

## Identidad sexual / rol de género<sup>1</sup>

Eva Alcántara<sup>2</sup>

Yo creo profundamente que cuanto menos mutilante sea un pensamiento, menos mutilará a los seres humanos.

EDGAR MORIN

La identidad sexual suele entenderse como una propiedad que unifica ciertas características del ser, un núcleo interior estable ligado al sexo, un saber esencial acerca del propio sexo. Es una noción que ha sido utilizada de forma amplia y esconde un proceso poco comprendido. En 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) crearon un documento que estableció estrategias para la promoción de la salud sexual. En dicho documento se definió la identidad sexual de la siguiente forma:

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como mujer o como hombre, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (OMS/OPS 2000: 7).

La identidad sexual suele entretorse con palabras como mujer, hombre, orientación sexual, sexualidad, masculinidad, feminidad, sexo, género, sí mismo. Es una noción incierta que recoge la indeterminación de la identidad y la polisemia del sexo. En México, un texto representativo de la intersección entre derecho y medicina entiende la identidad sexual como:

[...] el conjunto de características sexuales que nos hacen genuinamente diferentes a los demás (la percepción de nuestra sexualidad, nuestras preferencias sexuales, nuestros sentimientos o actitudes ante el sexo, etcétera). Podría decirse que dicha identidad constituye

<sup>1</sup> Fragmentos del presente texto se encuentran en la tesis de doctorado que la autora presentó en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (Alcántara 2012a).

<sup>2</sup> Agradezco a Hortensia Moreno su lectura y comentarios que mejoraron sustancialmente el texto final.

el sentimiento de masculinidad o feminidad (con todos los matices que hagan falta) que acompañará a la persona a lo largo de su vida y que no siempre se definirá de acuerdo con su sexo biológico o su genitalidad. Por tanto, la identidad sexual es la combinación de muy diversos factores: biológicos, ambientales y psicológicos (Silva y Valls 2011).

Entre 1950 y 1960, la pregunta por la identidad sexual daba lugar a la identidad de género. Los estados intersexuales<sup>3</sup> y la transexualidad se tomaron como modelos ideales para investigar cómo se forma el sentido de pertenencia a un sexo. El *desarrollo* de la identidad sexual comenzó a ser explicado a partir de la distinción entre sexo y género. Fue en Estados Unidos, en particular, donde, a partir de casos clínicos, dos grupos se interesaron en los estados intersexuales y la transexualidad. El primer grupo de especialistas se ubicaba en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, y el segundo en la Gender Identity Research Clinic de la Universidad de California, en Los Ángeles. Con base en el trabajo de ambos grupos, los conceptos *gender identity* y *gender role* quedaron instalados y pasaron a formar parte de la terminología especializada. En el área de la salud mental, el grupo del Hospital Johns Hopkins contaba con John Money, y el de la Gender Identity Research Clinic, con Robert Stoller. Desde su particular enfoque, ambos personajes fueron autores —solos o en coautoría con integrantes de su equipo— de libros y artículos en donde presentaban sus reflexiones acerca del desarrollo y establecimiento de la identidad sexual. Sus ideas continúan teniendo bastante difusión, a partir de la segunda mitad del siglo XX fueron citados en numerosas publicaciones de muy diversas disciplinas, y fragmentos de sus propuestas fueron ampliamente retomados y traducidos a otros idiomas. Tanto Money como Stoller conocieron de forma recíproca su trabajo. Dado que partían de dos enfoques bastante diferentes, no siempre coincidieron. Robert Stoller, en especial, mostraba cautelosas reservas ante las recomendaciones de John Money, las cuales juzgaba como en exceso aventuradas y optimistas (Stoller 1968). A ambos autores se les atribuye la noción de identidad de género, definida de distinta manera por cada uno.

<sup>3</sup> La intersexualidad no es un diagnóstico médico; representa una condición asociada a ciertas entidades a la nomenclatura médica empleada para nombrar los grupos diagnósticos asociados a los estados intersexuales como Disorders of Sex Development o DSD (en español, Trastornos del Desarrollo Sexual, TDS). En acercamientos recientes que he tenido con médicos que trabajan en México, me percaté de que la nomenclatura de 2006 suele utilizarse y el acrónimo adoptado suele ser el del idioma inglés: DSD. En este trabajo decidí utilizar el término hermafrodita, estados intersexuales o DSD de acuerdo con lo que parece más oportuno en cada momento.

Bolívar Echeverría denominó la *americanización* de la modernidad a la expansión, y —a largo plazo— a la imposición, de la perspectiva estadounidense en el desarrollo de la ciencia y la cultura. Durante el siglo XX, el modelo norteamericano se instaló más allá de sus fronteras originales, introduciendo una "artificialización de lo natural" o una "naturalización de lo artificial", la cual, aunque pretende mejorar al ser humano y su mundo, lo que mejora o incrementa es el grado de sometimiento de la forma natural de la vida bajo su forma de valor (Echeverría 2008: 35). Así, los protocolos médicos que alcanzan mayor legitimidad y valor son aquellos que se sostienen en las coordenadas de americanización, bajo las cuales suele comprenderse el progreso científico. Esto provoca que las prácticas clínicas implementadas en contextos locales específicos provengan de protocolos médicos producidos en Estados Unidos y promovidos a nivel mundial como los más eficaces.

Es posible sumar al proceso de americanización de la modernidad el de medicalización de la intersexualidad para dar cuenta del gradual desplazamiento —no la eliminación— de los ámbitos de regulación que intervienen las vidas concretas de sujetos en condición intersexual. Michel Foucault (1985 y 2000), Alice Dreger (1998) y Thomas Laqueur (1994) refirieron casos de hermafroditas entre los siglos XV y XVII en donde era notable la intervención del ámbito religioso y jurídico para establecer las formas de control y la sentencia o castigo al cual eran sometidos. La medicalización implica que un fenómeno, atendido primordialmente en otros ámbitos, ha sido redefinido en términos médicos y se ha caracterizado como entidad patológica abierta al escrutinio de los doctores (Illich 2006). Eso ocurrió con la intersexualidad.

A mediados del siglo XX, los estados intersexuales ya eran conceptualizados de manera primordial como entidades médicas.<sup>4</sup> El desarrollo de tres especialidades clínicas —urología, endocrinología y genética—, así como la incorporación de nuevas tecnologías biomédicas, abrieron la posibilidad para detectar e intervenir en edades tempranas lo que se consideró eran *anormalidades genitales* o *errores en la asignación sexual*, producto de *defectos congénitos*. El campo de las disciplinas *psi* —psicología, psiquiatría y psicoanálisis— jugó un importante papel en la nueva aproximación para tratar la intersexualidad. Interesaba conocer cómo evaluar la identidad sexual, en

<sup>4</sup> En otro lugar expongo los desplazamientos conceptuales ocurridos en los estados intersexuales, así como la gradual jerarquía que el dispositivo médico adquirió para intervenir en los casos de intersexualidad (Alcántara 2012b).

qué momento puede reasignarse el sexo de un sujeto, qué factores tienen mayor peso para caracterizar a una persona como hombre o mujer. Las respuestas tuvieron implicaciones directas sobre los tratamientos médicos. En el trayecto surgieron nuevas nociones teóricas que a la fecha siguen siendo utilizadas de manera amplia. ¿Cómo se comprendió la *identidad sexual* en las recién formadas clínicas de intersexo ubicadas en Estados Unidos? ¿Cómo ocurrió el desplazamiento de la *identidad sexual* a la *identidad de género*? ¿Qué sentido tuvo y a qué respondió el surgimiento de la nueva noción? ¿De qué procesos se intenta dar cuenta a partir de dichas nociones? Este texto pretende avanzar en las respuestas a tales preguntas.

## 1

El primer grupo de especialistas interesados en el tema del desarrollo y establecimiento de la identidad sexual asociado a condiciones de intersexualidad se ubicaba en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore. Fueron herederos del interés del doctor Hugh H. Young, quien en ese mismo lugar, en 1930, vio y trató a muchos pacientes —casi todos jóvenes y adultos— con condiciones asociadas a intersexualidad (Jones y Scott 1975). Junto con Albarrán, en el Hospital Cochon de París, Hugh H. Young es considerado padre de la urología. En 1937, publicó *Genital Abnormalities, Hermaphroditism and Related Adrenal Diseases*, un compendio que, además de incluir la recopilación de estudios de casos, presentaba las terapias más modernas —a base de técnicas quirúrgicas y hormonales— para intervenir la ambigüedad corporal. Aunque no era una regla estricta, el criterio que prevaleció en la práctica desarrollada por Young fue el de hacer coincidir el *sexo educacional* con el *sexo gonadal*. Refiere Fausto-Sterling que Young "[n]o juzgaba a las personas que describía, algunas de las cuales vivían como *hermafroditas practicantes* (esto es, tenían experiencias sexuales como hombres y como mujeres a la vez). Tampoco obligó a nadie a someterse a tratamiento" (Fausto-Sterling 2006: 61).

La primera Unidad de Endocrinología Pediátrica se estableció en 1953 en el Hospital Johns Hopkins y despertó gran interés entre la comunidad médica. Muy pronto se convirtió en el principal centro a donde se refería a niños con malformaciones congénitas de los órganos sexuales y padecimientos asociados. La clínica representó un cambio de paradigma en la atención de pacientes intersexuales, que hasta entonces habían sido atendidos sobre todo por urólogos y cirujanos.

El cambio fundamental de esta actitud [autoritaria y paternalista de los urólogos y cirujanos] comenzó con Lawson Wilkins y cols., en el Harriet Lane Home del Johns

Hopkins Hospital, al principio de la década de 1950. Allí comenzó la toma de decisiones en grupo a cargo de un equipo compuesto inicialmente por el Dr. Howard Jones, un cirujano ginecológico; los Dres. Joan y John Hampson, psiquiatras especializados en pacientes adultos y pediátricos; John Money, un psicólogo recién llegado de Boston; Wilkins y sus colaboradores Judson Van Wyk y Melvin M. Grumbach, George Clayton, y Alfred Bongiovanni, un miembro joven de la facultad y director del laboratorio de endocrinología pediátrica. Los trabajadores sociales proporcionaron capacidades de cuidado familiar importantes (Gumbrach, Hughes y Conté 2004: 1047).

Fue entonces cuando la intersexualidad comenzó a ser tratada en equipos médicos que más tarde fueron conocidos como *clínicas de intersexo*. A los Hampson y a John Money les interesó el estudio de la *diferenciación sexual* desde un enfoque biomédico conductual. Money la entendía como una secuencia de desarrollo en donde factores prenatales, posnatales, biológicos y sociales interactúan en una especie de carrera de relevos hasta que logran establecer la identidad/rol de género. Según Money y colaboradores, la identidad de género ocurre por el encadenamiento de respuestas sexualmente dimorfas que tienen como meta la diferenciación binaria en la edad adulta: la anatomía sexual tiende a ser dimorfa y, por lo tanto, una conducta sexual bastante dimorfa será exitosa para fines reproductivos. En ese sentido, la conducta sexual de hombres y mujeres se concibe como complementaria. En la infancia, el papel y la identidad de género se diferencian por complementación con los miembros del sexo contrario e identificación con los del mismo sexo. Para que la diferenciación e identificación funcionen, se requiere que los sexos sean distinguibles entre sí. Según Money y Ehrhardt (1982), la propia naturaleza es la que proporciona los elementos básicos irreductibles de diferencia sexual que ninguna cultura puede erradicar, al menos a gran escala: las mujeres pueden menstruar, gestar y lactar, mientras que los varones no. Así, conciben que la identidad de género se desarrolla en correspondencia con la anatomía sexual, la cual debe ser dimorfa para conseguir una adecuada diferenciación e identificación con el rol de género. A la vez, equiparan una anatomía *normal* con una *saludable*.

Para Money y colaboradores, la identidad de género podía definirse así:

*Identidad de género*: la igualdad a sí mismo, la unidad y persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente, en mayor o menor grado, en especial tal como es experimentada en la conciencia acerca de sí mismo y en la conducta; la identidad de género es la experiencia personal del papel de género, y este es la expresión pública de la identidad de género.

*Papel de género*: cuanto una persona dice o hace para indicar a los demás o a sí mismo el grado en que es hombre o mujer, o ambivalente; incluye la reacción y las respuestas sexuales, si bien no se limita a las mismas; el papel de género es la expresión pública

de la identidad de género y esta es la experiencia privada del papel de género (Money y Ehrhardt 1982: 24).<sup>5</sup>

Según los autores, tras el anuncio del sexo del recién nacido se pone en movimiento una cadena de comunicación caracterizada por respuestas sexualmente dimorfas. Esta cadena inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte. Por ello, los casos de hermafroditismo presentan dificultades para el desarrollo de la diferenciación sexual:

No hay padres que se tropiecen con un ejemplo más dramático de su dimorfismo hijo-hija, en su propia conducta, que aquellos que tienen un infante hermafrodita cuyo sexo anunciado es reasignado tras el período de la temprana infancia. Lo ideal es que la evaluación clínica de un recién nacido hermafrodita sea exhaustiva y completa en el momento de nacer, de modo tal que los criterios que rigen la asignación de sexo puedan ser adecuadamente contrastados y el anuncio del sexo sea inequívoco y definitivo.

Tal ideal no siempre se logra, ya que pocas personas están preparadas a tiempo para saber cómo reaccionar cuando nace un infante y se observa que presenta genitales ambiguos. Es demasiado frecuente que se improvise una decisión en cuanto al sexo a anunciar. Pero después, y tras una evaluación detenida, ha de decidirse una revisión. Si se lleva a cabo neonatalmente, se habla tan sólo de reanuncio de sexo. Más adelante, una vez que la criatura ha comenzado a absorber el dimorfismo de género del lenguaje, dentro del desarrollo de su sentido de la identidad de género, resulta más preciso hablar de una reasignación de sexo y no de un reanuncio de sexo. Una reasignación exige un cambio de respuestas por parte del infante. Un reanuncio no requiere más que cambios de conducta de los demás. Es desaconsejable imponer una reasignación de sexo a una criatura en contradicción con una identidad de género que se encuentra ya muy avanzada en su diferenciación. Ello significa que el límite de edad para imponer una reasignación viene a situarse, en la mayoría de los casos, alrededor de los dieciocho meses (Money y Ehrhardt 1982: 31).<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Nótese que, en esta definición, Money coloca dentro del papel de género lo que más tarde será comprendido como orientación sexual, es decir la dirección que toma el interés erótico. Dicha orientación puede ser hacia el mismo sexo, el sexo contrario o ambos sexos. Incluye experiencias personales (fantasías, sentimientos) y expresiones públicas (cortejo, relaciones de pareja). La orientación del interés erótico será elaborada por los sexólogos y psicoanalistas desde inicios del siglo XX, y emergerán las categorías de *homosexual*, *heterosexual* y *bisexual*, primero como entidades diagnósticas y más adelante como identidades políticas.

<sup>6</sup> En la traducción al español del texto de Money se traducen *child* y *boy* como *niño*, *male* como *varón* y *female* como *hembra*. Pienso que esa traducción no resulta adecuada, dados los temas que se trabajan en el texto. Aunque la referencia de páginas es acorde a la obra traducida al español por editorial Morata, he preferido cambiar algunos términos para no perder el sentido original del texto en inglés. Traduzco *child* o *baby* como *infante* o *criatura*, *boy* como *niño*, *girl* como *niña*, *man* como *hombre*, *woman* como *mujer*. Los términos *male* y *female* en inglés aluden primordialmente a la inscripción biológica del sujeto, más parecidos a los términos *macho* y *hembra*; sin embargo, cuando *male* y *female* son referidos a los humanos, estos términos no se limitan en inglés a la adscripción biológica.

Con el tiempo, Money modificó la edad límite que él mismo había establecido para imponer una reasignación de sexo. De inicio, esta edad se había fijado en los dos años y medio. Ese primer límite fue definido después de que John Money y los psiquiatras Hampson estudiaran 76 casos de intersexualidad, a partir de lo cual emitieron una serie de recomendaciones referidas a la asignación de sexo, el cambio de sexo y el manejo psicológico en casos de hermafroditismo (Money y Hampson 1955).

Como es evidente, según Money, la cirugía genital para adaptar lo más posible las formas genitales al estereotipo del sexo asignado tenía una importancia fundamental para el desarrollo de la identidad sexual en el lactante hermafrodita. Money recomendó realizar la cirugía a edad temprana y asignó a esta intervención el adjetivo de *correctora*, pues la intervención quirúrgica tenía la finalidad de ayudar a establecer la certidumbre del sexo asignado. Señaló que no es conveniente que los médicos expresen dudas sobre el sexo al cual ha de ajustarse el modo de crianza, ya que su inseguridad es transmitida a los padres y, por ese medio, a la criatura. Cuando eso sucede, la criatura desarrolla una desconfianza con respecto a las personas mayores, y puede entonces instalarse una incertidumbre tal que genere la convicción de que su problema se resuelve mediante un cambio al sexo contrario. La opinión de Money es que, en ese caso, el sujeto "puede convertirse en un excelente candidato a la reasignación de sexo, vayan o no de acuerdo el sexo cromosómico y el sexo gonadal con el sexo reasignado" (Money y Ehrhardt 1982: 33).

Cuando la asignación de sexo y el *status* anatómico permanecen ambiguos en un hermafrodita, puede ser que el sujeto en cuestión se adapte al sexo asignado, pero persistirá un sentimiento de vergüenza y mortificación. También puede ocurrir que la criatura oscile entre el papel de niño y de niña, "alternando pendularmente entre ambos". Para Money y Ehrhardt, esta opción está cargada con "demasiada disonancia cognitiva" y "la mayoría de las personas no puede tolerar tal inconsistencia biográfica" (Money y Ehrhardt 1982: 33). Aunque la ambigüedad genital no corregida puede instalar una identidad de género ambigua, también puede ocurrir que la constancia de las experiencias de ser criado con el sexo asignado sea determinante. De cualquier forma, en la diferenciación de la identidad de género, los eventos posnatales son los más críticos. Con y sin reanuncio o reasignación de sexo, la identidad de género hermafrodita se definirá en los primeros años hacia hombre [*male*], mujer [*female*], ambiguo o incongruente. Los fundamentos de "la normalidad, la anomalía, la ambigüedad o la incongruencia



comportamentales de la identidad de género se establecen mucho antes de la pubertad hormonal" (Money y Ehrhardt 1982: 39). Sin embargo, las hormonas puberales revisten particular importancia en el hermafroditismo:

[...] parejas de hermafroditas, concordantes en su diagnóstico y situación hormonal puberal, pero discordantes en cuanto al sexo de crianza, son típicamente contrarias también con respecto al sexo del despertar del estímulo erótico. Sus enamoramientos y su capacidad de respuesta erótica pueden surgir de un modo concordante con el sexo de crianza, y ello resulta posible incluso cuando el sexo hormonal y el desarrollo somático de la pubertad no han sido corregidos terapéuticamente para que vayan de acuerdo con el sexo de crianza (Money y Ehrhardt 1982: 39).

Para los autores, los casos de hermafroditismo y similares son de particular importancia, ya que representan la oportunidad de leer los diferentes síndromes clínicos en humanos como *experimentos de la naturaleza*. Y, en efecto, los casos en estudio fueron tratados como experimentos. Todo parece indicar que la cuestión del método fue fundamental para introducir las nociones de identidad de género y rol de género. Dada la indeterminación de la identidad sexual, se volvió imprescindible contar con un correlato observable, factible de ser registrado y cuantificado. La identidad y el rol de género se indagaron a partir del reporte verbal y las conductas manifiestas de los sujetos en cuestión. El sexo, leído por los equipos de trabajo de las clínicas de intersexo, incluía varios aspectos: gónadas, hormonas, cromosomas, genitales, órganos internos. Cuando los casos fueron tratados en equipos médicos, la fragmentación del sexo —reflejada en la atención por segmentos, característica de la evaluación en las clínicas de intersexo— requirió de un informe que describiera en términos sintéticos lo ocurrido respecto al *sexo psicológico* del sujeto en cuestión. La identidad de género funcionaba como un parámetro que permitía comunicar al resto de los especialistas cuándo se ajustaba la identidad sexual a los límites de lo normal. La normalidad en términos de identidad sexual se comprendió a partir de una interpretación de la diferencia sexual bajo un modelo dicotómico y estereotipado. La conducta manifiesta fue evaluada de acuerdo con estereotipos de *masculinidad* y *feminidad*. Se generaron descripciones que permitieron establecer unidades de medida y escalas que correspondieran a los términos *hombre* y *mujer*, *niño* y *niña*, *masculino* y *femenino*. Para Stuart Hall (2005), los estereotipos reducen el todo a características y rasgos sencillos que se exageran, simplifican y fijan sin oportunidad de cambio:

[...] la estereotipación reduce, esencializa, naturaliza y fija la *diferencia* [...] despliega una estrategia de *hendimiento*. Divide lo normal y lo aceptable de lo anormal y de lo inaceptable. Entonces excluye o expulsa todo lo que no encaja, que es diferente [...] Así,



otro rasgo de la estereotipación es su práctica de *cerradura* y exclusión. Simbólicamente fija límites y excluye todo lo que no pertenece [...] la estereotipación tiende a ocurrir donde existen grandes desigualdades de poder (Hall 2005: 430).

Las ideas preconcebidas de Money lo rebasaban a él, a su equipo y al ámbito médico, pues forman parte del esquema cultural que sostiene la lógica binaria del sexo-género, enmarcada en relaciones de poder / saber. Si partimos del sentido común,<sup>7</sup> a la identidad se le atribuyen características de igualdad, unidad y naturalidad. La identidad se conceptualiza como el núcleo del sí mismo, como una unidad coherente e inmutable.

Cuando la edad de detección de los estados intersexuales se adelantó, la evaluación psicológica en las clínicas de intersexo debía responder a la pregunta: ¿esa criatura pertenece ya a un sexo? La evaluación se realizaba —y, en la mayor parte de los casos, se continúa realizando— a partir de observar qué preferencias de ropas, colores, juguetes y actividades tiene el sujeto en cuestión, así como el registro de las referencias que sobre sí mismo / a hace. Cuando el sujeto era asignado o reasignado en los primeros años de vida, el éxito del tratamiento se evaluaba en función de que la identidad y el rol de género estuvieran de acuerdo con modelos estereotipados de *niño / niña*. Cuando se encontraba que la criatura se alejaba de dichos modelos, el resultado se entendía como un desorden, un fracaso. También lo era cuando la identidad y rol de género no estaban suficientemente diferenciados. Recordemos que la asignación o reasignación sexual de un infante se acompañaba desde entonces de la intervención sobre su cuerpo para asegurar cierta coherencia entre estructuras internas, apariencia genital y corporal externa, e identidad y rol de género. El equipo médico prestó sus servicios en dirección de la continuidad: si algo sobra en el cuerpo, extráigalo; si algo falta, constrúyalo.

Han sido numerosas las críticas y objeciones interpuestas al razonamiento de Money (por mencionar algunos: Diamond y Sigmundson 1997; Kessler 1998; Butler 2001 [en este volumen]; Chase 2005; Cabral 2006 y 2009). Teóricos, metodológicos, políticos y éticos, los señalamientos apuntan a una concepción simplista y equivocada que tuvo graves consecuencias,

<sup>7</sup> Geertz (1994) remarca la importancia de analizar el sentido común como un sistema cultural. Esto significa complejizar la aprehensión objetiva de la realidad para analizar cómo se articulan los significados imbricados en el sentido común en diversos momentos históricos y contextos locales.

como las que fueron evidentes en el caso de David [Bruce/Brenda] Reimer (Colapinto 2006).

## 2

Robert Stoller se graduó como médico y psiquiatra en la Universidad de California. Fue profesor de psiquiatría en la universidad que lo formó e investigador en la clínica de identidad de género. Tuvo formación psicoanalítica en el Instituto y la Sociedad Psicoanalítica de Los Ángeles y fue analizado por Hanna Fenichel. Fue autor y coautor de varios libros, entre los cuales se encuentra *Sex and Gender. On the Development of Masculinity and Femininity*<sup>8</sup> (1968), en donde define tres nociones básicas para el tema de la intersexualidad: sexo, género e identidad sexual. Dedicó la primera parte de su libro a lo que denomina "pacientes con anomalías biológicas" y presenta sus ideas sobre lo que acontece respecto de la identidad de género en pacientes intersexuales.

*Sexo* es, para Stoller, una categoría biológica compuesta de condiciones físicas: cromosomas, genitales externos, genitales internos, gónadas, estados hormonales y características sexuales secundarias. En un futuro —dice—, será posible adicionar el sistema cerebral. El sexo es determinado por la suma algebraica de todas estas cualidades; su resultado es que la mayoría de la gente puede ser llamada hombre o mujer. De acuerdo con Stoller, en los hermafroditas existe cierto grado de sobreposición en las características del sexo. "Genéticamente hablando, habría otros sexos en adición al de mujer XX [*female*] y al de hombre XY [*male*], en estos individuos se presenta una mezcla de algunos de los atributos biológicos del sexo, y algunas de estas personas son anatómicamente intersexuadas" (Stoller 1968: 9). Stoller afirma que en algún momento el término intersexual fue empleado para definir a personas con problemas de género, pero sin defectos genéticos o anatómicos; sin embargo, para la época en que él escribe, *intersexual* se usa primordialmente en aquellos sujetos con defectos biológicos pronunciados.

*Género* es un término que tiene más connotaciones psicológicas y culturales que biológicas. Si los términos apropiados para sexo son *macho* [*male*] y *hembra* [*female*], los términos correspondientes para género son *masculino* y *femenino*, términos que son totalmente independientes del sexo (biológico). Género es el grado de masculinidad o

<sup>8</sup> Las referencias de este libro están traducidas por mí.

feminidad encontrado en una persona, y, obviamente, aunque los encontramos mezclados en los humanos, el hombre normal tiene una predominancia de masculinidad y la mujer normal una predominancia de feminidad. La *identidad de género* comienza con el conocimiento y el descubrimiento, ya sea consciente o inconsciente, de que alguien pertenece a un sexo y no al otro; conforme alguien se desarrolla, la identidad de género llega a ser mucho más complicada, de tal manera que, por ejemplo, alguien puede sentirse a sí mismo, no solamente como un hombre, sino un hombre masculino o un hombre afeminado o un hombre que fantasea con que es una mujer. El *rol de género* es la conducta manifiesta que alguien despliega en sociedad, el rol que juega, especialmente con otras personas, para establecer su posición con estas, en tanto que la evaluación de género es concertada, por él/ella y por quienes están con él/ella. Mientras que el género, la identidad de género y el rol de género son casi sinónimos en la persona común, en ciertos casos anormales varían. Un problema que surge para complicar nuestro trabajo es que la conducta de género, la cual es en su mayor parte aprendida desde el nacimiento, juega una parte esencial en la conducta sexual, la cual es marcadamente biológica, y a veces es muy difícil separar aspectos de género y sexo en un trozo particular de conducta (Stoller 1968: 10).

Stoller aclara que aunque la biología y la psicología indican que hay dos extremos biológicos de sexo —macho [*male*] y hembra [*female*]— de los cuales resultan dos géneros diferenciados —masculino y femenino—, entre los dos extremos hay grados de *maleness* y *femaleness* (términos referidos al sexo)<sup>9</sup> y de masculinidad y feminidad (términos referidos al género). Tanto la biología como la sociedad marcan estados en el desarrollo de la identidad de género, uno de los cuales es la asignación del infante al momento del nacimiento. La adscripción a un sexo es fundamental. Cuando se asigna un sexo, también se está asignando un género, porque prevalece la idea de que hay una relación uno a uno entre ambos. En ese mismo momento, se da por sentado que la adscripción es instantánea y permanente. Cuando la asignación es contundente, no puede ser retirada; puede ser debilitada por un silencio intrapsíquico e intrafamiliar, y conducir hacia la homosexualidad, el travestismo y otras variantes, lo cual ocurre en personas con o sin desórdenes físicos. La expresión de tales deseos estará latente y podrá ser fantaseada o actuada.

Para Stoller, *identidad de género* es una noción teórica que permite trabajar en términos analíticos. En algunos momentos se identifica con facilidad,

<sup>9</sup> He preferido en este caso conservar los términos originales del inglés, pues no encuentro una traducción apropiada. La terminación *ness* en inglés imprime un cierto significado ontológico al término que acompaña, con lo cual, *maleness* o *femaleness* puede indicar un sentido de ser hombre o mujer, pero referido en especial a las características biológicas que determinan el sexo en un sujeto.

como cuando una criatura de alrededor de un año afirma: "soy un niño" o "soy una niña". Ese aspecto sensible puede ser conceptualizado como el *núcleo de la identidad de género* [*core gender identity*], el cual Stoller equipara más adelante con *el sentido de ser hombre o el sentido de ser mujer* (*the sense of maleness o the sense of femaleness*). Este aspecto central es producido por 1) la interacción de los padres y otras personas del entorno del infante, 2) la percepción del infante de sus genitales externos (aspectos que dependen de la anatomía y fisiología) y 3) fuerzas biológicas<sup>10</sup> que se desprenden de las variables del sexo. Mientras que el proceso de desarrollo de la identidad de género sigue intensamente hasta por lo menos el final de la adolescencia, el núcleo de la identidad de género está totalmente establecido antes de que se complete la fase fálica del desarrollo. Cita aquí Stoller algunas publicaciones de Money y los Hampsons en donde reportan que a partir de los dos años y medio es más difícil o imposible para muchas personas una reasignación de género tras una asignación de sexo equívoca. A continuación, Stoller relata una historia para mostrar cómo hay ciertos casos raros en los cuales alguna persona en la infancia tardía, la adolescencia o la madurez es capaz de cambiar su género con éxito y sin un gran choque interno. Esto puede ser posible cuando la persona ha sido criada en una atmosfera de dudas parentales causadas por genitales ambiguos; en este caso, la persona siente que no pertenece a ninguno de los dos sexos y puede desarrollar aspectos de ambos géneros, existe fuera de ambos en una nueva categoría, un tercer género, un género hermafrodita. Este es un raro estado psicológico y no se encuentra en todos los pacientes intersexuales.

La identidad hermafrodita requiere 1) genitales externos anatómicamente ambiguos desde el nacimiento, los cuales causan 2) confusión en la mente de los padres sobre el apropiado sexo anatómico del infante, que les dirigen a 3) caminos ambiguos de trato hacia el niño, lo cual, a su vez, resulta en 4) defectos en el proceso de incorporación de los padres y sus actitudes, y verdaderamente 5) identificaciones de género incongruentes que nunca pueden ser corregidas en realidad, porque la última prueba de realidad, la percepción, demuestra de manera continua 1) genitales externos anatómicamente ambiguos (Stoller 1968: 23).

En algunos de estos pacientes, el cambio de sexo no amenaza el sentido de su existencia, su núcleo identitario. Ellos pueden cambiar de sexo, cambiar su rol de género, pero no cambian su identidad de género.

<sup>10</sup> Por fuerza biológica Stoller entiende "la energía proveniente de un origen biológico (tal como el sistema endócrino o el SNC), lo cual influye en la formación de identidad y la conducta de género" (Stoller 1968: 66).

Por otro lado, si a una persona con una identidad bien arraigada, una identidad de género incuestionada, se le dice —y sabe que quien lo dice tiene razón— que en realidad es integrante del sexo opuesto, el efecto puede ser devastador. Cita aquí un ejemplo de alguien a quien inesperadamente se le arranca la certidumbre sobre su identidad y se instala entonces un estado de psicosis. Según Stoller, es importante para el pronóstico la forma en que se presentó el suceso, pero, en su opinión, puede ser que, aun con un tratamiento adecuado, la persona nunca deje de dudar acerca de la solidez de su identidad.

Stoller discute algunos supuestos de Money y sus colaboradores, por ejemplo, el trabajo que Money y los Hampsons presentaron en 1955. Opina que, aunque demostraron la importancia de la asignación respecto a la identidad de género:

[...] eso no necesariamente contradice la presencia de fuerzas biológicas difusas que tengan influencia en la conducta de género; puede ser que los efectos de la asignación tengan un efecto abrumador y por lo tanto escondan las cualidades biológicas debilitadas, pero eso no quiere decir que no existan (Stoller 1968: 14).

Para Stoller, las fuerzas psicológicas posnatales juegan la más poderosa y evidente parte en la creación de la identidad de género, aunque ciertas fuerzas biológicas silenciosas controladas a nivel genético contribuyen en este proceso. Las fuerzas biológicas incluso pueden llegar a tener, con el paso del tiempo, un efecto muy poderoso en la producción de la identidad de género, aunque en un inicio esta pueda desarrollarse en ausencia de tales fuerzas.

Otro de los puntos en que difiere de Money y colaboradores es en el papel que juega la anatomía en el psiquismo. En este punto, Stoller opina, por un lado, que los genitales ambiguos tienen una repercusión importante en la conformación de la identidad hermafrodita. En contraste, en los capítulos titulados "El sentido de ser hombre" [*The sense of maleness*] y "El sentido de ser mujer" [*The sense of femaleness*], Stoller resta importancia a la anatomía. Respecto al sentido de ser hombre, este se fija de forma permanente antes de la fase fálica (tres a cinco años) y, aunque el pene contribuye a ello, su papel no es esencial. A continuación presenta el caso de dos niños que nacieron sin pene y que han madurado sin cuestionamiento respecto de su núcleo del sentido de ser hombres. Una variedad de fuerzas biológicas y psicológicas producen en el niño desde el nacimiento un incremento en la conciencia de que él es sí mismo: se ubica en su género y reconoce que no todos pertenecen a ese género. Más tarde, cuando aprende que no todos

poseen la insignia primaria de su género —el genital externo del hombre—, ese conocimiento es perturbador. Pero, en ese momento, él ya sabe que es un hombre. Normalmente, el pene es el signo que la sociedad y el individuo reconocen como la insignia del hombre, pero el órgano en sí no es esencial para producir el sentido de ser hombre. En los casos que reporta Stoller, los infantes asignan a un objeto la función simbólica del pene, igual que aquellos niños con pene normal.

En correspondencia, para Stoller el sentido de ser mujer se desarrolla en una etapa similar y bajo circunstancias parecidas. La conclusión de Stoller es que la vagina no es la fuente primordial que instala la feminidad. Como en el niño, la asignación inequívoca y la certidumbre del sexo al que pertenece el infante tienen una función definitiva. También las sensaciones provenientes de sus genitales son importantes. El núcleo de la identidad de género persiste a lo largo de la vida y es inalterable, tanto en hombres como en mujeres.

Stoller dedica un apartado específico para exponer el tratamiento de pacientes con anormalidades biológicas de sexo. Se refiere a dos condiciones necesarias para un tratamiento adecuado. La primera tiene que ver con el establecimiento de un diagnóstico certero, la segunda con algunas cualidades y características personales que debe tener el terapeuta que atienda esos casos. En general, Stoller concuerda con Money y los Hampson acerca de que la identidad de género se encuentra más o menos fijada por experiencias primordiales que ocurren en particular durante los primeros 18 meses de vida. En esa etapa se establece el núcleo de la identidad de género; por ello, cuando el terapeuta ha determinado que el/la paciente está fijado en una identidad y que se siente cómodo/a con ella, es probable que cualquier esfuerzo para cambiar este rol, aun cuando esté en oposición con algunos de los aspectos del sexo, sea un fracaso. Menciona Stoller que en ocasiones "el mejor tratamiento psiquiátrico es no tratar psiquiátricamente" a una persona que no tiene dudas sobre su identidad de género.

Las directrices del tratamiento las presenta mediante casos específicos, cuyas conclusiones individuales advierte que no pueden ser generalizadas. Señala que, en algún momento, el terapeuta debe tener seguridad absoluta acerca del núcleo de identidad de género del paciente, de tal forma que pueda ser el ancla que sujete una identidad frágil. El terapeuta debe ser capaz de discernir la estructura psicodinámica del paciente, y tener habilidad para leer fenómenos inconscientes tales como la identificación o la transferencia. Es necesario en ocasiones elegir entre dos caminos que van a instalar un

daño psicológico permanente, y decidir cuál puede ser el menos perjudicial a futuro; por ejemplo, en el caso de un recién nacido hombre sin pene, uno debe elegir entre reasignar el sexo a mujer, esperando que logre identificarse con la designación impuesta, o dejarle en un sexo donde se asumirá como un hombre defectuoso a nivel anatómico. En ese caso, Stoller no duda en apuntar su preferencia por la segunda opción, la cual le parece más viable en términos tanto psíquicos como somáticos.

Stoller presenta también las dificultades que en ocasiones enfrenta el terapeuta ante la fuerte presión que imponen autoridades médicas por razones que denomina *moralistas*. Describe un caso en que un infante asignado como niño al nacimiento y con una identidad de género masculina, fue reasignado a los seis años de edad, su pene amputado y su saco escrotal redirigido para formar los labios vaginales externos. Entonces, al infante le fue dicho que él era ella. Stoller no trató este caso por considerar que su actitud podría bloquear un desenlace exitoso. Sin embargo, reporta que, después de evaluar en tres ocasiones al paciente, a la edad de 12 años era "una grotesca caricatura de una niña" (Stoller 1968: 238).

Stoller coincidía en algunos puntos y difería en otros de los planteamientos de Money y colaboradores. Su teoría es en ocasiones contradictoria y, en lo que se refiere a la intersexualidad, dejó abiertas muchas interrogantes. Una diferencia radical respecto a Money fue que Stoller pensaba que las formas genitales no determinaban la identidad sexual de un sujeto, aunque sí participan en su estructuración. Es por eso que se opuso a la intervención médica en algunos casos de intersexualidad. Es notable que importantes señalamientos del trabajo de Stoller no se reflejaron en los textos médicos. Pienso que dos factores influyeron de forma notable para que eso ocurriera. El primero es que el mismo Stoller solía pugnar por que sus recomendaciones no fueran generalizadas en los protocolos médicos. El segundo es que el empleo del psicoanálisis como metodología de investigación es extraño a la práctica médica general, y el mismo Stoller lo reconocía:

Me doy cuenta de que un caso, apenas bosquejado en un reporte y sin ningún control estadístico, no provee nada; sin embargo, espero que esto pueda servir como una advertencia para aquellos optimistas que creen que una identidad de género es tan inestable que se puede prescindir fácilmente de ella y crear una nueva en su lugar (Stoller 1968: 28).

La corriente del psicoanálisis que se desarrolló en Estados Unidos se apegó a la teoría de las relaciones objetales, la cual dio prioridad al yo, haciéndolo el centro de la realidad del sujeto. Desde dicha perspectiva, se equipara al yo con una especie de *conciencia*, por lo que el tratamiento se en-



foca a fortalecer dicha instancia psíquica, de tal suerte que, aunque se acepta la importancia fundamental del inconsciente, con frecuencia se simplifica su dinámica en la experiencia humana. A la luz de dichos señalamientos, puede entenderse lo desafortunado de algunas recomendaciones de Stoller, por ejemplo, en el tema de la comunicación de hallazgos médicos al paciente o a sus progenitores. A partir de una comprensión restringida de la significación corporal, Stoller recomendaba reservar parcialmente la información cuando los resultados mostraban una disonancia entre la identidad de género y la conformación cromosómica, anatómica o endocrinológica. Para él, algunos casos presentaban dos verdades contrarias de manera simultánea, y había que preservar una de ellas para permitir una instauración certera de la identidad de género. El tiempo ha demostrado que resulta fundamental compartir toda la información médica con pacientes y familiares, pues es imposible tapan el sol con un dedo. Un psicoanalista debería saber eso mejor que nadie.

Es muy probable que justo la orientación del psicoanálisis de Stoller lo llevara a colocar un énfasis exacerbado en la identidad —noción más bien extraña a los desarrollos teóricos freudianos—, a partir de la cual le fue posible derivar la identidad de género. Con ello, la comprensión de la sexuación a partir de la identidad y la separación en sexo y género limitó su entendimiento de la dinámica de los procesos de identificación, el lugar del cuerpo en los vínculos primarios, la centralidad del lenguaje en la conformación de la subjetividad o la trascendencia del deseo más allá de su enunciación; es decir, los procesos inconscientes que median la estructuración psíquica de la diferencia sexual.

### 3

Con los estudios de Money y Stoller, el sexo se había desdoblado en dos dimensiones: biológica y psíquica. La separación de las categorías sexo y género produjo dos universos excluyentes: lo que es sexo no es género y lo que es género no es sexo. Contribuyó a ello la propia fragmentación del cuerpo a que dio lugar la conformación de prácticas especializadas en el campo médico. Sexo y género se concibieron como dos ámbitos distintos y complementarios. A dos sexos corresponden básicamente dos géneros. La integración de las nociones *identidad sexual* e *identidad de género* al ámbito médico se acompañó del desarrollo de extraños parámetros para medir las categorías sexo y género en escalas que representaran lo que es y lo que no es normal y deseable en las personas. A partir de entonces, inteligibilidad y

correspondencia entre sexo y género indicó no sólo normalidad en términos estadísticos, sino, sobre todo, niveles de salud.

Las teorías de Money y Stoller fueron retomadas en sus aspectos potencialmente normativos para establecer los lineamientos de la intervención médica. Dado que los estudios psicológicos aseguraban la neutralidad de la identidad sexual en momentos cercanos al nacimiento, se interpretó que existía un periodo en donde era posible, y hasta deseable, cualquier intervención médica encaminada a reestablecer la armonía del *sexo natural*. Los estudios psicológicos mostraban que la identidad de género se asumía en los primeros 18 meses de vida. Una regla práctica se dedujo: respecto a los estados intersexuales, la edad ideal para intervenir es la infancia más temprana: recién nacidos y lactantes. Desde entonces, la intervención médica intenta atenuar la discordancia cuerpo-identidad mediante cirugías y tratamientos hormonales. El equipo médico suele estar seguro de que con su intervención ahorrará dificultades futuras al infante, a su familia y a la sociedad. Sin embargo, es claro que los resultados disponibles en el transcurso de 50 años indican que es momento de indagar la eficacia real de los tratamientos y las repercusiones de la intervención pediátrica en la edad adulta. Debemos preguntarnos cuáles son los fundamentos de las recomendaciones que la costumbre ha instalado como los protocolos de atención más adecuados (Lee, *et al.* 2006).

Pienso que aquello llamado identidad se asemeja más bien a un proceso siempre abierto que a una característica esencial del ser —a una propiedad del yo—. Lo que denominamos *identidad* es la capa más superficial de procesos mucho más complejos, no visibles ni voluntarios. Tras la identidad se esconde una dimensión emocional que es fundamental para comprender los procesos de identificación. Las emociones imprimen significación y sentido a partir del vínculo social, así que sólo atendiendo esta dimensión se comprenderá por qué no todas las interacciones son equivalentes en la misma magnitud. Dice Eva Illouz que las emociones son experiencias profundamente internalizadas e irreflexivas de la acción.

[...] la emoción es la energía interna que nos impulsa a llevar a cabo un acto, en tanto dota a ese acto de un *humor*, una *coloración* particular. La emoción, entonces, puede ser definida como el aspecto *cargado de energía* de la acción, donde la energía es entendida como implicando al mismo tiempo cognición, afecto, evaluación, motivación y cuerpo. Lejos de ser presociales o preculturales, las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable, y es esa fusión lo que les confiere esa capacidad de imprimir energía a la acción. Lo que hace que la emoción lleve incrustada esa *energía* es que siempre concierne al yo y a la relación del yo con otros situados culturalmente (Illouz 2010: 23-24).

Es necesario pensar la expresividad emocional como la capa más superficial de procesos corporales con resonancia psíquica y física. La experiencia es corporal y obedece a necesidades vitales como defecar, orinar o comer, rutinas que conllevan ritmos y vínculos diferentes en edades particulares, y están mediadas por condiciones históricas y socioculturales absolutamente singulares (Le Breton 2010). El cuerpo está dotado de una especificidad material y sensual, cuyo sentido en singular no está preinscrito (de Lauretis 2000). Dicha singularidad implica la originalidad del ser, lo irrepetible, la memoria corporal de cada cual, pues a la necesidad —tensión somática— se superpone lo anímico, y los *cambios de vías* para lograr la satisfacción aparecen muy temprano y continúan transformándose a lo largo de la vida. A dicho fenómeno, Freud lo denominó con el término *pulsión*, ese extravío humano que no es la satisfacción instintiva y automática de la necesidad. La pulsión es una energía psíquica potencial que tiene su fuente en una zona del cuerpo, que se esfuerza por descargar la tensión generada mediante la intermediación de un objeto (Freud 1915a).

El proceso de articulación identitaria está mediado por experiencias de amor, odio, desamparo, reconocimiento, vergüenza, rechazo, desconcierto, hostilidad y miedo, pero las vías a partir de las cuales se registran y decantan estas experiencias no son observables con claridad, ni asequibles sin dificultad. Es necesario esforzarnos para entender la trascendencia del registro psíquico inconsciente que la diferencia sexual implica, dado que su estructuración singular ocurre en el vínculo con los otros. Mi propuesta se dirige a no evadir la complejidad, sino a intentar abordarla a partir de la construcción de conexiones entre ámbitos que suelen aparecer aislados.

#### 4

En la parte final de este artículo quiero concentrarme en experiencias de asignación y reasignación de sexo, para destacar la dimensión corporal que implica el proceso de sexuación. Con ello pretendo mostrar apenas un acercamiento a las fronteras del registro inconsciente. Mis planteamientos parten de observaciones y encuentros llevados a cabo en el marco de una investigación que inició ocho años atrás. Además de conocer y transmitir experiencias de personas a quienes la intersexualidad toca directamente en su cuerpo y vida cotidiana, el estudio me ha permitido ahondar en la comprensión del proceso a partir del cual todas las personas —intersexuales o no— devenimos sujetos sexuados.

Por lo regular, el sistema de clasificación de los cuerpos en medicina no hace más que retomar un acto cotidiano, cuya reiteración lo instituye como obvio: mirar entre las piernas del recién nacido para buscar la presencia o ausencia de pene. Diferenciar el cuerpo a partir de una marca de sexo es un acto de producción de inteligibilidad que captura al sujeto en una red de significación desde su nacimiento. La respuesta a la pregunta "¿qué fue (niño o niña)?", pretende salvar los agujeros del sinsentido, reunir carne y subjetividad. La *asignación de sexo* aparece entonces como una operación sencilla que resuelve de una tirada la partida de las identidades y acomoda a los sujetos en el orden social.

El acto de *declarar un sexo* al recién nacido tiene además el valor de una promesa, pues presenta, al orden social y al sujeto mismo, el horizonte de su posición en la lógica reproductiva. Asignar un sexo significa colocar cada cuerpo en un lugar y, mediante esa operación, designar calidades identitarias.<sup>11</sup> No obstante, la posición en la dimensión simbólica no sólo implica descifrar y asumir un lugar en un campo lingüístico de restricciones y posibilidades presentes en la estructura del lenguaje. Es posible hablar no sólo de redes semánticas que articulan lo social, sino de mapas corporales que sostienen las identidades.

Las formas genitales que no son clasificables con claridad al nacimiento o un desarrollo corporal ambiguo inesperado rompen con la lógica reproductiva. La casuística intersex fractura la certidumbre de que las formas genitales, observables al nacimiento, son el ancla natural de una serie de eslabones que terminarían conformando identidades coherentes, estables y bien adaptadas a los requerimientos socioculturales. Abordar lo que llamamos *identidad sexual* como un problema —y no como una cosa— exige un esfuerzo extra para suspender la estructura dicotómica que separa en el entendimiento lo que en la experiencia real está ligado.

En torno a la *designación sexual* se presenta una diversidad de situaciones. La designación sexual abarca dos actos que pueden ser simultáneos e iniciar aun antes del nacimiento: la *declaración de sexo* y la *asignación de un*

<sup>11</sup> Por supuesto hay otros parámetros corporales que participan en la conformación identitaria desde el nacimiento, por ejemplo el origen étnico, el color de piel o la forma del rostro; no obstante, la diferencia sexual es fundante, puesto que se mantiene incluso al interior de otro tipo de distinciones y sostiene el proceso de estructuración psíquica en función de cómo el sujeto se posiciona ante la diferencia sexual (Lamas 2002).

*nombre*. La pregunta "¿qué fue (niño o niña)?" devela el carácter ontológico del sexo: parece que el sexo siempre ha sido. Los exámenes de ultrasonido que se hacen algunas mujeres confirman esta idea: la declaración del sexo en un recién nacido no representa el momento inaugural del sexo, sino su confirmación. Se supone un sexo que ha estado presente desde el origen en ese ser. La estructuración biológica antecede al lenguaje, pero es en la estructura del lenguaje donde la materialidad corporal encuentra su sentido o fracasa.

A la declaración del sexo sigue la asignación de un nombre; entonces, ese/a infante queda inscrito/a en una red simbólica e imaginaria sobre cuyas rutas deberá posicionarse a partir de un desciframiento gradual. En la mayoría de los casos, tanto la declaración del sexo como la asignación del nombre se llevan a cabo sin dificultad alguna, sin duda aparente. Sucede que a los/as infantes se les declara en un sexo —a partir de las formas corporales visibles que suponen características biológicas imperceptibles e incluso aún inexistentes— y se les asigna un nombre —operación que inscribe a ese sujeto en la dimensión simbólica, acorde con el orden social al que arriba—. La interpretación de la diferencia anatómica es la clave que inscribe al sujeto con fuerza ontogénica en la matriz de diferencia sexual, operación que funciona bajo una lógica de dicotomía excluyente: es niño o niña, será hombre o mujer. Por lo general no se duda de que el transcurso de la vida confirmará que la niña *es* mujer y el niño *es* hombre. Cada vez que se repite ese proceso en la vida social, se fortalecen los puntos que sostienen las uniones entre las diferentes dimensiones que dan estructura a la matriz de la diferencia sexual. Es decir, la aparente estabilidad de la diferencia sexual se produce a partir de la ceremonia de reiteración que ha *sedimentado* un horizonte bajo el cual la vida es posible.

Es importante entender la relación paradójica que se establece entre genitales y sexo. La *reproducción de la especie* es la brújula imaginaria que orienta la designación sexual. Es imaginaria, porque la potencialidad reproductiva no aparece de inmediato. El humano es el primate cuya capacidad reproductiva tarda más en madurar. Cuando nace es vulnerable, inmaduro y del todo dependiente; sin ayuda de sus pares, seguramente moriría. Nada, en el momento de la designación sexual, puede indicar el futuro de ese ser, ni siquiera en lo que respecta a su potencialidad reproductiva. Esto quiere decir que no hay correspondencia tácita entre las formas genitales y el destino reproductivo, la *designación sexual* inicial es imaginaria. A partir de ahí, aún falta un largo trayecto antes de conocer los resultados de esa promesa

inaugural: si el sujeto asume o no el sexo al que fue asignado, en qué forma hace cuerpo ese sexo, cómo *se* hace sexo; es decir, el proceso a partir del cual devenimos sujetos sexuados no puede anticiparse en las formas genitales. No hay un *a priori* en la vida del recién nacido que permita conocer cómo experimentará e interpretará su potencialidad reproductiva, qué decisiones tomará al respecto o cómo la desarrollará. Esos asuntos tienen un largo e incierto trayecto, y su destino final no es visible, no es medible, no es predecible ni es controlable. No lo es en sujeto alguno, sea o no intersexual. Independientemente de la forma que tengan nuestros genitales, el camino para asumirnos como sujetos sexuados no tiene garantía. El misterio del sexo —sexo/placer, sexo/procreación, sexo/género, sexo/práctica— es un trabajo a develarse en lo singular que incluye procesos materiales del cuerpo, pero no se circunscribe a ellos.

Al hospital pediátrico de alta especialidad llegan infantes de diferentes edades cuya designación sexual está en duda. Algunos son recién nacidos, otros neonatos, algunos más llegan en edad preescolar o escolar, otros en la adolescencia. Cuando papá y mamá, o la persona a cargo de un bebé, reciben la noticia de que el sexo no puede ser declarado o confirmado de inmediato, se instala la incertidumbre. La duda respecto al sexo colapsa la estructura de sentido que permite el establecimiento del vínculo con ese infante: ¿cómo debo llamarle?, ¿cómo dirigirme?, ¿qué ropa le pongo?, ¿qué les digo a los demás? En ocasiones, lo dicho en el hospital no tiene sentido para los padres del menor, quienes deciden el alta voluntaria o no regresan a dicha institución. Parece imposible establecer un vínculo neutro con un nuevo bebé, por lo que con frecuencia madres y padres llegan con ideas propias acerca de la designación sexual, aun cuando estas no sean producto de una declaración explícita por parte del médico que atendió el nacimiento.

Una vez cimbrada la duda sobre la veracidad del sexo, el momento de incertidumbre se extiende por un lapso cuya duración es variable e impredecible.

El embarazo de M.L. fue recibido con rechazo por parte de la madre, no fue deseado, básicamente porque el hermano que le antecede padece también de HSC<sup>12</sup> y la madre temió, desde el inicio del embarazo, que se tratara de un varón con la misma enfermedad.

<sup>12</sup> La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) es un grupo de condiciones endocrinológicas en donde los cuerpos no pueden procesar apropiadamente el cortisol. Como resultado de ello, las glándulas adrenales producen cortisol en proporciones lo suficientemente elevadas como

"No lo quería, pero qué hacía, ni modo de matarla" (refiriéndose a la época del embarazo). Además la familia contaba ya con dos hijas mayores; no deseaban más familia.

Su embarazo estuvo rodeado de angustia y fantasías de enfermedad y muerte. No la deseó, no la soñó, no la imaginó, "solo pensaba que se trataría de otro niño enfermo".

[...]

En el parto fue asignada al sexo masculino, "yo la vi hombre, tenía pene y todo lo del hombre", "era un niño normal".

Al mes que se diagnostica la HSC y se plantea la posibilidad de que no sea varón, no lo aceptó, pensó que sí tendría la enfermedad, pero segura de que era un niño, igual que el hermano, le llamaban Jonathan. Durante los estudios médicos, no cambió en nada su trato con el bebé, siguió interactuando con ella como un niño enfermo. Nunca contempló la posibilidad de que no fuera hombre, a pesar de habérselo sugerido los especialistas (Téllez 2000: 92-93).

La reasignación de sexo puede producir estragos, incluso cuando se realiza en los primeros meses posteriores al nacimiento. El impacto que la reasignación tendrá en la vida del sujeto no está necesariamente correlacionado con la edad en que esta se lleva a cabo. Asignar un nombre al infante es acomodarlo en una distribución que le antecede, asignarle un lugar en la lógica del género, inscribirlo. Cambiar el nombre original que le fue asignado al infante no es eliminarlo [el nombre]. La operación se registra subjetivamente de manera similar a como queda en los archivos médicos, un expediente poco accesible que registra: "~~Marcos~~ Marcela", "~~Carlos~~ Carla", "recién nacido ~~niño~~ niña". El nombre propio suele guardar la huella de lo acontecido.

Le llamó entonces L[upe], por ser nombre para ambos sexos. Es hasta los tres años 10 meses que la registra, como ya mencionamos, con el nombre de Mariel, porque le agradó la combinación entre María y él. Y L. "porque así le llamábamos ya": "Quería ponerle María L. pero pensé que se oía muy simple entonces dije María qué, María qué, María él, sí se oye bien y por eso le puse Mariel L." (Téllez 2000: 93).

Para la familia, y en especial para la madre o quien sustituya su función, mantener la *asignación sexual en suspenso* impone una serie de dificultades que con frecuencia no son advertidas en su justa dimensión. La angustia es un factor común y recurrente que incide en la diada madre-bebé. En medio del desconcierto y la incertidumbre, se opta por guardar silencio. La expe-

para causar diversos desequilibrios orgánicos. Uno de los signos visibles es la virilización externa del cuerpo (tanto en sujetos que tienen ovarios y cariotipo 46XX, como en los que tienen testículos y cariotipo 46XY). En algunas variedades de HSC, hay propensión a la pérdida de sal, lo que en casos extremos puede causar la muerte del recién nacido en un corto lapso (Arango, Kofman y Queipo 2008).



riencia difícilmente puede acomodarse en palabras. Ante la imposibilidad de encontrar un sentido, la angustia se abre paso como experiencia encarnada (pérdida de cabello, temblores de algunas partes del cuerpo, cambio en los patrones de sueño y alimentación). Es una angustia que atraviesa el vínculo, rebota entre los implicados y hace blanco incluso en un/una/u\* bebé (intranquilidad, llanto permanente, cambio en los patrones de sueño y alimentación, dermatitis). El temor a la reacción de los demás suele experimentarse con una sensación de vergüenza; se rehúye a la familia extensa, a vecinos y amigos. Incluso, no siempre se informa de la situación a otros hijos de la pareja, hermanos o hermanas del nuevo bebé. La angustia se reedita en actos cotidianos de confrontación: se mira al bebé sin saber cómo dirigirse ¿a él?, ¿a ella?, ¿qué sustantivos utilizar?, o ¿cuál declinación es la adecuada para un adjetivo: bonito/bonita, inquieta/inquieto, dormilón/dormilona? Esto produce el entorpecimiento del vínculo cotidiano. El hablante se muestra en todo momento vulnerable ante la enorme dificultad que representa salir de la dicotomía propia del lenguaje. La mirada de los demás es casi insoportable; hay una profunda sensación de vulnerabilidad, temor al rechazo, a la burla, a ser atacados. La angustia suele incrementarse durante el cambio de pañal; hay quienes intentan *hacerlo rápido para no ver*, mientras que otras personas miran con detenimiento buscando respuestas. Si se está en presencia de alguien más, se realizan intentos desesperados para ocultar los genitales del bebé a las miradas de curiosidad. A esta situación hay que añadir lo que implica asistir a un hospital, ser examinad\* por un conjunto de médicos, ser sometid\* a una serie de exámenes. El cuerpo es descubierto, palpado, picado, raspado. Estas experiencias y emociones decantan en el cuerpo y conforman un registro singular, la memoria corporal de cada cual en los primeros años de vida, el trayecto de conformación del sujeto humano. Sean de este tipo o de otro, lo acontecido puede archivarse corporalmente bajo una configuración similar, más allá de si se es o no intersexual.

La *reasignación de sexo* implica dos momentos: primero, el del nacimiento, durante el cual al infante se le designa sin duda en un sexo —por parte de la madre, la partera, un médico o alguien más—, y segundo, cuando se le reasigna al otro sexo. Tanto la primera como la segunda declaración de sexo están enmarcadas en un contexto que produce efectos de verdad, en diferentes grados. Este contexto incluye quién lo dice, en dónde lo dice, a quién y cómo lo dice, y cuáles son las pruebas en las que basa su decir. La reasignación de sexo tiene efectos e intensidades variables: puede negarse, asumirse, o negarse y asumirse al mismo tiempo. Más allá de la decisión

que se tome al respecto, para que la reasignación tenga algún efecto deben operar fuerzas bastante poderosas como para ser capaces de desestabilizar la asignación inicial de sexo, la cual no será posible borrar, aunque ello no necesariamente devenga en una tragedia. En la condición intersexual, estas fuerzas pueden incluir datos del cuerpo, elementos de poder /saber presentes en el dispositivo biomédico, y el aval y resguardo del marco jurídico-legal.

En la condición intersexual, las circunstancias en que se realiza una reasignación de sexo son muy variables, pero, a una edad temprana, la intervención médica siempre es fundamental para plantearla como posible y concretar los cambios corporales. La llegada al hospital puede ocurrir por referencia de un médico especialista que fue consultado por algún síntoma crítico en el bebé. También puede suceder que la madre tenga una sospecha acerca de la veracidad del sexo asignado y se dirija de manera intencional al especialista o a la institución pediátrica. En otras ocasiones, ocurre que un\* bebé llega por una circunstancia no grave y ajena al DSD, pero, tras la revisión del especialista, se instaura la sospecha del probable diagnóstico, y es así que se refiere a los padres al hospital especializado.

La madre comentó que cuando nació su hija lo asignaron niño; luego, a los pocos días de nacida, la reasignaron en el hospital. Dice la madre que se tardó dos años en acomodarse a la idea, se sentía desesperada, no podía dejar de pensar en ello, sentía feo cuando cambiaba a su hija: "por verle eso grande"; a partir de la cirugía "resección de falo" [según el expediente], le es más fácil. Importa que ella ya tiene dos hijos varones, y que durante el embarazo deseaba una niña (Notas personales de diario de campo).

La reasignación de sexo ocurre en circunstancias del todo singulares —cada caso es distinto—, por lo cual no produce siempre el mismo efecto, el mismo grado de malestar, ni logra instaurar con igual certidumbre el nuevo sexo asignado. La reasignación de sexo puede acontecer en diferentes momentos de la vida y ser impuesta o voluntaria. El sujeto implicado tendrá un mayor o menor grado de participación en las decisiones sobre su reasignación, básicamente en función de su edad, de la capacidad para identificar sus propios deseos y la destreza para comunicarlos, de las condiciones de su entorno familiar y social, y de las fuerzas que operen en los vínculos cuando se produce el singular evento. Es importante conocer en qué circunstancias llega un infante al hospital, qué certeza o incertidumbre tienen los padres acerca del sexo designado, quién designó el sexo y cómo lo hizo, qué fantasías y deseos paternos y maternos sujetan ese sexo. El conocimiento sobre las circunstancias previas al arribo del infante y sus familiares revela cuán difícil puede ser para un infante o su familia aceptar la reasignación que el equipo médico les propone como la solución al problema.

"Me quitaron mi pajarito [pene]", me dijo enojado un niño que regresó a revisión después de la cirugía... tenía mucho enojo, ese día yo sí me sentí mal con lo que pasaba. Recuerdo que la mamá quería una niña, el papá un niño. El papá se sentía orgulloso del gran tamaño del pene de su hijo. Llegó a los 3 o 4 años, cariotipo 46,XX diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita. Había sido asignado niño al nacimiento, no sabían nada quienes lo atendieron. Aquí llegó por casualidad, por otra cosa, ya no recuerdo, entonces lo refieren del filtro para acá. Se tomó la mejor decisión, eso pensamos... hasta que lo vi de nuevo y me dijo eso. Aquí yo sí creo que hace falta un programa para capacitar a los médicos de los centros de salud comunitarios. Por lo menos si no le sienten las gónadas, que no asignen sexo. En ese caso creo que hasta los padres se separaron ¿no?, no estaban de acuerdo. Salí del hospital con un nombre de mujer (pediatra endocrinóloga, integrante de una clínica de intersexo, entrevista de la autora).

¿Cómo ocurre que un/a infante se sienta mutilado/a, intervenido/a involuntariamente, de manera permanente e irreversible? ¿Puede ser predecible ese resultado en una cirugía de reasignación sexual? ¿Pueden los y las pediatras controlar el curso y desenlace de los procedimientos que realizan? La intervención quirúrgica que hasta la fecha acompaña a la reasignación sexual en los hospitales no tiene un significado único. Desde la percepción del médico, la cirugía siempre tiene el objetivo de corregir una anomalía, pero no siempre resulta así para el paciente. Más allá de los dolores propios de cualquier intervención, el malestar puede expandirse y tornarse insoportable. Es necesario analizar en qué momento las prácticas diseñadas para curar y reestablecer el bienestar se tornan crueles. Cuando esto sucede, es claro que se necesita pensar nuevos lineamientos y generar otros protocolos.

## 5

Comprendo bien que apenas he alcanzado a esbozar algunas ideas que me ayudan a plantear la complejidad del proceso llamado identidad sexual. La *diferencia sexual* implica gran cantidad de relaciones dicotómicas que interactúan al mismo tiempo en muy diversas dimensiones, y la corporalidad sirve como su punto de anclaje. *Sexo* es aquel nudo que permite enlazar diferentes dimensiones de relaciones productoras de sentido: formas corporales, características biológicas, prácticas eróticas, posiciones subjetivas, posibilidades de enunciación; el sexo en su polisemia y opacidad. La singularidad implica la indeterminación, el fenómeno es aleatorio y está sujeto al azar. La organización de la matriz *diferencia sexual* puede mantener cierta estabilidad, pues los puntos de contacto son suficientes, pero nunca queda del todo articulada. La dinámica de la diferencia sexual es inestable y discordante, ocurren traslapes entre dimensiones y funciona como un

rompecabezas multidimensional en donde las piezas no ajustan del todo y no siempre logran ensamblar. Su estructuración en tanto contenido es inevitablemente singular y, no obstante, suficientemente colectiva. No se mantiene estática en sujeto alguno, como lo muestra la dimensión psíquica. Se transforma tanto a nivel sincrónico como diacrónico, como ocurre en lingüística.<sup>13</sup> Se transforma en diferentes culturas y tiempos, tal y como lo muestran los estudios antropológicos e históricos.

No pretendo defender o descartar el uso de los términos *identidad sexual* e *identidad de género*, pues cada noción se encuentra entretejida en una red de significantes que le da sentido y es oportuna o no según las particulares condiciones históricas en que aparece y las circunstancias en que es utilizada. Mi interés partió de la preocupación por comprender cómo opera la separación sexo/género en la intervención que los equipos de salud llevan a cabo en pacientes en condición intersexual. Mi primer encuentro con la intersexualidad se llevó a cabo 17 años atrás, cuando, a punto de concluir la licenciatura en psicología, realicé mi servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría. En ese entonces no contaba con las herramientas teóricas ni metodológicas que ahora tengo para entender los temas que abordé; sin embargo, más de una pregunta perduró. Las sesiones de psicología que presencié entonces tenían el mismo objetivo que ahora, los psicólogos y médicos realizaban prácticamente las mismas intervenciones y desde entonces compartían conmigo dudas parecidas, los familiares eran presa de similar angustia e incertidumbre, y los pacientes atravesaban situaciones igualmente difíciles y dolorosas.

Un paradigma de simplicidad ha predominado en el intento de poner orden en lo intersexual. Edgar Morin (2004) escribió que la simplicidad ve a lo uno y ve a lo múltiple, pero no puede ver que lo *uno* puede, al mismo tiempo, ser *múltiple*. El sistema sexo-género puede servir como instrumento

<sup>13</sup> Saussure dividió el estudio de la lingüística en dos partes: "La lingüística sincrónica se ocupará de las relaciones lógicas y psicológicas que unen términos coexistentes y que forman sistema, tal como son percibidas por la misma conciencia colectiva. La lingüística diacrónica estudiará por el contrario las relaciones que unen términos sucesivos no percibidos por una misma conciencia colectiva, que se substituyen unos por otros sin formar sistema entre sí" (Saussure 2000: 140-141). En otras palabras, Saussure se refiere a la movilidad interminable en los términos que conforman la matriz de lenguaje en donde las palabras no desaparecen, ni aparecen de la nada, más bien ocurren relaciones de desplazamiento y sustituciones en un mismo tiempo (lingüística sincrónica) y en diferentes momentos históricos (lingüística diacrónica).

de vigilancia y control cuando lo que se busca es reestablecer una concordancia que se supone es natural; por eso me ha interesado analizar qué es y cómo funciona la simbolización de la diferencia sexual. Aceptar que el sexo no es fundamentalmente biológico, y que las formas corporales no son fundamentalmente su representación, implica desprenderse de uno de los pilares que organizan la vida social. Los seres humanos tienden a aferrarse con energía a estas convicciones, que defienden con obstinación, incluso frente a la evidencia de la investigación biomédica, cuya realidad se opone a sus creencias. Representa una operación psíquica de castración desprenderse del supuesto de que los conjuntos humanos —hombres y mujeres— están definidos con claridad bajo características excluyentes y uniformes que les organizarían bajo una marca esencial. La sexuación no es un proceso consolidado de antemano, y las evidencias así lo demuestran. El proceso de sexuación —es decir, el camino que cualquier sujeto sigue para colocarse en un lugar respecto a la diferencia sexual— implica la participación de múltiples factores, influjos, condiciones, sobre los cuales no siempre es posible incidir. Estamos en condiciones de asignar un sexo al recién nacido e informar a los familiares sobre la conformación del sexo material que tras los estudios médicos sabemos que ese sujeto tiene; sin embargo, debemos aceptar que no estamos en posibilidad de predecir ni controlar el proceso de sexuación de un sujeto, sea o no intersexual.

Las intervenciones médicas no pueden orientarse a cubrir la ilusión de que si un sujeto *parece* mujer, entonces será mujer. ¿Qué es una mujer? ¿Qué es un hombre? La intervención médica no pueden resolver tal dilema, sino que lo deberá resolver cada sujeto lo mejor que pueda, independientemente del equipo orgánico y metabólico con el que cuenta. Debemos entonces pensar qué le corresponde hacer a los médicos a quienes se acude en búsqueda de ayuda y qué tipo de ayuda les es posible brindar sin que ello implique trasladar el sufrimiento de un ámbito a otro. Siempre es difícil ensayar nuevas alternativas, pero es necesario hacerlo cuando los resultados actuales son tan problemáticos. Que un/a recién nacido/a no sea operado/a en su primera infancia no quiere decir que deba quedarse sin una atención médica que procure su bienestar. Incluso es posible que en una edad posterior, cuando el/la paciente comprenda la información y tenga capacidad para decidir, solicite por sí mismo/a alguna intervención médica que implique modificar su cuerpo de manera permanente. La diferencia será que la solicitud, responsabilidad y elección del tipo de modificación que se solicita procederán de la persona poseedora de dicho

cuerpo y no de sus familiares o de las/los médicas/os tratantes. Hasta hace poco menos de medio siglo se podía suponer que el fantasma de las identidades unívocas estaba subordinado a las formas de reproducción de la especie humana. Con los avances tecnológicos y el uso cotidiano de las nuevas técnicas fuera del ámbito especializado, es claro que la función reproductiva ya no está en riesgo; lo que se tambalea desde hace tiempo es la estructuración hegemónica del orden social occidental. Las identidades son una ficción de unidad, correspondencia, estabilidad e integridad. El ser humano es mucho más complejo que eso, y sin duda hay otras formas válidas de ser y hacer en el mundo ●

### Bibliografía

- Alcántara, Eva, 2012a, "Llamado intersexual. Discursos, prácticas y sujetos en México", *Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias Sociales*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Alcántara, Eva, 2012b, "Intersexualidad: estudio de la corporalidad en el dispositivo médico", en Rodrigo Parrini (coord.) *Los archivos del cuerpo. ¿Cómo estudiar el cuerpo?*, Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Arango, I., S. Kofman y G. Queipo, 2008, "Identidad de género y orientación sexual", en Iván Arango (ed.), *Sexualidad humana*, Manual Moderno, México.
- Butler, Judith, 2001, "Doing justice to someone. Reassignment and Allegories of transsexuality", *GLQ: A Journal of lesbian and Gay Studies* 7(4), pp. 621-636.
- Cabral, Mauro, 2006, "En estado de excepción: intersexualidad e intervenciones socio-médicas", en Carlos Cáceres, et al. (eds.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Facultad de Salud Pública y Administración-Universidad Peruana Cayetano Herrera, Lima.
- Cabral, Mauro (ed.), 2009, *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, Mulabi, Buenos Aires.
- Chase, Cheryl, 2005, "Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual", en Grupo de Trabajo Queer (ed.), *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*, Traficantes de sueños, Madrid.
- Chavarría, C., E. Dulanto y A. Ocaña, 1967, "Anomalías de la diferenciación sexual", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*.

- Colapinto, J., 2006, *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as Girl*, Harper Perennial, Nueva York.
- de Lauretis, Teresa, 2000, *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Horas y Horas, Madrid (Cuadernos inacabados 35).
- Diamond, M. y K. Sigmundson, 1997, "Sex Reassignment at Birth: Long-term Review and Clinical Implications", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 151(3), pp. 298-304.
- Dreger, A., 1998, *Hermafroditas and the Medical Invention of Sex*, Harvard University Press, Cambridge.
- Echeverría, Bolívar, 2008, *La americanización de la modernidad*, Centro de Investigaciones sobre América del Norte-Universidad Nacional Autónoma de México/ Biblioteca Era, México.
- Fausto-Sterling, Anne, 2006, *Cuerpos sexuados*, Melusina, Barcelona.
- Foucault, Michel, 1985, *Herculine Barbin, llamada Alexina B.*, Revolución, Madrid.
- Foucault, Michel, 2000, *Los anormales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Freud, Sigmund, 2003 [1915], "Pulsiones y destinos de pulsión", en *Obras completas XIV*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Geertz, Clifford, 1994, *Conocimiento local*, Paidós, Barcelona.
- Gumbrach, M., I. Huges y F. Conté, 2004, "Trastornos de la diferenciación sexual", en R. Larsen, H. Kronenberg, S. Shlomo, K. Polonsky (eds.), *Williams Tratado de Endocrinología*, Elsevier, Madrid.
- Hall, S. 2005. "El espectáculo del 'otro'", disponible en: [http://esculturales.blogspot.com/2005\\_10\\_01archive.html](http://esculturales.blogspot.com/2005_10_01archive.html).
- Illich, I., 2006, "Némesis médica", en *Obras reunidas I*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Illouz, Eva, 2010, *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*, Katz Editores, Madrid.
- Jones, H. y W. Scott, 1975, *Hermafroditismo, anomalías genitales y trastornos endócrinos afines*, Labor, Barcelona.
- Kessler, Suzanne J., 1998, *Lessons from the Intersexed*, Rutgers University Press, Nueva Jersey.
- Lamas, Marta, 2002, *Cuerpo: diferencia sexual y género*, Taurus, México.
- Laqueur, T., 1994, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Ediciones Cátedra, Madrid.
- Le Breton, D., 2010, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Lee, P., C. Houk, F. Ahmed y I. Hughes, 2006, "Consensus Statement on Management of Intersex Disorders", *Pediatrics* 118(2), pp. e488-e500.



- Money, J. y A. Ehrhardt, 1982, *Desarrollo de la sexualidad humana (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*, Ediciones Morata, Madrid.
- Money, J., J.J.C. Hampson y J.I. Hampson, 1955, "Hermafroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management", *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, p. 97.
- Morin, Edgar, 2004, *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, México.
- OMS/OPS, 2000, *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una reunión de consulta convocada por OPS/OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología WAS*, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Guatemala.
- Saussure, Ferdinand, 2000, *Curso de lingüística general*, Akal, Madrid.
- Silva, J. y S. Valls, 2011, *Transexualidad y matrimonio y adopción por parejas del mismo sexo*, Porrúa, México.
- Stoller, R., 1968, *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, Science House, Nueva York.
- Téllez, A., 2000, "Fantasía de madres de niñas con hiperplasia suprarrenal congénita y su repercusión en la identidad sexual de sus hijas", *Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

