García Dauder, Silvia y Gregori, Nuria (2009). Dissenyant el marge de cossos posibles. Veritats i oposicions binàries en la construcción dels sexes-gèneres-sexualitats. *L'Espill,* 31, 122-132.

DISEÑANDO EL MARGEN DE CUERPOS POSIBLES: verdades y *oposiciones binarias* en la construcción de los sexos-géneros-sexualidades.

Silvia García Dauder y Nuria Gregori Flor

> *Recuerdo una noche estar tumbada en la cama después de que mi pareja y yo hiciéramos el amor, recuerdo mi clítoris todavía sintiendo el calor y la humedad del interior de su vagina. Me sentía bien. Pero me preguntaba, "¿Seré yo la única mujer que habrá hecho esto? ¿Seré la única mujer cuyo clítoris conoce la sensación de penetrar?"* (Kim, 1999: 99)[1]

De esta forma tan clara y provocativa introducía Kim su experiencia en *Intersex in the Age of Ethics*, compilación que se convirtió en una de las primeras publicaciones que visibilizaba un tema y a unas personas hasta el momento estigmatizadas y condenadas al silencio. Estos y otros tantos testimonios daban voz y legitimaban a "otros" cuerpos y "otras" experiencias, en un avance hacia el reconocimiento de la pluralidad humana con la ruptura de clásicas concepciones y presupuestos sobre sexo-género-sexualidad en Occidente.

La trasgresión de Kim no radica únicamente en el hecho de desvelar y narrar su relación lésbica, sino en el hecho de que ella, como mujer, narre cómo su clítoris es capaz de penetrar una vagina. De hecho, la biomedicina considerará el clítoris de Kim como "ambiguo", "deforme", "anómalo" u "ofensivo" y se referirá a él como un clítoris hipertrofiado, un megaclítoris o un clítoris peniforme; algo inaceptable por el hecho de que sus dimensiones superan los límites de lo previsto en nuestro contexto para una mujer. La experiencia de Kim, al igual que muchas otras tantas, nos obliga a revisar y a poner en entredicho las verdades y los límites impuestos por nuestra particular construcción social, médica y legal de sexos, géneros y sexualidades.

[1] Kim (1999) "As is", en Dreger, Alice Domurat (ed.) *Intersex in the Age of Ethics*. University Publishing Group, Hagerstown. pp.99-100.

La literatura médica ha dedicado muchos esfuerzos a nombrar, describir, analizar, interpretar y modificar cuerpos como el que muestra Kim en su artículo. Anteriormente descritos como aberraciones, quimeras, monstruosidades, o más recientemente como síndromes, alteraciones o trastornos, la variabilidad que representan estos cuerpos se fue clasificando primero como *hermafroditismos*, *pseudohermafroditismos* y *estados intersexuales* o más recientemente, como *ADS* (Anomalías de la Diferenciación Sexual). Los síndromes o alteraciones recogidos bajo este paraguas, demasiado complejos y diferentes como para poder dedicarle el suficiente tiempo en este ensayo, recogerían todas aquellas situaciones en las cuales existe una falta de correlación entre los ingredientes que para la medicina occidental conformarían el "sexo biológico" de las personas.

Cromosomas, gónadas, estructuras internas, enzimas, hormonas y su materialización en unos genitales externos y en la superficie corporal externa serán los elementos que conformarán ese puzzle de normalidades y dualismos del sexo biológico. Dentro de esta lógica, si naces con un cariotipo XY, deberás poseer unas gónadas masculinas o testículos con sus correspondientes conductos deferentes, próstata, etc., además de un sobrevalorado pene que presente determinadas dimensiones, morfologías y una estructura que haga desembocar la uretra en la punta del mismo. A éstos deberán sumarse unos determinados niveles de testosterona que actuarán llegado el momento desarrollando los conocidos como caracteres sexuales secundarios masculinos, es decir, desarrollo de la musculatura, voz grave, barba o una determinada distribución del vello. Su opuesto y complementario en rosa se definirá por una fórmula cromosómica con doble X, unas gónadas femeninas u ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina como estructuras internas, así como una cascada de hormonas y enzimas (estrógenos, progesterona, etc.) que conformarán cuerpos de mujer con genitales que muestren clítoris "que no se vean", vaginas capaces de contener penes, un desarrollo mamario con una determinada distribución de la grasa y una infinidad de rasgos asociados a la feminidad.

Aparte de esta coherencia lineal entre los diferentes componentes del sexo, encontramos en la literatura biomédica una reproducción de las mismas lógicas al interpelar por separado a cada uno de estos elementos. Así, cromosomas u hormonas son descritos e interpretados siguiendo los estereotipos de una supuesta masculinidad y su opuesta y distante feminidad, entrando en el juego frenético de categorías binarias, complementarias y excluyentes. Por ejemplo, hormonas como los estrógenos, la

progesterona o la testosterona son en ocasiones consideradas al margen del resto de elementos que condicionan su funcionamiento y, bajo argumentaciones psicobiologicistas, sus efectos se utilizan para justificar comportamientos sociales como la agresividad (testosterona), la empatía (estrógenos) o la antipatía y el rechazo (progesterona).

Se presupone que únicamente una determinada cantidad, combinación y orden exacto de todas estas variables biológicas puede garantizar un ajuste social adecuado: es decir, se espera que las personas se inscriban socialmente con una identidad de género, fija y estable a lo largo de toda su vida, y en definitiva, que se comporten acorde con las expectativas sociales de género. Cuando existen dudas e incertidumbres sobre ese cuerpo "visible"[2] y "no visible"[3], se multiplica y refuerza la vigilancia y el control sobre las personas que no se ajustan a este guión prefijado ante las repercusiones e influencia que estos "cuerpos" pudieran tener sobre las identidades, las expectativas vitales y los deseos. Así por ejemplo, el que un niño varón diagnosticado con una *ADS* se interese por el baile o las muñecas recordará a los padres sus dos cromosomas X y quizá piensen que se cometió un error diagnóstico por parte del equipo médico. En otras ocasiones, el deseo de una mujer hacia otra hará recordar a la misma el cromosoma Y de su cariotipo así como los efectos que pudo tener sobre sus afectos. En este sentido, una de las preocupaciones más extendidas dentro de la comunidad científica y sobre la que no existen certezas, es acerca de los efectos que ciertas hormonas y sustancias químicas tienen sobre la identidad de género y la orientación sexual en el periodo embrionario.

En definitiva, la función de esta construcción biologicista responde a una necesidad social que presupone una coherencia entre un orden natural y un orden social. Tal y como anunciara Foucault en su libro dedicado a Herculine Barbin, la conocida hermafrodita de la Francia del siglo XIX, *las fantasmagorías de la naturaleza pueden promover los extravíos del libertinaje*[4]. Para mantener un determinado orden social heterosexual y patriarcal es necesario exhibir unos rasgos de masculinidad y feminidad prefijada socialmente, y la ambigüedad física, aparente o potencial, es percibida como un peligro a ese orden social. Quizás sea sólo miedo a no saber nombrar o interpelar, aunque seguramente tenga que ver más con no querer aprender a hacerlo.

---

[2] Nos referimos a la apariencia de los genitales externos y al fenotipo (distribución del vello y de la grasa, desarrollo de la musculatura y apariencia externa en general).

[3] Cromosomas (X0, XY, XXXY, XX, etc.), gónadas (ovarios y testículos), estructuras internas (útero, vagina, trompas del Falopio, próstata, epidídimo, conductos deferentes, etc.).

[4] Foucault, Michel (1985) *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Revolución, Madrid.

Pero la regulación de las verdades del sexo no sólo tiene lugar en el ámbito médico. El mundo del deporte sobresale como microescenario social idóneo donde analizar estos presupuestos del sexo biológico y sus componentes, enlazando con las lógicas psicosociales donde las construcciones sobre la identidad de género, la opción sexual o las prácticas sexuales ejercen su máxima autoridad. En este escenario resulta interesante descubrir las metáforas y los mecanismos de exclusión que se generan a partir de los discursos y prácticas de los estamentos deportivos frente a las personas en tránsito o ambigüedad sexual.

Dentro de este espacio social se ejerce una férrea vigilancia sobre el sexo-género de las personas, creando toda una serie de dispositivos de control que tienen como objetivo eliminar cualquier vestigio de ambigüedad en sus filas. Al respecto podemos destacar los *tests de género* a los que someten a atletas "sospechosos de ambigüedad" en deportes de élite, así como los mecanismos de inclusión/exclusión en individuos en tratamiento con testosterona. Así por ejemplo, en casos como el del atleta alemán Balian Buchbaum, anteriormente Yvone Butchman, la prensa especializada y el propio atleta consideraban de lo más lógico el hecho de que inyectarse testosterona supusiera el final de su carrera deportiva debido a que daría positivo en las pruebas de dopaje. En todos estos casos, la testosterona representa la molécula del poder, del triunfo, de la fuerza física, de la capacidad, y por lo tanto, en ese poder radica su éxito y su peligrosidad. Cualquier persona considerada mujer al nacimiento puede resultar amenazante con niveles de testosterona superiores a lo previsto según las expectativas de género, y por lo tanto, estaría fuera de competición. Paradójicamente, esto no ocurre en sentido inverso y, en atletas que transitaron de hombre a mujer (MtF), seguir una terapia hormonal feminizante, con estrógenos y/o medicamentos antiandrogénicos, no supone obstáculo alguno para seguir compitiendo. En casos como el de la yudoca brasileña Edinanci Silva, extirparse el "órgano sexual masculino" y sus testículos, así como reducir sus niveles de testosterona en un 80% fue suficiente garantía para que el COI (Comité Olímpico Internacional) le abriera las puertas a participar como mujer en los Juegos Olímpicos de Pekín del 2008. Aún así, la deportista continuó lidiando con comentarios que otorgan a su estructura cromosómica, en este caso los cromosomas XY un valor añadido: *Sin embargo, lo más duro para San Miguel fue su adversaria brasileña, Edinanci Silva, con la que tuvo que "estar muy atenta" para no cometer fallos y poder contrarrestar su tremenda "fuerza". A la española no le falta sinceridad:*

"Sentí que estaba compitiendo con un hombre"[5]. Vemos cómo, por encima de las hormonas, el mapa genético con sus cromosomas XY continúa otorgando a la masculinidad garantías de éxito y de superioridad.

Por otro lado, aunque durante muchos años fueron cuestionados, y finalmente en 1999 el Comité Olímpico Internacional los prohibió, de nuevo en 2008 la organización de los Juegos Olímpicos de Pekín creó un laboratorio encargado de realizar los clásicos *test de género* o *test de feminidad* para "casos sospechosos". La duda curiosamente recaería únicamente en personas sospechosas de ser "hombres" que compiten en pruebas de "mujeres", sometiendo a estos supuestos "hombre-mujeres" a analíticas de sangre para examinar sus hormonas y cromosomas sexuales. En muchos de estos casos, como el de la atleta india Santhi Soundarajan en los Juegos Asiáticos de 2006 o el famoso caso de la atleta española María José Martínez Patiño en 1986, a pesar de tener una identidad social clara como mujeres, un resultado con una configuración cromosómica XY –estructura asignada médicamente a hombres biológicos- determinó su suspensión en competición.

A raíz de todas estas expulsiones, únicamente cabría preguntar a las autoridades deportivas y Comités Olímpicos: ¿Necesitamos diseñar unos nuevos Juegos con nuevas normas para que estas personas tengan el derecho a participar en el espacio deportivo de competición? ¿Qué tipo de Olimpiadas diseñarían para personas como Santhi Soundarajan o Balian Buchbam?

Para muchas de estas personas cuyos cuerpos son insistentemente negados, sus vidas entran en continua negociación y disputa con la dicotomía masculino/femenino y con su autonomía frente a un diagnóstico de enfermedad, desvelándose las contradicciones, paradojas y en definitiva, el carácter arbitrario, histórico y construido de las categorías sociales. El cuerpo medido en términos dicotómicos y clasificado como bueno/malo, correcto/incorrecto, sano/enfermo, normal/anormal, feo-horroroso/bonito-bello genera consecuencias muy negativas para los que se encuentran en el lado de lo "incorrecto" y de lo "enfermo", es decir, de lo "diferente", de lo "anormal" o de lo "desviado". Experiencias como la de David Brager, cuyo testimonio

[5] Al respecto se habló mucho a través de prensa escrita e Internet. Este fragmento se ha extraído del artículo: "¿Eres lo suficiente mujer como para ser olímpica?" del 15 de agosto de 2008 en www.soitu.es. También se pueden leer titulares como: "La judoca con la fuerza de un hombre", del 14 de agosto de 2008 en www.cadenaser.com

exhibe la página web del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) del Síndrome de Klinefelter[6], pueden ayudar a intuir el peligro de construirse continuamente en oposición: *Durante la pubertad los chicos pasan por muchos cambios: se llenan de músculos, les sale pelo en el cuerpo, la voz tiene tonos más graves, sus emociones se vuelven locas, se hacen más agresivos y sus genitales maduran. Mi pubertad fue distinta: me puse muy gordo y me creció el pecho, no tenía pelos en el cuerpo, mi voz seguía aguda, permanecí calmado y mis genitales, sin pelo alguno, más pequeños que nunca*. Todos los componentes del sexo-género, al igual que otros aspectos de la naturaleza, se organizan aquí en oposición y contraste, o en palabras del antropólogo Lévi-Strauss[7], en *oposiciones binarias*. Según explica el autor, aunque muchos fenómenos son continuos en lugar de separados o inconexos, la mente, dada su necesidad de imponer orden, los trata como si fueran más diferentes de lo que son. Desafortunadamente, las diferencias de grado se convierten en desigualdades y asimetrías, relaciones de poder y superioridad de unas categorías sobre otras, de "sanos" sobre "enfermos", de "normales" sobre "anormales, diferentes, discapacitados o *tarados*", de "hombres" sobre "mujeres", etc.

Emergencias psicosociales y tecnologías biomédicas

Cuando la lógica del sexo biológico sufre algún contratiempo o sorpresa inesperada se activa todo un dispositivo de emergencia legal y socio-sanitaria para intervenir sobre estas personas. La detección de los conocidos como genitales ambiguos es una de las primeras características que alerta a la comunidad científica de que "algo no va bien", principalmente porque se produce en el momento del nacimiento y este momento está altamente institucionalizado en nuestra sociedad. En otros casos, el descubrimiento se producirá en la pubertad, ante un desarrollo atípico de genitales, chicos que desarrollan mamas, menstruaciones que nunca llegan en chicas o, más adelante, embarazos buscados que tampoco llegan, etc.

Muy lejos de lo que la naturaleza nos presenta, en el imaginario cultural existen pocas posibilidades morfológicas para hablar de genitales "normales". Existen multitud de tablas, gráficas y estándares que recogen en manuales médicos lo que se consideran los límites de la normalidad, patologizando todo aquello que no se ajusta a esos valores.

---

[6] Grupo de Ayuda Mutua del Síndrome de Klinefelter: http://sindromedeklinefelter.es
[7] Lévi-Strauss, Claude. (1995) *Antropología estructural*. Paidós, Barcelona.

Escalas como las de Prader y de Lucks[8] para genitales ambiguos señalan diferentes estadios en los cuales la morfología de los genitales resulta inaceptable. Habitualmente se utiliza la escala de gradación de Prader, donde se especifican los distintos fenotipos (apariencia externa) en cinco grados que van desde los genitales femeninos normales hasta los genitales masculinos normales, pasando por toda la variación de genitales entre estos dos. La finalidad de estas gráficas es diagnosticar el "grado de virilización" para poder planificar y dirigir la posterior intervención quirúrgica logrando unos genitales estandarizados en forma y tamaño.

Así, los esfuerzos se centran en procurar avances tecnológicos que en forma de cirugía u hormonas permitan modificar la biología para que se ajuste a las expectativas sociales sobre lo femenino y lo masculino. Los cuerpos resultan más maleables que las normas y las expectativas sociales de género: "nos encontramos con *la maleable artificialidad del sexo natural y la sedimentada naturalización del género cultural."*, p44 [9]. En consecuencia, dado que la variabilidad natural corporal de los cuerpos sexuados se convierte en algo anormal e inviable, lo considerado "normal" y "natural" acaba siendo aquello que es posible modificar gracias a las tecnologías biomédicas. El "normal" pero no normativo y el "natural" pero no canónico cuerpo intersexual se modificará con la ayuda de hormonas y con la conocida como cirugía genital correctora de genitales ambiguos (clitoridoplastia, vaginoplastia o faloplastia) con el objetivo de hacerlo encajar dentro de la utopía dicotómica de cuerpos y sexos.

Las tecnologías biomédicas buscan responder a la necesidad de perpetuar ciertas concepciones sobre la complementariedad entre sexos, así como un modelo de sexualidad heterosexual con unas prácticas coitocéntricas. Dentro de este modelo, una mujer será cuestionada o se cuestionará a sí misma si no dispone de una vagina con un diámetro y longitud suficiente para albergar un pene. Por lo que respecta al clítoris, se intentará conservar en la medida de lo posible para que esa mujer sea capaz de obtener una respuesta placentera, pero en este caso, el criterio del resultado estético –"un clítoris que no se vea"- estará por delante de la posibilidad de experimentar placer a través de él. En cuanto a los varones, por todos es sabido el valor simbólico que nuestra sociedad atribuye a las cualidades del pene. Así, cuando se establece como criterio prioritario "la

---

[8] En LUCIO, C. V.; ÁBREGO, V.: "Hermafroditismo verdadero, características clínicas, genotipo e histología gonadal", en *Medicina Universitaria*; 5(20), 2003:176-179.

[9] García Dauder, Silvia; Romero Bachiller, Carmen y Ortega, Esther (2007). Cossos insubmissos i mutilació genital: La regulació tecno-mèdica dels cossos sexuats. En J.M. Armengol (ed.), Masculinitats per al segle XXI (35-45). Barcelona: CEDIC.

respuesta sexual y funcional", este se traduce en un pene con capacidad de erección y de penetración. Del mismo modo, la cirugía continuará siendo la única base posible sobre la que construir una sólida identidad de género. Sin cirugía de reducción de clítoris no se considera posible que una persona pueda identificarse de forma clara como mujer, y más adelante, cuando sea adulta, tampoco podrá hacerlo si esa vagina no está diseñada como complemento de un pene. En el caso de los varones, el tamaño y la funcionalidad del pene –un pene capaz de ponerse erecto y de penetrar una vagina, además de que le posibilite el orinar de pie- guiará el éxito de su masculinidad.

A pesar de que las tecnologías biomédicas –cirugías y hormonas— han ido perfeccionándose y mejorando considerablemente sus resultados en los últimos años, no están exentas de riesgos que incluyen infecciones, cicatrices, pérdidas de función y sensibilidad, en definitiva, cronicidad. Sin embargo, para muchos profesionales, el daño emocional producto del rechazo social que pudiera ocasionar el poseer una apariencia corporal sexuada poco habitual o una anatomía inusual, es mucho mayor que el posible daño físico derivado de efectos iatrogénicos de la cirugía plástica, así como los efectos secundarios del tratamiento hormonal. Como Kessler analiza, la intervención médica está justificada a favor de producir individuos socialmente ajustados: "un problema social se «cura» médicamente[10]". De este modo, cuando la biología bloquea las expectativas sociales de género, en lugar de preocuparnos por el significado y el sentido de nuestras propias expectativas, así como por las consecuencias sobre quienes no pueden cumplirlas, todos los esfuerzos se dirigen a vigilar y controlar a esa naturaleza paradójicamente antinatural y antisocial.

Soluciones quirúrgicas a urgencias psicosociales: el papel del dualismo cuerpo/mente en los tratamientos médicos de normalización sexual

El diagnóstico y tratamiento de los conocidos como "estados intersexuales" ha sido objeto de análisis dentro de la teoría feminista, entre otras cosas, para contextualizar la aparición del concepto de "identidad de género" y para poner en cuestión el dualismo que hacía parejo el sexo con el ámbito de lo natural/biológico y el género con el ámbito de lo cultural/social. A partir de este análisis, se ha terminado concluyendo que el sexo no es sino género y que relegar el sexo al terreno pre-

[10] Kessler, Suzanne. (1998). *Lessons from the Intersexed*. Rutgers University Press, New Jersey.

discursivo ha implicado desatender aspectos fundamentales del cuerpo de las mujeres. En la medida en que decantarse por uno u otro de los componentes del "sexo" (cromosómico, hormonal, gonadal o genital) como privilegiado para la asignación sexual en casos de "incoherencia", es una elección social, se hacía evidente el carácter construido de la propia dualidad sexual. Y en la medida en que la intervención en casos de "ambigüedad" sexual se ha dirigido fundamentalmente a la "corrección" corporal quirúrgica y hormonal para ajustarse a la horma dicotómica, y no a la intervención psicosocial dirigida al reconocimiento de la variedad y las diferencias, se hacía evidente el proceso de naturalización del dualismo de género, aparentemente menos maleable que el propio cuerpo sexuado.

Es en este contexto donde surgen nuestras aproximaciones discursivas y deconstruccionistas que cuestionan la naturalización de la propia dicotomía sexual y critican los intentos por patologizar aquellos cuerpos que no se pliegan claramente a uno u otro sexo. No obstante, nos hemos encontrado con esas otras aproximaciones que, partiendo de la materialidad de los cuerpos, apelaban al malestar que genera no encajar en las normas dicotómicas, y a las demandas urgentes de normalización de padres y pacientes adultos/as, como argumento justificador de intervenciones quirúrgicas clínicamente innecesarias, pero consideradas urgentes en el plano psicosocial para llevar una vida psicológicamente vivible. Todo ello nos ha hecho caer en la cuenta de que necesitamos formas diferentes de desplazarnos dentro de los dualismos, que problematicen los discursos en torno a la naturalización de la dicotomía sexual pero que, a su vez, atiendan a la materialidad de los cuerpos y sobre todo a las experiencias encarnadas de vivir en cuerpos que no se corresponden con los esquemas dualistas sociales.

El protocolo "clásico" de John Money (1955)[11] para el tratamiento de alguno de los síndromes que se encuadran dentro de los "estados intersexuales", estableció el dualismo sexo/género, asentado en el dualismo cuerpo/mente: una cosa es el cuerpo sexuado (con sus diferentes componentes) y otra, la mente generizada o identidad de género, la experiencia subjetiva de sentirse hombre o mujer. En casos de "ambigüedad", el tratamiento iba dirigido a la asignación quirúrgica y hormonal de un sexo (en la mayoría de los casos "mujer" por facilidades de "reconstrucción quirúrgica"), para

[11] Money, John., Hampson y Hampson (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. Bulletin of the John Hopkins Hospital, 97: 284-300.

posteriormente centrar todos los esfuerzos en una socialización familiar acorde que construyera una adecuada identidad de género sin fisuras. El dualismo sexo/género sirvió, así mismo, para la comprensión y el tratamiento médico de la transexualidad basado en el sufrimiento producido por la no correspondencia entre ambos. En estas situaciones los cuerpos fueron y siguen siendo descritos como ajenos a estas personas (a sus mentes) o las mismas como atrapadas o encerradas en cuerpos que no les corresponden.

Hoy en día, no obstante, ambos diagnósticos se han ido separando, definiéndose incluso a nivel médico y legal de forma excluyente. La "intersexualidad" (en términos legales) o las "anomalías de la diferenciación sexual" (ADS, en términos médicos), es considerada como una patología *física*, un problema del desarrollo del cuerpo sexuado, cuyo tratamiento quirúrgico y hormonal es cubierto por la seguridad social. La "transexualidad" (en términos legales) o "los trastornos de la identidad sexual" (en términos psiquiátricos), es considerada como una patología *mental* cuyo tratamiento quirúrgico, salvo excepciones autonómicas, está excluido de la cobertura sanitaria española. Ambas son categorías nosológicas que regulan las ambigüedades y los tránsitos entre sexos/géneros, con un pasado médico convergente y que movilizan a los mismos expertos y tecnologías (cirujanos, endocrinos, genetistas y psicólogos o psiquiatras). No obstante, como señalábamos, sus protocolos de intervención difieren en aspectos muy importantes, fundamentalmente en lo que respecta a la intervención quirúrgica, considerada en el primer caso como una "urgencia" y en el segundo como un "lujo" o "capricho estético". Como cirugía reparadora, o como cirugía cosmética, respectivamente. Las operaciones de "cambio de sexo", consideradas por las propias personas transexuales como una *necesidad psíquica*, no reciben cobertura médica pública bajo el argumento de que son cirugías "estéticas", *elegidas* por adultos; en cambio, se cubre el mismo tipo de operaciones sobre genitales físicamente no dañinos en casos de ADS, consideradas esta vez "necesarias", bajo el argumento de la angustia social de los padres o de una anticipada angustia psicológica de los propios bebés cuando crezcan. En este último caso, se reconoce que las funciones que se trata de restablecer o reparar cuando se operan los genitales no son biológicas sino culturales, en muchos casos relacionadas con las expectativas de los padres. No obstante, como decíamos, la cobertura sanitaria pública no se cuestiona por considerarla una enfermedad física, a diferencia de la transexualidad que se considera una enfermedad mental.

Esta primacía de lo físico sobre lo mental en la cobertura médica, parece que lleve el presupuesto asociado del *determinismo* genético de problemas del desarrollo sexual ("malformaciones congénitas") versus la *elección* de cambio de sexo, con los correlatos morales asociados a ambos. Ello ha provocado un nuevo auge de investigaciones sobre los orígenes biológicos, genéticos, y deterministas de la transexualidad. La paradoja que crea este sistema es que el deseo por una explicación genética y determinista de la transexualidad, que minaría parte de la agencia a las propias personas transexuales, se justifica por un deseo de mayor autonomía posibilitada por la cobertura médica (Butler, 2006)[12]. Se entiende, precisamente por esta situación, que muchos colectivos y asociaciones de personas *trans* estén abandonando la nomenclatura de transexualidad para volver a la de un síndrome, el de Harry Benjamín, definido como una condición neurológicamente intersexual. La traducción de esta elección es básicamente el reconocimiento a nivel médico-legal de estas personas como intersexuales y con ello la cobertura dentro del ámbito sanitario público español de las cirugías y tratamientos de cambio de sexo físico.

Por otro lado, lo que llama la atención ante estas justificaciones legales para cubrir económicamente o no los tratamientos, es que el diagnóstico de ADS sea considerado de forma protocolar como una "urgencia psicosocial". No sólo eso, sino que, a pesar del reconocimiento *psicosocial*, los expertos movilizados -cirujanos, endocrinos y genetistas- intervienen fundamentalmente en la modificación corporal, dejando los aspectos psicológicos y sociales en un segundo plano o abandonados. Esto puede estar relacionado con el papel secundario de las ciencias sociales en nuestro sistema sanitario, pero también con las contradicciones generadas por un diagnóstico médico que, si bien parte del reconocimiento de la dimensión psicosocial de las enfermedades, en su intervención vuelve a una concepción dualista cuerpo/mente centrada en la intervención sobre partes fragmentadas del cuerpo, desatendiendo la experiencia encarnada de las diferencias corporales y las condiciones psicosociales bajo las cuales los padres o las personas adultas con ADS eligen cirugías genitales. Desde nuestro punto de vista, la base de todas estas contradicciones está en la preeminencia de este modelo dualista cuerpo/mente donde se prima una intervención sobre el cuerpo fragmentado, paradójicamente bajo la esperanza de que se produzca una intervención psicosocial sin apenas atender a la experiencia subjetiva de los cuerpos en procesos de transformación.

[12] Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Se concibe el cuerpo como un objeto desencarnado que puede ser alterado, modificado, corregido, para converger con unas determinadas versiones del yo -y de la identidad de género masculina o femenina- sin fisuras, inalcanzables. El presupuesto es la posibilidad real de tener una identidad de sexo/género no ambigua: como si las personas intersexuales no tratadas hormonal o quirúrgicamente necesariamente no fueran a tener una identidad clara, o como si los hombres y mujeres "típicos" no tuvieran crisis con sus identidades genéricas. La fórmula sexo=genitales presupone que no puede haber sexo con genitales diferentes a la norma. Por otro lado, como argumentamos al inicio del artículo, la morfología ideal de los genitales está basada en una sexualidad, heterosexualidad, cuya satisfacción se iguala a la penetración puramente física (ser penetradas vaginalmente en el caso de las mujeres y penetrar con un pene de tamaño "normal" en el caso de los varones), quedando en un plano secundario aspectos subjetivos como el placer sexual, los sentimientos, las percepciones, etc.

Como mencionábamos antes, a pesar de que el término psicológico "identidad de género" tiene su origen en el tratamiento clásico de la "intersexualidad", y a pesar del calificativo "urgencia psicosocial", el papel otorgado a la intervención psicológica en el protocolo Money era secundario respecto al tratamiento quirúrgico y hormonal. Se utilizaba como complemento a la cirugía de cara a regular y fijar el género masculino o femenino asignado. Lo "urgente" era la cirugía; el ajuste psicológico implicaba una vigilancia de género posterior a lo largo de todo el proceso de socialización. Hoy en día, este protocolo está siendo objeto de diferentes revisiones, provocando cambios en la terminología y cambios en los tratamientos.

En el contexto español el cambio de terminología, la sustitución de "estados intersexuales" debido a su carácter peyorativo por "anomalías de la diferenciación sexual", no ha venido acompañado de los debates y polémicas que han surgido en otros países. Debates sobre los efectos performativos de las categorías diagnósticas que habrían enriquecido la comprensión de las identidades sujetas y sujetadas a intervenciones médicas; debates en torno a la ocultación, bajo el término ADS, de la rígida regulación de la identidad de género en los tratamientos; o debates sobre la proliferación de investigaciones genéticas y prácticas eugenésicas posibilitadas por las nuevas tecnologías de diagnóstico prenatal. Los "avances" médicos en nuestro país se han centrado en nuevas investigaciones en el ámbito genético, endocrino, en la biología molecular y en el perfeccionamiento de las tecnologías quirúrgicas. Sin embargo, apenas se ha invertido en investigación e intervención psicosocial sobre las rigideces

sociales que imposibilitan que determinados cuerpos sean habitables, vivibles y deseables. Los aspectos psicológicos quedan reducidos a los momentos pos-tratamiento, hormonal o quirúrgico, de seguimiento y satisfacción, considerando la insatisfacción -tanto con la asignación médica del sexo como con las intervenciones médicas- como problemas individuales, de inadaptación y no como fallos en los tratamientos.

En estos protocolos, los actores sanitarios utilizan argumentos en función de las justificaciones disponibles, haciendo eco de lo previamente considerado factible y razonable. Y en muchos casos, estas retóricas dependen de la manera en que los servicios de salud están organizados. Así, la intervención psicosocial apenas tiene cobertura en el sistema público sanitario español, quedando los aspectos psicológicos, sociales y culturales desatendidos o difícilmente tratados por unos médicos sin formación en estas perspectivas, en la mayoría de los casos con nociones muy estereotipadas sobre los géneros y la sexualidad. De esta forma, la única forma de intervención considerada por médicos y padres ante esta "urgencia psicosocial" es la normalización quirúrgica y hormonal. El sufrimiento causado por las normas sociales se configura como un problema individual y corporal. La pregunta es si el progreso técnico es la solución a la intolerancia social o si está actuando de forma cómplice con falsas asunciones dualistas y colaborando con la experiencia de estigma y vergüenza en aquellas personas con genitales diferentes.

Los que trabajan directamente dentro del sistema sanitario, apelan a la inoperancia práctica de las "soluciones sociales". La deconstrucción de los discursos sociales resulta poco operativa ante el sufrimiento de las personas y sus deseos de ser aceptadas, frente a la "eficacia inmediata" de las modificaciones de los cuerpos para "normalizarlos". No obstante, si tratamos de romper las concepciones dualistas mente/cuerpo, individuo/sociedad, etc. nos daremos cuenta de que, no solo las intervenciones actuales son también "sociales", sino que es posible pensar en otro tipo de intervenciones, médicas o no, que se orienten directamente a las experiencias vividas de las personas con cuerpos sexuados diferentes y que vayan más allá de la normalización quirúrgica y hormonal. Otro tipo de intervenciones que, como señalan Boyle, Smith y Liao, integren realmente la materialidad de los cuerpos, la subjetividad o experiencia encarnada de los mismos y la importancia de las narraciones y discursos en torno a ellos. Ello implica, en primer lugar, replantearse la "urgencia" del tratamiento, pues una intervención "psicosocial" nunca va a poder gestionarse de forma urgente. Cambiar las concepciones del individuo y de la sociedad sobre los cuerpos sexuados y

las diferencias encarnadas requiere de un *proceso*, no depende de una acción inmediata. Prueba de ello es que las operaciones quirúrgicas no solucionan los problemas de la estigmatización ni las expectativas de normalidad, ni desaparece la necesidad de dar explicaciones sobre la diferencia (Alderson, Madill y Balen,)[13]. Por otro lado, la intervención psicosocial no se debe reducir a los momentos pos-tratamiento hormonal o quirúrgico (aparte de replantearse los criterios de éxito o satisfacción de los mismos), sino que debe comenzar antes de la asignación y/o intervención médica, para poder hablar propiamente de *consentimiento informado* de los padres o de *libres elecciones* por parte de pacientes adultos/as. Una intervención que dé la mayor cantidad de *información* posible ante la toma de decisiones (a diferencia del secretismo en los protocolos tradicionales), y de *formación* (tanto a padres como a adultos) sobre el valor y la experiencia de la diferencia y sobre las diferentes estrategias de gestión ante uno mismo y ante los demás. Ello implica, por ejemplo, examinar las creencias incuestionadas sobre la "sexualidad normal", el "cuerpo normal" o la "vida normal"; dar información abierta sobre las diferentes condiciones y tratamientos y discutir las expectativas de las intervenciones; dotar de recursos discursivos para pensar y comunicar sus condiciones en sus relaciones sociales, especialmente las afectivas; dar información y discutir sobre formas alternativas de sexualidad placenteras que vayan más allá de la penetración vaginal y cómo gestionarlo con sus parejas o relaciones, etc. (Alderson et al., 2004; Boyle et al., 2005)[14].

Mientras tanto, las personas en tránsito o variabilidad sexual se mueven entre contradicciones, paradojas y negociaciones. Pero como señala Judith Butler, la crítica de las normas de género y la comprensión de las diferentes posturas en este debate, debe situarse en el contexto de las vidas tal como son vividas por las personas a las que más les afecta, y debe guiarse por la cuestión de qué maximiza las posibilidades de una vida habitable y qué minimiza la posibilidad de una vida insoportable, para todas ellas. Y de esta forma reconocer las agencias y micro-resistencias en los ajustes, acuerdos y negociaciones continuas con el status quo en el quehacer cotidiano de cuerpos, géneros y deseos. Es precisamente dentro de esta tensión donde situamos la clave del cambio.

---

[13] Alderson, Julie., Madill, Anna y Balen, Adam. (2004). Fear of devaluation: Understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome. *British Journal of Health Psychology,* 9, 81-100.

[14] Boyle, Mary., Smith, Susan y Liao, Lih-Mei. (2005). Adult genital surgery for intersex: A solution to what problem? *Journal of Health Psychology*, 10(4), 573-584.