonio cuando los órganos sexuales han sido artificialmente contruidos, en oposición al sexo gonádico, ya que lo juzgan como una unión donde no existe una verdadera heterosexualidad. Los órganos postizos, sobre todo si se trata de una configuración masculina, imposibilitan la relación conyugal propia de los cónyuges. Algunos, sin embargo, juzgan prematuro pronunciarse, cuando el cambio se realiza para crear unas apariencias femeninas. Aun los que aceptan la licitud de estas operaciones no se atreven a permitir el posterior matrimonio. El que algunas legislaciones civiles lo autoricen no constituye ningún argumento para su tolerancia moral.

Eduardo López Azpitarte

¹⁹Canon 1095, 3. Cf. F. GIL DE LAS HERAS, *Valoración de los trastornos de la sexualidad en la jurisprudencia sobre el matrimonio*: *Ius Canonicum* 23 (1983) 109-132.