

DE LO SOÑADO A LO POSIBLE:  
LAS NUEVAS VOCES DE LA INTERSEXUALIDAD

Nuria Gregori Flor

*Hospital General Universitari d'Elx. Universitat de València.  
interemergen@gmail.com*

Resumen: ¿De qué y de quién estamos hablando cuando nombramos la «intersexualidad»? ¿De personas con un desarrollo sexual atípico? ¿De nuevas identidades que no se adscriben al binomio hombre-mujer? ¿De la antigua etiqueta médica de las hoy conocidas como «Anomalías del Desarrollo Sexual»/«Disorders of Sex Development» (DSD)? Sea cual sea la respuesta a estas preguntas, lo cierto es que el fin del discurso único sobre la diferenciación sexual atípica es un hecho. La «intersexualidad» ha roto el silencio y ha salido de las historias clínicas médicas, para ocupar cada vez más espacio en lo social y lo mediático, en los debates académicos y/o activistas, en Internet, además de en el celuloide. Estos discursos emergentes sobre la «intersexualidad» sobrepasan el ámbito de lo sanitario, para alcanzar el plano de las creencias. Se trata de propuestas que amenazan algunas de las formas dominantes de dar sentido al mundo: la dicotómica construcción de género, la conexión entre genitales y género; la asociación entre relación heterosexual y coito. Un nuevo paradigma que cuestiona las «cirugías de normalización» sobre los cuerpos atípicos y que propone socializar la diferencia, celebrar la diversidad. ¿Y si aquello que consideramos «normal», no fuera más que «normativo»? ¿Quiénes son esos hombres y mujeres «normales»? ¿Y si las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no fueran más que una ficción, una construcción, una invención para mantener y reforzar las diferencias y desigualdades entre sexos?

Palabras clave: intersexualidad; género; identidades; normal/normativo; desigualdades entre sexos

**Abstract:** What and who are we talking about when we say "intersexuality"? Is it about people with an atypical sexual development? Is it about new identities that do not fit in with the man-woman dichotomy? Is it about the old medical label of what it is known nowadays as "Anomalies of Sex Development" / "Disorders of Sex Development" (DSD)? Whatever the answer to these questions, the fact is that the aim of the single discourse on atypical sexual differentiation is a fact. "Intersexuality" has broken the silence and has got out of medical case histories to occupy an ever-increasing space in the social sphere and in the media, in academic and / or activist debates on the Internet, besides films. These emerging discourses on "intersexuality" go beyond the realm of health, to attain the level of beliefs. They are suggestions that threaten some of the dominant ways of making sense of the world, such as the dichotomous construction of gender; the correlation between genitals and gender; or the association between heterosexual relationships and intercourse. They are a new paradigm that challenges "normalization surgeries" on atypical bodies and aims to socialize differences and celebrate diversity. What if what we consider "normal" is just "normative"? Who are those "normal" men and women? What if the biological differences between men and women were nothing else than a fiction, a construction, an invention to maintain and reinforce the differences and inequalities between the sexes?

**Keywords:** intersexuality; gender; identities; normal/normative; inequalities between sexes

Asistimos al controvertido nacimiento de lo que se ha bautizado como la *poética de la intersexualidad* (Cabral, 2008a). Las palabras y las imágenes alrededor de la intersexualidad han mudado de territorio y de dueño. El imaginario sobre ella que nos alimentaba hasta hace bien poco, nutrido por imágenes de bebés y adolescentes con bandas negras sobre los ojos, por genitales desnudos o por cirugías correctivas, se ha situado en el punto de mira de investigaciones sociales y bioéticas. La responsable de esta transformación ha sido la proliferación de voces de personas cuyos cuerpos presentan una diferenciación sexual atípica y que, bajo diferentes medios, han visibilizado y denunciado el estigma que han tenido que soportar, así como los protocolos médicos a los que han sometido sus cuerpos. Sus voces, calladas prácticamente hasta finales de los años noventa, han

desplazado el monopolio biomédico, generando un lenguaje y un discurso arriesgado que no da nada por sentado.

El género, el cuerpo, la sexualidad y la identidad son algunas de las categorías que las vivencias intersexuales han puesto en jaque. Cuerpos negados, imposibles, que no se acomodaban al modelo de «dimorfismo sexual»<sup>1</sup> y que eran incapaces de reproducir las expectativas sociales asociadas a la sexualidad —coitocéntrica y reproductora—, han desnudado su dolor para recuperar un cuerpo y una vida que les habían sido expropiados.

Con seguridad afirmaremos que uno de los métodos más efectivos para la legitimación de esos cuerpos y esas vidas ha sido el empleo de herramientas audiovisuales. Decía Mariana Viera (2011: 352) que las producciones cinematográficas son «una forma de decir social, de imponer normas con relación a lo posible y lo imposible». En este sentido, aunque internet haya sido la plataforma de encuentro y de despegue de lo que hoy se conoce como activismo *intersex*, ha sido quizás el cine la forma a través de la cual estas nuevas representaciones sobre cuerpos y sexualidades han alcanzado más rápidamente a un público mayoritario.

Pero, ¿cómo funciona este mecanismo de reproducción social que es el cine? Manuel Delgado describe el cine como un misterio, una vivencia radical de algo que, más allá de la mera experiencia estética, trastoca, conmueve y emociona. Para este antropólogo, el cine es algo así como un estado de hipnosis que trasciende contextos y épocas, que permite pensar en la posibilidad de lo que todavía no existe. Tiene la capacidad de insinuar que lo que muestra no es un sucedáneo de la realidad, «sino algo que se nos revela por medio de las imágenes con su forma más enérgica, restituida y emancipada de sus servidumbres discursivas o ideológicas» (Delgado, 2008).<sup>2</sup>

Lo invisible o fantástico se transforma en real y posible a través de las imágenes que engullimos en las pantallas de los cines: «Nos recuerdan de qué está hecha la vida, que no es sino de lo vivido más lo soñado; lo poseído, pero no menos lo anhelado o añorado; lo pensado, lo pensable,

1 El «dimorfismo sexual» es el modo en que la cultura occidental moderna concibe el mundo, un universo en el que existen únicamente dos sexos, biológicos, mentalmente distintos y excluyentes.

2 DELGADO, Manuel (2008) *La eficacia simbólica de las imágenes. Cine y chamanismo*. Curso en Cendeac, Murcia. Abril 2008.

pero también de las insinuaciones de lo inimaginable; para darnos noticia de lo inenarrable» (Delgado, 2008). Precisamente, los profesionales de la salud, nutridos hasta el momento de un discurso único —biomédico— sobre la intersexualidad, han tenido que recurrir a las imágenes soñadas, anheladas o imaginadas de esta nueva poética de la intersexualidad para incorporar una nueva mirada que a día de hoy permanece casi invisible.

El cine se convierte así en una herramienta privilegiada para construir un tipo de conocimiento que suma rigor científico, experiencia corporal y subjetiva, reflexión y crítica social. Solo olvidando por un momento nuestro bagaje biomédico, con sus etiquetas y descripciones categóricas, podremos completar un puzle mucho más complejo y de mayor riqueza que el anterior. Muchos profesionales de psicología, enfermería, ginecología, sexología, urología, etc., ya se han hecho eco de este nuevo discurso de la intersexualidad y lo han incorporado en sus investigaciones y en su práctica clínica.<sup>3</sup> Para quienes se acercan por primera vez al tema, el cine documental o el largometraje de ficción,<sup>4</sup> con sus diferentes miradas e intenciones, ya sean más estéticas, educativas, reflexivas, críticas o políticas, se convierte en un instrumento básico para reaprender nuevas representaciones y significados sobre la (inter)sexualidad.

Comenzaremos este recorrido con la historia de Adela (*Mi querida señorita*, 1971), una mujer que vivirá su intersexualidad durante ese periodo crítico y contradictorio de la España de principios de los setenta en el que convivían la educación y los valores del régimen franquista con una incipiente apertura que criticaba las certezas de la represión sexual y moral de ese momento. A miles de kilómetros, en la República Dominicana, Chi-Chi y Boni (GUEVOTE, 1997) nos mostrarán la posibilidad de vivir en

---

3 Entre muchos otros, podemos consultar los trabajos de psicólogas como Lih MEI LIAO, de ginecólogas como Sara Creighton (2004) o el de la pediatra uróloga Justine Marut Schober (1999). La enfermería ha sido uno de los grupos biosanitarios que últimamente se han sumado al interés por la intersexualidad, con investigaciones que exploran desde la experiencia de personas con condiciones intersexuales (MacKenzie, *et alii*, 2009); las narrativas de padres de niños con genitales atípicos y el lugar que las cirugías reconstructivas ocupan en sus vidas (Sanders, *et alii*, 2012) hasta la participación de niños en la toma de decisiones (Coyné y Harder, 2011).

4 Como afirmaba Delgado (2008), no existe distancia entre lo que es ficción y lo que dice plasmar la realidad. Es justo en esos intersticios entre lo imaginado y lo que realmente sucedió en diferentes épocas y culturas donde se generan nuevas preguntas y posibles respuestas.

un tercer sexo.<sup>5</sup> También nos acercaremos a la intimidad de activistas intersexuales de todo el mundo (*Octopus Alarm*, 2006; *Orchids*, 2010; *Intersexion* [Lahood, 2012]; *Me, my sex and I*, [Harrison, 2011]), así como a las metáforas visuales de *XXY* (Puenzo, 2007) o *El último verano de la boyita* (SOLOMONOFF, 2009). En estos últimos no solo detectaremos una denuncia explícita a la invisibilización, el secreto y la vergüenza que han vivido muchas personas diagnosticadas como «hermafroditas», «intersexuales» o con una «DSD/ADS»,<sup>6</sup> sino que apuestan por crear una sociedad en la que otros cuerpos, otros géneros y nuevas identidades son no solo posibles, sino deseables.<sup>7</sup>

5 Los *guedoche*, *machi-hembra* o *balls at twelve* de la República Dominicana son aceptados como personas que nacieron como mujeres, pero que por razones derivadas de la biología o por deseo de Dios, al llegar a la pubertad, se transformaron en hombres, les creció el pene y les descendieron los testículos (Bolin, 1996; en Nieto, 2003).

6 El término *intersexualidad* o *estados intersexuales* está en desuso dentro de la comunidad científica. En un consenso médico del 2006 fue sustituido por el término *DSD (disorders of sex development)/ADS (anomalías o trastornos del desarrollo sexual)* por considerarse que los términos anteriores, *intersexualidad*, *hermafroditismo* o *pseudohermafroditismo*, eran etiquetas controvertidas, vistas como peyorativas por parte de las personas afectadas y confusas por parte de los profesionales y los padres (Lee, et alii, 2006). Aunque algunas personas afectadas apoyaron este consenso (Dreger y Herndon, 2009), no es cierto que esta opinión sea generalizada. El debate sobre la terminología persiste a día de hoy y son muchos los que critican los protocolos establecidos por este consenso y sus terminologías —como el uso del término *disorders*, traducido al castellano como *trastornos* o *anomalías*— por sus connotaciones patologizadoras y sus tintes homófobos y transfobos (véase en <<http://oiiinternational.com>> o en Baechler, 2006; Diamond, 2006; Dauder y Romero, 2012). En este trabajo utilizaremos mayoritariamente el término *intersexualidad* y no el de *DSD*, ya que ha sido este el término que han defendido los directores y protagonistas de la mayoría de audiovisuales analizados. Asimismo, cuando utilicemos el término *DSD* lo entendemos como *diferencias en el desarrollo sexual*, no como *anomalías* o *trastornos* (Wiesemann, et alii, 2009).

7 Entre las diferentes representaciones audiovisuales sobre intersexualidad que hemos visualizado descubrimos distancias significativas. Contrasta, por ejemplo, la representación del hermafrodita asustado, enfermo y desprotegido de *Satyricon* (FELLINI, 1969) en el escenario de ciencia ficción de la fastuosa Roma Imperial, con ese realismo del reciente activismo *intersex* de *Intersexion* (2011) o de *Me, my sex and I* (2011). Para este artículo no ha sido posible abarcar todos los audiovisuales que existen sobre intersexualidad, pero para ampliar información sobre el tema recomendamos *Mystère Alexina* (FÉRET, 1985), *Dark secret: XY women* (BBC, 1996), *Hermaphrodites speak!* (ISNA, 1997), *Boy or girl? When doctors choose a child's sex* (ABC NEWS, 1998), *XXXY* (GALE, 2000), *Both* (BARCELLOS, 2005), *Too fast to be a woman? The story of Caster Semenya* (GINNANE, 2011), y algunos capítulos de series televisivas de temática médica, como «Desde el principio» en *Grey's Anatomy* o el episodio «Cuestión de confianza» en la serie *MIR* (2007).

En definitiva, este va a ser un viaje a través de imágenes en el que vamos a encontrar una constante: la de unos cuerpos y unas vidas marcadas por un estigma. Las maneras de responder a ese estigma serán lo sorprendente y enriquecedor de este viaje.<sup>8</sup>

*Del confesionario a la identidad custodiada por la medicina*

Las fantasmagorías de la naturaleza  
pueden promover los extravíos del libertinaje

Micheal Foucault (1985: 14)

España. Años setenta. Control sexual y moral. Represión y confusión, pero también apertura y cambio. Doble moral curtida de nuevas posibilidades. Adela Castro es una mujer de 43 años, educada en la estricta moral del nacionalcatolicismo español de los años cuarenta y cincuenta que representa la figura de la «solterona», es decir, esa mujer a quien la acompaña un estigma por no responder a las expectativas de feminidad de la época: no ser ni madre ni esposa. Una tormentosa atracción lésbica hacia su criada Isabelita, sumada a su secreto (se afeita y le crece pelo en el pecho), desencadena la búsqueda de ayuda en el párroco de su iglesia. Bajo la tutela y el secreto de confesión del sacerdote, responsable del orden moral en la época, Adela declarará que se afeita todos los días y que a sus casi 40 años no ha tenido contacto carnal con ningún hombre.

Feliciano Blázquez (1977) recurriría a la expresión de la «mística de la feminidad» de Betty Friedan (1963)<sup>9</sup> para denominar el medio a través del cual el nacionalcatolicismo franquista establecía una estrecha co-

8 Nota sobre las traducciones: para evitar alargar demasiado el texto hemos decidido utilizar la versión en castellano de los fragmentos de las películas y los documentales que vamos a ir citando. En algunos casos, ya eran películas en castellano (*Mi querida señorita*, *XXY* o *El último verano de la boyita*); en otros, como *Octopus Alarm* o *Orchids*, la traducción la hemos realizado entre varios miembros del proyecto de investigación del Instituto de Filosofía del CSIC-Cartografías del Cuerpo: Biopolíticas de la Ciencia y la Tecnología, FFI2009-07138. Financiado por el Plan nacional I+D+i, gracias al cual se ha podido realizar esta investigación. En el resto de audiovisuales, la traducción ha sido propia.

9 *La mística de la feminidad*, de BETTY FRIEDAN (1963), fue un referente indispensable del feminismo de la década de 1970 e hizo un exhaustivo análisis del rol de las mujeres de clase media «convertidas por la sociedad en amas de casa sin recursos propios».

nexión entre la vida sexual y el confesionario. El tratamiento represivo de la sexualidad se canalizaba principalmente en el confesionario y era el párroco local el responsable de juzgar y adoctrinar la intimidad de sus feligreses. Predicaba: «Por ley divina, cualquier expresión o actividad sexual solo era moralmente aceptable en el contexto del santo matrimonio heterosexual y monógamo» (Hontanilla, 2006: 115). Sin embargo, en ese contexto de cambio, el sacerdote de *Mi querida señorita* acabará rompiendo el secreto de confesión para pasarle el testigo a un médico amigo suyo, el nuevo actor responsable de establecer y comunicar a Adela su verdadero sexo:

ADELA: ¿Es algo grave, doctor?

DOCTOR: No, no, en absoluto. Aunque habrá que intervenir, desde luego.

ADELA: ¿Intervenir?

DOCTOR: Sí, pero no se alarme. Será muy sencillo.

ADELA: Perdone, doctor, pero yo físicamente me encuentro muy bien, no veo la relación que...

DOCTOR: Pues la hay. Claro que la hay. No se puede tener la mente enferma sin que el cuerpo lo esté también. Y no se trata precisamente de una dependencia o interrelación, sino de una completa y total identidad.

ADELA: Le agradeceré que me hable sin rodeos. Yo soy una mujer fuerte y valiente.

DOCTOR: Ya lo sé. Y tienes razón en todo, excepto en una cosa. Es usted fuerte y valiente, pero no es usted una mujer, no lo es (*Mi querida señorita*, 1971).<sup>10</sup>

La historia de Adela podría haber sido el itinerario de cualquier persona cuyo aspecto o cuerpo sexuado difería de los cánones sociales de normalidad. De la iglesia a la consulta médica. De la confesión católica a la confesión médica. Del secreto de confesión al secreto médico. El recorrido de Adela también sería paralelo al que hizo a finales del siglo XIX Herculeine Barbin, la mujer hermafrodita cuyas memorias recuperó Michel Foucault (1985). Barbin declaraba en sus memorias cómo fue el obispo quien rompió el secreto de confesión para poder someterla a un examen médico. Este examen descubrió unos testículos en proceso de descenso y un clí-

10 33<sup>o</sup>.

toris demasiado grande para ser considerado como tal. Una declaración legal dictó que Barbin era varón y fue obligada a dejar su vida y su trabajo. En París vivió el aislamiento y la pobreza, hasta que, en 1868, el profundo desarraigo acabó con su vida.<sup>11</sup>

En ambos casos, una sentencia médica desvelaba una supuesta «identidad verdadera» que obligaba/permitía acceder a un cambio de sexo social y legal. Liberación o condena, el caso es que el guion de BORAU y ARMIÑÁN no detalló los pormenores de ese proceso médico que finalizaba con el cambio de identidad de Adela a Juan.<sup>12</sup> Pero, ¿qué lecturas podría hacer el público ante ese supuesto final feliz en el que Juan e Isabelita, hombre y mujer, se reencuentran y se enamoran? Una posible interpretación sería pensar que la atracción que Adela experimentaba hacia Isabelita no era homosexual, sino la definitiva revelación de su sexo verdadero, de su inclinación natural como hombre. La medicina habría actuado en esta situación como mediadora y como posibilitadora de las condiciones para una vida plena; algo muy distinto a lo que sucedía con Barbin, en su caso, la intervención médica y legal la destruyó.

Otra lectura sugeriría que Adela, una mujer que no acababa de encajar en la sociedad por su apariencia y corporalidad masculinas, y por la atracción sexual que sentía hacia las mujeres, solo podría disfrutar de una existencia más digna y feliz como Juan; no tanto porque su identidad o vivencia más íntima fuera en masculino, sino porque esta era la única opción. Bajo esta perspectiva, el cambio de identidad custodiado por la medicina se presenta como la única alternativa y la medicalización se convierte en ritual de paso obligado para ser posible, sin fisuras ni ambigüedades.

*Mi querida señorita* plantea ese punto de inflexión entre un modelo de moral religiosa y un modelo de verdad científica. La religión pasa el testigo a la medicina, pero ambos modelos de la España franquista y posfranquista persiguen el mismo objetivo: perpetuar un orden sexual impe-

11 No siempre ha sido la medicina la legitimada para determinar la identidad de género de los sujetos. Años antes, y hasta final del Antiguo Régimen, la identidad civil del sujeto se establecía en relación con sus lazos externos de sociabilidad, es decir, que la verdad del cuerpo no era médica, sino el efecto de una ceremonia de elección y juramento en la cual la autoridad recaía sobre la familia y tutores (VÁZQUEZ y MORENO, 1995; FOUCAULT, 1985).

12 En tan solo una escena, Adela pasa de la consulta del médico al tren que la conduce, ya como Juan, de Pontevedra a Madrid. Sospechamos que hay un diagnóstico de hermafroditismo por en medio, y quizás un tratamiento quirúrgico y/o hormonal.



rante que penaliza los cuerpos, los comportamientos y los deseos abyectos según unos valores y una ideología. Hoy, la modificación biotecnológica de los cuerpos se plantea como solución única para encajar en los esquemas morales de aquellos lugares donde la vida está fuertemente medicalizada. Tanaz Eshaghian nos permite constatarlo en su documental sobre el Irán contemporáneo, *Be like others* (2008). Irán es un país donde la homosexualidad está perseguida y castigada con la pena capital, y donde el gobierno realiza gratuita y legalmente intervenciones de cambio de sexo a las personas que lo solicitan. En este contexto, muchas personas homosexuales optan por un cambio corporal que permite cambiar de identidad de género y vivir una sexualidad heterosexual sin ser perseguidos.

Dirán Vázquez y Moreno (1995) que el cuerpo intersexual representa ese cuerpo que potencialmente reúne todos los requisitos para la «trasgresión social».<sup>13</sup> Esta afirmación se materializa en la escena de XXY en la que Álvaro y Alex mantienen un encuentro sexual. La aparente inversión de papeles sexuales en esa relación cortocircuita nuestras expectativas y vuelve inoperantes las categorías disponibles.<sup>14</sup> «Ella estaba arriba, rompiéndole el culo al hijo de tus invitados, ¿te alcanza o quieres que te lo dibuje?»;<sup>15</sup> «Si no es este pibo va ser cualquier otro. Sabíamos que esto iba a pasar»;<sup>16</sup> «No te hagas ilusiones, nunca va a ser una mujer aunque un cirujano le corte lo que le sobre».<sup>17</sup> La confusión inicial —un varón, Álvaro, siendo penetrado por Alex, una mujer con pene— seguramente lleve a formular otros interrogantes: ¿es Alex realmente una mujer? ¿está Álvaro enamorado de Álex o en realidad es homosexual y solo desea su «pene»?

El problema de tener un cuerpo inclasificable o intermedio en términos sexuales es que se le atribuye el poder y el potencial de transgredir el

13 VÁZQUEZ y MORENO (1995: 95-96) explican cómo, en la tradición del pensamiento moderno, el monstruo sexual, es decir, el hermafrodita, simboliza la trasgresión, una ofensa dirigida simultáneamente al orden de la naturaleza y de sus leyes y al orden jurídico de la sociedad, pues trasciende los límites del género, de división de los sexos, fuente de los roles familiares y las convenciones sociales. En rigor, se trata de un individuo que carece de identidad, una cabeza sin rostro; nuestra cultura exige un perfil jurídico y psicológico de los sujetos, que la verdad de cada sujeto, su personalidad, pase por su determinación sexual, y esta posee un carácter monosexual, una mismidad bien recordada: mujer o varón.

14 32'30" a 34'20".

15 42'12".

16 42'30".

17 43'.

orden sexual y moral. Es entonces la biomedicina la responsable de vigilar y controlar que esa trasgresión no ocurra, y lo hará, en primer lugar, catalogando y patologizando la diferencia, para, a posteriori, diseñar cuerpos a la carta con la ayuda de tecnologías médicas —cirugía y hormonas—. El resultado del proceso médico es la producción de cuerpos sumisos capaces de reproducir el esquema de coherencia de dos sexos biológicos, dos identidades de género únicas y estables a lo largo de toda la vida, un deseo heterosexual basado en la complementariedad entre sexos y unas prácticas sexuales coitocéntricas orientadas a la procreación (Butler, 2006).

### *Diagnosticando y corrigiendo la diferencia*

El otro día escuché a un médico decir que no existimos porque en el momento en que eres asignad\* a un sexo u otro dejas de ser intersexual. Pero en realidad eres intersexual toda tu vida.

(Aleyshia en *Orchids*, 2011)<sup>18</sup>

La intersexualidad, o en la actualidad las consideradas DSD/ADS, es la etiqueta médica estipulada para nombrar los cuerpos sexualmente no normativos. Se trata de un cajón de sastre que recoge casi dos docenas de condiciones, entre ellas el síndrome de Klinefelter (SK), el síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA), la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) o la disgenesia gonadal (DG). Para la biomedicina, estas condiciones son el resultado de errores o de alteraciones en el desarrollo o diferenciación sexual del feto (Piró Biosca, 2002; Gracia Bouthelie, 2002; Lee, *et alii*, 2006). Cromosomas, gónadas, secreciones internas y apariencia externa deben alinearse de tal manera que respondan a un esquema programado en el que solo existen dos posibilidades: un diseño en femenino o uno en masculino. Podríamos pensar que el motivo por el que estas situaciones han sido leídas como anormales está relacionado con la baja frecuencia con la que aparecen, aunque esta hipótesis dejaría de ser válida si atendemos a ejemplos etnográficos (Bolin, 2003). En cualquier caso, hablamos de una situación que afecta a más personas de las que pensamos. DREGER sostendrá en *Intersexion* (2011) que «hablar de estadísticas infe-

18 14'39".

riores de 1/2000 casos por personas nacidas vivas es un dato conservador, por lo que estamos hablando de un número de población importante para quienes no existe un lugar previsto en el mundo». <sup>19</sup> Es más, en *Orchids* (2010) se llega a afirmar que «en una ciudad como Londres o Nueva York unas 100.000 personas tendrán DSD de algún tipo. En total, las DSD ocurren con tanta frecuencia como los gemelos o pelirrojos». <sup>20</sup>

Hoy en día, una concepción biotecnológica del sexo penetra en el interior invisible del cuerpo para estipular lo que es normal y lo que no lo es. Este imaginario de normalidad respecto al sexo remite a parámetros perceptibles únicamente con ayuda de nuevas tecnologías de diagnóstico médico. También es desde este espacio intangible del cuerpo desde donde comienza el proceso de «normalización» médico. En primer lugar, un equipo de expertos tratará de resolver qué ocurrió durante el desarrollo-fetal: «Revisan los contenedores del ADN del cuerpo, los cromosomas, luego las gónadas, y si tienen útero o no. También prueban qué hormonas está produciendo el cuerpo y tratan de determinar cómo se desarrollarán los genitales del bebé» (*Me, my sex and I*, 2011). <sup>21</sup> En los casos en que aparezcan genitales ambiguos, deben actuar como detectives, tratar de averiguar cuáles son las estructuras externas y las internas, porque «puede existir un XY y testículos, tener aspecto femenino e identificarse como chica, o tener XX, ovarios e identificarse en masculino». <sup>22</sup> El verdadero objetivo de este escrutinio consiste en adivinar la futura identidad de género de esa persona.

Pero, ¿es posible anticipar la identidad a partir de elementos orgánicos como los cromosomas o las hormonas? Según el modelo científico vigente, son fundamentalmente las hormonas (y su influencia durante el desarrollo fetal), los componentes del sexo que más condicionan la identidad, los comportamientos y los deseos de las personas. Esto supone que, aunque médicamente se haya separado la intersexualidad como algo corporal, de la transexualidad o la homosexualidad como algo psicológico o mental, en el fondo siguen estrechamente vinculadas, ya que se asume que en todas ellas existe algún tipo de desajuste hormonal prenatal.

19 2’

20 6’36”.

21 10’.

22 10’39”.

Dentro del abanico de intersexualidades posibles, la situación que se percibe como más crítica es aquella en la que aparecen genitales atípicos al nacer. En estos casos, se activa un complejo proceso médico y tecnológico concebido para lidiar con las rigideces de la dualidad de género. Solo existen dos opciones en los certificados de nacimiento, por lo que los médicos «tienen que asignar uno u otro, con lo que ellos y la familia crean que se identificará el niño cuando sea mayor» (*Me, my sex and I*, 2011).<sup>23</sup> Al ser incapaces de adivinar la identidad futura, la elección del sexo se basa principalmente en la forma y el tamaño de los genitales. Si estos encajan dentro de los márgenes previstos —desde la primera ecografía hasta el momento del nacimiento—, nadie se planteará la posibilidad de que en un futuro podamos identificarnos con un sexo distinto al que nos asignaron. Una persona con pene ¿cómo no se iba a sentir hombre? Sin embargo, unos genitales atípicos harán saltar todas las alarmas y la elección del sexo se convertirá en una apuesta más que dudosa. ¿Existe una relación causal entre la anatomía de los genitales y la identidad de género? Difícil de prever, porque igual que encontramos personas que nacieron con genitales atípicos y jamás han sentido dudas respecto a la identidad de género que les asignaron al nacer, también hay otras que nacieron con genitales estándar y que un día decidieron transitar al otro sexo.

Pero la intersexualidad no es sinónimo de genitales atípicos y, en la mayoría de ocasiones, ni se detecta en el nacimiento y mucho menos genera dudas para asignar uno u otro sexo: «para algun\*s de nosotr\*s, se identifica en el nacimiento, otr\*s no lo descubren hasta más tarde o ni siquiera lo descubren» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).<sup>24</sup> Se trata de cuerpos que no se ajustan a la «norma sexuada» en cuanto a su apariencia externa o su funcionamiento; por ejemplo, no son capaces de reproducir una sexualidad heterosexual basada en el coito y la reproducción, son hombres que no pueden orinar de pie —hipospadias— o mujeres que no menstrúan y tienen testículos —SIA—. Son cuerpos que se colocan en la bandeja de entrada de lo corregible y tratable. Si el cuerpo no se ajusta a la norma, las tecnologías médicas —cirugía y hormonas— forzarán ese engranaje. De no corregirse, cargarán el estigma, el sufrimiento y la exclusión social por ser diferentes.<sup>25</sup>

23 10'40".

24 6'57".

25 A día de hoy, las cirugías sobre genitales ambiguos en casos de intersexualidad siguen sin cuestionarse en la práctica asistencial dentro del Estado español. Se trata de «cirugías nece-

Hasta aquí todo parece lógico y bien intencionado. Si la sociedad no ofrece más posibilidades, entonces ayudemos a las personas a encajar dentro del único esquema disponible. Pero no era suficiente con corregir. Según los primeros protocolos dirigidos por el pediatra John Money (1955), el éxito de este proceso dependía de que los padres confiaran ciegamente en las directrices médicas y que no dudaran sobre el género del bebé, ya que esto podría dirigir hacia una socialización ambigua. Por último, y como condición básica para que toda la maquinaria no fallara, toda la información sobre estas intervenciones debería mantenerse en secreto. Bo Laurent (Cheryl Chase) explica en *Intersexion* (2011) cómo los médicos dijeron a sus padres que debían mudarse a un sitio donde nadie les conociera y empezar de nuevo, cambiándole el nombre a la que a partir de ese momento sería una niña. Un nombre que sonara igual para que ella no notara la diferencia. También deberían eliminar todas las fotos, cartas y referencias a ella como chico.

El resultado de estos secretos fue dramático, aunque muchos de nosotros no hubiéramos sospechado del éxito de la fórmula de Money, de no ser por las historias contadas en documentales como *Octopus Alarm, Orchids, Me, my sex and I* o *Intersexion*. Muchas de las experiencias íntimas relatadas en estos documentos vienen a decir que los tratamientos médicos y quirúrgicos no borraron la intersexualidad. El hecho de que desde un principio sus cuerpos fueran inspeccionados, negados y corregidos les hizo sentir anormales y no válidos. Tener que guardar silencio o no descubrirlo hasta muchos años después les provocó rabia, odio y aislamiento:

Nací con hiperplasia suprarrenal congénita o HSC y con una condición de hermafroditismo verdadero: era una combinación de varón y mujer. Los médicos decidieron que me educarían como varón. Sacaron mi útero, me cosieron la vagina y desde muy pequeña empezaron a darme hormonas para convertirme en varón. Pero mientras crecía siempre supe que era una mujer.

---

sarias» que presuntamente evitarán el sufrimiento y el rechazo social que pudiera devenir de mostrar unos genitales «disfuncionales». Prueba de su no cuestionamiento es el hecho de que, desde 1995 hasta el momento presente, «las cirugías a estados intersexuales patológicos» continúan considerándose prestaciones sanitarias gratuitas y básicas del SNS. Las intervenciones son gratuitas, aunque la mayoría de ellas no conlleven ningún riesgo para la salud. Pero se asume que la intersexualidad es una enfermedad que debe corregirse, a pesar de que cada vez más estudios sostengan que la cirugía no soluciona el estigma ni el sufrimiento, sino todo lo contrario (DIAMOND y SIGMUNDSON, 1997; DREGER, 1999; DREGER y HERNDON, 2009).

Recuerdo volver a casa de la escuela un día y decirle a mi madre: «Mamá, ¿soy hermafrodita?» Y ella enseguida cambió de tema (Aleyshia, en *Orchids*, 2010).<sup>26</sup>

Lo que quería era buscar al cirujano y suicidarme delante de él [...]. Lo que me causó problemas no fue la cirugía, sino la vergüenza (Bo Laurent, en *Intersexion*, 2011)

*Cuerpo, dimorfismo sexual e identidades imposibles:  
secretos, mentiras y silencios*

Creo que lo peor que te puede pasar es que no sepas qué te está pasando

(Alex Jürgen, en *Octopus Alarm*, 2006).<sup>27</sup>

¿Qué supone vivir con un cuerpo intersexual? ¿Cuál ha sido la vivencia de las personas cuyos cuerpos sexuados sobrepasan los límites consensuados culturalmente? Ser mujer u hombre constituye el núcleo primigenio en la formación de la identidad, y las expectativas dualistas alcanzan al cuerpo, a la identidad y a la subjetividad. No es posible ser en la indefinición, en un cuerpo no reconocido entre las dos únicas posiciones aceptadas socialmente. La sociedad leerá los cuerpos no clasificables como peligrosos, mientras que los «normales» (Goffman, 1998) asumirán que la intersexualidad es algún tipo de desviación sexual, posiblemente vinculada a la homosexualidad, la transexualidad, o incluso a otras «perversiones sexuales». Peter Trinkl (*Intersexion*, 2011), una persona que nació con genitales ambiguos, explica cómo a la gente como él se la incluye con frecuencia en el «saco de los maricones» (*faggot bag*)<sup>28</sup> porque no responden a las nociones de masculinidad típica. En el caso de Peter, tener un pene mucho más pequeño que sus compañeros le supuso mucho dolor, especialmente durante la adolescencia, cuando compartía vestuarios y duchas con otros chicos.<sup>29</sup> En *Orchids* (2010), el marido de Phoebe revela ante la cámara que

26 13'55".

27 1:09'13".

28 29'55".

29 10'50".

al descubrir que Phoebe tenía SIA y, por tanto, cromosomas sexuales XY y testículos, se cuestionó si en realidad él no sería gay.<sup>30</sup>

Su cuerpo les sitúa en una posición de desventaja que, en situaciones extremas, les puede llegar a convertir en blanco fácil de abusos sexuales. Tamayo (en Viera, 2011) explica cómo el uso de la violencia en el terreno sexual ha sido no solo la forma por excelencia de ejercicio de la violencia contra las mujeres, sino también contra quienes escapan del orden social establecido. En *El último verano de la boyita*, *Octopus Alarm* y *XXY*,<sup>31</sup> se exploran diferentes respuestas de disciplinamiento para aquellos que se salen de su lugar, para aquellos que osan subvertir el orden.

Según Rostagnol (en Viera, 2011), en un cuerpo que no es masculino ni femenino, sino ambas cosas a la vez, la violencia del uso y abuso del otro adquiere con más claridad que nunca su carácter de estructura de poder basándose en el género como ordenador social. Será normalmente un grupo de varones verdaderos los responsables de restaurar el orden patriarcal mediante el uso de la violencia (XXY, 2007). Haya o no violación cruenta, en el sentido de penetración, sí existe una violación alegórica de su intimidad (Viera, 2011: 361).

Sin embargo, para David Vandertle (*Intersexion*, 2011), lo que les sitúa en una posición de desventaja no es tanto su cuerpo, sino el secretismo que existe alrededor de su diferencia. Los secretos, la vergüenza y la violencia forman parte de la vida de la mayoría de las personas intersexuales desde prácticamente el primer minuto de vida: «Todo el mundo está deseando saber qué es el niño. ¿Cómo decirles que realmente no lo sabemos todavía?». Aileen Schast, psicóloga clínica del Children Hospital of Philadelphia, explica cómo unos genitales atípicos que no posibilitan una identidad de género inmediata son una experiencia tan traumática para las familias que puede ser vivida incluso peor que un diagnóstico de cáncer:

En realidad tenía un padre que me dijo que casi deseó que su hijo tuviera cáncer, porque al menos la gente había oído hablar de eso. Así, cuando necesitara apoyo, les podría decir: «Esto es lo que mi hijo tiene», y la gente sabría lo que significaba. Decir: «Mi hijo tiene disgenesia gonadal mixta», eso no significa nada para ellos. Ellos [se refiere a los padres] se ven asustados y abrumados. Creo que puede ser muy confuso y provocar aislamiento en las familias. Lo que más me preocupa es que esa sensación de vergüenza comienza a desarro-

30 29'16".

31 1:00'45" a 1:02'50".

llarse. «Eso es algo de lo que no puedo hablar. Tiene que ver con los genitales, no hablamos de eso». Así que no puedo decírselo a mi hermana, tampoco a mis amigos en el trabajo (Aileen Schast en *Me, my sex and I*, 2011).<sup>32</sup>

Tradicionalmente, este trauma inicial se ha resuelto callando y ocultando el diagnóstico, las visitas al médico, las hospitalizaciones, todas las cirugías, así como los tratamientos que se tienen que tomar de por vida. Todo el proceso de diseñar cuerpos normativos debe realizarse en silencio. Alex Jürgen afirma contundente: «Ser intersexual significa que tienes muchos secretos».<sup>33</sup> Nadie debe saber qué eras antes, cómo era tu cuerpo antes. La identidad corporal anterior deberá ser borrada. De manera que, muchas veces, los recuerdos sobre esos primeros años, las idas y venidas al médico, las inspecciones, las caras y miradas de preocupación, los comentarios en voz baja, las conversaciones interrumpidas, las mentiras, etc., forman una nebulosa de confusión y de dolor:

«De hecho, lo recuerdo. En mi memoria se quedó que fui a operarme de una hernia. Pero cuando miro realmente hacia atrás, sé que eso fue lo que me dijeron que dijera a todo el mundo. Así que obviamente empecé a creerme lo que le decía a todo el mundo todo el tiempo, que me habían operado de una hernia. ¿Sabes? Para curar la hernia, pero no, lo que hicieron fue... ellos... me extirparon los testículos. Sí. Realmente no sé qué me dijeron, era demasiado joven, pero pienso que fue algo traumático para mí. De hecho tengo una cicatriz gigante, una cicatriz física»<sup>34</sup> [...]. «Desaparecí durante un verano. Recuerdo que la gente me preguntaba por mis vacaciones y tenía que inventar historias, contar mentiras. Después de ser examinada y operada decidieron que querían traer a diez estudiantes de enfermería para que observaran mi coño mientras me metían los dedos y cosas así».<sup>35</sup> [...] «Desde bien pequeña el personal médico y mis padres me dijeron muchas veces que tenía un cuerpo anormal y cosas así» (Bonnie, en *Orchids*, 2010).<sup>36</sup>

En *Orchids* (2011), Bonnie recuerda con rabia cómo, mientras le decían todo aquello, tampoco se le mostraba cuál era ese supuesto modelo saludable de cuerpo. Simplemente «observaban insistentemente los ge-

32 9'13"

33 41'55"

34 17'36"

35 18'18"

36 18'52"



nitales y programaban cambios en su cuerpo equivocado». <sup>37</sup> En *Octopus Alarm* (2006), Karin, una mujer del grupo alemán de mujeres XY, explicaba como «los médicos no paraban de mirarme boquiabiertos desde que era pequeña. Me trataron como si fuera un conejillo de indias, me bajaban las braguitas y aparecían quince médicos con una cámara. ¿Cómo me iba a sentir como una persona normal?». <sup>38</sup>

Toda esta información y cada una de las anécdotas deben mantenerse en secreto. Se trata de cosas íntimas que deben resolverse en familia. Secretos de familia que se transforman muchas veces en odio, hacia uno mismo y hacia los demás; en rabia, al descubrir todo lo que les han ocultado o lo que les obligaron a callar, al no darles la oportunidad de decidir sobre su propia vida, sobre su propio cuerpo. En palabras de Chi-chi, se convierte en una «crítica callada»: «Te criticas por ti mismo, por dentro. Es algo que es mental, y está también la vergüenza» (Guevotte, 1997). <sup>39</sup> En *Octopus* (2006), <sup>40</sup> Alex interpreta el hecho de haber pasado una leucemia como consecuencia de lo mucho que se odiaba a sí mismo y a su cuerpo. Está seguro de que esta fue la causa de enfermar, y reconoce que, una vez superado, «no empiezas un día a quererte de repente». En casa de Bonnie y Phoebe nunca se habló del tema y las hermanas crecieron sin saber que ambas tenían la misma condición conocida como SIA. Al descubrirlo, la primera respuesta fue miedo e inseguridad; más tarde llegó la rabia, seguida de caos y autodestrucción: «De alguna forma me cortaron las raíces de mi verdadera naturaleza [...] Me volví una maestra de la mentira, de la fantasía, de la creación de realidad» (Bonnie, en *Orchids*, 2010). <sup>41</sup> Luego llegó la bulimia y, como afirma Phoebe, «buscaba maneras de escapar de quien era realmente»: <sup>42</sup>

No podía entender por qué yo era tan rara. ¿Por qué a mí? Perdí todo el interés por los estudios y me distancié de mis amigas. Odiaba a mi madre, odiaba a todo el mundo, y sobre todo me odiaba a mí misma. Sabía que la gente sabía más de mí que yo misma y ese sentimiento me acompañaba todo el tiempo.

37 19'01".

38 1:00".

39 7'30".

40 11'35".

41 25'06".

42 25'23".

Y eso me hacía sentir básicamente como una extraterrestre (Phoebe, en *Orchids*, 2010: 9'38").

Ser intersexual significa tener que lidiar continuamente con la mirada y el juicio ajeno. Significa someterse a su vigilancia constante, para acabar convirtiéndonos en nuestros mejores vigilantes. La vergüenza penetra en la subjetividad de la persona a partir de la mirada externa, la que refleja la norma. Anticipan Cabral y Maffia (2003) que la norma contiene una construcción de género que antecede a la lectura misma de los genitales y que es lo suficientemente fuerte como para disciplinar los cuerpos cuando no se adaptan cómodamente a lo que se espera de ellos. La ciencia, como producto social, cultural e ideológico, interpreta la realidad desde esa lectura de género, habilitando o negando unas u otras construcciones biológicas.

Para Rostagnol (en Viera, 2011), el sujeto con un cuerpo más o menos «estándar», vive su cotidianidad en una relación de transparencia consigo mismo, en la que el relieve del cuerpo se suaviza y solo plantea dificultades provisionales. Sin embargo, con un cuerpo sexualmente atípico, la relación cotidiana con el cuerpo se vuelve extrema, problemática.<sup>43</sup> El cuerpo se siente con insistencia o, por lo contrario, se puede borrar. La persona intersexual ha aprendido en su proceso de socialización que su cuerpo es un problema. No es de extrañar que muchas personas afectadas se acaben leyendo como peligrosas, erróneas e incluso monstruosas. Su vivencia está marcada por un estigma:

Debido a que la gente me decía que algo malo estaba creciendo en mi cuerpo me sentía como una cosa rara. Un día fui al museo La Casa de la Naturaleza y vi bebés y fetos expuestos que tenían tres manos. Partes que no debían crecer, como yo. Debía ser un monstruo. Les dijeron a mis padres que no debían hablar del tema conmigo; que debían criarme como si fuera asexual. Ya, como si fuera posible. Les dijeron que no permitieran que les viera desnudos (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm*, 2006).<sup>44</sup>

Irving Goffman (1998) definió el estigma como una marca, visible o no, que ubica a la persona que lo posee en algún lugar de desventaja social, pero que solo puede actuar si la propia persona que lo posee es partícipe de esta concepción del mundo en el que su característica es un defecto, fallo o desventaja. Una anatomía de los genitales atípica, una mujer con barba,

43 Rostagnol (en VIERA, 2011) se refiere a estas relaciones extremas con el cuerpo en situaciones de enfermedad o de sometimiento.

44 1:09'18".

un hombre menstruante o con pechos corresponderían al tipo de estigma que Goffman calificaría como «abominaciones del cuerpo». Todos hemos interiorizado y colaboramos en reproducir los ideales de belleza que dicen qué cuerpos son deseables y, en consecuencia, serán más exitosos. Por tanto, no solo el aparato social y los demás consolidarán mi diferencia, sino que yo misma aceptaré mi lugar en los márgenes. He aprendido el punto de vista de los «normales», y eso implica el conocimiento de que se posee un estigma particular (Goffman, 1998):

Mirábamos hacia la playa sin mirarnos la una a la otra, como observando el horizonte. Ella dijo algo así: «Tienes una condición llamada síndrome de feminización testicular. Eso quiere decir en dos palabras que tienes cromosomas masculinos». Para mí fue como: «¡Oh, Dios mío, soy un chico!» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).<sup>45</sup>

Debido a las consecuencias dramáticas de este estigma, se entiende que para muchas personas poseer un diagnóstico médico suponga una liberación y un descanso. Un diagnóstico es algo tipificado que demuestra que no eres la única persona en el mundo a quien le ocurre esto. A pesar de que un diagnóstico de DSD representa en muchas ocasiones la entrada en un circuito de normalización violenta, al mismo tiempo, proporciona la seguridad necesaria bajo la cual sentirse reconocido. «No sé, de alguna manera fue un alivio. No era una cosa extraña que solo me pasaba a mí» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).<sup>46</sup> El lugar de la etiqueta médica puede ser un lugar más vivible, seguro y legítimo que el de la incertidumbre, dado que proporciona una explicación científica que aleja la idea de la monstruosidad.

Sin embargo, vivir con un cuerpo sexualmente atípico sometido a exploraciones y tratamientos médicos suele convertirse en una dura travesía llena de obstáculos que cuestionan la propia identidad. Mis cromosomas, mis gónadas, mis genitales, mis pechos, mi barba, mi imposibilidad de tener hijos, no tener vagina con la que tener una relación sexual con penetración o no poder penetrar con mi pene me recordarán constantemente que, de alguna manera, ocupo un género impostado, que debería ocultar o mentir sobre mi «verdadera naturaleza» y, lo peor de todo, que mi «verdadera naturaleza» nunca podrá ser un lugar querido o deseado por los otros.

45 10'23".

46 10'39".

La autoevaluación, con lecturas e interpretaciones sobre las formas de ser o de actuar de un\* mism\* y su posible relación con el diagnóstico de DSD, se sucede continuamente. Si no soy hombre ni soy mujer, ¿qué soy?, ¿qué elementos, características o funciones corporales son vividas como determinantes a la hora de definir la identidad?, ¿cómo condiciona mi «naturaleza intersexual» mis experiencias, mis actitudes, mis deseos o mis prácticas?, ¿serán mis cromosomas XXY, serán los testículos que tengo en el interior, será un exceso de testosterona los que me hacen decir o hacer esto?

La mayoría de mujeres diagnosticadas de SIA descubren algún día que en su interior albergan cromosomas XY y testículos. Tener «testículos»<sup>47</sup> es un tabú para las mujeres SIA; una palabra impronunciable que les recuerda que en su origen fueron hombres —por su cariotipo XY— y que, de no ser por una mutación genética, habrían nacido varones (en *House*).<sup>48</sup> En la mayoría de ocasiones estas gónadas se extirpan mediante una orquidectomía profiláctica, poco después del diagnóstico, por el riesgo que corren de malignizarse. Sin embargo, nos atreveremos a afirmar que los motivos de esta intervención exceden los riesgos para la salud. Así, por ejemplo, en el caso del SIA completo se estima un riesgo de desarrollar un seminoma o un tumor de un 0,8% (Cools *et alii*, 2006). Aún así, y a pesar de los beneficios para la salud que comporta conservar esas gónadas intactas, hasta hace bien poco no se cuestionaba esta intervención porque no podía concebirse que una mujer tuviera testículos (Grovesman, 1999).<sup>49</sup>

De hecho, no hay nada más estigmatizante y que ponga más en duda la experiencia de feminidad de muchas mujeres que descubrir que sus gónadas no eran ovarios sino testículos. La polémica serie televisiva *House*

47 Los expertos médicos en intersexualidad cada vez están más concienciados en utilizar términos neutros como *gónadas* en lugar de *testículos*.

48 34'40".

49 Al analizar la necesidad de practicar la orquidectomía durante la infancia, GROVESMAN (1999) llegó a la conclusión de que venía más por un tipo de necesidad «psicológica», que por el riesgo que pudiera plantear su malignización: (1) Por el deseo de sus médicos de deshacerse de cualquier vestigio de su anatomía masculina y volver su cuerpo «congruente». (2) El igual deseo de evitar tener que explicar en la pubertad la naturaleza de la cirugía que habría que hacerse, y que surgieran cuestiones que los médicos no querían responder. (3) Fragmentos de miedo y superstición, ya que, aunque la medicina conociera la etiología y fisiología de la conocida entonces como «feminización testicular» desde 1958, se pensaba que podrían en algún momento virilizar si las problemáticas gónadas quedaban intactas (1998: 357).

se encargó de dar a conocer el estigma que acompaña a estas mujeres. En una de las escenas del capítulo traducido al castellano como «No es oro todo lo que reluce»,<sup>50</sup> el Doctor House espetaba contra una mujer a quien diagnosticaba de SIA: «Al final, la hembra suprema es un hombre. La naturaleza es cruel».<sup>51</sup> Después de ofender a la joven, acusándola de ser realmente un hombre por esconder cromosomas XY, y de que la misma se desnudará ante él para demostrar que está equivocado, el médico concluía: «Vístete. Te cortaremos los huevos. Verás que bien».<sup>52</sup> La Intersex Society of North America (ISNA) publicó inmediatamente después de la emisión del capítulo una carta dirigida a los guionistas y directores de la serie del famoso médico, obligándolos a rectificar y a pedir una disculpa pública por los comentarios del doctor.<sup>53</sup>

Pero el estigma de las personas intersexuales no solo deviene de la apariencia externa o de su anatomía interna —cromosomas, gónadas u hormonas—, sino que también depende del funcionamiento de esos cuerpos. Muchas funciones o procesos biológicos permiten participar de rituales que fijan y reifican la masculinidad o la feminidad. No poder participar de estos rituales de paso supone un nuevo extravío: «No llegué a la pubertad hasta bastante tarde. Y fue muy doloroso ser consciente de los excitantes cambios que experimentaban mis amigas. Fui espectadora del desarrollo de pechos de mis amigas, de sus reglas y del interés que despertaban en los chicos» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).<sup>54</sup>

La menstruación y la maternidad son uno de esos rituales que definen con fuerza la entrada a la feminidad, el «llegar a ser mujer». Con la menstruación, además, se esperan todos esos cambios corporales que echa en falta Phoebe, además de ese carácter «propiamente» femenino —sensibilidad, labilidad emocional—, con todos sus instintos asociados —protección, cuidado y maternidad—. Por un lado, aunque muchas mujeres con SIA manifiestan abiertamente las ventajas de no tener la regla, con sus dolores y los altibajos emocionales, algunas de ellas narran expe-

50 El capítulo original se tituló «Skin Deep».

51 37'30". En el capítulo original se utilizaba la expresión: «The ultimate woman (the supermodel type) is really a man».

52 38'15".

53 Esta crítica se puede leer en el blog del ISNA de April Herndon, como *House Gets It Wrong*.

54 7'47".

riencias de ocultamiento en su relación con otras mujeres, posiblemente por el «miedo a la devaluación» que sienten estas mujeres respecto a su feminidad (Alderson, 2004). Son muchas las horas que dedican las que tienen la regla a protestar por sus inconvenientes, antes —por el «síndrome premenstrual» o por la ovulación— y durante esta. El intercambio de experiencias, de compresas o de tampones construye identidad individual y grupal (Gregori, 2012), por lo que algo tan aparentemente inocuo como no poder colocarse un tampón puede resultar muy estigmatizante:

Y entonces todas lo intentaron y estaban como: «sí, sí, cabe sin problemas, estamos estupendas». Y entonces fue como: «bueno, voy a intentarlo. Me debería ir bien también». Y cuando fui a hacerlo no funcionó; no entró. En ese momento fue como «Vale. Hay algo mucho, mucho peor en mí más allá de no poder menstruar». <sup>55</sup> [...] «Para cualquiera tener un bebé parece tan fácil, muchas de mis amigas están embarazadas y yo siento una punzada de pérdida observándolas. ¿Qué se siente teniendo una vida dentro de ti?» <sup>56</sup> (Phoebe, en *Orchids*, 2010).

Quizás sea la sexualidad el terreno pantanoso donde las dificultades se vuelven extremas. Es el lugar de la intimidad, del deseo y un lugar muy temido por la mayoría de personas con diferenciaciones sexuales atípicas. Gagnon y Simon (en Viera, 2011) aseguran que no existe nada natural en la sexualidad humana, que todas nuestras conductas sexuales son construidas como guiones aprendidos, codificados y escritos a la manera de relatos en nuestra conciencia. Estos relatos describen desde los escenarios sexuales posibles hasta las maneras en las que percibimos estados corporales como el orgasmo o la excitación.

Lo cierto es que nuestro horizonte sexual no contempla demasiados escenarios ni guiones. Un hombre demostrará su masculinidad con el tamaño de su pene y su capacidad para penetrar, mientras que una mujer sentirá que un hombre nunca podrá quererla si no puede entrar dentro de ella. Como colofón, la representación ideal del amor romántico y de la complementariedad entre sexos se resume en el coito. Él dentro de ella. Ella entregada a él. El coito simboliza la absoluta confianza, la entrega real, la fusión perfecta de hombre y mujer en un solo cuerpo, en una sola carne.

En el caso de que los cuerpos no puedan responder a este modelo de complementariedad física o acoplamiento íntimo, corresponde a la bio-

55 9'01".

56 31'16".

tecnología la tarea de esculpirlos hasta que funcionen. Pero este proceso implica comenzar un itinerario de normalización violenta: pasar por quirófano, por anestesias, por postoperatorios, por efectos secundarios y por secuelas, tanto físicas como psicológicas. Alex Jürgen nos acercaba a este proceso en la entrada de vídeo-diario que grabó en su habitación. Utilizando el sarcasmo para contener el dolor, nos mostraba sus cicatrices, «Bonito, ¿eh?»:<sup>57</sup>

Hoy os enseñaré algo que no le he enseñado a nadie antes. He traído mis *phantoms* (dilatadores). Suena como el *Fantasma de la Ópera*, pero no es eso. Los *phantoms* (dilatadores) se utilizan para ensanchar vaginas reconstruidas o vaginas pequeñas. Después de la operación te tienes que asegurar de que la vagina se quede así o incluso estirla más para facilitar las relaciones heterosexuales. Cuando me pusieron este dilatador por primera vez pensé que me estaban rasgando. Te sientes así durante bastante tiempo y poco a poco disminuye. Cuanto más rato lo lleves durante dos horas más vuelves a sentir este rasgado en tu interior y disminuye hasta que te tienes que sentar. Los ángulos de la parte que sale son puntiagudos y la parte interior de los muslos siempre me dolía. Esta es la siguiente talla. Comparado con la talla anterior esta es más larga. Y más gorda. Esta se utiliza para los primeros seis meses. Tienes que llevar esa por un año entero, veinticuatro horas. Hasta que todo cicatrice. Como los médicos dicen que las cicatrices encogen tienes que llevarlo por la noche, a menos que tuviera sexo dos o tres veces a la semana. A mi madre y a mí nos dijeron que después de la reconstrucción tendría que llevarlo a no ser que tuviera relaciones regularmente (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm*, 2006).<sup>58</sup>

Bonnie y Phoebe también recordaban con dolor el momento en el que les recetaron unos dilatadores para abrir los canales vaginales, ya que en ningún momento los médicos contemplaron la posibilidad de dejar a una mujer sin vagina. Tener vagina es condición necesaria para entrar dentro del territorio de la feminidad:

Realmente tenía mucha envidia de que tuvieras cosas tan modernas para meterte en el chocho para dilatarlo. Para prepararte para el futuro compañero que aparecería más tarde en tu vida. Tenía este encantador cilindro blanco. [...] Lo único es que tenían la punta tan afilada como una lanza. [...] ¿Por qué nos dieron trozos de plástico que no son en absoluto una representación, que no parecen nada sexual para poder habituarnos, para poder actuar como seres sexuales normales? (Bonnie, en *Orchids*, 2010).<sup>59</sup>

57 40'35".

58 38'20".

59 27'07".

En *Orchids*, Phoebe explica cómo «después de la dilatación, estaba preparada para que el sexo fuera un completo desastre. Realmente esperaba que mis amantes salieran corriendo de mi alcoba gritando “monstruo”». <sup>60</sup> Pensarse íntimamente con alguien puede activar todo tipo miedos y bloqueos. ¿Qué diré si descubre mis cicatrices? ¿Tendrá suficiente dimensión mi vagina dilatada para albergar un pene? ¿Se dará cuenta? ¿Me dolerá?

Nunca sería capaz de dejarme llevar en la intimidad, porque siempre me ha dado pánico. ¿Él o ella ha notado algo? ¿Soy normal? Espero que no me vea las cicatrices, la barriga, [...] Es más estresante que correr una maratón. Es tan desagradable cuando alguien me toca ahí. Es totalmente impensable que yo deje a alguien tocarme ahí, sin que me importe. Es algo inimaginable. Es más estresante que correr una maratón (Alex Jürgen, en *Octopus Alarm*, 2006). <sup>61</sup>

Ante la retahíla de testimonios de miedo, vergüenza, aislamiento y trauma, no nos queda otra opción que preguntarnos: ¿Borra la cirugía la intersexualidad? ¿Borra el estigma? ¿Cómo transformar un lugar negado, silenciado, en el cual hubo dolor y sufrimiento, en un lugar para el placer y el disfrute? Cuando, en *Octopus Alarm* (2006), Elisabeth Sarang le preguntaba a Alex si su incomodidad estaba relacionada con el miedo a la reacción de la otra persona, este respondía:

Primero, algunas zonas duelen cuando te tocan. Segundo, no me pasa nada cuando alguien me toca o me roza. Ahí no tengo ninguna sensación de calor o placer. No tiene sentido que me toquen ahí. Creo que soy muy protector con esta parte de mi cuerpo a la que solo la gente mala tiene acceso. Como médicos, violadores u otra gente mala que tuve que dejar entrar. Hoy en día ya no dejo que nadie entre ahí nunca más. Nadie puede tocarme o hacerme nada ahí. <sup>62</sup>

El miedo, el pánico o el horror son emociones repetidas a la hora de plantearse tener relaciones íntimas o sexuales. Disponemos de un precario programa de deseo porque, en palabras de Viera, muchas experiencias no son ajenas a los «*scripts* sexuales», es decir, no pueden desligar su práctica sexual del condicionamiento corporal estereotipado que divide anatomías sexuales femeninas y masculinas y las asocia con prácticas sexuales respectivas (Viera, 2011: 364).

60 27'56".

61 47'15".

62 48'.



¿Por qué necesito que esté dentro de mí para disfrutar, para sentirme completa? Muchas personas adultas deciden modificar sus cuerpos voluntariamente, sea con cirugía, con hormonas, o con una combinación de las dos, de manera que su cuerpo pueda responder a las expectativas de cualquiera. La cirugía se brinda como única solución. Si modifico mi cuerpo, entonces me querrán y dejaré de sufrir:

ELISABETH: ¿Hasta donde llegarías? Siempre has dicho que no te gustaría pasar otra vez por el quirófano.

ALEX: No quiero que me implanten un pene, pero no me gustan mis pechos, y por el hecho de tenerlos pienso que siempre se me va a tratar de «señorita». No sé cómo puedo tomármelo. ¿Qué piensas?

ELISABETH: ¿Eso significa que te gustaría deshacerte de tus pechos primero?

ALEX: Eso puede que fuera la primera y única cosa que alteraría (*Octopus Alarm*, 2006).<sup>63</sup>

Me crié en un internado de chicos desde los 8 hasta que cumplí 18. Me di cuenta de que mis testículos se estaban atrofiando y empecé a desarrollar pechos femeninos perfectamente normales. Como resultado de eso se metieron conmigo sin piedad. Recuerdo un momento concreto en el que me levantaron unos diez chicos y me arrastraron hacia los baños y me hicieron revolcarme en el pis. Y yo pensé, bueno, si alguna vez reúno el coraje para hacer algo al respecto de esto, lo haré. Pero en aquellos días era extremadamente difícil y, uff, puedo verme reflejado entonces y ver las lágrimas caer, incluso hablando de ello. Pero lo que hice... hum... acabé haciéndome una mastectomía bilateral, no porque quisiera, sino por culpa de la presión pública por ser diferente (Chris, en *Orchids*, 2010).<sup>64</sup>

Tanto para Chris como para Alex Jürgen, ajustar su cuerpo a la norma para evitar más sufrimiento ha supuesto algo más que pasar por los inconvenientes o complicaciones de los procesos quirúrgicos. Ha representado en cierto modo una derrota, la sensación de haber sucumbido al mandato y a las convenciones sociales. Pero sería un error declarar que la decisión de transformar el cuerpo para que encaje en los cánones lleva implícito un fracaso personal o una falta de autonomía. El trabajo de Kathy Davis (2007) sobre cirugía estética plantea esta encrucijada. La autora critica el hecho de que la teoría feminista difícilmente considerará a una mujer que

63 29'38".

64 39'18".

se ha sometido a una cirugía cosmética como agente que da forma a su vida de manera activa e informada, aunque bajo circunstancias que no dependen de ella. «Ya sea que esté cegada por el consumismo capitalista, oprimida por ideologías patriarcales o inscrita dentro de los discursos de la feminidad, la mujer que opta por la “compostura quirúrgica” baila al ritmo del sistema hegemónico —un sistema que la vigila, la limita, la inferioriza—» (Davis, 2007: 99). Esa lectura asume que quien entra en ese juego solo puede hacerlo como «inepto cultural» (Garfinkel, en Davis 2007), como una víctima de la falsa conciencia o como un objeto normalizado por los regímenes disciplinarios.

Pero al igual que plantea Davis en su etnografía, es necesario ponernos en la piel de las personas afectadas para ver cómo estas le dan sentido a sus decisiones bajo la luz de experiencias encarnadas, antes y después de las cirugías. En muchos casos, la decisión de pasar por quirófano o de tomar pastillas transforma la identidad y hará posible una vida más vivible.

*Rupturas y agencia. De la autoridad científica  
a la poética de la intersexualidad*

ELISABETH: ¿Qué esperas de esta película?

ALEX: Quiero demostrar que la vida de una persona intersexual no solo significa quedarse en casa, mintiendo a todo el mundo y escondiéndose. O vivir una vida tratando de ocultar lo que pasó. Si no que puedes decir: Mira, hay alguien por ahí y nadie le excluye, y si le excluye, no le importa

(*Octopus Alarm*, 2006).<sup>65</sup>

¿Cómo cambiar o borrar el pasado? ¿Cómo hacer para, al menos, difuminarlo? «Tod\*s tenemos cicatrices de caídas en la infancia. La memoria del dolor empieza a difuminarse con la cicatriz. Pero algunas cicatrices son más profundas que otras. Cuando pienso en las cicatrices de mi cuerpo, las que todavía están abiertas, son las psicológicas las que me acompañan cada día. Mi autoconfianza y mi sentido de integridad. Mi voluntad es cambiar eso, quiero cambiar eso. Porque quiero continuar con

65 3'54".

mi vida» (Phoebe, en *Orchids*, 2010).<sup>66</sup> Para Phoebe, la realización de *Orchids* se convirtió en el instrumento con el que desempolvar el dolor y los secretos guardados. Para Alex, tampoco fue fácil mostrarnos su intimidad en *Octopus Alarm*, pero, si decidió participar en el proyecto de Elisabeth, fue porque tenía una cosa clara: «No quería enseñarte esto, pero quizás ayude a algunas madres para que no les hagan esto a sus hijos».<sup>67</sup> Ambos rodajes representaron para sus protagonistas el ritual de iniciación que marcó la entrada en un nuevo estatus, una nueva posición social en la que dejaban de ser títeres dirigidos por la voluntad de otros. Desde este nuevo lugar no solo eran dueños de su propio destino, sino que tenían la oportunidad de ayudar a otros.

Aunque los estilos utilizados en los audiovisuales que sobre intersexualidad se han producido hasta la fecha oscilan entre la denuncia más contundente y lenguajes más retóricos cargados de metáforas, todos ellos funcionan como excusa y como motor de cambio. Son una estrategia más que efectiva para romper con lo que hizo más daño: el silencio.

Los que denuncian explícitamente inciden en ciertos aspectos como son la gestión del cuerpo en Occidente, la medicalización de la vida o la insuficiencia de categorías para hablar de sexos y de géneros. «¿Qué cuerpo es normal? La idea de normal es fluctuante. Nada en la naturaleza es normal. Somos un ejemplo perfecto de ello» (Bonnie, en *Orchids*, 2010).<sup>68</sup> No solo no estamos enfermos, sino que somos especiales y estamos orgullosos\* de procurar diversidad y riqueza al planeta. Este es el itinerario que se repite en muchas de las trayectorias: del estigma de partida, llegaron a la aceptación y al reconocimiento y, de este, al orgullo. Chi-Chi sostiene que cuando los demás hablan sobre él «lo dicen por envidia. Es un orgullo haber nacido así».<sup>69</sup> Por primera vez, la noción de variabilidad y diversidad sustituye a la de enfermedad o alteración. El mundo no se divide en dos cajones, uno masculino y otro femenino, sino que son los propios cajones, construidos sobre la base de la tradición, las creencias y los mitos, los que forzosamente generan desigualdades y sufrimiento:

ELISABETH: ¿Cómo te describirías?

ALEX: Un poco como entre medias.

66 11'44".

67 41'20".

68 19'01".

69 8'20".

ELI: ¿Qué quieres decir?

ALEX: Me refiero a entre sexos.

ELI: En realidad, ¿cuál es la diferencia?

ALEX: ¿Qué nos hace diferentes? ¿Dónde perteneces y cómo te ven? Si eres una mujer no se te permiten ciertas cosas. No debes ir por la calle o en el metro tarde en la noche. Tienes que estar alerta por si hay algún hombre con intenciones. Los chicos tienen más libertad, pero tienen que ser fuertes y no se les permite llorar. Los hombres tienen que ganar dinero. No quiero tener ningún rol en este mundo. Quiero que se me permita ser yo misma.

ELI: ¿Cómo sería esto en la realidad?

ALEX: Mi madre dejaría de decirme que me deje el pelo largo. Me pagarían lo mismo que a los hombres. Podría llevar el pelo como yo quisiera. Podría elegir mi propio nombre. No estaría obligada a llevar falda en ciertas ocasiones, a arreglarme el pelo o a pintarme los labios.

ELI: ¿Cuándo fue la última vez que te pintaste los labios?

ALEX: ¿Y que no fuera de negro? (*Octopus Alarm*, 2006).<sup>70</sup>

En *Guevote* (1997), comprobamos cómo en la República Dominicana ser *guevedoce* y situarse en el territorio fronterizo entre los sexos puede considerarse incluso un don. Se les atribuye cierto poder, aunque sea subversivo. Se cree que tienen ciertas cualidades que entrarían dentro del orden de lo sobrenatural y que les favorecen para conseguir éxito o para seducir y enamorar a mujeres:

A veces, nadie sabe cómo es mejor. Yo les decía a ellos que fueran conforme con Dios, y que a veces los hombres completos hacían menos que ellos que no eran completos. Y asimismo fue, porque los varones míos, los que son varones de verdad, no fueron donde fueron ellos [...] (16'32"). Son dichosos. Yo no levanto *na*. Ellos se levantan con una y mañana tienen otra (ríe). No sé cuál es el misterio, yo quiero conseguir el misterio, pero... (ríe). Levantan muchas mujeres, son muy dichosos con las mujeres [...] (18'). Yo voy a cumplir 19 años de muerto, y no se me olvida. No sé qué pasó, no sé qué ese hombre me hizo. Yo digo que ese hombre me haría a mí algo de brujería.<sup>71</sup>

¿Qué hubiera sucedido si no me hubieran intervenido? Esta es otra de las preguntas que acompaña insistentemente la vida de muchas de las personas que un día descubrieron un diagnóstico de intersexualidad. ¿Qué

70 1'22".

71 22'.

hubiera sido de mí si hubieran esperado a que yo eligiera mi sexo? ¿Serían las cosas igual o no? En el caso de Tony, aunque fue educado como chica, de adulto eligió empezar a tomar un tratamiento con testosterona:

Para mí, nunca fue para demostrar que soy un hombre. Fue un descubrimiento personal. Quería saber quién habría sido si los médicos no hubieran intervenido. Un par de meses después de empezar el tratamiento de testosterona fue bastante evidente que habría sido supuestamente varón y que mi cuerpo se habría virilizado bastante de forma natural de no haberme extirpado los testículos y todo ese tipo de cosas (Tony, en *Orchids*, 2010).<sup>72</sup>

Es quizás el momento de la elección del sexo el instante en el que los padres aparecen en el centro del conflicto. Ellos intentaron hacerlo lo mejor posible con la información de la que disponían, pero es cierto que esa información no contemplaba demasiadas posibilidades. Cuando una oyente del programa de radio FM4 Viena le pregunta a Alex qué haría él si tuviera un hijo así, este responde que «le diría que es muy especial, ya que ha nacido con un poquito de niña y otro de niño y que más tarde ella podrá decidir si quiere ser un chico o una chica. Le daría seguridad en sí mismo y le haría saber todo lo que ocurre» (*Octopus Alarm*, 2006).<sup>73</sup>

La propuesta del artista y psicólogo Knut Werner-Rosen, basada en su experiencia profesional haciendo terapia para intersexuales, es una de las pocas que se acercan a esta problemática desde un lugar distinto al de la corrección quirúrgica:

Había un matrimonio, joven y bastante abierto, que pensaba que su hijo tenía que ser operado para ser asignado como mujer. Pensaban que el niño debía actuar como una niña, pero que esa niña no les podía hacer el favor. La madre se sienta en el baño, la niña entra, con su melena de rizos dorados. Coge el cepillo y empieza a cepillarle el pelo, lo que no hace muy a menudo. Entonces la niña dice:

«¡Las niñas hacen esto a menudo!» A lo que la madre dice:

«Sí, es verdad». La niña de cuatro años y medio dice:

«Pero yo no soy una niña de verdad». Y la madre dice:

«¿Qué eres tú?» La niña dice:

«Soy un niño-niña».

«Vale —dice la madre—, entonces eres un niño-niña».

72 21'42".

73 1:08'20".

La niña deja el cepillo y se va. La madre comenta que si no hubiese ido a terapia se hubiese desmayado en el baño. La niña sabía desde hacía tiempo que estaba entre medias o que algo era diferente, podía sentir el miedo que tenían los padres a hablarle del tema. Y tan pronto como el miedo se disipó, pudo hablar de ello. Esto es realmente ejemplar para un posible desarrollo. Encontró una definición para ella. Un término: niño-niña (Knut Werner-Rosen, en *Octopus Alarm*, 2006).<sup>74</sup>

En XXY, el padre de Alex sigue protegiéndola del escrutinio externo mientras espera que la niña alcance la madurez necesaria para decidir por sí misma el sexo en el que se sienta más cómoda. Alex, que ya había tomado la decisión de dejar el tratamiento con corticoides que le impedía que le creciera la barba, responderá: «¿Y si no hay nada que elegir?». <sup>75</sup> En muchas ocasiones puede que no haya nada que elegir, pero eso ya es una elección. Coger las riendas de tu propia vida no implica necesariamente abandonar tratamientos o definirse en lugares intermedios. Implica desarrollar las estrategias que creen condiciones de posibilidad. Tenemos dos opciones: o entender a estas personas como víctimas de un sistema o reconocer los itinerarios de autotransformación (ESTEBAN, 2004) donde el cuerpo funciona como agente (CONNELL, 1995; JULIANO, 1998). Desde esta perspectiva, las personas intersexuales son capaces de resistir a las estructuras sociales y reconducir sus itinerarios más allá de las intenciones de partida, contribuyendo a su propio empoderamiento. Desde este lugar es posible dirigir nuestra vida, decidiendo el qué, el cómo, el cuándo y el hasta dónde.

Como profesionales de salud deberemos considerar esta reflexión y atender a estos itinerarios de autotransformación y a las estrategias individuales y colectivas. Para ello procuraremos dar y recibir el máximo de información posible, así como considerar otros conocimientos más allá del biomédico; concretamente, los derivados de la experiencia, de los aprendizajes personales, de intercambios o de discusiones y de las negociaciones con otras personas o grupos.<sup>76</sup>

74 52'50".

75 1:15'40".

76 El nuevo modelo de atención en intersexualidades/DSD enfatiza la importancia de fomentar el encuentro y el apoyo entre iguales (DIAMOND y SIGMUNSON, 1997), tanto en grupos de apoyo de condiciones concretas como facilitando información 2.0 sobre portales o redes sociales que ofrezcan información que contemple diferentes puntos de vista. Este

El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) es quizás uno de los aspectos que mejor condensa la tensión entre conocimiento y directrices médicas, y experiencia personal y saberes compartidos. Quizás debido a la falta de certezas sobre los efectos de los tratamientos, sobre las formas farmacéuticas menos perjudiciales, sobre las dosis exactas o sobre efectos secundarios, unido al grado de insatisfacción expresado, el THS es una de las esferas en la que hemos observado mayor grado de experimentación y de autonomía: «A los 18 dejé de ponerme las inyecciones de testosterona que llamábamos mis “vitaminas” y desarrollé pechos, y en el momento en que desarrollé pechos, me encontré. Ese fue probablemente el día más emocionante de mi vida» (Aleyshia, en *Orchids*, 2010).<sup>77</sup>

Por primera vez existe la oportunidad de elegir: «Antes siempre lo hicieron por nosotr\*s». Alex explica con todo detalle cómo empezar a tomar testosterona fue como experimentar la pubertad por primera vez: «Normalmente a las niñas les crecen los pechos y a los chicos el pelo, etc. Yo nunca lo viví así, todo estaba controlado, empezaron a darme hormonas a los 14 años y todo empezó a crecer» (*Octopus Alarm*, 2006).<sup>78</sup> Pero la química del sexo está sobrevalorada, de manera que se le atribuyen capacidades extraordinarias en la conformación de la masculinidad y de la feminidad. No solo se espera que cambien la apariencia física, sino que transformen toda una vivencia. Se considera que la testosterona tiene la capacidad de compensar la falta de masculinidad. Una molécula que genera muchas expectativas porque es sinónimo de energía, de éxito y de deseo sexual, aunque muchas veces esta confianza se vea truncada tras la experiencia de tomarla. Cuando Alex comienza a tomar testosterona espera que le devuelva, no solo la energía y la fuerza, sino también la confianza en sí mismo. En su visita al psicólogo Werner-Rosen, Alex le habla de su desmotivación y su debilidad, y le dice que espera que la testosterona le ayude a superarla:<sup>79</sup>

Yo no asociaría esta sensación con el hecho de ser hombre o mujer. Con todo por lo que has pasado en tu vida y por lo que estás pasando ahora. Todos estos

---

paradigma considera a los afectados como «expertos», con un tipo de conocimiento que debería colocarse al mismo nivel que el biomédico.

77 14'27".

78 43'50".

79 55'40" a 57'15".

informes del hospital y el verte cara a cara contigo mismo en esta película. Has sobrevivido a todo esto; a la violación, a todo. Quiero decir, esto no es hablar por hablar, es algo increíble. ¿Y todavía necesitas una prueba de tu valentía? (Knut Werner-Rosen, en *Octopus Alarm*, 2006).<sup>80</sup>

Precisamente ha sido el cine uno de los medios que ha permitido visibilizar esta experimentación. Ha reflexionado en voz alta y ha explorado nuevas alternativas. Y lo más importante: ha desarrollado un nuevo lenguaje que parte de otro paradigma explicativo. Las argentinas *XXY* y *El último verano de la boyita* utilizan la metáfora visual para criticar la medicalización de los cuerpos, haciendo un esfuerzo por no utilizar referencias biomédicas. En *El último verano de la boyita*, Jorgelina está muy preocupada por la salud de su amigo Mario —sangra durante unos días todos los meses— y le pregunta a su padre, que es médico. La respuesta del doctor comienza con un largo monólogo con explicaciones sobre órganos y funciones normales y anormales: «*Todos tenemos unas glándulas... porque genéticamente tendría que ser una mujer [...]*». Al poco de comenzar a hablar, la niña se cubre los oídos y empieza a canturrear para no escucharlo. Mientras, la voz de Eduardo, que persiste en dar una explicación científica al problema de Mario, se escucha cada vez más lejos. Esta escena podría representar el final de un modelo unidireccional en el que la autoridad era el médico y las personas debían callar y obedecer. Jorgelina se niega a escuchar esas explicaciones. Busca otras. Ella solo quiere saber si Mario estará bien, si no se va a morir.<sup>81</sup> La niña representaría ese nuevo modelo de salud que intenta imponerse desde finales de los años noventa y que prioriza los aspectos éticos de la atención y los cuidados —*ethical care*— así como una defensa activa del paciente —*patient advocacy*—.<sup>82</sup>

80 57'15".

81 1:01'48".

82 Entre las principales premisas que recogería este nuevo modelo estaba la de ofrecer información completa y honesta tanto a padres como a pacientes; fomentar el encuentro y el apoyo entre iguales, derivando a grupos de apoyo; proporcionar apoyo profesional y limitar las cirugías tempranas en la medida de lo posible (DIAMOND y SIGMUNSON, 1997). Tres publicaciones sentarían las bases de este nuevo proyecto de gestión «ética» de la intersexualidad: el número 4 del volumen 9 de *The Journal of Clinical Ethics* (1998), el especial sobre intersexualidad de la revista *Chrysalis* (1998) y el volumen editado por DREGER, *Intersex in the Age of Ethics* (1999).



¿Vos sabés cuales son mis primeros recuerdos? Las inspecciones médicas. Yo creía que había nacido tan horrible... Me habían tenido que operar cinco veces antes de cumplir un año. A eso lo llaman normalización. No, eso no son operaciones, eso es una castración. Si le operaban le hubieran hecho que tenga miedo de su propio cuerpo, y eso es lo peor que se le puede hacer a un hijo (Hombre adulto intersexual en *XXY*, 2007).<sup>83</sup>

¿Qué voz es la legitimada para hablar? ¿Es posible asimilar otros lenguajes y narrativas, además de la biomédica? ¿Quién tiene la última palabra a la hora de tomar decisiones sobre los cuerpos? El estreno de la película *XXY* levantó ampollas entre especialistas médicos, madres y padres, y en personas diagnosticadas con SK. El origen del malestar fue el título que Lucía PUENZO dio a su película, *XXY*. Estas siglas coinciden en la condición más habitual en la condición conocida como síndrome de Klinefelter. Una lluvia de críticas cayó sobre la película, alegando que, además de confundir y desinformar, era una ofensa que provocaba daño a las personas que padecían este síndrome.<sup>84</sup> Por su parte, parece ser que Lucía Puenzo no tuvo ningún interés en que la experiencia de Alex respondiera a los signos y síntomas asociados al SK: «No intentaba presentar un caso clínico».<sup>85</sup> Mauro Cabral (2008a),<sup>86</sup> entre otros, también defendió la elección de Puenzo, argumentando la necesidad de empezar a explorar otros lenguajes que no fueran el biomédico, lenguajes que no utilizaran insistentemente las palabras anomalía, alteración o error:

83 48’.

84 La propia Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM) emitió un comunicado lamentando que «la película *XXY* acarrea algunos errores conceptuales que pueden dañar moralmente a algunos pacientes o a sus familias». En España, la película fue criticada en algunos foros de grupos de ayuda mutua del síndrome de Klinefelter, como [klinefelter.mforos.com](http://klinefelter.mforos.com) el 30 de noviembre del 2010. MARIANO GARCÍA se refiere a esta polémica en su artículo «El gen de la polémica», en la revista digital de cultura y noticias, *Soledigital*, el 20 de septiembre del 2007.

85 Ante la fuerte reacción, Puenzo dedicó una sección del sitio web de su película (<<http://xyylapelícula-puenzo.com>>), *Diagnóstico de Alex*, a aclarar que la película «no intenta presentar un caso clínico», aún con el asesoramiento y seguimiento del guion que han hecho médicos genetistas y padres de niños con diferentes casos de intersexualidad. La condición médica que de forma más exacta representaría Alex sería la hiperplasia suprarrenal congénita.

86 CABRAL, Mauro (2008a) No saber. Sobre *XXY*. Consultada el 22 de diciembre de 2010.

No hay espacio para la intersexualidad en la metáfora. La intersexualidad no es algo sobre lo que se puede ni debe imaginar. No es algo sobre lo que se puede ni debe fantasear. No es, no puede ser, no debería ser algo con lo que alguien, uno, cualquiera, podría masturbarse. No es algo que pueda ni deba desearse, ni para uno mismo ni para otros, ni en la cama propia ni en la ajena. Sobre todo, la intersexualidad no puede ni debe ser, bajo ningún concepto, producida y puesta en circulación como una experiencia distinta a la narrada por la biomedicina. No puede haber una poética de la intersexualidad, a quién se le ocurre. No puede haber, menos que menos, una erótica (Cabral, 2008a).

Julia Solomonoff coincidirá con Puenzo y Cabral en la necesidad de acercarse al tema de la intersexualidad e investigar sobre él desde más perspectivas que la estrictamente médica. La directora, hija de médicos, de padre psiquiatra y madre ginecóloga, aseguraba en *Versión Española* (enero 2012) que fue olvidándose de la ciencia y la medicina porque no le daban respuesta a preguntas que le parecían mucho más inquietantes y fascinantes que las que plantea la biomedicina. La respuesta la encontró en el personaje de Jorgelina. En su película, la autora dirige al espectador para que se entregue a la mirada de Jorgelina, un personaje que se sitúa en esa edad entre el fin de la infancia y el principio de la adolescencia. Para ella, ese momento del despertar sexual en el que existe mucha confusión, pero también mucha intensidad y mucha curiosidad, ofrece una oportunidad para aprender formas más abiertas y flexibles de entender el mundo y la sexualidad. «Es la mirada que los va a guiar, para salir de sus miradas adultas y visitar ese espacio que una vez transitamos. [...] Inocencia no sé si es la palabra, de cierto descubrimiento, de cierto cuestionamiento, de un querer aprender, de un querer ver por primera vez. Esa es la manera de ver esta película» (Solomonoff, 2012).

Según ella, la mayoría de gente que va a ver esta película lo hace creyendo saber la diferencia entre un varón y una mujer: «Esa diferencia que es tan difícil y que me sigo preguntando a veces: pero, ¿realmente cuál es la diferencia entre un hombre y una mujer? El momento de la pregunta surge en la pubertad. Luego uno empieza a pensar que ya lo sabe. Para reaprender sería necesario volver a ese lugar, a ese marco de observación en los detalles, en el cual el espectador descubriría como Jorgelina aquello que es inusual, aquello que es diferente, y lo haría lo menos prejuiciosamente posible»:

MARIO: Yo no soy como lo que sale en los libros. [...] Yo no soy normal.

JORGELINA: Yo tampoco soy muy normal.

MARIO: No es una cicatriz [se ve cómo le cuenta al oído su secreto].

JORGELINA: A mi abuela le salen bigotes. Igual me gustas así. (*El último verano de la boyita*, 2009)<sup>87</sup>

La naturalidad que muestra Jorgelina al observar los cambios corporales que experimenta su amigo Mario ofrece nuevas propuestas pedagógicas más allá de clichés y científicismos. La niña no da nada por sentado. No ha «in-corporado» los guiones de género, y desde ahí todo puede ser cuestionado: incluso lo que significa ser hombre o mujer. Este aprendizaje requiere desaprender lo aprendido, reconocer que nadie es capaz de alcanzar ese ideal de «normalidad», pero sobre todo que tampoco lo deseamos.

EDUARDO: Es muy importante para Mario y para su familia. Es probarse como hombre.

JORGELINA: ¿Por qué tiene que probar, por si no le gusta?

EDUARDO: Probarse, tiene que demostrar que es un hombre.

JORGELINA: ¿Cómo lo va a demostrar?

EDUARDO: Es así. Acá es así. (*El último verano de la boyita*, 2009)<sup>88</sup>

Solomonoff también se arriesga al criticar la asunción que distingue entre lo urbano, entendido como avance y libertad, y lo rural, asociado a retroceso y desigualdad.

Hay esa especie de tendencia siglo XXI a pensar que las diferencias son casi como una cuestión urbana, de clase media y de gente psicoanalizada. La verdad es que la diferencia está en todos lados, se acepta de diferentes maneras. Es muy interesante para mi modo de ver que, si bien el medio de Mario es un medio de menos palabras, más rústico, yo no lo veo necesariamente más violento que el medio urbano. En Argentina, en el momento de esta historia, en una familia de clase media, clase media acomodada con acceso a medios de salud, la violencia hubiera sido mayor porque seguramente habría sido intervenido a los dos o tres años. Habría habido una violencia mucho más aséptica, mucho más garantizada por la ciencia, más normalizadora, más prolija, una violencia mucho más profunda. En donde no quisiera caer nunca es en

87 42'.

88 24'10".

la idea de que en el campo las cosas se manejan con una cierta violencia y en la ciudad estamos mucho más civilizados y estas cosas las hablamos y somos más progres y más abiertos (Solomonoff, 2012).

SOLOMONOFF aborda esta tensión en la relación que construye entre Eduardo y los padres de Mario, Elba y Óscar. En esta, el discurso de la ciencia en manos de Eduardo aparece siempre en contraste con el discurso de la inocencia de Jorgelina y el de la ignorancia que representan los padres de Mario. Estos últimos, analfabetos porque dedicaron su vida a trabajar duro en el campo al servicio de otros, hicieron su propia interpretación y valoración de la información médica, y fueron ellos, en última instancia, quienes decidieron no intervenir. La agencia de los padres es juzgada por el médico como un atrevimiento imprudente. En una conversación de Eduardo con Elba, la madre sostiene:

ELBA: Nos dijo el médico que le crecería [se refiere al pene], y como creció tan sanito, no dijimos más.

EDUARDO: ¿Pero esto no lo vio ningún médico?

ELBA: Yo vi que el doctor puso una cara rara. Después de unos días se pasó el dolor [causado por la menstruación] y ya vino la cosecha. Él se curó solito. (*El último verano de la boyita*, 2009)<sup>89</sup>

La nueva retórica intersex de principios de siglo XXI ha llegado traducida en imágenes, con un lenguaje que celebra la diferencia y que busca las maneras de no seguir reproduciendo estigmas: «¿Cómo hace uno para representar aquello que es violento sin ser violento? ¿Cómo contar ciertas estigmatizaciones y no caer en la misma estigmatización?» (Solomonoff, 2012). De la misma manera, al analizar la película *XXY*, Viera se pregunta cómo podría Alex conformar una identidad a partir de una corporalidad negada; ¿cómo puede aceptar un cuerpo y, por tanto, aceptarse, cuanto ese cuerpo la/lo colocaría en situación de «desacreditable»? En definitiva, ¿en qué tipo o tipos de cuerpos nos permite pensar nuestra sociedad actual? ¿Qué ejemplos de cuerpos tenemos para elaborar nuestra identidad? (VIERA, 2011).

La autora citará a Mary Douglas (1978) para recalcar que son las clasificaciones de la sociedad las que ordenan y las que nos permiten pensar el mundo físico y, como parte de él, el cuerpo. Si esto es cierto, será necesario

89 56’.

elaborar nuevas clasificaciones, un nuevo orden que, para Mauro Cabral (2008b), solo puede construirse desde el lugar del *deseo*. «La autonomía decisional y la integridad corporal no son suficientes. No nos alcanza con el respeto y con la aceptación, sino que vamos, en cambio, por el deseo». No hay que aceptar o tolerar la diferencia. Hay que deseársela. Entre las posibles estrategias, Julia Solomonoff (2009) sugiere que exploremos nuevos lenguajes para hablar de (inter)sexualidad, como por ejemplo, el de la poesía: «La poesía tiene el mismo nivel de respuesta que la ciencia. Estamos en un momento de la historia que pareciera que la verdad pasa por la ciencia, y la verdad también pasa por la poesía, pasa por el arte, pasa por un montón de otros lugares, por la intuición».

### *A modo de conclusiones*

En *X-Men: La decisión final* (2006), hay una cura para los mutantes que amenaza con alterar el curso de la historia. Por primera vez, los mutantes pueden elegir: seguir con su singularidad, aunque eso los aisle y los separe, o renunciar a sus poderes y convertirse en seres humanos normales. Esta tercera entrega de la saga *X-Men* pone sobre la palestra algunas cuestiones que las intersexualidades plantean de cara al futuro. Una de ellas podría ser: ¿Desearías tener un bebé con SIA? Las investigaciones actuales ante cualquier enfermedad rara o poco común van dirigidas a detectar el gen o cadena de genes responsable con el objetivo de detener o evitar la mutación. Con la misma finalidad, en los últimos años se ha multiplicado el número de ensayos médicos que realizan estudios genéticos familiares en personas con DSD. Actualmente, las diferentes formas de intersexualidad/DSD son consideradas médicamente como anomalías congénitas, con lo que, en el caso de que se detecten bajo diagnóstico prenatal, se recomendará abortar en la mayoría de los casos. Partiendo de esta lógica, ¿cómo podremos considerar normal y deseable una situación que investigamos cómo erradicar?

Si confrontamos esta tendencia biomédica de perfeccionamiento de cuerpos y erradicación de diferencias con las propuestas audiovisuales que hemos ido revisando, nos tropezaremos con fuertes contradicciones y paradojas que comprometen las vidas de las personas con una diferenciación sexual atípica, de sus familias o parejas. El fin del discurso único es un hecho. Pero en esta diatriba, ¿cómo han recibido y qué esperan de

esta nueva mirada fílmica aquellos que viven la intersexualidad de cerca o en primera persona? ¿Qué respuestas se han generado dentro del contexto español ante estos primeros documentales y películas?

Aunque responder a estas preguntas implicaría comenzar un nuevo capítulo, acabaremos el que nos ocupa sugiriendo algunas hipótesis al respecto. Tal y como introdujimos con anterioridad, la reacción ante el título de la película *XXY* podría ser una clara respuesta al estigma y el secretismo que sigue acompañado estas situaciones, así como a la necesidad imperiosa que tienen los afectados de que por fin se visibilice, se conozca y se informe con seriedad sobre sus condiciones concretas. Las expectativas de quien ha sufrido en silencio un diagnóstico de DSD frente al visionado de una película que aborda el tema son muy altas: se espera información rigurosa y científica sobre cada condición concreta, pero además buscamos que los protagonistas se parezcan lo más posible a lo que un\* es, a lo que hubiera deseado ser, a lo que un\* espera ser, a cómo le hubiera gustado ser tratado y cuidado, a cómo desea que lo vean los demás, o a lo queremos que sean nuestros hijos en el futuro. Se espera que esas imágenes den una visión cercana, normalizada y cotidiana que desplace cualquier aproximación negativa o distorsionada.

La buena o mala acogida de estos audiovisuales ha seguido la lógica que planteara en su día Paul Julian Smith (1992: 134) sobre «el buen homosexual». En esta ocasión, la mirada de afectad\*s e implicad\*s busca en los documentales referentes positivos del «buen intersexual». Pero, ¿qué significa esto? Socialmente se atribuye a la intersexualidad cierta trasgresión del orden natural, una desviación del esquema de dos sexos que lleva implícita la posibilidad de desviación del esquema heterosexual. Por tanto, y en la línea que planteaba el trabajo de Ballesteros (2001), no es el concepto de *intersexualidad* lo que está siendo legitimado, sino el sujeto intersexual, gracias a una vida social, a sus logros, a su compromiso, a pesar de su intersexualidad. Los referentes positivos de personas intersexuales que se buscan en estos trabajos hablan en realidad de referentes «normativos», es decir, modelos positivos que recreen los valores tradicionales y que no propongan nuevos modelos. La agenda social de dignificación supone mantener relaciones dentro del marco familiar tradicional; una imagen positiva que se relaciona con el amor, la pareja, la fidelidad, la entrega, la renuncia, la procreación o la familia (Ballesteros, 2001: 104). Así, pudimos comprobar que los audiovisuales que subvierten este modelo y sugieren otros parámetros de relación, con roles de género ambiguos que

hacen explícitas sexualidades no normativas, fueron recibidos en muchas ocasiones como ofensivos o peligrosos, o como inadecuados o irreales.<sup>90</sup>

La paradoja y la contradicción no dejan de ser un buen lugar de partida para la reflexión. Para avanzar desde aquí, deberemos seguir atent\*s a los discursos emergentes sobre intersexualidad, sin olvidar entre ellos los que no salen de manuales médicos: los que se sueñan, los que subvierten, los que provocan y los que utilizan metáforas u otras figuras retóricas.

### Filmografía

- ARMIÑÁN, Jaime (1971) *Mi querida señorita*. España.
- ESHAGHIAN, Tanaz (2008) *Be like others*. New Cork.
- GILES HARRISON, Giles (2011) *Me, my sex and I*. Reino Unido.
- HART, Phoebe (2010) *Orchids: My intersex adventure*. Australia.
- JACOBS, Kate et alii (2006) «Skin deep», en *House*, S213. Estados Unidos.
- LAHOOD, Grant (2011) *Intersexion (Is he or isn't she?)*. New Zelanda.
- PUENZO, Lucia (2007). *XXY*. Argentina: Wanda Vision, 91 mins.
- RATNER, Brett (2006). *X-Men: La decisión final*. Canadá, Estados Unidos-Reino Unido: Twentieth Century Fox Film Corporation, 105 mins.
- SÁNCHEZ, Rolando (1997). *Guevote, Wie ich mich fuehle, so bin ich*. Switzerland.
- SCHARANG, Elisabeth (2006). *Tintenfischalarm (Octopus alarm)*. Austria.
- SOLOMONOFF, Julia (2009). *El último verano de la boyita*. Argentina.
- VERSIÓN ESPAÑOLA (2012) *Entrevista a Julia Solomonoff*. Televisión Española.

90 Estas hipótesis finales son el resultado del trabajo de campo realizado desde el año 2004 hasta la actualidad y en el que hemos participado en debates sobre películas o documentales dentro de grupos de apoyo de condiciones intersexuales concretas. Así, por ejemplo, comprobamos que documentales como *Octopus Alarm* producían ansiedad en muchos padres, quienes consideraban a Alex Jürgen un personaje problemático que fomentaba la culpa en ellos. Sin embargo, el documental de *Orchids* fue recibido con entusiasmo. Phoebe se casaba y el documental finalizaba cuando adoptaban un niño. Era visto como menos polémico y como apto para compartir en familia e incluso utilizarlo como excusa para sacar el tema en casa con hijas adolescentes.

*Bibliografía*

- ALDERSON, J.; MADILL, A. y BALEN, A. (2004) «Fear of devaluation: Understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome». *British Journal of Health Psychology*, 9: 81-100.
- BAECHLER, M. N. (2006) «Children are not disorders». *Archives of Disease in Childhood Online*, Electronic Letter, 29 August.
- BALLESTEROS, I. (2001) *Cine (ins)urgente: Textos filmicos y contextos culturales de la España postfranquista*. Madrid: Fundamentos.
- BLÁZQUEZ, F. (1977) *Cuarenta años sin sexo*. Madrid: Sedmay Ediciones.
- BOLIN, A. (2003) «La transversalidad de género. Contexto cultural y prácticas de género».
- EN NIETO, J. A., (Coord.) (2003) *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa, pp. 231-260.
- BUTLER, J. (2006) *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- CABRAL, M. (2008b) «Party of one. Dilemas del activismo intersex contemporáneo». En DAUDER, S.; GREGORI, N. y HURTADO, I. (2008) *Intersecciones disciplinares y producción de cuerpos sexuados. Conocimientos y cuerpos diaspóricos*. Seminario UIMP, Valencia. 29 septiembre-2 octubre 2008.
- COOLS, M.; DROP, S. L. S.; WOLFFENBUTTEL, K. P.; OOSTERHUIS, W. J. y LOOIJENGA, L. H. J. (2006) «Germ Cell Tumors in the Intersex Gonad: Old Paths, New Directions, Moving Frontiers». *Endocr. Rev.*, 27: 468-484.
- COYNE, I. y HARDER, M. (2011) «Children's participation in decision-making: balancing protection with shared decision-making using a situational perspective». *Journal of Child Health Care*, 15: 312-319.
- CONNELL, R. W. (1995) *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- CREIGHTON, S. (2004) «Special Issue Intersex». *The Psychologist*, 17(8): 153-157.
- DIAMOND, M. y SIGMUNDSON, K. (1997) «Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151: 298-304.
- DAVIS, K. (2007) *El cuerpo a la carta. Estudios culturales sobre cirugía estética*. México: La cifra editorial.



- DIAMOND, M. y BEH, H. (2006) «Variations of sex development instead of disorders of sex development». *Archives of Disease in Childhood Online*, Electronic Letter, 27 July.
- DOUGLAS, M. (1978) *Los símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza ed.
- DREGER, A. (1999) *Intersex in the Age of Ethics*. Maryland: University Publishing Group.
- DREGER, A. y HERNDON, A. (2009) «Progress and Politics in the Intersex Rights Movement». *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2): 199-224.
- ESTEBAN, M. L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- FOUCAULT, M. (1985) *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid: Revolución.
- GARCÍA-DAUDER, S. y ROMERO, C. (2012), «Los desplazamientos políticos de las categorías médicas: Actores, discursos y relaciones en la controversia “Disorders of sex development” versus “Intersex”». En PÉREZ SEDEÑO, E. y IBAÑEZ, R. (Coord.) (2006) *Cuerpos y diferencias*. Madrid: Plaza y Valdés, pp. 153-157.
- GOFFMAN, I. (1998) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- GRACIA BOUTHELIER, R. (2002) «Anomalías de la diferenciación genital». En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (7.º Curso de Formación de Postgrado) *Estados intersexuales e hipogonadismo*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas.
- GREGORI FLOR, N. (2014) «El “llegar a ser” Mujer/Hombre desde un diagnóstico de Intersexualidad o ADS». En PÉREZ SEDEÑO, E. y ORTEGA, E. (Coord.) (2014) *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra, pp. 423-468.
- GROVEMAN, S. (1999) «The Hanukkah Bush: Ethical Implications in Clinical Management of Intersex». En DREGER, Alice Domurat (Coord.) (1999) *Intersex in the age of ethics*, Maryland: University Publishing Group, pp. 23-28.
- HONTANILLA, A. (2006) «Hermafroditismo y anomalía cultural en *Mi querida señorita*». *Letras Hispanas: Revista de Literatura y Cultura*. Volume 3.1, Spring 2006, pp. 113-122.
- JULIANO, D. (1998) *Las que saben. Subculturas de mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

- SCHOBER, J. M. (1999) «A Surgeon's response to the intersex controversy». En DREGER, A. D. (Coord.) (1999) *Intersex in the age of ethics*. Maryland: University Publishing Group, pp. 161-168.
- MACKENZIE, D.; HUNTINGTON, A. y GILMORE J. (2009) «The experiences of people with an intersex condition: a journey from silence to voice». *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1775-1783.
- MAFFIA, D. y CABRAL, M. (2003) «Los sexos ¿son o se hacen?». En MAFFIA, D. (Coord.) (2003) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Seminaria, pp. 86-97.
- MONEY, J.; HAMPSON J. y HAMPSON, J. (1955) «Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management». *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 97: 284-300.
- PIRO BIOSCA, C. (2002) «Estados intersexuales: tratamiento quirúrgico». En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (7.º Curso de Formación de Postgrado) *Estados intersexuales e hipogonadismo*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas, pp. 129-140.
- SANDERS, C., Carter, B. y Goodacre, L. (2011) «Searching for harmony: parents' narratives about their child's genital ambiguity and reconstructive genital surgeries in childhood». *Journal of Advanced Nursing*, 67 (10): 2220-2230.
- SMITH, P. J. (1992) *Laws of desire. Question of homosexuality in Spanish writing and film, 1960-90*. New York: Oxford University Press.
- VÁZQUEZ, F. y MORENO, A. (1995) «Un solo sexo. Invención de la monosexualidad y expulsión del hermafroditismo (España, siglos XV-XIX)». *Revista de Filosofía*, 11: 95-112.
- VÁZQUEZ, F. y CLEMINSON, R. (2010) «Subjectivities in transition: gender and sexual identities in cases of "sex change" and "hermaphroditism" in Spain, c.1500-1800». *History of Science*, 48: 1-38.
- VIERA, M. (2011) «Que se enteren. Cuerpo y sexualidad en el zoom social. Sobre XXY». *Estudios Feministas*, Florianópolis, 19(2): 351-369.
- WIESEMANN, S.; UDE-KOELLER, C.; SINNECKER, G. H. G., y THYEN, U. (2009) «Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents». *Pediatrics*, 671: 674-76.