

INTERSEXUALIDAD: UNA MIRADA FEMINISTA

MÓNICA CANO ÁBADÍA

Universidad de Zaragoza

Recibido/12/03/2012

Aceptado/24/05/2012

Resumen

En este artículo se proporciona una perspectiva queer sobre la intersexualidad, teniendo las ideas de Judith Butler como fondo siempre presente para leer a otras tres autoras fundamentales en el estudio de la intersexualidad: Anne Fausto-Sterling, Suzanne Kessler y Alice Dreger. Estas tres autoras realizan interesantes estudios sobre la intersexualidad desde diferentes perspectivas: desde la biología, desde la psicología y desde la historia. Las tres se esfuerzan por cambiar los tratamientos médicos y sociales que sufren personas nacidas con cuerpos que desafían las normas de género, sexo y sexualidad, para flexibilizar la categoría de lo humano y abrirla fuera del binarismo de sexo, pudiendo así dar cabida a los cuerpos considerados como ambiguos que no pueden (y que, en ocasiones, no quieren) encuadrarse en el sistema binario.

Palabras Clave: intersexualidades, anatomías diversas, binarismo sexual, despatologización, continuum sexual

Abstract

This paper gives a queer feminist perspective about intersexuality, with Judith Butler's theories as background to read another three feminist important authors in the study of intersexuality: Anne Fausto-Sterling, Suzanne Kessler and Alice Dreger. These three authors have done very interesting studies about intersexuality from different perspectives: from biology, from psychology and from history. The three of them make efforts to change the medical and social treatment that people who are born with bodies that defy the norms of gender, sex, and sexuality suffer, in order to work to loosen the definition of «human», to develop this definition outside of the sex binarism, and being able to hold bodies that today are considered as ambiguous and that cannot

(and sometimes don't want to) frame themselves on the binarian system of gender and sex.

Keywords: intersexualities, diverse anatomies, sexual binarism, depathologization, sexual continuum.

Introducción

El pensamiento de Judith Butler ha sido influenciado por la «Nueva Política de Género» [New Gender Politics]: «una combinación de movimientos que engloban al transgénero, la transexualidad, la intersexualidad y a sus complejas relaciones con las teorías feministas y *queer*»¹. Esta perspectiva le permitirá tener en cuenta estos movimientos *trans* e intersexual en su consideración y análisis del género. Butler considera que el marco social nos configura; el proceso de construcción de la identidad de género no es un asunto meramente personal. La identidad de género, además, no se refiere solamente a mujeres y a hombres, sino también a otras personas que no se identifican con ninguno de los extremos de la diferencia sexual binaria: «Si hace una o dos décadas, la discriminación de género se aplicaba tácitamente a las mujeres, esto ya no sirve como marco exclusivo para entender su utilización contemporánea»². Butler no desconsidera la experiencia de género (y de violencia de género) de las mujeres, pero amplía estas experiencias a *trans* e intersexo; Butler une así el feminismo con estos movimientos *queer*, intersexo, transgénero y transexual para poder ampliar sus miras: «Si se reduce el género a masculinidad y feminidad no se logra comprender la transexualidad y la violencia que padecen las personas transgenerizadas»³.

Tener en consideración los movimientos *trans* e intersexo le será de gran ayuda a Butler para atender su meta de salir del binarismo y favorecer la existencia de la multiplicidad. Butler atiende a estas figuras que se mueven en los límites, o que traspasan los límites del binarismo, para dar cuenta del funcionamiento de los mecanismos de las normas de género y de las sexualidades. Butler pretende, a través de sus análisis, proporcionar vías de actuación que faciliten un cambio en el concepto de lo humano y de lo social para hacer vivibles vidas de personas que no tienen cabida en los esquemas dicotómicos de la identidad sexual.

1. BUTLER, *Des hacer el género*, Barcelona, Paidós, 2006, p. 17.

2. *Ibid.*, p. 19.

3. BURGOS, *Qué cuenta como una vida*, Madrid, Antonio Machado Libros, 2008, p. 365.

1. La intersexualidad como emergencia social

Las personas consideradas como intersexo son aquellas personas cuyas anatomías o, más concretamente, cuyos órganos sexuales son clasificados como ambiguos por no poder ser encajados en ninguna de las dos categorías de sexo existentes: hombres y mujeres. Antiguamente, eran llamados «hermafroditas», pero hoy prefieren no acogerse bajo ese término⁴. Los genitales que son denominados «ambiguos», como nos explica Suzanne Kessler en «Meanings of gender variability»⁵, son aquellos que no encajan en los estándares establecidos por la clase médica de forma y tamaño. Es una denominación utilizada por la clase médica para señalar genitales que no entran en los estándares médicos convencionales: el tejido genital se considera pene a partir de 2,5 centímetros y se considera clítoris hasta los 0,9 centímetros; todo genital que se encuentre entre estas dos medidas convencionales, se considera como ambiguo e inaceptable al no ser buen representante de los modelos genitales establecidos. Kessler insiste en el hecho de que son los propios equipos médicos los que crean el estándar y los que definen las tallas. Los progenitores, los profesores y profesoras, las compañeras y compañeros de colegio no las conocen y, en ocasiones, consideran estos genitales como normales hasta que un profesional médico dice lo contrario. ¿Por qué, entonces, en estos casos, es tan terrible tener estos genitales que sólo la clase médica considera como ambiguos?

Repasando la historia del análisis médico de la intersexualidad, tal y como nos propone Fausto-Sterling en *Cuerpos sexuados*, podemos ver que no hay nada de natural o de inevitable en los tratamientos médicos de la intersexualidad moderna; éstos vienen dados por cuestiones culturales. Tal y como afirmaron Suzanne Kessler y Wendy McKenna en su libro *Gender: an ethnomethodological approach*⁶, el sexo, lo que se ha considerado como biológico, es tan construido como el género. Las partes del cuerpo se ven como dicotómicas y esencialmente masculinas o femeninas, pero esta visión está construida ya socialmente. Las asunciones científicas sobre el sexo están marcadas socio-culturalmente.

4. FAUSTO-STERLING, *Cuerpos sexuados*, Barcelona, Melusina, 2006, p. 49. Adoptamos aquí la postura de Fausto-Sterling y utilizaremos el término «hermafrodita» cuando sea históricamente pertinente.

5. KESSLER, «Meanings of Gender Variability: Constructs of Sex and Gender», *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997.

6. Véase: KESSLER y MCKENNA, *Gender: an ethnomethodological approach*, New York, Wiley, 1978.

El hermafroditismo es un tema muy antiguo: existen mitos griegos sobre el origen de los hermafroditas, referencias bíblicas al hermafroditismo de Adán e incluso una ley judaica que promovía su integración; Platón también construyó un mito que incluía un tercer sexo hermafrodita⁷. La consideración de los hermafroditas ha cambiado a lo largo de la historia paralelamente con los cambios en la consideración de los sexos. Galeno, en el siglo I, consideraba que los hermafroditas eran un sexo intermedio y que los sexos hombre y mujer eran los extremos de un continuo. En la Edad Media se mantuvo la idea del continuo sexual, pero cada vez se realizaban divisiones más marcadas. Sin embargo, el hecho de que buscaran una explicación científica a la existencia de hermafroditas no significa su aceptación social: no existía una condena explícita, pero los textos médicos les suponen rasgos de conducta negativos tales como: perturbadores, subversivos, fraudulentos, mentirosos...

En el Renacimiento, la distinción entre hombres y mujeres devino tajante: los hermafroditas se tenían que posicionar, no había lugar intermedio para ellos. Tenían derecho a elegir si querían ser mujeres u hombres, pero después tenían que atenerse a su elección para preservar el orden social.

Entre los siglos XVII y XIX la biología se constituye como disciplina organizada y tiene cada vez más autoridad para decidir sobre los cuerpos. Nace la teratología, disciplina que consiste en la clasificación de los nacimientos inusuales y en el estudio de las anomalías anatómicas. Isidore Geoffroy Saint-Hilare⁸ basó esta disciplina en dos principios: 1.- La naturaleza es un todo en el que se incluyen los nacimientos «monstruosos». 2.- El hermafrodita es fruto de un desarrollo embrionario anormal. Para estudiar el desarrollo anormal, entonces, se había de estudiar el desarrollo normal; y el estudio de los hermafroditas, a su vez, podía ayudar a desentrañar el misterio de las diferencias sexuales normales.

Los escritos de Saint-Hilare no sólo fueron importantes médicamente sino también socialmente: proporcionaban una explicación natural para entender los cuerpos que antes habían sido tratados como monstruosos o anti-naturales. Sin embargo, a su vez, Saint-Hilare los definió como patológicos: aberraciones curables. Como afirma Fausto-Sterling: «Irónicamente, pues, el conocimiento científico sirvió para borrar del mapa precisamente los fenómenos que iluminaba»⁹. En el siglo XIX las diferentes clasificaciones de hermafroditas se sucedieron. Sin embargo, pese a las diferencias, casi todas tenían una estructura común: se distinguían entre los hermafroditas verdaderos y

7. Véase: PLATÓN, «Banquete» en *Diálogos*, Madrid, Gredos, 1992, vol. III.

8. Véase: FAUSTO-STERLING, *Cuerpos sexuados*, op. cit., p. 54.

9. *Ibid.*, p. 55.

los pseudohermafroditas. Las clasificaciones cada vez restringían más la posibilidad de la existencia de hermafroditas verdaderos (aquellas personas que poseen tejido tanto testicular como ovárico); los pseudohermafroditas eran en *realidad* hombres o mujeres escondidos bajo una apariencia ambigua. Se anunciaba, así, la desaparición del hermafrodita que tuvo lugar en el siglo XX. La tecnología avanzó hasta hacer desaparecer de la vista a los (pseudo) hermafroditas, corrigiendo los errores de la naturaleza.

Para Fausto-Sterling, la ciencia del cambio de siglo se encajaba en un marco ideológico más amplio que se empeñaba en que los cuerpos de varones/mujeres, blancos/de color, judíos/gentiles, obreros/burgueses diferían naturalmente. Los científicos establecían qué cuerpos eran mejores que otros para dar una base científica a los debates por los derechos civiles.

En los años 30, la medicina descubrió la posibilidad de reconvertir con cirugía y con hormonas a los intersexuales. Hoy en día se recomienda, mayoritariamente, la reconversión para que los individuos encajen en la sociedad como seres humanos saludables.

La principal lucha del movimiento intersexo hoy, no la única, es la oposición a la práctica quirúrgica coactiva de reconversión a los neonatos y los niños, en ocasiones sin ni siquiera el consentimiento de sus progenitores. Estos bebés sometidos a cirugía en los primeros días de sus vidas tratan de ser, así, normalizados. Tal y como sus cuerpos son, no encontrarían un lugar en el mundo, no se les consideraría dentro de la categoría de lo humano.

El protocolo a seguir ante el nacimiento de un bebé intersexual es un protocolo de «emergencia médica»¹⁰. Los protocolos que hoy aún se siguen en caso del nacimiento de un bebé intersexual son los protocolos dictados por los doctores John Money, J. G. Hampson y J. L. Hampson en 1955. Los protocolos de la intersexualidad propuestos se basan en la teoría de género que estos doctores sostenían: la identidad de género es maleable hasta aproximadamente dieciocho meses. El sexo del bebé ha de ser designado por el equipo médico, (obstetra, endocrinólogo pediátrico y cirujano) en menos de veinticuatro horas con el fin de asegurar un desarrollo psicosexual normal al entregar a los progenitores un bebé sin ambigüedad. Para ello, se le ha de asignar al bebé el género adecuado y asegurarse de que todo el mundo (padre, madre, familia, amistades) se lo crean. Así pues, se considera que la crianza tiene un papel fundamental en la creación de un género¹¹. Sin embargo, aunque se considera que la naturaleza tiene un papel mínimo, se sigue considerando que

10. *Ibid.*, p. 65.

11. Veremos más adelante cómo opera y ha operado esta tesis del doctor John Money; y cómo su asunción de que la crianza, y no la naturaleza, es determinante para el género

sólo existen dos sexos «normales» y dos géneros que han de corresponderse con esos dos y sólo dos sexos.

Los equipos médicos que toman la decisión de intervenir quirúrgicamente para borrar las ambigüedades del sexo de estos bebés acuden, para defender sus prácticas invasivas, a argumentos que tienen en cuenta el sufrimiento del futuro niño o de la futura niña en el vestuario –«ese lugar de ansiedad preadolescente sobre el próximo desarrollo del género».¹² Es bastante ilustrativa de esta actitud la cita que recoge Fausto-Sterling del libro *The Intersexual disorder* de Christopher Dewhurst y Ronald R. Gordon, escrito en 1969:

Uno sólo puede intentar imaginar la angustia de los padres. Que un recién nacido tenga una deformidad ... [que afecta] a algo tan fundamental como el sexo mismo de la criatura... es una tragedia que de inmediato evoca visiones de un inadaptable psicológico sin esperanza, abocado a llevar una vida de soledad y frustración como un monstruo sexual¹³.

Raramente los argumentos son médicos, raramente los genitales ambiguos son en sí mismos dolorosos o dañinos; se trata de una cirugía cuyo último propósito es normalizar y mantener el binarismo de sexo. Para ello, no se puede permitir en la sociedad la visión de cuerpos ambiguos –anatomías que no encajan en las categorías establecidas para lo masculino y para lo femenino– que puedan cuestionar la existencia y la necesidad de ese esquema binario; la ambigüedad de los intersexo es una amenaza.

Si bien es cierto que, dada la situación social actual, una persona intersexo puede sufrir a causa de la reacción de los demás al descubrir su ambigüedad, ¿es realmente la cirugía no consentida la mejor vía para tratar de suavizar el impacto de ese sufrimiento? Para Judith Butler, quizás trabajar para flexibilizar la categoría de lo que es humano pueda también ayudar: tratar de ampliar lo humano fuera del binarismo de sexo para dar cabida a cuerpos ambiguos que no pueden (ni quieren, en algunos casos) someterse a esta clasificación. Lo humano, hoy, «requiere morfologías ideales y la constricción de las normas corporales»¹⁴. Pero, ¿y si tratáramos de realizar un cambio de perspectiva como nos propone Alice Dreger en «When medicine goes too far in the pursuit of normality»¹⁵ y si tratáramos de trabajar para eliminar los estereotipos

de los intersexuales no ha sido extendida a considerar la arbitrariedad de los roles de género de mujeres y de hombres.

12. BUTLER, *Deshacer el género*, op. cit., p. 98.

13. FAUSTO-STERLING, *Cuerpos sexuados*, op. cit., pp. 67-68.

14. BUTLER, *Deshacer el género*, op. cit., p. 18.

15. DREGER, «When medicine goes too far in the pursuit of normality», *The New York Times*, 28 de julio de 1998.

sociales y no para eliminar las «anomalías» físicas? ¿Por qué no arreglar los vestuarios y no los genitales?

Suzanne Kessler, en su texto «Meanings of gender variability», indica tres razones por las cuales se realiza la cirugía genital infantil: porque salva vidas, porque mejora la calidad de vida y porque satisface necesidades sociales. Para Kessler, esta última razón aparece demasiado a menudo unida a las otras dos razones. Además, dice, es una hipótesis no probada: no se han realizado estudios que confirmen que los genitales «erróneos» o con «mal aspecto» conlleven consecuencias psicológicas fatales. Hoy en día, no se pueden hacer predicciones sobre el impacto de crecer con genitales ambiguos. Kessler se pregunta: no pudiendo predecir, ni para bien ni para mal, ¿se debe continuar satisfaciendo la necesidad de los progenitores de tener un/a hijo/a presentable? Las niñas y los niños deben llevar el fardo de ser aceptados o no, pero nunca se cuestiona que sean los progenitores, la clase médica, la sociedad, quienes acepten los genitales ambiguos.

El movimiento intersexo reivindica (y encarna) la existencia de un *continuum* de la morfología humana, y critica la arbitrariedad del corte de ese continuum para crear dos categorías humanas. La creación de estas dos, y sólo dos, categorías humanas deja el espacio entre ellas abocado al olvido; y no sólo abocado, sino arrojado al olvido con violencia, tratando con esfuerzo de borrarlo literalmente de la anatomía y alejándolo de la vista de la sociedad. El binarismo no refleja la diversidad sexual de la naturaleza. Las personas tienen unas combinaciones únicas de gónadas, hormonas, cromosomas, aparatos reproductores, y las asignaciones de sexo son sólo conjeturas y reducciones.

Se cree (la clase médica cree) que estas personas no nacidas en los extremos del *continuum* simplemente se han desviado de la normalidad por una secreción de hormona complementaria, o por una mutación en un gen; los equipos médicos creen poder dilucidar de dónde el bebe se ha desviado, cuál era *en realidad* su camino original y pretenden, además, poder corregir esta desviación con bisturí y tratamiento hormonal, sin olvidar el proceso de socialización genérico y estrictamente no ambiguo que la mayoría de las personas, intersex o no, experimentamos.

2. Activismo intersexual: nuevos protocolos y despatologización

Cheryl Chase, en su texto llamado «Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual»¹⁶, explica su experiencia

16. CHASE, «Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual», en Grupo de Trabajo Queer (ed.), *El eje del mal es heterosexual*.

personal y las ideas que defiende como activista intersexual. Chase considera que la insistencia en mantener el esquema binario de sexo tiene desastrosas y violentas consecuencias en las vidas de las personas intersexuales. La construcción de los cuerpos se realiza, de forma literal, con la cirugía genital infantil. Para Chase, la intersexualidad tiene la fuerza de ser la evidencia de la no exhaustividad de ese esquema binario, pudiendo así cortocircuitar los sistemas heteronormativos de sexo, género y sexualidad.

Cheryl Chase nos cuenta en este mismo texto lo que ella llama su «carrera como hermafrodita»¹⁷. Chase no descubrió que era lo que se diagnosticó como una verdadera hermafrodita hasta que no tuvo alrededor de 20 años. Durante su adolescencia, era consciente de que no tenía ni labios externos, ni clítoris, ni posibilidad de tener orgasmos, pero no sabía qué era lo que le pasaba. Cuando decidió indagar su historial médico, le costó tres años conseguir los informes en los que se le diagnosticaba como «verdadera hermafrodita» y en los que se documentaba su cliterectomía. El descubrimiento de este engaño y de las operaciones forzadas a las que se la sometió fue doloroso, hasta el punto de que casi quince años después decidió suicidarse. Sin embargo, Chase decidió también en ese momento canalizar su rabia positivamente y dirigirla hacia una autocomprensión politizada, explorando junto con otras activistas de género «políticas culturales de la intersexualidad, que para mí representaban otra nueva configuración más de los cuerpos, identidades, deseos y sexualidades desde la que confrontar los aspectos violentamente normativizadores del sistema dominante de sexo/género»¹⁸.

Parte de esta autocomprensión politizada que le permitió canalizar su rabia fue la fundación de la ISNA (Intersex Society of North America) en 1993. A través de esta sociedad, Chase pretendió compartir sus experiencias con otras personas intersexuales, y permitir que otras personas que, como ella, habían descubierto su condición intersexual, pudieran a su vez compartir su dolor y recibir información no estigmatizada y no medicalizada sobre la intersexualidad.

Además de proporcionar apoyo y medios para afrontar los estigmas a las personas intersexuales, la meta a más largo plazo que Cheryl Chase persiguió al fundar la ISNA, meta que hoy en día sigue intentando conseguir, es la de frenar la cirugía genital infantil que no tenga una razón médica. Para ello, se hace necesario otro protocolo, un protocolo subversivo, diferente al de John

Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer, Madrid, Traficantes de sueños, 2005.

17. *Ibid.*, p. 91.

18. *Ibid.*, p. 94.

Money, que permita dar a los padres información completa y apoyo emocional. En el protocolo subversivo de Chase se seguiría asignando un género al/a la bebé porque, de momento, es el sistema binario el que sigue operando en nuestras sociedades; sin embargo, existiría siempre la opción de rehusar la cirugía y permitir al/a la intersexual vivir una corporalidad no encerrada en los estereotipos corporales de lo que se espera que sea un hombre o una mujer. Esta nueva corporalidad, esta forma de vivir el género teniendo genitales que son considerados como ambiguos y que no encajan en las consideraciones comunes sobre sexo, género y sexualidades, es ya para Cheryl Chase una subversión, una forma de romper el marco del binarismo represivo y de cambiar las percepciones que la sociedad pueda tener no sólo sobre la intersexualidad sino también sobre las propias normas de género y sexualidades. Las intersexualidades tienen la fuerza de combatir el binarismo porque, ¿qué es lo opuesto a una persona intersexual? La intersexualidad permite cuestionar sistemas de creencias sobre sexo, género y sexualidades muy arraigados en nuestras sociedades.

Cheryl Chase asume sobre la intersexualidad un punto de vista que es compartido por la bióloga Fausto-Sterling y por la historiadora Alice Dreger: debe asignarse a los bebés intersexuales un género para establecer una identidad social, pero no se ha de acudir para ello a la cirugía coercitiva. Debe de ofrecerse, además, información honesta y precisa sobre la intersexualidad, incluyendo información sobre asociaciones y experiencias en primera persona de personas intersexuales; se debería ofrecer también ayuda psicológica a los padres, además de ayuda médica para los problemas médicos *reales* que pudieran surgir –esto es, problemas que pudieran poner en riesgo la salud del paciente. Sin embargo, existe, en general, por parte de la clase profesional médica, una falta de formación e información sobre las intersexualidades. No existe una gran oferta profesional especializada, pues no existen muchos estudios ni programas universitarios que estudien la intersexualidad en profundidad y con una perspectiva que no sea la postura clásica de considerar la intersexualidad como hermafroditismo, perversión, parafilia o psicosis. Los estudios existentes sobre la intersexualidad responden a parámetros dogmáticos y moralistas, y no proporcionan una perspectiva capaz de responder a las demandas de respeto de los derechos humanos de la comunidad intersexual. En un contexto de posesión de información precisa, la persona intersexual, al crecer, podría elegir su camino a seguir, incluso si este camino incluyera la cirugía y el tratamiento hormonal. Se demanda el poder dejar en manos de la persona afectada una elección que influye de manera determinante en aspectos muy íntimos de su cuerpo y de su identidad; decisión que debe ser tomada

en posesión de todas las informaciones pertinentes sobre los procedimientos a seguir.

No obstante, como hemos visto, este procedimiento de elección informada no suele ser el protocolo a seguir con las personas intersexuales. Normalmente, los bebés nacidos con genitales ambiguos son sometidos a cirugía de emergencia en los primeros días de vida, sin constancia, en muchos casos, de la información dada a los progenitores y, por supuesto, sin que el afectado o la afectada dé su consentimiento. Los equipos médicos, según nos explica Fausto-Sterling, les dicen a la madre y al padre que el bebé tiene un defecto pero que bajo la confusión pueden determinar el sexo verdadero y hacerlo salir a la luz con tratamiento adecuado. Como podemos ver, siguen operando las categorías decimonónicas que hacen que se considere que un intersexual es un pseudohermafrodita, por lo que es *en realidad* un hombre o una mujer. Siempre se les trata como si tuvieran una anomalía curable en una parte de su cuerpo, nunca como una categoría sexual aparte. El mensaje que se envía a los progenitores es que el problema es físico, y se puede arreglar; y si se puede arreglar, se debe arreglar¹⁹.

Sin embargo, sería deseable conseguir un nuevo protocolo que no patologice la intersexualidad. Fausto-Sterling escribe en *Cuerpos sexuados*: «Kessler sugiere una nueva fórmula para anunciar el nacimiento de un bebé XX afectado de hiperplasia adrenocortical congénita: «Felicidades. Tienen ustedes una hermosa niña. El tamaño de su clítoris y sus labios fusionados nos indican un problema médico subyacente que podría requerir tratamiento. Aunque su clítoris es de talla grande, sin duda es un clítoris... Lo importante no es qué aspecto tiene, sino cómo funciona. Es una niña con suerte, porque sus parejas sexuales lo tendrán fácil para encontrar su clítoris» (Kessler, *Lessons from the intersexed*, New Brunswick, Rutgers University Press, p. 129)»²⁰.

En el libro *Un cuerpo: mil sexos. Intersexualidades* de Jorge H. Raíces Montero (comp.) se hace hincapié en la idea de que la intersexualidad no es una patología ni una enfermedad, sino una posibilidad existencial entre otras. La intersexualidad tiene asociadas una serie de enfermedades particulares que han de tratarse, pero eso no significa que la intersexualidad sea un problema médico; tener un sistema reproductivo considerado como propio de un hombre también tiene la posibilidad de desarrollar enfermedades específicas, y eso no significa que se considere que los hombres sean personas enfermas.

19. Véase DREGER, «When medicine goes too far in the pursuit of normality», *op. cit.*

20. FAUSTO-STERLING, *Cuerpos sexuados*, *op. cit.*, p. 118.

El activismo intersexo denuncia que la clase médica no conoce las asociaciones que pueden ayudar a los padres, ya que para ellos es un caso de emergencia médica y social que no concede tiempo para otras consultas. Los equipos médicos suelen decir a los progenitores que la condición de su bebé es muy rara y que no encontrarían ayuda, así que los progenitores tienen que confiar en el criterio médico. ¿Es en realidad tan rara la intersexualidad? Según un estudio realizado por Fausto-Sterling junto con estudiantes de la Universidad de Brown²¹ los intersexuales son un 1,7% de todos los nacimientos. Fausto-Sterling nos invita a comparar esta magnitud con el albinismo, pues todos hemos visto alguna persona albina alguna vez, pero sin embargo nace sólo una persona albina de cada 20.000 nacimientos.

Alice Dreger, por su parte, coloca esta idea de que la intersexualidad es extremadamente rara en el número uno de su clasificación de los mitos sobre la intersexualidad²². Dreger considera que es difícil establecer la frecuencia de la intersexualidad, pues el espectro del sexo es como el espectro del color: por razones sociales y lingüísticas rompemos estos espectros en categorías; pero la naturaleza no nos dice si hay 7, 10 o 100 colores, y la naturaleza ni siquiera sabe que hay sólo dos sexos. Por lo tanto, es bastante difícil –y bastante convencional– establecer qué personas son intersexuales. Sin embargo, basándose en las estadísticas sobre cuántos neonatos son transferidos a grupos de identidad de género en Estados Unidos, Dreger indica la cifra de que 1 de cada 2000 nacimientos son intersexuales. Así pues, se trata de algo más común que la fibrosis quística y, nos indica Dreger²³, existen en el mundo más personas intersexuales que personas judías.

En este contexto de desinformación y de emergencia médica, la asignación de sexo realizada por la clase médica se basa en la mayoría de los casos en una razón técnica: se suele asignar un sexo femenino, sea el genotipo femenino o masculino, porque es más fácil realizar un conducto que construir un falo. Si el bebé es genéticamente XX (genotipo femenino), el tratamiento es rápido y sin cuestionamientos: se procede a la reducción del falo para convertirlo en un clítoris apropiado. Si existe un cromosoma Y (genotipo masculino) se realiza un test para averiguar si el bebé es capaz de producir testosterona y de responder a ella para que el falo se desarrolle como un pene normal. Si

21. *Ibid.*, p. 73.

22. Véase: DREGER, «Top ten myths about intersex», *Hermaphrodites with attitude*, Febrero 2001, pp. 3-5.

23. Citando el artículo de Sherri Groveman: GROVEMAN, «The Hanukkah Bush; Ethical Implications in the Clinical Management of Intersex» en DREGER, Alice (ed.), *Intersex in the Age of Ethics*, University Press Group of Hagerstown Maryland, 1999.

no produce o no responde a la testosterona no es considerado como un ser masculino. Los cromosomas son menos importantes que el tamaño del falo. Como Suzanne Kessler indica en «The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants»²⁴, Money y sus colegas reconvirtieron en femenino a todos los bebés intersexuales. La decisión es estética y cultural, no biológica. El problema del micropene es importante hasta el punto de proceder a mutilar los genitales de un neonato; el problema de la insensibilidad del clítoris de por vida es irrelevante hasta el punto de que no es un criterio, de que no existe literatura al respecto y de que no existe ningún estudio de seguimiento para comprobar el impacto de las cirugías de reducción del clítoris en la vida de la mujer intervenida. Cheryl Chase cuenta cómo en una conversación con un médico éste le confesó que nunca había pensado que la calidad de vida pudiera ser un factor importante a tener en cuenta al tratar a un bebé intersexual²⁵.

Así pues, en cualquier caso, si el clítoris se considera demasiado grande, se recomienda reducirlo mediante cirugía genital, bastante peligrosa de cara a la vida sexual de la persona intervenida. El criterio para realizar estas operaciones es estético y falocéntrico: se tiene sólo en cuenta el tamaño y la funcionalidad del pene para performar actos sexuales heterosexuales. La funcionalidad del clítoris no es nunca tenida en cuenta sino sólo el tamaño, que no ha de competir con el tamaño de un pene.

Por otra parte, la cirugía resulta ser, evidentemente, violenta en esas partes del cuerpo: quedan cicatrices tras los procedimientos (*los*, en plural, porque las operaciones suelen sucederse las unas a las otras, incluso durante años²⁶) y, donde hay tejido cicatrizal, no hay sensibilidad. Así, las personas que son sometidas a este tipo de cirugía genital suelen verse privadas de placer sexual durante el resto de sus vidas, a cambio de no sufrir burlas en los vestuarios. El activismo intersexual ha clamado que hay que acabar con la cirugía genital infantil, ya que se trata de una cirugía estética con un fin social que se asume como un imperativo clínico, pero que acarrea serias consecuencias en las vidas

24. KESSLER, «The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants», *Signs: The Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 16, nº 1, otoño 1990, pp. 3-26.

25. Véase McDONOUGH, «Between the lines», *Missoula Independent*, 23 de noviembre de 2006.

26. Véanse: McCLINTOCK, «Growing up in the Surgical Maelstrom», *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997; HOLMES, «I'm still intersexual», *Hermaphrodites with attitude*, Invierno 1994, p. 5; TRIEA, «The awakening», *Hermaphrodites with attitude*, Invierno 1994, pp. 1 y 6; CARDEN, «Learning to speak at 36», *Hermaphrodites with attitude*, Primavera 1995, pp. 2-3.

de aquellos y aquellas que la sufren. Estas personas activistas intersexuales, como Cheryl Chase y otros miembros de la ISNA, han contado en su publicación ocasional *Hermaphrodites with Attitude* historias llenas de tragedias a causa de la cirugía. Los procedimientos para corregir el sexo conllevan exámenes genitales, sesiones fotográficas, visitas de estudiantes curiosos y otras vivencias que marcan recuerdos dolorosos en la infancia. En las consultas, se han de provocar erecciones a los jóvenes intersexuales para poder analizar su funcionalidad y poder medir el tamaño de su pene. ¿No pueden resultar estos procedimientos un tanto traumáticos en la infancia? Y, recordemos, que la cirugía se aplica para evitar un futuro daño psicológico.

Las numerosas cicatrices alejan estos genitales de la *apariencia normal* buscada, así como la privación del placer sexual y los tratamientos hormonales de por vida alejan sus vidas de los patrones normales de vida en los cuales se les pretende encerrar. Siendo que la mayoría de las cirugías crean mujeres, y dado que el conducto vaginal completo se construye normalmente sólo cuando el cuerpo está completamente desarrollado, esto es, pasada la infancia y bien entradas en la adolescencia²⁷, ¿cómo puede esgrimirse el argumento de adecuación y de normalización? ¿Una infancia sin vagina es normal y es menos traumática que una infancia con un clítoris grande? Las personas intersexuales, como nos dice Alice Dreger en «When medicine...», padecen sentimiento de inadecuación y de monstruosidad como resultado directo de los intentos de normalización de sus progenitores y de la clase médica, además de padecer riesgos físicos como cicatrices, insensibilidad, dolor o infección. ¿Por qué, entonces, acudir a un procedimiento que, para la persona interesada, es insatisfactorio? ¿Para quién es satisfactorio entonces? ¿Para la clase médica? ¿Para la sociedad?

Butler señala que estas correcciones quirúrgicas pueden ser leídas como un castigo social infligido contra transgresiones del género. La patologización psiquiátrica e incluso la criminalización en algunos países de la «disforia de género» es otro ejemplo de castigo social vivido por personas que se desvían de la normalidad generizada. La cirugía genital impuesta es un medio para reforzar la regulación, para proteger las normas de género. No se puede permitir que esos cuerpos ambiguos, o esos cuerpos cambiantes, vivan tranquilamente, pues su tranquilidad supone la intranquilidad de las normas de género y de las identidades que a ellas se han aferrado y que en ellas se han formado. Parece preferible tratar de mantener la regulación sexuada, aunque sea en

27. KESSLER, «The medical construction of gender: case management of intersexual infants», *op. cit.*, p. 9.

apariciencia, y aunque sea a pesar de la violencia que se ejerce sobre los cuerpos intersexuados: «Los cuerpos producidos a través de dicho forzado cumplimiento regulatorio del género son cuerpos que sufren, que llevan las marcas de la violencia y el dolor. Aquí la idealización de la morfología del género se hace incidir literalmente en la carne»²⁸. Este hacer inscribir en la propia carne la idealización de la morfología de género parece tener incluso una vertiente recordatoria de la corrección: cuidado, el bisturí acecha a aquellos que osen transgredir las normas de género. El bisturí, sin embargo, es un arma de doble filo: es también un arma buscada por otras personas para poder realizar su deseo de cambiar de identidad.

3. David Reimer

Butler analiza en «Hacerle justicia a alguien» en *Deshacer el género* un caso legal y psiquiátrico que fue dado a conocer por la BBC y por John Colapinto en la revista *Rolling Stone*²⁹: «El caso de Joan/John», cuyos verdaderos nombres son en realidad David y Brenda. David nació niño, sin ambigüedad genital alguna. Se le sometió a una operación de fimosis en la cual se cometió un error; como consecuencia de este error, el pene de David quedó irremediablemente quemado. Sus padres descubrieron en la televisión al doctor John Money, quien hablaba de sus éxitos en el Hospital de la Universidad John Hopkins realizando cambios de sexo en infantes con genitales ambiguos. Money explicaba cómo se puede intervenir en el género a través de la socialización, sobre todo a una edad temprana.

Money era, y continúa siendo, una eminencia en el campo del tratamiento de la intersexualidad. Como Suzanne Kessler explica³⁰, casi todas las publicaciones en torno al tratamiento de la intersexualidad en bebés han sido escritas o co-escritas por Money, catedrático de psicología médica y catedrático de pediatría, director de la unidad de investigación psico-hormonal durante años en la Universidad y el Hospital John Hopkins. Las publicaciones que no han sido escritas por él se refieren a él y a sus teorías sin cuestionarlas, dándolas por válidas. Kessler comenta que, en lo referido al tratamiento de bebés intersexuales, existe un consenso que es raramente obtenido en la comunidad científica.

28. BUTLER, *Deshacer el género*, op. cit., p. 84.

29. Véase: COLAPINTO, «The true story os John/Joan, *Rolling Stone*, 11 de diciembre de 1997, pp. 54-97.

30. Véase: KESSLER, «The Medical Construction os Gender: Case Management of Interse-
xreed Infants», op. cit.

Así, ante estas credenciales del doctor, los padres de David decidieron llevarle al Hospital John Hopkins para que fuese evaluado. Money, al examinar a David, recomendó convertirlo en una niña y se mostraba muy optimista con el caso. De hecho, Money se mostró entusiasta ante la oportunidad que había estado esperando para probar su teoría de maleabilidad social del género: David tenía un hermano gemelo idéntico que iba a ser criado con un género masculino. Así, Money podía probar que una socialización diferente podía configurar una identidad de género distinta en dos personas biológicamente idénticas. Money les ofreció a los progenitores de David una solución que parecía tener pocas contrapartidas, y así a los 22 meses de vida a David se le extirparon los testículos y pasó a ser Brenda. No se le realizó una vaginoplastia.

El recorrido de Brenda fue bastante turbulento pese a los esfuerzos del equipo médico de Money. Brenda rechazó los estrógenos que le ofrecieron los psiquiatras, prefería las actividades masculinas y rechazó la operación para tener una vagina real a pesar de las fotografías sexuales explícitas de vaginas y de mujeres en parto que Money le mostró, a pesar de las representaciones de falsos coitos con su hermano que le obligaron a performar y a pesar de los argumentos sobre las maravillas de ser una mujer que le presentaron las personas transexuales MtF con las cuales se tuvo que entrevistar.

John Money, predicando la completa maleabilidad del género, aseguró a los padres de Brenda que si ésta era criada como una niña, se sentiría como una niña; sin embargo, esto nunca ocurrió. Las misteriosas visitas al médico a las que ella y su hermano eran llevados le hacían (les hacían) sentir como si fueran seres extraños. Money les planteaba preguntas extrañas sobre sus fantasías eróticas: a Brenda, le preguntaba si soñaba con mujeres, a su hermano le preguntaba si tenía erecciones. Para ahondar en sus investigaciones, Money les presentaba fotografías pornográficas para evaluar las reacciones de su deseo, y les sometió a profundas inspecciones genitales.

Hay un suceso especialmente interesante en la adolescencia de Brenda, no tanto por la actitud de la propia Brenda sino por la reacción de sus compañeras de colegio. A Brenda, a pesar de no tener ya su pene, le gustaba orinar de pie; sus compañeras, cuando la descubrieron en tal posición, la amenazaron de muerte. ¿Qué puede haber tan subversivo y tan desestabilizador, en el hecho de que una niña pequeña orine de pie como para suscitar una reacción tan desmesuradamente violenta? En efecto, Brenda estaba, sin saberlo, violando una de las sacrosantas normas de género que ya desde la infancia se nos enseña a nunca violentar: sólo los niños orinan de pie. La violación de esta simple norma supone la desestabilización de todas las demás. Si esta norma

es arbitraria, ¿por qué no lo son también todas las demás, todas las demás que nos afectan hasta en lo más profundo de nuestra identidad?

A pesar de que Brenda siempre rechazó desde el principio esta feminidad impuesta, John Money instrumentalizó su caso para mostrar que sus conversiones de género eran todo un éxito. En 1972, cuando Brenda tenía siete años, Money dio una conferencia en la Asociación Americana por el Avance de la Ciencia en Washington, D.C. en la que defendía el éxito de la intervención en el cuerpo y en la socialización de Brenda. Así mismo, señalando el mismo éxito, publicó en el mismo año *Man and Woman, Boy and Girl*. No fue hasta 1980 que Money paró de comentar públicamente el caso y nunca reconoció los fallos de su experimento.

Sin embargo, la reticencia de Brenda a encarnar la feminidad hizo entrar en escena a otro doctor, el único rival antagónico de Money que había sospechado durante tiempo de sus afirmaciones: Milton Diamond, quien defendía la existencia de una base hormonal para la identidad de género. En un artículo publicado en los Archivos de Medicina Pediátrica y Adolescente en 1997³¹, Diamond y el psiquiatra H. Keith Sigmundson mostraron cómo Brenda había rechazado incansablemente su reasignación. En su adolescencia temprana, rechazó continuar tomando estrógeno. Dejó de ver a Money. Finalmente, a los 14 años, rechazó continuar viviendo como una chica.

Diamond, siguiendo su propia teoría, propuso redirigir el camino que sus genitales originales habían designado para él, y Brenda desapareció para devolverle su lugar a David. A los 14 años, David fue sometido a un tratamiento de hormonas masculinas y a una mastectomía (extirpación de los senos). Además, se le implantó un falo a través de cuya base podía orinar y que le permitía cierto placer sexual.

David, así, se vio colocado en el centro de una polémica entre maleabilidad (Money) o naturalidad (Diamond) del género. Por un lado, John Money, quien estaba seguro del éxito de la socialización para cambiar el género de una persona en la primera infancia. Aunque Brenda no se adaptaba a su papel de niña tan bien como Money pretendía y le irritaban muchos de los procedimientos a seguir, Money utilizó el caso de Brenda como paradigma del éxito de la resignación de sexo a través de la socialización. Para Money, lo masculino y lo femenino son totalmente maleables, son entidades culturales que no están irremediabilmente ligados a la biología. Money considera fundamental el papel de la socialización para la producción de la identidad de género.

31. DIAMOND y SIGMUNDSON, «Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, nº 151, marzo de 1997, pp. 298-304.

Por otra parte, está la postura de Milton Diamond, que piensa que el género de David estaba ligado a sus genitales iniciales. El género es una verdad interna y necesaria que está ligada a la biología. En este sentido, no puede ser nunca invertido, y tratar de hacerlo es una crueldad que, además, no conduce a la normalidad.

Sin embargo, fue la interpretación de Money la que cristalizó. Hasta tal punto fue aceptada la utilización de Money del caso de David/Brenda que ha penetrado incluso en la teoría feminista como instrumento para atacar el esencialismo y defender el papel de la cultura en la construcción de los géneros. Bonie Anderson y Judith Zinsser afirman en su *Historia de las mujeres*:

Muchos de los rasgos de carácter asociados a uno u otro sexo han demostrado ser un producto cultural y no biológico. Un caso clásico es el de dos gemelos varones idénticos, nacidos en los Estados Unidos a mediados del siglo XX, uno de los cuales fue castrado por accidente cuando niño. Sólo una educación diferente produjo una «gemela» y un «gemelo» a los cinco años. Como estas alteraciones precedieron a la producción hormonal, apuntan hacia el hecho de que gran parte del comportamiento esté controlado por la cultura y no por la naturaleza.³²

El caso de David/Brenda es capaz de mostrar la crueldad del tratamiento que sufren las personas con genitales ambiguos, aunque los genitales sean ambiguos no de nacimiento sino como resultado de una negligencia médica. Podemos constatar a través de las vivencias de David/Brenda la brutalidad del tratamiento médico coercitivo e impuesto, y el daño que causan las cirugías no deseadas. El movimiento intersexual lucha por el cese de estas cirugías no deseadas y, yendo más allá, por conseguir ser aceptados, reconocidos, amados sin tener que ser corregidos, como si de errores de la naturaleza se tratase, para poder ser coherentes con respecto a las normas de género establecidas. Existen de hecho personas que viven y tratan de vivir en el espacio entre la clasificación binaria de mujeres y hombres, clasificación que «ni es exhaustiva ni es necesaria»³³.

32. ANDERSON y ZINSSER, *Historia de las mujeres. Una historia propia*, Barcelona, Crítica, 2009, pp. 31 y 33. Anderson y Zinsser se refieren a la obra de John Money y Anke A. Ehrhardt *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity* y la interpretación que realiza de esta obra Nancy Chodorow en *The reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*.

Como ejemplo del uso del caso de David/Brenda en la teoría feminista véase también MILLETT, Kate, *Sexual Politics*, New York, Doubleday, 1970.

33. BUTLER, *Deshacer el género*, op. cit., p. 99.

4. Conclusiones

Los intentos de visibilización y los discursos creados por el movimiento intersexual han puesto en evidencia que la anatomía y el sexo son elementos que adquieren su significado en el seno de un contexto cultural. Se atribuye el género a los cuerpos según un inflexible esquema binario heteronormativo; un esquema tan inflexible que requiere morfologías ideales, no ambiguas, de los cuerpos, de los sexos y adecuación de los comportamientos y de los deseos. Sin embargo, tal y como nos señala Butler: «el movimiento intersex ha cuestionado por qué la sociedad mantiene el ideal del dimorfismo de género cuando un porcentaje significativo de niños tienen cromosomas diversos, y cuando existe un *continuum* entre el varón y la hembra que sugiere la arbitrariedad y la falsedad del dimorfismo de género como prerequisite del desarrollo humano»³⁴. Se ha preferido forzar modificaciones en los cuerpos para convertirlos en masculinos o femeninos antes que admitir que nuestras ideas sobre la diferencia sexual tienen naturaleza cultural. Se ha insistido en la idea de que existen, por naturaleza, dos y sólo dos sexos, a pesar de las evidencias de que la intersexualidad es notablemente frecuente.

Las razones que esgrime la clase médica para realizar estas intervenciones ya no pueden seguir siendo aceptables. Apelaciones a la normalidad, cuando hay niños y niñas que se han de someter a constantes operaciones y exámenes médicos rodeados de misterio y silenciados por la familia; apelaciones a la vergüenza que pasarán esas niñas con un gran clítoris y esos niños con un micropene en el vestuario; apelaciones al bienestar psicológico y mental, cuando no se ha tenido la idea de realizar estudios de seguimiento para comprobar si realmente las cirugías invasivas de reasignación habían tenido efectos positivos sobre la vida de las personas o si, por el contrario, habían conllevado más dolor y sentimiento de extrañeza que sus anatomías intactas, por muy *ambiguas* que éstas pudieran parecerle a los equipos médicos.

Todas estas razones enmascaran la verdadera razón: mantener el *statu quo* de la diferenciación sexual, con todo lo que ésta conlleva para el control de los deseos y de los comportamientos a todos los niveles. Pero, realmente, ¿merece la pena seguir manteniendo este sistema dimórfico para el género? ¿No convendría más, antes de prepararse para intervenir en una parte tan íntima de las personas sin su consentimiento, cuestionarse sobre la rigidez de esas normas que nos hacen ver ciertas anatomías como monstruosas, ciertos comportamientos como desviados, ciertos deseos como ilegítimos?

34. *Ibid.*

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, Bonie S. y ZINSSER, Judith P., *Historia de las mujeres. Una historia propia*, Barcelona, Crítica, 2009.
- BURGOS DÍAZ, Elvira, *Qué cuenta como una vida. La pregunta por la libertad en Judith Butler*, Madrid, Antonio Machado Libros, 2008.
- BUTLER, Judith, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós, 2006.
- CARDEN, Jane. «Learning to speak at 36», *Hermaphrodites with attitude*, Primavera 1995, pp. 2-3.
- CHASE, Cheryl, «Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual», en Grupo de Trabajo Queer (ed.), *El eje del mal es heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas feministas queer*, Madrid, Traficantes de sueños, 2005, pp. 87-108.
- COLAPINTO, John, «Gender Gap. What were the real reasons behind David Reimer's Suicide?», *Slate*, 3 de junio de 2004, <<http://www.slate.com/id/2101678/>> (consultado el 20 de diciembre de 2010).
- COLAPINTO, John, «The true story of John/Joan», *Rolling Stone*, 11, (1997), pp. 54-97.
- DIAMOND, Milton y SIGMUNDSON, H.K, «Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, nº 151, (1997), pp. 298-304.
- DREGER, Alice Domurat, ««Ambiguous Sex» – or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality», *The Hastings Center Report*, vol. 28, nº3, pp. 24-35, mayo-junio 1998, <www.isna.org/articles/ambivalent_medicine> (consultado el 9 de enero de 2011).
- DREGER, Alice Domurat, «When Medicine Goes too far in the Pursuit of Normality», *The New York Times*, 28 de julio de 1998.
- DREGER, Alice Domurat (ed.), *Intersex in the Age of Ethics*, University Press Group of Hagerstown Maryland, 1999.
- DREGER, Alice Domurat, «Top ten myths about intersex», *Hermaphrodites with attitude*, Febrero de (2001), pp. 3-5.
- FAUSTO-STERLING, Anne, «Time to re-examine old treatment paradigms», *Hermaphrodites with Attitude*, otoño/invierno de 1995-96, p. 3.
- FAUSTO-STERLING, Anne, *Cuerpos sexuados*, Barcelona, Melusina, 2006.
- FOUCAULT, Michel (ed.), *Herculine Barbin, llamada Alexina B.*, Madrid, Ed. Revolución, 1985.
- HARMON-SMITH, Helena, «10 Commandments», *Journal of Clinical Ethics*, Vol. 9 No. 4, (1998), p. 371.
- HOLMES, Morgan, «I'm still intersexual», *Hermaphrodites with attitude*, invierno (1994), p. 5.

- HUGHES, I. A.; HOUK C; AHMED S. F.; LEE P. A.; LWPES Consensus Group; ESPE Consensus Group, «Consensus statement on management of intersex disorders», *Arch Dis Child*, Vol.91, N° 7,(2006), pp. 554-563.
- KESSLER, Suzanne J. y MCKENNA, Wendy, *Gender: an ethnomethodological approach*, New York, Wiley, 1978.
- KESSLER, Suzanne J., «The Medical Construction os Gender: Case Management of Intersexed Infants», *Signs: The Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 16, n° 1, otoño (1990), pp. 3-26.
- KESSLER, Suzanne J., «Meanings of Gender Variability: Constructs of Sex and Gender», *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997.
- MALIN H. Marty, «Treatment Raises Serious Ethical Questions», *Hermaphrodites with Attitude*, otoño/invierno 1995-96, pp. 8-9.
- MCCCLINTOCK, Jeff, «Growing up in the Surgical Maelstrom», *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997.
- MCDONOUGH, Victoria Tilney, «Between the lines», *Missoula Independent*, 23 de noviembre de 2006.
- MILLETT, Kate, *Sexual Politics*, New York, Doubleday, 1970.
- NEWITZ, Annalee, «They wrecked my genitals! When doctors try to fix what ain't broke», *Gettingit.com*, 27 de julio de 1999.
- PLATÓN, «Banquete» en *Diálogos*, Madrid, Gredos, 1992, vol. III.
- RAÍCES MONTERO, Jorge Horacio (Comp.), *Un cuerpo: mil sexos. Intersexualidades*, Buenos Aires, Topía Editorial, 2010.
- TRIEA, Kira, «The awakening», *Hermaphrodites with attitude*, invierno 1994, pp. 1; 6.