

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
Tesis Licenciatura en Sociología

**¿Qué nombre le ponemos?:
estudio de casos de intersexualidad frente a la construcción
de sexo y género en la sociedad uruguaya**

Valentina Larrosa Gaso

Tutor: Carlos Muñoz

2014

Índice

Introducción.....pág. 4

1- Comencemos por el principio... pág. 4

- Estado del Arte
 - Concepto clave: Intersexual
 - Ojos que no ven, corazón que no siente: la cuestión de lo invisible

2- Lo que me propongo para esta investigación.....pág. 14

- Pregunta–problema
- Objetivos generales
- Objetivos específicos
- Justificación

3- Marco Teórico: Lo que está escrito.....pág. 18

A-Teoría general

- Internalización de pautas y conductas: lo considerado “normal”

B-Teoría sustantiva

- Intersexual, sexo ambiguo, hermafrodita... ¿o qué?
- Sexo: estructura biológica y social
- *Heteronormatividad, performatividad* y género
- El poder

4- Marco Metodológico..... pág. 26

- Técnica
- Población estudio
- Cuadro metodológico
- Plan de Análisis

5- Análisis.....pág. 34

- En el propio trabajo de campo: la caja de pandora
- ¿Indefinido? Dentro de dos extremos...masculino y femenino.Algo más que conceptos
- Hay que “resolverlo” sí o sí
- Reflexionando
- Conclusiones

6- Bibliografía.....pág. 56

Introducción

La investigación consta de seis partes que se encadenan entre sí, cuyo hilo conductor es el análisis que voy realizando en base a mi propia experiencia durante la investigación. Realicé un análisis etnográfico que atravesó las distintas aristas de la experiencia hasta llegar a una construcción del objeto de estudio. En la primera parte “Comencemos por el principio...”, expongo lo que me motivó a investigar esta temática y el estado del arte de la investigación. En la segunda parte, describo la pregunta problema y los objetivos planteados. La tercera y cuarta parte, detallo el marco teórico y empírico para alcanzar dichos objetivos. En la quinta parte, es el análisis final sobre todo lo recabado, la muestra de resultados teóricos y empíricos, y la apertura hacia nuevos campos de investigación sobre la problemática. El último punto es el anexo, donde están las entrevistas, el reporte y la información complementaria a la investigación.

Comencemos por el principio...

Desde que comencé a adentrarme en el estudio de los casos de intersexualidad² se me fue abriendo un mundo que diluía las fronteras de la binariedad del sexo³ y

² Intersexualidad: Con el término *intersexualidad* se hace referencia al grupo de afecciones en las que se da una *anormalidad* en los genitales internos y externos. Dicha anomalía impide *definir* si un individuo pertenece al género masculino o femenino. También conocida como hermafroditismo o DSD (Trastorno de Desarrollo Sexual según siglas en inglés), la intersexualidad suele aparecer dividida en seis categorías, [que adjunto en el anexo]. (Violeta, Hernández Guanche, 2009:3)

³ Sexo: refiere a las diferencias biológicas y genéticas entre varones y mujeres. Esto incluye las diferencias anatómicas y los caracteres sexuales primarios y secundarios. (P. López y F. Ferrari. 2010:47)

género⁴, reflejadas en lo que asumimos como comportamientos “naturales”, y por ende, en el lenguaje que las representa y les da forma.

La investigación exploratoria comenzó con la búsqueda de registro de casos de intersexualidad a finales de Mayo de 2010. La consulta partió en el Ministerio de Salud Pública, pasando por el Hospital de Clínicas hasta terminar en varios hospitales donde atendían niños/as⁵. Esta etapa exploratoria me llevó un arduo trabajo e insistencia por mi parte en las distintas instituciones, debido a la inexistencia de un registro estadístico de los mismos, y la imperante necesidad de determinar su sexo a temprana edad⁶.

“¿Existen casos?” “¿En Uruguay hay personas intersexuales?” “¿Qué es sexo?” “¿Y género?” “¿Qué es heteronormatividad?” “¿Qué es intersexual?” “¿A las personas que les gustan otras personas de su mismo sexo, son intersexuales?” “¿Y las personas trans⁷ son intersexuales?” “¿Las personas hermafroditas se reproducen a sí mismas?” “¿Si tiene barba es intersexual?” Son todas preguntas que fueron surgiendo en otras personas y en mí misma como investigadora, generando muchas veces un camino sobre la cuerda floja entre la objetividad y la subjetividad. De este modo, la complejidad que los casos de intersexualidad acarrea, todo lo que la misma interpela, y su invisibilización, me hizo cuestionar la construcción de la realidad social en la que vivimos, y por ende, a nosotros mismos.

Lo que me motivó a realizar esta investigación fueron dos grandes interrogantes: por un lado, ¿hacia dónde está enfocada la prioridad de garantizar una “vida mejor” de estas personas?, ¿hacia la sociedad o hacia el propio individuo? Por el otro, el carácter urgente o no de su intervención, ¿cómo opera sobre estas prioridades? Fue así, que me planteé indagar qué ocurre en Uruguay cuando se detecta un caso de estas características tanto a nivel médico, científico, social, político y cultural, pretendiendo

⁴Género: es el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo.(P. López y F. Ferrari. 2010:47)

⁵ No hago mención de los hospitales a los que fui, debido a que no es lo que importa en esta investigación. A su vez, debo mantener el anonimato tanto de los espacios como de los actores, por lo tanto, tampoco menciono los nombres reales de los/as entrevistados/as, sino que utilizo seudónimos para conservar la confidencialidad de sus datos.

⁶ En el anexo se adjunta el reporte con el detalle de la investigación exploratoria. A su vez, esta hipótesis afirmativa se desarrolla en la introducción y en el análisis.

⁷ Más adelante realizo una breve descripción de ambos casos. En el anexo expongo con más detalle dicha diferenciación.

abordar dicha investigación desde la localización de los casos y el proceso de intervención de los mismos.

Estado del Arte

El estado del arte de este trabajo está conformado por investigaciones, aportes teóricos y artículos. Pero la selección más exacta sobre la que me detuve en cada una de los textos fue:

1. Aspectos que engloban el discurso médico, las nuevas tecnologías sobre el cuerpo, y el poder médico sobre los casos de intersexualidad.
2. Conceptos claves sobre el sexo y género, y lo que internalizamos de la realidad social.
3. Establecimientos que se dan por medio del ejercicio del poder en los campos de la heteronormatividad que se transcriben e interpretan a través y por medio de los cuerpos.

Concepto clave: Intersexual

Se le denomina “intersexual” a aquellas personas que su sexo cromatínico (cromosomas), su sexo gonadal (gónadas), y/o las características del sexo secundario (mamas, barba, mucho o poco vello en las axilas, etc.) no están determinadas exclusivamente hacia el sexo masculino ni al femenino⁸.

A lo largo de la historia humana se ha intentado demostrar que existe una relación concomitante entre el sexo y género para justificar las acciones que nos diferencian y nos identifican como Hombres y Mujeres, donde la ciencia y la medicina han jugado un papel importante en esta clasificación. Es fundamental comprender el significado de ambas categorías. El sexo alude a todas las características fisiológicas que diferencian a un ser humano de otro según su morfología y genética, que se clasifica

⁸ En el anexo detallo las características que “definirían” a una persona como intersexual.

en Femenino y Masculino. En cambio, el género, es el conjunto de acciones y valores culturales por medio de los cuales la persona construye una identidad asociada o disociada a su sexo, que se clasifica en Mujer y Hombre. Esta distinción fue variando con el tiempo, en una búsqueda de justificar el sexo sobre el género y a la inversa.

Thomas Laqueur (1994), realiza un recorrido histórico de la construcción del sexo y género desde los griegos hasta el s. XX, cuya descripción y análisis me permitió comprender las variaciones sobre cómo se concebía al sexo según el contexto social en el cual éste se encontraba enmarcado. El autor trata sobre la construcción histórica desde una perspectiva médica, social y cultural, que muestra el desarrollo de las distintas concepciones que hemos ido construyendo sobre el sexo y género. Pero sobre todo, traza una línea decisoria entre las mismas con la categorización, por un lado, de un solo sexo, que abarca desde la Antigüedad hasta el s. XVIII; y por el otro, la categorización que corresponde a los dos sexos, abarcando el s. XVIII en adelante.

Desde un principio (partiendo desde la Antigüedad hasta el s. XVIII) la determinación del sexo era unisexual con la hegemonía del sexo masculino⁹. El hecho entonces, de que los sexos estaban vinculados por una anatomía común, daba cuenta de que “existían muchos géneros, pero un solo sexo capaz de adaptaciones.”(Laqueur, 1994: 72) A partir del s. XVIII, comienza a asociarse la sexualidad con aspectos biológicos, y por tanto la ciencia pasa a determinar dos sexos/géneros legitimando así la heteronormatividad¹⁰. Dentro de la medicina moderna, estos dos sexos pasan a distinguirse por los genitales, “...de tal manera que los hermafroditas pasan a ser seres patológicos a reorientar: se trata de buscar el verdadero sexo al que pertenecen. Esta teoría adquiere especial importancia a partir del siglo XIX, pues surge un enorme interés por el sexo y las patologías asociadas a él.”(Guanche, V. 2009:5) La cuestión está en que la determinación del sexo se ha visto influida por ciertos valores culturales

⁹El sexo femenino pasaba a ser definido como una imperfección de este primero, presentando los mismos órganos pero en lugares “equivocados”, inversos, adquiriendo el hombre (de esta forma) un status social elevado frente al de la mujer. Galeno interpreta dicha conformación anatómica en detalle en *On the Usefulness of the Parts of the Body*: “Piensa primero, por favor, [en los órganos genitales primero] del hombre, doblados hacia adentro y extendidos entre el recto y la vejiga. Si se hiciera esto, el escroto ocuparía necesariamente el lugar del útero, con los testículos en su parte exterior, uno a cada lado.” (T. Laqueur, 1994:50)

¹⁰Heteronormatividad: Engloba todas las conductas que legitiman y privilegian la heterosexualidad y las relaciones heterosexuales como fundamentales y 'naturales' dentro de la sociedad (Cathy J. Cohen, 2005:24)

establecidos por medio de la necesidad de querer justificar las normas de género, hasta el punto de que nuestra biología pasa a limitarse "...por las normas culturales en la misma medida en que la cultura se basa en la biología". (Laqueur. 1994: 246)

Las nuevas tecnologías y el avance científico pasan a ocupar un papel protagonista en la determinación del sexo en personas intersexuales, dado que ha permitido estudiar con mayor precisión hacia dónde está orientada su intersexualidad. De ahí que me apoyo para profundizar en la temática con la investigación de Esther Ortega, Carmen Romero Bachiller y Silvia García Dauder (2008), y el artículo de Violeta Hernández Guanche (2009), que hablan de los diagnósticos médicos de dichos casos en base a la innovación tecnológica y científica que facilita la intervención inmediata de los mismos. Ambos trabajos presentan, la interrelación que se da entre tecnología, ciencia y sexo-género al momento de diagnosticar e intervenir sobre los cuerpos que presentan características intersexuales.

He aquí una ilustración caricaturesca que describe en pocas imágenes la historia sobre cómo han ido cambiando los procesos de determinación del sexo-género en las personas intersexuales.

CÓMO GESTIONAR LA INTERSEXUALIDAD – UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA.





11

La heteronormatividad está constituida por un conjunto de normas que conforman el sistema social en el cual todos/as somos protagonistas, guiando nuestras conductas hacia una asociación de un género con su correspondiente sexo. Esta fuerte determinación que ha sufrido sus cambios (como he mencionado anteriormente), es el resultado de una constante búsqueda política, científica y social por el orden y el control de los cuerpos, en la cual han emergido siempre otras posibles situaciones que interpelan lo que realmente somos. De ahí la relatividad de lo que es “natural” y lo que no. Así pues, ¿qué somos?

Pensar en un lenguaje “inclusivo” también conlleva dificultades heteronormativas: ¿Cómo mencionar los casos de intersexualidad sin aludir a lo masculino y femenino? ¿Es cuestión de incluir? El hecho es que estamos tan ligados a la norma, que nos incomoda aplicar otro tipo de lenguaje. De tal modo, sería importante reconocer qué es lo que reproducimos para luego comenzar a cuestionarlo. De ahí que presento esta investigación con un lenguaje cotidiano, para que resulte más fácil la comprensión y reflexión de esta problemática. Sin embargo, también utilizo asteriscos para marcar esa incomodidad que nos genera el no poder llamar “las cosas por su nombre”. Como bien expresan Hortensia Moreno y Eva Alcántara en el libro “Debate Feminista” (2013): “...En lugar de buscar la ortografía (lo correcto, lo que está bien escrito), perpetramos soluciones heterográficas, diversas, plurales, incómodas – la barra, la arroba, el asterisco-, porque queremos dejar en el texto precisamente la incomodidad, la inestabilidad, el desafío que suscitan estos problemas. La escritura, entonces, refleja la conflictividad, la paradoja” (Debate Feminista, 2013: XVII).

¹¹ Ilustración extraída del libro “Cuerpos sexuados” de Anne Fausto Sterling, 2006: 60. Autora: Diane DiMassa

Ojos que no ven, corazón que no siente: la cuestión de lo invisible.

Terminología

En uno de los hospitales donde atienden menores, consulté en el área de urología la posibilidad de que hayan atendido algún caso de intersexualidad. La respuesta fue negativa. Aun así, insistí utilizando otra terminología: “¿Sexo ambiguo, hermafroditismo...?”. Y ellos me respondieron: “¡Ah!, sí, eso sí, casos de sexo ambiguo tuvimos, pocos, pero algunos hay”. Frente a esa respuesta mi asombro fue mayor, dado que la confusión devenía sobre casos de transexualidad.

Las personas transexuales presentan dos grandes diferencias en relación a la intersexualidad: son personas que nacieron con un “sexo determinado” y no se sienten identificadas con el mismo; a su vez, la persona transexual “elige” lo que quiere ser, sin embargo la persona que presenta características intersexuales se ve “obligada” a “elegir”¹². Esto me llevó a pensar sobre el escaso manejo de las distintas denominaciones por parte de los/as profesionales, hasta el punto de llevar a la confusión algunas veces (de dichos términos) con otros casos.

Hermafroditismo, pseudo-hermafroditismo, sexo ambiguo, intersexual, DSD¹³ (Disorders of Sex Development, según siglas en inglés) son todas denominaciones que refieren al mismo caso. Pero, debido a las convenciones que han surgido a lo largo de la historia, y a medida que se ha descubierto que existe una amplia variedad de casos, se fue adoptando desde el discurso médico las categorías “intersexuales”, “sexo ambiguo”

¹² En el anexo expongo con más detalle la distinción entre los casos de transexualidad y los de intersexualidad.

¹³ El desarrollo de las gónadas está determinado por los cromosomas sexuales y autosomas, estas producen hormonas que dirigen la formación de los genitales internos y externos. Los desórdenes en la diferenciación sexual se presentan cuando hay anomalías en cromosomas, en el desarrollo gonadal o en la actividad o producción de hormonas.

(Artículo de estudiantes de Medicina de segundo año de la Universidad de Costa Rica. (2013) En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900152013000200008&script=sci_arttext).

o “DSD” con su respectiva clasificación¹⁴. Para contextualizar las denominaciones, podemos decir que el término hermafrodita deviene de una significación mitológica, el cual fue aplicado en el campo médico hasta el s. XIX, cuando se incorporó el término pseudo-hermafrodita. A partir del s. XX, en la medicina se reconoce que existen una amplia variedad de casos a los cuales ambas terminologías no hacen referencia, debido a la imprecisión de su significado. A partir de la fecha aparece el término intersexuales con su respectiva clasificación. Posteriormente se adopta el término DSD en el discurso médico significando para muchas personas que luchan en contra de la estigmatización sexual, “...una regresión a lo que suponía un logro identitario, además que con la aplicación de la etiología disorders se volvía a caer en la trampa de la patologización” (Hinkle, C. en Montero, 2010:48).¹⁵

A pesar de estar establecido el uso de una sola denominación a nivel internacional (DSD), la utilización del término según el criterio particular de cada profesional sigue latente. Por mi parte, utilizo el término “intersexual” para hacer referencia a los casos, sin descartar el hecho de que sigo basándome en una conceptualización binaria de los sexos, entendiendo que “inter” alude a algo que está entre medio de dos cosas. Reconozco que vivo y convivo en el sistema anteriormente descrito dado que hasta el momento, no se ha propuesto otro término “representativo” con el cual podamos hacer referencia a estos casos.

La Ley

El Registro Civil de nuestro país no ampara la inscripción de un bebé que no tenga un sexo “definido”. “Nuestra ley exige la asignación de uno u otro sexo sin lugar a declarar sexo ambiguo” (Balbela, B. y otros, 1988: 214).¹⁶

¹⁴ Dentro de los casos de intersexualidad hay un criterio de clasificación de los mismos. En el anexo detallo los distintos tipos de casos.

¹⁵ Sugiero leer en el anexo la descripción histórica de Anne Fausto Sterling sobre cómo ha ido variando la terminología que determina los casos de intersexualidad.

¹⁶ “De acuerdo a la ordenanza 455/976 del M.S.P. se establece la obligatoriedad de un Certificado Médico Obstétrico de Nacimiento Vivo y el modelo del mismo, en la ordenanza 580/976” (...) También debe realizarse en un plazo perentorio (...) de diez días siguientes al parto, con la presentación del recién nacido” (Balbela, B. y otros, 1988: 214)

La normatividad médico-legal y civil invisibiliza los casos que escapan a este binarismo del sexo y género, quedando la ciencia como mediadora entre el campo jurídico y el social en ese proceso de determinación. Sin embargo, las cifras porcentuales de nacimientos en el mundo que presentan intersexualidad no son tan pequeñas como parecen, “... según estadísticas internacionales, el 1,7% de la población nace intersexual, un número mucho mayor al menguado 0,005% de los albinos, que es una condición humana bastante rara pero que todos alguna vez hemos observado.” Lo que nos permite ver que “...la invisibilización de los intersexuales es más que notoria.” (Díaz, F., 2010:3)

Determinación

Dr. Gutiérrez: “Nosotros nos guiamos por todo, por lo genético..., eh...cuando el diagnóstico es perinatal fundamentalmente por lo genético y hormonal, y las características después se harán en la adecuación sexual de los genitales.”

De esta manera, cuanto antes se resuelva el caso, antes se descartará del diagnóstico su intersexualidad¹⁷.Factor que termina incidiendo en el tipo de información que los/as profesionales manejan tanto para el diagnóstico del caso, como para la transmisión de la misma a los padres¹⁸.A su vez, en el proceso de investigación pude apreciar que, aunque existen estudios sobre la intersexualidad a nivel internacional, a nivel nacional no contamos con ninguno, lo que me llevó a pensar que: si no existe investigación alguna o información suficiente sobre los casos intersexualidad, es muy difícil que la preparación adecuada de los/as profesionales sobre los mismos exista. Una hipótesis que desarrollo más adelante con las entrevistas. Paralelamente, trabajar con el marco legal me permitió contestar con mayor precisión a qué se debe la urgencia de determinar el sexo y quiénes lo determinan realmente. Frente a esto trabajé con algunos apartados de la 1ra serie de “Medicina Legal Latinoamericana” del año 1989, en los cuales los autores explican los aspectos claves que el/la médico/a debe de tener en

¹⁷ Hipótesis que se desarrolla y fundamenta en el análisis.

¹⁸Para más información sobre este tema, recomiendo el artículo de la socióloga Raquel Lima (2009): “El cuerpo en movimiento. Sobre la apropiación médica de los cuadros de intersexo.”

cuenta a la hora de diagnosticar dichos casos.¹⁹ A su vez, para poder comprender mejor los criterios de intervención sobre estos casos que maneja el cuerpo médico, me apoyé en la investigación de Raquel Lima de Oliveira e Silva (2009), en la cual la autora se focaliza en el análisis del discurso médico que me sirvió como referencia para comparar con la situación en Uruguay.

La invisibilidad de los sujetos viene dada entonces, no solo por la necesidad imperante de los/as profesionales por determinar el sexo, sino por la fuerte presión social y cultural en la construcción de nuestros cuerpos. *“La salud opera como signo de distinción social en el juego donde las características del cuerpo se articulan como marcas en la construcción de la subjetividad. Forma visible de mecanismos invisibles, el cuerpo otorga al otro la materialidad en la que sustentar una interpretación de la imagen recibida, materializando la propia percepción en características objetivas que son descifradas culturalmente.”*(Carolina González Laurino en Teresa Porzecanski, 2008:19) En base a esta idea realice la presentación del problema de investigación y su metodología correspondiente. Con el escaso material que conseguí en la parte exploratoria de la investigación le di “forma” al objeto de estudio²⁰. Tanto el libro de Teresa Porzecanski (2008) “El cuerpo y sus espejos” como el libro de Silvia Citro (2011) “Cuerpos Plurales”, presentan una serie de compilados de artículos que analizan los cuerpos desde distintas construcciones culturales que en muchos aspectos muestra la intersección que existe entre las mismas. Ambos, resultaron de gran aporte en esta investigación para abordar la temática sobre la construcción de los cuerpos desde una mirada antropológica.

¹⁹ En el anexo se describe de forma detallada el marco legal que atañe a la medicina para la asignación del sexo de un bebé intersexual.

²⁰ En el anexo detallo en el reporte todo el proceso exploratorio por el cual tuve que transitar para llegar a obtener la información necesaria con la cual pudiera delimitar el objeto de estudio.

Lo que me propongo para esta investigación...

Pregunta-Problema

¿Qué elementos juegan un papel determinante en la toma de decisión para la asignación inmediata del sexo de un bebé intersexual?

- ❖ En el caso de la determinación del sexo de los recién nacidos intersexuales, ¿quiénes deciden el sexo realmente, los familiares del mismo o los médicos?
- ❖ ¿Con qué criterios deciden los/as adultos/as el sexo más conveniente para el recién nacido? ¿son criterios provenientes de expectativas y deseos de quienes toman la decisión, de la sociedad, o de ambos?
- ❖ La información que transmiten los/as médicos/as a los padres sobre el caso detectado en el recién nacido, ¿cómo incide en estos últimos para la toma de decisión (de intervenir o no) en el sexo de su bebé? ¿De qué modo es transmitida dicha información? Entonces, ¿qué pasa cuando la identidad de género y sexual de la persona en su adultez no coincide con el sexo-género asignado?

Objetivos Generales

Con esta investigación no pretendo encontrar soluciones a esta problemática, pero sí respuestas a mis preguntas, dado que el primer paso necesario es abordarla desde la visibilización de los casos hacia el cuestionamiento de nuestro modo de vida como sociedad. Por tanto, el objetivo general de esta investigación va a consistir en:

- Problematizar la situación de las personas intersexuales en cuanto a la toma de decisiones en su intervención, por medio de la descripción de la atención y

abordaje de los casos por parte de los/as decisores/as científicos/as, médicos/as, sociales, políticos/as y culturales.

El concepto del verbo problematizar, viene dado en el cuestionamiento de la necesidad de determinar el sexo de las personas, tanto de dónde viene, y con qué fin/es.

Objetivos Específicos

- Cotejar cómo se reproducen las construcciones heteronormativas frente a casos de intersexualidad a través del discurso médico y familiar en Uruguay.
- Explicitar las construcciones de heteronormatividad para el caso de la intersexualidad en Uruguay desde una descripción de los procesos interventivos²¹ sobre el mismo.
- Captar los factores preponderantes a la hora de tomar las decisiones de asignación de un sexo por parte de los/as médicos y/o familiares.
- Analizar cómo se articulan los discursos médicos, familiares y los de la propia persona intersexual.
- Comparar los conocimientos del/la médico/a actuante sobre los casos de intersexualidad y el modo de intervenir del/la mismo/a en dicha situación.

Justificación

²¹ Procesos interventivos, incluye diagnóstico, definición del sexo, intervención quirúrgica y hormonal.

Teórica: ¿Qué le aporta esta investigación a la teoría?

En Uruguay, no existe investigación alguna sobre los casos de intersexualidad, por lo que contar con una investigación sobre esta temática permitirá desarrollar nuevas investigaciones que profundicen en el cuestionamiento de la construcción y “naturalización” del género y del sexo, y por ende, de nuestros cuerpos.

Por otro lado, a nivel mundial, dentro de la Sociología, este tema no ha tenido gran repercusión, a pesar de que la Teoría Queer y Feminista a nivel internacional ha analizado y cuestionado los establecimientos heteronormativos del sexo y género, aunque no enfocado explícitamente en lo que interpelan los casos de intersexualidad, exceptuando algunos trabajos, como por ejemplo el libro “Debate Feminista. Intersexualidad” (2013) vol. 47. Por lo tanto, esta investigación significaría un aporte importante desde una perspectiva sociológica, en cuanto al conocimiento del contexto específico de dichos casos en Uruguay.

Empírica: ¿Qué le aporta esta investigación a la sociedad uruguaya?

En las distintas disciplinas, permitiría ahondar en los estudios de los procesos de intervención jurídica, médica y social. Pero fuera de lo académico, el aporte está presente desde la posibilidad de incentivar a generar espacios de intercambio y discusión en este proceso de cuestionamiento sobre la heteronormatividad que hoy en día estamos viviendo gracias a los movimientos y colectivos sociales, así como grandes investigaciones que han logrado poner (y aún ponen) en tela de juicio los constructos sociales. Pero a su vez el “problematizar” los casos intersexualidad por medio de su visibilización, no solo contempla otras situaciones, sino que cuestiona el modo en que podría contemplárselas y cuán de la mano va el interés social como individual al momento de “buscar” alternativas a lo que estos casos interpelan.

Estos espacios de discusión e intercambio, no solo serán de gran aporte para la sensibilización sobre la temática, sino que permitirán generar una base de fundamento político para la modificación de la normativa, la capacitación profesional para la atención de los casos de intersexualidad, y la creación de políticas sociales que permitan

ampliar el espectro de la población en el marco del reconocimiento de sus derechos como seres humanos.

Hoy en día la sociedad uruguaya se encuentra en un momento álgido, donde las temáticas sobre diversidad sexual y derechos sexuales están en boga y discusión constante en miras a una mejora en la condición de nuestra calidad de vida. A nivel institucional, el 6 y 10 de mayo del año 2014, el Director de Asesoría Macro en Políticas Sociales del MIDES, el Sr. Andrés Scagliola, viajó a Cuba para participar de la *“VI Conferencia Regional de la Asociación Internacional de Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans e Intersexuales en América Latina y el Caribe”*.²² Por otro lado, el Ministerio ya cuenta con acciones políticas de carácter “inclusivo” por medio de las cuales se intenta llegar a un reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos en lo que respecta a la diversidad sexual y la salud sexual. Publicando en junio de 2013 el MIDES un informe final sobre “Políticas Públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones”²³ el cual fue trabajado y elaborado por el Área de Perspectivas Transversales de dicha institución y la Facultad de Ciencias Sociales.

Sin embargo, desde el Exámen Periódico Universal realizado por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDHNU) en Uruguay que contempla el período 2009-2013, da cuenta de que aún queda mucho por trabajar: *“El sistema de tratados sigue hasta hoy enriqueciendo sus áreas temáticas con la aprobación de nuevos instrumentos y el surgimiento de nuevos órganos creados en virtud de los tratados. (...) Los tratados de derechos humanos son instrumentos jurídicos que establecen las normas internacionales para promover y proteger los derechos humanos en todo el mundo. Con la ratificación de los tratados, los Estados manifiestan su acuerdo con estas normas y se comprometen a aplicar los derechos a nivel nacional. A su vez, los órganos creados en virtud de tratados alientan y apoyan a los Estados en este esfuerzo. (...) En la actualidad, existen nueve órganos de tratados”* (CDHNU, 2013:19) pero ninguno referido a temas explícitamente de diversidad sexual y de salud sexual.

²² En el anexo adjunto la resolución que constata dicha información.

²³ Se puede solicitar el informe en el edificio sede del Ministerio de Desarrollo Social.

Finalmente, la investigación podría resultar de gran aporte también para los diferentes Colectivos Feministas y de Diversidad Sexual que se interesan por estas temáticas, pero que a la vez no contemplan los casos de intersexualidad como parte de sus demandas. Esto último es bien representativo de una fuerte invisibilización social y cultural, que se ve reflejada en el accionar de las personas intersexuales en Uruguay, que no se cuestionan su intersexualidad como tal, y mucho menos se sienten representadas en alguno por estos Colectivos.

Marco Teórico: Lo que está escrito

Teoría General

Internalización de pautas y conductas: lo considerado “normal”

Consideré indicado trabajar con las teorías de Berger y Luckmann (1972) respecto al proceso de socialización primaria y secundaria y con la psicología social de la vida cotidiana de Enrique P. Riviére y Ana P. de Quiroga (1985), por medio de las cuales podemos analizar la adopción de “roles” y conductas en relación al sexo y género. Según dichos autores, podríamos decir que cuando convivimos en sociedad, generamos una serie de acciones que se van repitiendo hasta el punto de legitimarse: *“toda actividad humana está sujeta a la habituación (...) la misma crea una serie de pautas que luego pueden reproducirse y volver a ejecutarse en el futuro.* Mediante las instituciones dichas acciones habitualizadas se tipifican, las cuales se construyen en el curso de una (...) *“historia compartida”*. De esta forma,(...) *controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada”* (Berger y Luckmann 1972:76), un trasfondo de rutina que da estabilidad en las acciones tanto cuando se dan por separado como cuando

interaccionan. De ahí que, *“cuanto más se institucionaliza el comportamiento, más previsible y, por ende, más controlado se vuelve.”*(Berger y Luckmann 1972:85)

De este modo consideramos *normales* aquellos comportamientos que están legitimados. No cuestionamos, muchas veces, aquellas acciones que son evidentemente integradas al cuerpo social en el cual vivimos. Como bien señala Pichón Riviére: *“...en esa organización el modo de vivir se transforma en un mecanismo irreflexivo. En tanto se instala en la cotidianeidad (...), en tanto la acción no se concientiza, los hechos son intuitivos en su originalidad, no son examinados. Los hechos se aceptan como partes de un todo conocido, autoevidente, como lo que simplemente es. Los hechos y fenómenos que vivimos, en los que nos implicamos día a día, se nos presentan como algo que no tiene sentido cuestionar ni problematizar, que no requieren examen ni verificación, ya que constituiría lo real por excelencia.”* (Pichon-Riviére y Pampliega de Quiroga. 1985:13)

Para Berger y Luckmann, en la sociedad se dan dos procesos de socialización: el primer proceso de socialización (socialización primaria) por el que pasa el individuo es el que corresponde a la niñez, por medio de la cual se convierte en miembro de la sociedad. Comienza a internalizar una serie de pautas y “roles” de sus significantes, en un proceso de abstracción progresivo que va originándose en la conciencia del niño/a hasta alcanzar este último la internalización de dichos “roles”. Para que pueda producirse este proceso, el individuo debe pasar primero por un proceso de identificación, que luego le permitirá identificarse con los individuos en general logrando “estabilidad y continuidad en su propia auto-identificación.” Al vivir en sociedad, inevitablemente las conductas de los otros con los cuales interacciono forman parte de mi mundo, influyendo en el mismo en diferentes grados. *“La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento. Pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros “mi mundo” es un mundo que vivo con otros.”* (Pichon-Riviére y Pampliega de Quiroga. 1985: 13) De este modo, en este primer proceso, la persona comienza a conformar su YO, mediante la internalización de una realidad objetiva que sus significantes le enseñan para de ese modo comenzar a procesar internamente su sentido de identidad por medio de la identificación. Implica un proceso “base” donde el individuo comienza a relacionar su

modo de percibirla realidad establecida con determinados “roles”, proceso al cual Berger y Luckmann le llaman, socialización secundaria.

Como afirman Berger y Luckmann *“la socialización nunca es total, nunca termina.”* Y como bien explica Pichón Riviére: *“Impulso y objetivos cambian continuamente a través del desarrollo del individuo organizándose progresivamente alrededor del yo. Este YO incluido en un contexto de grupos y clases, utilizando sistemas de referencia que hacen que la conducta sea cada vez más adecuada a través de un proceso de aprendizaje social, se sitúa y se instrumenta. El YO se halla, pues, íntimamente ligado con el sentimiento de pertenencia a un grupo y disponiendo de un sistema de autovaloración con el que tiene que enfrentar y discriminar acerca de los valores, su nivel de aspiración y su índice de realización y rendimiento que dependen, en última instancia, de factores sociales y situacionales de un continuo aprendizaje.”* (Pichón-Riviére y Pampliega de Quiroga. 1985: 56)

La socialización primaria finaliza entonces, desde el momento que en la conciencia del individuo se ha establecido el concepto del *otro* generalizado. Y es a partir de ahí que comienza la socialización secundaria, donde las internalizaciones nuevas tratan de superponerse a las viejas. La misma *“... consiste en la adquisición del conocimiento específico de roles acompañada de un vocabulario específico de los mismos. (...) Se internalizan “submundos” que son diferentes al “mundo base” de la socialización primaria”, aunque, “los procesos formales de la socialización secundaria, siempre presuponen un proceso previo de socialización primaria: tratar con un YO formado con anterioridad y con un mundo ya internalizado.”* (Berger y P.Luckmann. 1972: 175). Es importante comprender, que por más que se muestren por separado en este desarrollo, las realidades objetivas y las subjetivas, no significa que las mismas no se encuentren interrelacionadas, al contrario, su interrelación muchas veces hace que nos confundamos hasta dónde nuestro sentido crítico de las cosas no es más que una acumulación de otras críticas que devienen del mismo cuerpo social.

Teoría Sustantiva

Intersexual, sexo ambiguo, Hermafrodita... ¿o qué?

Aquí presento dos enfoques antagónicos sobre el sexo y por ende de los cuerpos: uno de John Money y el otro de Anne Fausto Sterling. Tomé de dicha comparación, los conceptos que aluden a los posibles diagnósticos sobre un caso de intersexualidad que están desarrollados en la metodología y el análisis. Dichos conceptos, no fueron aplicados de forma explícita en estos últimos apartados de la investigación, pero trabajé con valores de algunas variables que estudian ambas posturas: malformación/ enfermedad/ indefinido/ tercer sexo/ tendencia biológica hacia un determinado sexo/ facilidades de intervención hacia un determinado sexo/ riesgos vitales en la determinación de un sexo y no en otro/ establecimientos sociales y culturales.

Por un lado, John Money como psicoendocrinólogo y profesor especialista en la Psicología Médica y Pediatría, parte de la idea, de que *“no tiene sentido hablar de un tercer sexo, de un cuarto o de un quinto cuando el esquema filogenético²⁴ es de dos sexos. Los que genítalmente no son ni masculinos ni femeninos sino incompletos, no son un tercer sexo. Tienen un sexo mixto, o un sexo intermedio. Impedir la intervención médica es irresponsable. La idea es que, mediante la intervención se consiga “mejorar la salud y el bienestar con la mayor extensión posible”*. (Money, 1968/1994: 32) De este modo, Money presenta un criterio de clasificación en su libro *“Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados”*, que consiste en la diferenciación de cada paso que se va dando en la secuencia del desarrollo de las variables sexuales (sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo morfológico, etc.) para poder explicar cómo es que pueden darse estas “anomalías” del cuerpo.

Por otro lado, Anne Fausto Sterling, parte de la idea de que *“etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social”* (Sterling.2006:17), de este modo, la

²⁴ Filogenia: f. *Biol.* Origen y desarrollo evolutivo de las especies, y en general, de las estirpes de seres vivos. (Diccionario de la Real Academia Española).

bióloga considera que el sexo masculino y femenino pasan a ser categorías sociales extremas dentro de las cuales pueden circular una amplia gama de conformaciones biológicas. En este sentido, *“El conocimiento científico puede asistirnos en esta decisión, pero sólo nuestra concepción del género, y no la ciencia, puede definir nuestro sexo. Es más, nuestra concepción del género afecta al conocimiento sobre el sexo producido por los científicos en primera instancia”*. (Sterling 2006: 17)

La misma expone también una clasificación concreta sobre los distintos casos de intersexualidad que pueden darse. Sin embargo, subraya que su criterio no debe de ser el único a tener en cuenta, dado que en su trabajo “Cuerpos Sexuados” trata siempre la idea de lo complejo que puede resultar el cuerpo del ser humano y más aún la clasificación que hace este último sobre sí mismo según su constitución biológica, hasta el punto de que la determinación puede complejizar más de lo que uno cree. *“Nuestros cuerpos son demasiado complejos para proporcionarnos respuestas definidas sobre las diferencias sexuales. Cuanto más buscamos una base física simple para el sexo, más claro resulta que «sexo» no es una categoría puramente física. “Las señales y funciones corporales que definimos como masculinas o femeninas están ya imbricadas en nuestras concepciones del género.”*(Sterling, 2006:6)

El poder

Me voy a basar en el término “poder” que trabaja Michel Foucault en su obra “La voluntad de saber”, para tratar el juego de relaciones que existen dentro de una estructura social tanto desde las instituciones como desde los individuos, en lo que refiere a los temas de sexualidad.

Foucault considera que hay que mirar el poder desde la perspectiva de *“la multiplicidad de relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización”* (Foucault.1977: 113), y no simplemente como dominio proveniente del Estado en forma de ley: *“El poder está en todas partes: no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes. Y “el” poder, en lo que tiene de permanente, de repetitivo, de inerte, de autorreproductor, no es más que el efecto del conjunto que se dibuja a partir de todas esas modalidades, el*

encadenamiento que se apoya en cada una de ellas y trata de fijarlas.” (Foucault.1977: 113-4) Con esto, el autor sostiene que la sexualidad aparece como un puente de conexión entre las relaciones de poder en donde, *“la sexualidad no es el elemento más sordo, sino más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias.”* (Foucault.1977: 126)

Desde el s. XVIII se incitó a hablar del sexo, consiguiendo conformar discursos de aporte al conocimiento del mismo y con ello la implementación de nuevos mecanismos de control. En este sentido, las experiencias sexuales de los individuos pasaron a ser observadas y controladas mediante estrategias discursivas que dieron respuestas científicas a dichos comportamientos. Los mecanismos comienzan a verse reflejados a través de la determinación, clasificación y censura de las distintas “perversiones” que fueron saliendo a la luz por medio de dichos discursos: *“... en todas partes fueron preparadas incitaciones a hablar, en todas partes dispositivos para escuchar y registrar, en todas partes procedimientos para observar, interrogar y formular.”* (Foucault. 1977: 44) El control sobre la sexualidad, no proviene entonces solo del Estado y de las distintas instituciones, sino entre los propios individuos, donde trasciende el intercambio de discursos sobre lo que es “natural” y lo que es “anti-natural”, por ende, lo que contempla la normalidad y lo que no. Por tanto, para Foucault, *“... las relaciones de poder no se hallan en posición de superestructura, con un simple papel de prohibición o reconducción; desempeñan, allí donde actúan, un papel directamente productor.”*(Foucault. 1977: 114) Pero paralelamente, cada vez que más se hablaba de sexo más se sabía sobre el tema, y lo paradójal del asunto estaba en que por más control que se pretendiera obtener sobre todo lo que refiere a la sexualidad, los temas sobre la misma comenzaron a tomar protagonismo. *“El siglo XIX y el XX fueron más bien la edad de la multiplicación: un dispersión de la sexualidad, un refuerzo de sus formas disparatadas, una implantación múltiple de las “perversiones”. Nuestra época ha sido iniciadora de heterogeneidades sexuales.”*(Foucault. 1977: 49)

A través del discurso social sobre la sexualidad, se va reconstruyendo el discurso médico, pasando a constituirse una medicalización de las “perversiones”. Como lo escribe Michel Foucault: *“Internadas en el cuerpo, convertidas en carácter profundo de*

los individuos, las rarezas del sexo dependen de una tecnología de la salud y de lo patológico. (...) El poder que, así, toma a su cargo la sexualidad, se impone el deber de rozar los cuerpos.”(Foucault. 1977: 58)

Heteronormatividad, Performatividad y Género

Estos tres conceptos se encadenan y se “retroalimentan” entre sí, lo cual resulta clave para entender cómo y por medio de qué se establecen los criterios de clasificación que enmarcan la sexualidad. A través del género, las normas sociales y culturales se han ido conformando a lo largo de nuestra historia, y su establecimiento se fue dando por medio de las repeticiones de actos que representan los valores que han ido reforzando la distinción de los sexos. El modo de vida que adoptamos tiene como referencia los establecimientos heteronormativos que se reiteran y refuerzan en nuestras acciones cotidianas.

Judith Butler se centra en este tema desde una mirada más cuestionadora de los aspectos heteronormativos que circunscriben nuestra realidad y de cómo se puede separar perfectamente al sexo del género, apoyándose en la idea de que los mismos resultan ser parte de una construcción social. De ahí que la autora concluye que *“Si el género es los significados culturales que asume el cuerpo sexuado, entonces no puede decirse que un género sea resultado de un sexo de manera única.”*(Butler. 1990: 39). Pero entonces, ¿cómo es posible convivir con una concepción binaria del género que intenta “concordar” con el sexo cuando dicha relación solo aborda unos determinados casos? *“El momento en que nuestras percepciones culturales usuales y serias fallan, cuando no logramos interpretar con certeza el cuerpo que estamos viendo, es precisamente el momento en que ya no estamos seguros de que el cuerpo encontrado sea de un hombre o de una mujer. La vacilación misma entre las categorías constituye la experiencia del cuerpo en cuestión. (...) Cuando tales categorías se ponen en duda, también se ponen en duda, también se pone en crisis la realidad del género: se vuelve confuso cómo distinguir lo real de lo irreal. Y es cuando llegamos a entender que lo que consideramos “real”, lo que invocamos como el conocimiento naturalizado del género,*

es, de hecho, una realidad que puede cambiar y que es posible replantear, llámese subversiva o llámese de otra forma.” (Butler. 1990: 22)

Repetimos acciones heteronormativas que nos llevan a “naturalizar” determinados valores que devienen de las mismas, hasta el punto de considerar lo “real” aquello que es parte de ese “campo natural”. De ahí que Judith Butler habla de la performatividad como un elemento que da “forma” a la estructura normativa establecida, más que en sentido de leyes, se refiere a esquemas simbólicos que representan nuestras conductas y viceversa, “...*mediante su naturalización en el contexto de un cuerpo*” (Butler. 1990:15)

Frente a todo esto, la “identidad” pasa a ocupar un interrogante para aquellas personas que no “encajan” en los establecimientos normativos del sexo y género. “*En la medida en que la “identidad” se asegura mediante los conceptos estabilizados de sexo, género y sexualidad, la noción misma de “la persona” se cuestiona por el surgimiento cultural de esos seres con género “incoherente” o “discontinuo” que parecen ser personas pero que no se ajustan a las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen las personas*” (Butler . 1990: 50) Así pues, Simone de Beauvoir expone sus ideas en su obra “*El segundo sexo*” con respecto a la fuerte incidencia cultural sobre lo “natural”: “... *la sexualidad no se presenta nunca como definidora de un destino que suministra la clave de la conducta humana, sino como la expresión de la totalidad de una situación que contribuye a definir.*” (Simone de Beauvoir. 1949/1998: 504) A lo que Judith Butler podría agregar que no es la biología, entonces, la que se convierte en destino sino la cultura. (Butler. 1990: 41) Donde el hecho de que la persona sea hombre o mujer no resulta de un dato biológico, sino que “...*es un destino que le imponen sus educadores y la sociedad* (Beauvoir. 1949/1998: 13) Y es así como Beauvoir afirma que, “*No se nace mujer: se llega a serlo*” (Beauvoir. 1949/1998: 24)

Marco Metodológico

Para llegar a responder la pregunta problema, intenté captar *el sentido* y el *significado del* accionar interventivo de los/as médicos/as y/o familiares en los casos de intersexualidad, así como el entramado social en el que conviven dichos actores. Para ello, las entrevistas y observaciones están enfocadas en los familiares de los/as pacientes que presentan características intersexuales y médicos/as especialistas que trataron dichos casos. A su vez, cuento con la versión de una persona adulta con características intersexuales que me permitió tener un acercamiento de su propia experiencia de vida.

Población estudio

Debido a que durante la duración de la investigación no existía registro estadístico de casos de intersexualidad en nuestro país²⁵, me detuve en aquellos casos que fueron surgiendo en la investigación exploratoria: familiares de una “niña” con características intersexuales, y una persona adulta intersexual. Paralelamente, analicé también los discursos de los/as profesionales que intervinieron en casos de intersexualidad.

La muestra no dependió de una base estadística, dado que en lo que me centré para dicha investigación fue en las experiencias personales de cada actor social que fue entrevistado/a. De tal modo, que comencé estudiando esta temática sin cuestionarme la cantidad de casos que existía en el país.²⁶

²⁵ Comencé la investigación en el 2010 y la finalicé a principios del año 2012. En 2011 el MSP comenzó a implementar el Registro Nacional de Defectos Congénitos (RNDC) y aún no han recabado todos los datos, pero sí tienen datos globales de los defectos congénitos. Para averiguar datos específicos de los casos, tenía que solicitar por carta al BSE, dado que el MSP es el órgano rector y contralor de dicho plan pero no el que archiva la información. Por tanto, me iba a llevar un tiempo que no podía contemplar. En el anexo, presento información sobre el RNDC.

²⁶ En el reporte redacto en detalle los distintos encuentros con personas que han tenido relación con la temática desde el ámbito académico como desde sus vidas personales.

	Ídem	Ídem	Carácter de la intervención	Urgente	Ídem
				No urgente	
	Ídem	Ídem	Diagnóstico	Malformación	Ídem
				Enfermedad	
				Tercer sexo	
3	Captar los factores preponderantes a la hora de tomar las decisiones de asignación de un sexo por parte de los/as médicos y/o familiares.	Toma de decisión del sexo a determinar	Condicionantes para la determinación del sexo de una persona intersexual.	Tendencia biológica hacia un determinado sexo	Ídem
				Facilidades de intervención hacia un determinado sexo.	
				Riesgos vitales en la determinación de un sexo y no en otro.	
				Establecimientos sociales y culturales (presión social).	
	Ídem	Ídem	Actores que deciden sobre la asignación del sexo de la persona intersexual	Los/as profesionales definen y los padres dan la autorización	Ídem
				Los/as profesionales definen y dan la autorización	
				Los padres definen y dan la autorización	
				Los padres definen y los/as profesionales dan la autorización	
	Ídem	Ídem	Representaciones de género según la concepción que tienen los/as profesionales, médicos, familiares y persona adulta intersex sobre el mismo	Exigencias encaminadas hacia determinadas conductas de género.	Ídem
				Expectativas	
				Orientación sexual	
4	Analizar cómo se articulan los discursos médicos, familiares y los de la propia persona intersexual.	Articulación discursiva de la "anormalidad"	Transmisión de la información sobre el caso del lado médico al familiar, como de ambos lados hacia la persona intersexual.	Precisa	Orientada hacia una determinada expectativa por parte del/la especialista.
					Postura neutral en la elección o no del sexo por parte del/la profesional.
				Imprecisa	Orientada hacia una determinada expectativa por parte del/la especialista.

				Postura neutral en la elección o no del sexo por parte del/la profesional.	
5	Comparar los conocimientos del/la médico/a actuante sobre los casos de intersexualidad y el modo de intervenir del/la mismo/a en dicha situación.	Abordaje medico	Experiencia médica sobre los casos.	Mucha	Ídem
				Poca	
				Muy poca	
				Ninguna	
Ídem	Ídem	Ídem	Preparación profesional para estos casos.	Mucha	Ídem
				Poca	
				Muy poca	
				Ninguna	
Ídem	Ídem	Ídem	Modo de intervención sobre los casos de intersexualidad	Apoyo psicológico a los padres.	Ídem
				Inexistencia de apoyo psicológico.	
				Inexistencia de un seguimiento continuo por parte de uno/a o varios/as profesionales.	
				Seguimiento continuo de un solo profesional.	
				Seguimiento continuo de un equipo profesional.	
				Seguimiento continuo de varios profesionales pero por cuenta propia.	
				Inexistencia de un seguimiento continuo.	
Ídem	Ídem	Ídem	Criterios de clasificación.	Se sigue un criterio internacional	Ídem
				Cada médico/a sigue su propio criterio apoyándose en un criterio internacional	
				Cada médico/a sigue su propio criterio sin apoyarse en un criterio internacional	
				No hay un criterio.	

El esquema conceptual se vería detallado de la siguiente manera:

1. Al utilizar *Emergencias de la intersexualidad* como dimensión, puede cotejar cómo se reproducen las construcciones heteronormativas frente a casos de intersexualidad a

través del discurso médico, familiar en Uruguay. De este modo, a través de las categorías planteadas en esta dimensión me adentré en las distintas representaciones de género según la concepción que se tiene sobre el mismo y el alcance que tiene este último en la asignación del sexo de una persona intersexual.

2. Mediante la dimensión **Procesos interventivos**, analicé cuáles fueron las diferentes consideraciones que se presentaron frente a situaciones donde el sexo y género se encontraban en “discordancia”, con el fin de *Explicitar las construcciones de heteronormatividad para el caso de la intersexualidad en Uruguay desde una descripción de los procesos interventivos sobre el mismo.*

3. Con la dimensión **Toma de decisión del sexo a determinar**, trabajé desde el análisis de discurso con aquellas categorías que en su mayoría son de carácter médico, con el fin de *captar aquellos factores que preponderan en la toma de decisiones para la determinación de un sexo específico en las personas intersexuales.*

4. A través de la dimensión **Articulación discursiva de la “anormalidad** se analizó *cómo se articulaban los discursos médicos, familiares y los de la propia persona intersexual por medio de la variable Transmisión de la información sobre el caso del lado médico al familiar, como de ambos lados hacia la persona intersexual.* A pesar de que la misma variable se repita en otra dimensión, en este caso la analicé desde la articulación de los discursos que se presentan al momento que se emite y/o recibe la información del caso.

5. El **Abordaje médico** es una dimensión sobre la cual lo políticamente correcto entra en juego en la toma de decisiones desde el lado médico. A través de la misma, *comparé los conocimientos del/la médico/a actuante sobre los casos de intersexualidad y el modo de intervenir del/la mismo/a en dicha situación.*

Técnica

La técnica que prima en la investigación, es el análisis de discurso apoyándome en la teoría de Michel Foucault sobre el mismo: “*Si el discurso consigue algún poder, es de nosotros de quien lo obtiene.*” (Foucault, El orden del discurso 1980:10) El autor plantea que hay objetos del discurso que son considerados “legítimos” y otros que son

“penados”, pero que ambos igualmente se ven reflejados en torno a las prácticas discursivas que se dan en las instancias de saber, de poder y de subjetividad. Las mismas pueden ser analizadas a partir de *las superficies de emergencia, las instancias de delimitación, y las rejillas de especificación.*²⁷

En el caso de la entrevista semi-estructurada, sostuve que la mejor forma de obtener datos que van más allá de lo estrictamente formal es manteniendo una suerte de “diálogo” con el/la entrevistado/a, donde los puntos generales de la entrevista sean lo único que conformen la estructura de la misma. De esta forma, no solo obtuve y contemplé aquellos aspectos fundamentales que reflejaban las dimensiones (antes mencionadas) a tratar, sino otros aspectos que surgían en el momento de la entrevista.

Como innovación metodológica realicé una segunda entrevista a una de las doctoras, que consistió en escuchar fragmentos de la entrevista realizada a los padres, y profundizar en los aspectos que le llamaron la atención. De esta forma obtuve, un nuevo punto de vista en lo que concierne al modo de intervención médica sobre estos casos.

Plan de análisis

En base a la pregunta problema: “¿Qué elementos juegan un papel determinante en la toma de decisión para la determinación inmediata del sexo de un bebé intersexual?”, utilicé los objetivos específicos como ejes de análisis con el fin de generar una interrelación entre estos y las dimensiones, variables, y categorías establecidas en el trabajo.

- El primer eje consiste en cotejar cómo se reproducen las construcciones heteronormativas frente a casos de intersexualidad a través del discurso médico y familiar en Uruguay.

1. Desde el lado médico, hice hincapié sobre: cuál es la interpretación que los/as profesionales tienen sobre los casos de intersexualidad;

²⁷Recomiendo leer el artículo de Cecilia Navia Antezana en “El análisis de discurso de Foucault” (2007), que explica de forma simple las herramientas metodológicas que propone Michel Foucault para el análisis de discurso.

2. Del lado familiar y de la persona adulta intersexual, el análisis se focalizó en captar la influencia social y cultural sobre lo que entienden por intersexualidad.

- El siguiente eje es explicitar las construcciones de heteronormatividad para el caso de la intersexualidad en Uruguay desde una descripción de los procesos interventivos sobre el mismo.

1. Del lado médico, el análisis se centró en la existencia o no de decisiones médicas que tuvieran relación con criterios exclusivamente heteronormativos, tanto en el diagnóstico, como en determinación del carácter de la intervención, como en la transmisión de la información del caso a los familiares.

2. Del lado familiar, analicé las reproducciones heteronormativas desde cómo fue recibida e interpretada la información transmitida por los/as especialistas de la salud, pasando por el diagnóstico y la consideración sobre cómo debiera ser el carácter de la intervención. Y si existe por ende, una preocupación en resaltar en la educación de su bebé, hacia dónde está determinado el sexo de su hij*.

3. Del lado de la persona adulta intersexual, se centró en cómo fue percibida e interpretada la información que le transmitieron los padres y los/as médicos/as.

- Otro eje fundamental consiste en captar aquellos factores que preponderan en la toma de decisiones para la determinación de un sexo específico en las personas intersexuales.

Para poder alcanzar dicho objetivo, me centré en varios puntos claves:

1. Condicionantes biológicas, sociales y culturales para la determinación del sexo de una persona intersexual.

2. Actores que toman realmente la decisión, si los padres o los/as médicos/as especialistas, o ambas partes.

3. Representaciones de género que tienen los/las médicos/as, familiares y persona adulta intersexual.

- Desde el lado médico, hice hincapié en captar las recomendaciones hacia los padres sobre cómo “criar” a sus hij*s cuando se enfrentan con determinados establecimientos heteronormativos que los puedan llevar a “contradicciones” en la educación de l*s mism*s.

- Desde el lado de la persona adulta intersexual, me enfoqué en si se apropió de los estereotipos de género que le fueron inculcados y de qué manera ha afectado en su vida.

- El siguiente eje consiste en analizar cómo se articulaban los discursos médicos, familiares y los de la propia persona intersexual al momento de transmitir la información por parte de los/as profesionales a los familiares, y el efecto que genera cuando estos últimos la reciben.

1- Desde el lado médico la forma en que transmitió la información.

2- Desde el lado familiar si comprendieron la información transmitida por los/as especialistas y el efecto que les generó cuando los profesionales les informaron del caso de su hij*.

3- Desde el lado de la persona adulta intersexual, ver quién le transmitió la información y de qué manera.

- Como ultimo eje, comparar los conocimientos del/la médico/a actuante sobre los casos de intersexualidad y el modo de intervenir del/la mismo/a en dicha situación.

Para llegar a ello, me detuve en los siguientes aspectos:

1. Análisis desde el lado médico sobre la situación vivida por los padres con respecto al modo de intervenir en dichos casos.

2. La percepción de los familiares y de la persona adulta intersexual con respecto al trato médico con los/as profesionales, y si hubo (y hay) un asesoramiento permanente por parte de los/as especialistas hacia el paciente y familia.

3. La mediación entre los conocimientos médicos sobre los casos de intersexualidad y el modo de intervenir de los mismos.

4. Si aplican o no un criterio de clasificación de los casos de intersexualidad, y las características de dicho criterio.

ANÁLISIS

En el propio trabajo de campo: la caja de pandora

Desde el momento que comencé a investigar, siempre estuvo presente una encrucijada de la cual por mucho tiempo no fui consciente: resultaba ser que todos los movimientos de búsqueda que realicé para localizar algunos de los casos constituyeron solo el primer paso.²⁸ Lo que me interesaban no eran los casos en sí mismos sino lo que éstos interpelan. Pude apreciar que existían grandes contradicciones tanto en lo social, político y cultural como en lo profesional que principalmente se debían: a la invisibilización de los casos; el poco manejo del tema; la incertidumbre que se genera cuando se conoce un caso de una persona intersexual; en la denominación del caso como “un sexo con un problema”; en los criterios de determinación del sexo...

Por otro lado, debido a que fueron varias las dificultades para encontrar los casos en los nacimientos, mayor resultó lograr acercarme a una persona adulta que presentara características intersexuales, entendiendo que son casos “invisibilizados” y que por tanto estas personas difícilmente se identifiquen como intersexuales. A esto se agrega la dificultad para acercarme a la misma sin que se sintiera un “bicho” interesante a investigar. Por tanto el análisis no estuvo enfocado en la versión adulta, sino que la misma fue parte del hilo conductor que me permitió responder la pregunta problema.

*¿Indefinido? Dentro de dos extremos... masculino y
femenino. Algo más que conceptos*

²⁸ Los nombres de las personas entrevistadas son inventados con el fin de mantener el anonimato de las mismas.

Los/as entrevistados/as manejaban conceptos distintos para referirse a los casos de intersexualidad, y entendí que la denominación varía según el criterio de cada profesional. A nivel social, varía aún mucho más, dado que al hecho de que la información que se les transmite a los padres y al paciente no resulta clara, y a ello se le agrega la ignorancia de estos últimos sobre el tema. Durante la investigación exploratoria pude apreciar en algunos de los hospitales la confusión terminológica que se creaba en los/as profesionales al momento de consultar por la existencia de registro de los casos de intersexualidad. No solo confundían casos de intersexualidad con casos de transexualidad o TIG (“Trastornos de Identidad de Género”)²⁹, sino que reconocían los casos que intentaba localizar por otras terminologías (sexo ambiguo o DSD). Es así, que por más que a nivel profesional se conozca la distinción entre Trans e Intersex, cuando se quiere hacer referencia a uno de éstos casos, se recae en una falta de claridad conceptual. De esta forma, la concepción médica sobre el significado de sexo y género se ve “distorsionada” en lo que respecta a dicha clasificación, sin embargo, esta “distorsión” se “adecúa” en la medida que el género y sexo compartan una misma concordancia heteronormativa. En un ejemplo que describe el Urólogo Gutiérrez esa “adecuación” se ve presente.

Dr. Gutiérrez: *“Yo recuerdo nada más que...que dos, que fueron adultos, que fueron malinterpretados como mujeres, y que hubo probablemente un error...una contaminación de la sangre y no...no sé, no determinó adecuadamente el sexo cromosómico, y fueron criados como mujeres, eran 46 XY, y en la etapa post-puberal tuvieron una androgenización corporal, ¿no?, sin tener una androgenización de los genitales.”*

Era.³⁰: *“Ahí va, ¿y en esa situación qué se suele hacer? o ¿cómo se “resolvería”?”*

Dr. Gutiérrez: *“Bueno, en este caso particular, hubo que este... sacar la gónada...se sacaron las gónadas masculinas que tenían, que eran las productoras de testosterona, porque había un sexo de crianza femenino, había una conducta, eh...un comportamiento adecuado al sexo femenino, desde el punto de vista psicológico...estas dos personas se sentían mujeres, y entonces lo que se hizo fue sacar la gónada masculina, y después suplementarle con estrógenos.”*

²⁹ Se le denomina a los casos de transexualidad.

³⁰ Entrevistadora.

Es en este ejemplo, con respecto a las distintas interpretaciones que se pueden dar sobre los casos de intersexualidad, el género está definido y el sexo no, a pesar de que el Dr. asocia “sexo de crianza” con género. Pero en los casos de bebés recién nacidos, la interpretación no puede basarse en el género, dado que son muy pequeños y aún no han transitado por un proceso de construcción de su propia identidad. Por tanto, en este último punto se concibe entonces como género y sexo no definidos. Posteriormente, la educación del bebé será determinada según el sexo que se le haya asignado, lo que conlleva a que existan de forma implícita ciertas exigencias en la conducta del/la niño/a encaminadas a la reafirmación de su sexo asignado. Esta educación no devendrá solo de los padres sino también de los centros educativos, las redes sociales, y por ende todo el entorno social y cultural que lo condiciona.

Antes de empezar a investigar, un día que me puse a hablar con un amigo sobre el tema que pensaba estudiar, me preguntó: *“¿Pero por qué indefinido? Se refiere a que no se define entre el sexo masculino y femenino, ¿no? Entonces, no deberían de estar denominados como indefinidos casos que están definidos, dado que se conoce las características que esos casos presentan...”*.

El término INDETERMINADO o INDEFINIDO es utilizado en el registro civil, para dar una “definición” temporal al momento que nace el bebé, cuestión de dejar al menos la inscripción del nacimiento. La “indefinición” está entonces en la no determinación del sexo hacia el masculino o femenino, sin dar lugar a otras posibilidades. Es decir, que lo “indefinido” o “indeterminado” está delimitado por la norma social, cultural y jurídica que establece los sexos. ¿Dónde está lo natural entonces? ¿Dónde está la posibilidad de concebir nuestro cuerpo como resultado de un proceso que realiza la propia naturaleza y que varía no solo en la especie humana, sino en muchas otras más, tanto a nivel animal como vegetal?: *“La naturaleza nos entrega el sexo anatómico como una distribución continua de distintas combinaciones. Nuestros cuerpos no entienden ni saben del empeño del Estado y la heteronormalización socio-cultural de mantener sólo dos genitalidades.”* (Díaz, F., 2010:2)

Es cuestión de tenerlo claro

Frente al modo de transmitir la información a los padres, podemos ver dos etapas: la primera es transmitida de forma imprecisa, la segunda ya no tanto porque se basan en los resultados de los análisis. En la primera etapa entonces, la imprecisión de la información se debe al desconocimiento del sexo del bebé. En la entrevista, a la Endocrinóloga Paredes, la misma describe cómo transmitió la información a los padres del caso de un bebé que presentaba Hiperplasia Suprarrenal Congénita.³¹

Dra. Paredes: *“Mirá, el tema es así, cuando nació lo primero que le dije fue que no sabíamos qué era... que tenía un genital ambiguo. Genital ambiguo quiere decir que no podés decir si es nena, si es varón... porque en realidad, tenía un clítoris que parece un pene, con un orificio en la base del clítoris, y con los labios fusionados, que parecía como que fuera que simularan bolsas, pero que a su vez no palpás gónadas... ¿ta?. Entonces, cuando nació la bebé que yo la fui a ver, el diagnóstico era sexo indeterminado.”*

Sucede entonces, que los padres al momento de escuchar lo transmitido por el/la médico/a se muestran aturdidos y sin poder entender lo que les están comunicando. En parte por desconocimiento que los familiares tienen de dichos casos y en parte porque no siempre el modo de transmitir la información resulta el más adecuado ni es transmitida por los profesionales indicados.

Mamá: *“Un día te decían una cosa, al otro día venían y te decían otra (...) Claro, ahora te vienen y te dicen eso y te dan ganas de matarlos...porque...no seas malo... Pero ahora, nosotros sabemos que es una nena y ta, es una nena, si el día de mañana ella quiere ser otra cosa lo va a ser, a ellos tampoco les importa las cosas de nosotros... Te dolía cómo ellos te venían y te decían las cosas...”*

Papá: *“No me explicaron nada. (...) Yo en ese momento no podía hablar, no podía hacer nada. Y ella en ese momento estaba desmayada...”*

Era.: *“¿Y vos cómo te sentiste cuando te dijeron eso?”*

Papá: *“Y yo me quería morir, si estaba solo ahí arriba (...) Yo me puse a llorar y todo, no entendía nada...”*

³¹ En el anexo aparece en detalle la descripción de las clasificaciones.

Es tal la frustración por parte de los familiares el no entender qué está pasando, que los mismos deciden no contárselo a nadie, ni siquiera a su propia familia. Aunque resulte dificultoso evitar explicaciones, ven preferible no contar los detalles de la situación. Esta frustración es parte de las expectativas sociales que los padres tienen con respecto a su bebé. El no saber qué sexo presenta, rompe con los esquemas que se apropian para la educación.

Mamá: *“Nos hicieron solo dos ecografías, y en las dos me dijeron que estaba de lo más bien, ta que era una nena, que se vió de lo más bien y ta. Después...a los 8 meses, fue cuando me empecé a sentir mal (...) yo convencida de que era una nena, y que venía de lo más bien.”*

Papá: *“A veces iba a buscar a Alexis (el hermano de Lorena), a allá... viste, a lo de mi suegra, y ellas me preguntaban , me preguntaban...y no..., nada, como que no sabía qué decirles tampoco... Entonces como que no hablábamos con nadie.”*

Es una incertidumbre que refleja el cómo plasmamos “lo aprendido” en nuestros actos y en la educación de nuestr*s hij*s, entendiendo que nuestros roles de género se reproducen desde una acción performativa. *“La performatividad no es un acto único, sino una repetición y un ritual que logra su efecto mediante su naturalización en el contexto de un cuerpo, entendido, hasta cierto punto, como una duración temporal sostenida culturalmente.”* (Butler. 1990: 15) Más clara queda aún la idea cuando Camila (la adulta intersexual) me describe lo que para ella representaba ser mujer en su adolescencia.

Camila: *“Y claro, para mí la menstruación era el símbolo de todo el desarrollo corporal ¿no?, de las mamas, del cuerpo, de la cola, de empezar a tener una figura de mujer más seductora, más sexy, en la edad de la adolescencia. Ante la mirada del otro, del varón, y de las mujeres sobre el cuerpo... el autoestima y la identidad de uno pasa también por cómo uno se ve, ¿no?”*

Por otro lado, según la complejidad del caso, variará el convencimiento de el/la profesional sobre el sexo a determinar y por ende, la información a transmitir. Esto repercutirá, en consecuencia, en la reacción de los padres frente a la situación. En la cita siguiente, la Endocrinóloga López explica que los casos fáciles de “definir” son aquellos que ya presentan un sexo “definido” pero “malformado”.

Dra. López: *“Cuando uno recibe a un bebe con genitales ambiguos, como te decía, es poco frecuente, y la situación más frecuente es la hiperplasia suprarrenal... hay veces, que es muy sencillo hacer el diagnóstico ya con verla, porque es nada más que es una ligera hipertrofia de clítoris, y entonces no tenés mucho misterio... [...] Rápidamente se lo decís a los papás, “bueno, es una nena, tiene un trastorno en una enzima y entonces aumentan las otras hormonas, y esto se va a corregir de alguna u otra forma, hasta que se termine el tema... pero rápidamente damos una explicación a los papás... eso quita ansiedad, quita angustias... saben que se van a enfrentar a una serie de situaciones médicas, de tratamientos, o sea...medicación o tratamientos quirúrgicos... pero por lo menos el tema que, (...) el rotular para el individuo... como mujer o como hombre, ya queda dilucidado de entrada que es lo que genera más angustia... Pero en otras circunstancias, probablemente como en esta... el genital ambiguo haya sido de tal importancia que no se pudo asignar el sexo desde inicio. Y... cuando es difícil de asignar, lo mejor se ha visto que es no asignarlo desde inicio. Está demostrado...”*

Este último caso que menciona la Dra. López se refiere al de Hiperplasia Suprarrenal Congénita, que por el cariotipo 46 XX y la conformación de los genitales internos como femeninos, es lo que conlleva al/la médico/a inclinarse por el sexo femenino. De esta forma, la información podrá resultar imprecisa al principio, cuando nace el bebé, pero luego de realizar los estudios correspondientes, según el resultado que de los mismos, será la situación a transmitir a los padres. Aunque a veces la “intuición” pueda arrastrar a el/la médico a inclinarse hacia un sexo antes de tener los resultados delante, simplemente por el hecho de dar una “tranquilidad” a los padres, a pesar de que igualmente se esperan los datos finales de los estudios para la determinación del sexo del bebé y su posterior inscripción al registro civil.

Dra. Paredes: *“...lo anotás cuando tenés la definición del sexo.”*

De esta forma, vemos que hay un período de incertidumbre desde ambos lados (médico y familiar), pero una vez que se obtiene el diagnóstico completo, la información se inclina hacia determinadas expectativas por parte de el/la profesional. Incluso, antes de obtener la información pertinente en sus manos, algunos/as especialistas reflejan ciertas expectativas en su discurso que conlleva a una toma de decisión implícita. Es decir, que no hay opciones ni planteos de las distintas posibilidades que podrían darse, como modo de dar a entender que el poder de decisión está en los padres, sobre todo porque son los que autorizan la intervención.

En el caso de la entrevista a la adulta intersexual, debido a que fue diagnosticada en su adolescencia nunca se le cuestionó el género al cual la misma se sentía identificada y el cual coincide con el que le inculcaron, dado que siempre fue determinada como una niña. Ella, al igual que sus hermanas, presenta el Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos, es decir, que cromosómicamente es de sexo masculino pero fenotípicamente es de sexo femenino.³² Todas fueron intervenidas quirúrgicamente por presentar una especie de “hernia” en un ovario “... *que en realidad es la primera manifestación de que esa persona tiene el Síndrome de Insuficiencia a los Andrógenos (...) pero que por negligencia médica nunca nos lo habían diagnosticado como tal*” (Entrevista a Camila). En la adolescencia, Camila ve que no menstrúa como el resto de sus amigas y le pide a sus padres que la lleven a médico para consultar. Se le realizaron varias ecografías hasta que se descubrió que dentro no presentaba ni útero ni ovarios. El médico que le informó a ella y a sus padres se limitó a resaltar los “contras” del síndrome para el sexo y género que la misma se identificaba. Estos contras apuntaban a un factor meramente “funcional” dentro de un sistema heteronormativo: la reproducción.

Camila: *“Yo estaba en el medio, entre mi madre y mi padre, y el médico que nos dice...: “bueno, en realidad no hay presencia uterina”. Creo que ahí no sé si lo pronunciaron lo del síndrome... ahí no recuerdo, voy a reconstruir el hecho con mi madre y mi padre... Pero sé que dijo: “bueno, esto quiere decir que no va a menstruar, esto quiere decir que no va a poder tener hijos...no tiene funciones reproductivas...Y ta, que no hay ninguna contraindicación. (...) Bueno que esto no es una enfermedad, que no hay por qué alarmarse, que era un síndrome que no iba a generar ningún tipo de anomalía..., que la única restricción es que no iba a poder menstruar y que no iba a poder tener hijos... y que iba a implicar tomar dosis de hormonas femeninas, estrógenos digamos.”*

Ahora bien, tanto para el caso de una persona adulta como el de un bebé intersexual no hay posibilidad de “elegir” otras opciones, dado que se le orienta hacia donde su sexo³³ “está más definido”. Los/as médicos informan directamente del sexo “posible”, sin dar lugar a que los padres puedan manejar otra información al respecto, y mucho menos la

³² En el anexo aparece en detalle la descripción de las clasificaciones.

³³ Entendiendo al sexo en su completitud: desde lo gonadal, lo cromosómico, lo fenotípico, etc.

persona intersexual. Y en caso de que se le diera la opción, ¿por qué verse en la situación de “elegir”?

Era.: *“Ahí va, y ella cuando les dijo las cosas, ¿les dijo lo que había que hacer? Eh... ¿o les preguntó qué es lo que querían? O... ¿cómo fue el asunto?”*

Mamá: *“No, ella venía y nos decía que yo me quedara tranquila que ella era una nena, que tenía una hiperplasia, que todavía no estaba todo confirmado, pero ella ponía todas las fichas de que era eso... Y resultó siendo, que era una hiperplasia suprarrenal congénita, y que era una nena...”*

El resultado entonces, es que por más que a nivel legal la toma de decisión deba ser de los familiares, éstos últimos se guían por la información transmitida por los/as profesionales que los atienden. Así pues, el sexo lo determinan los/as médicos/as, y la autorización para la intervención del bebé la dan los padres. Pero es importante comprender, que la presión social es la que marca un sentido, a tal fuerza que se termina introduciendo en la ética profesional. Muchas veces, *“dicha interpretación tiene su origen y fundamento en un sistema social de representaciones e ideología que encubre lo cotidiano; lo distorsiona, en tanto lo muestra como la “realidad”, la única forma de vida posible.”* (Pichón-Riviére, E. y Pampliega de Quiroga, A. 1985: 14). Por tanto, el procedimiento médico-legal se respeta en tanto formalidad, pero cuando entendemos que la información es la que tiene el poder de respetar y garantizar (o no) los derechos de la persona que la recibe, resulta una toma de control por parte del poder médico sobre los cuerpos y los derechos de los actores involucrados. *“...el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias.”* (Foucault. 1977: 114)

Era.: *“¿Y en ese momento cómo reaccionaron tus padres?”*

Camila: *“Entendían, igual después obviamente que era mucha información y que uno queda skockeado, ¿no? Recuerdo que mi madre tuvo un proceso de investigación impresionante, post-charla. Como investigación autodidacta: ¿qué es el síndrome?, etc. Me acuerdo que tuvo en contacto con una organización española, en la que hay un grupo de padres que se encargaban de sensibilizar. Una información super específica, rara de entender, muy médica, muy biológica también.”*

Era.: *“¿Necesitan la autorización de ellos para eso?”*

Dra. López: *“Sin duda, si, si, la autorización y después este... los genetistas incluso, o el equipo tratante, muchas veces, (no te digo siempre), pero muchas veces se reúnen con los padres para transmitirle todos los resultados, y bueno, en conjunto, el equipo*

médico le dice a los padres cuál sería el sexo de asignación. Una vez estudiado de forma completa y homogénea.”

Este fragmento corresponde a la primera entrevista con la Dra. López. Pero en la segunda (en la cual la misma escuchó la versión de los padres), reconoció que no hay realmente suficiente preparación médica para tratar los casos de intersexualidad, pero tampoco una fuerte coordinación interna a nivel de equipo médico, en caso de que este último esté constituido. De alguna forma, en el marco de la medicina legal, los/las profesionales entienden que el paciente tiene un sexo antes de esperar incluso los resultados de los estudios, dado que la imperante necesidad de determinar el sexo hacia alguna de las dos opciones no se cuestiona. A su vez, casos de hermafroditismo verdadero u otros igual de complejos, no se le ha presentado a la mayoría de los/as especialistas entrevistados/as, sino casos con una complejidad mucho menor que facilitaba su determinación, lo cual demuestra poca experiencia en la intervención en pacientes intersexuales. Sin embargo, los/as profesionales coinciden en que no hay preparación previa a nivel universitario ni después de ejercer la especialidad para tratar a dichos pacientes.

Dra. Paredes: *“No, para mi es bravo... ¡ah! no estamos preparados. Yo trato de sentarlos de...Claro, hay que aplicar la psicología... Y la tenés que saber manejar... porque tenés la maleta de todo lo que tenés complicado.”*

Era.: *“Y en la existencia de estos casos, digo... como que a nivel universitario tampoco es que se trate...”*

Dra. Paredes: *“No, porque además como son cosas no tan frecuentes, muchos no tienen ni idea (...) Es más como un tabú...”*

Dra. López: *“El tema es así... cuando nace un bebé de sexo ambiguo, eh... es una situación muy difícil por supuesto para todo el personal de salud y la familia. En términos generales, hasta no tener un diagnóstico claro...de lo que se trata es de ser muy cautos en ese sentido, (...) no se lo trata ni de femenino ni de masculino...es decir, ¿cómo tratarlo de sin género?, ¿no? Porque nuestra sociedad no tiene la mente para eso... es dicotómica, o es ella o es él. Y esos días de espera son de una angustia tremenda para los padres.”*

Hay que “resolverlo” sí o sí...

El temor del contacto social, la vergüenza y el tabú terminan por limitar más la experiencia de la intersexualidad a la realidad institucional del hospital. La falta de visibilidad en los medios de comunicación o en campañas de salud pública contribuyen a la promoción de una idea de fantasía e imágenes mitológicas, que desalienta la búsqueda de respuestas fuera del equipo y acaba dándole la responsabilidad de buscar y “resolver” lo más rápido posible.

Un fragmento de una entrevista con una psicóloga en Brasil, extraído del trabajo de la Socióloga Raquel Lima, que sirve a modo de ejemplo, nos permite comprender también cómo ese poder médico es resultado de un poder mayor que ejerce sobre ellos mismos: *“Creo que el más incómodo para el equipo es lidiar con la ansiedad y la angustia. Cualquiera que haya trabajado con esto y le gusta ese trabajo, y comprende del inicio al final como una normalidad, hace el trabajo mejor. Quién no es así sufre con una angustia muy grande y la situación y tiene que dar una solución para aquello, pero hay un proceso. A veces no tiene paciencia para esperar el proceso y no tiene respuesta para los padres porque el médico, no tiene ni para él mismo”*. (Lima de Oliveira e Silva, R., 2009:6)

En una parte de la entrevista a la Dra. López en relación a la entrevista de los padres, hubo una corrección por parte de la misma sobre mi modo de interrogarles sobre su hija³⁴. Esto me hizo reflexionar sobre la teoría de la internalización de pautas y normas de conducta que plantean Berger, Luckmann y Pichón Rieviére.

Dra. López: *“Tu forma de interrogar: “¿Y la nena... y la nena...y la nena...?” O sea, el interrogatorio es la nena, y tuvo trastornos genitales... Después los padres se encargarán de ponerle otros atributos, adjetivos, a la cosa ¿no?, pero tú que ya sabés que es una nena y que fue una nena, es una nena y punto. Y vos te tenés que referir*

³⁴ El caso de una “niña” con Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

como niña... ¿no? para no tener esa ida y vuelta de que otra vez estamos (...) eso está mal, eso está mal... Lo que se tiene que llevar claro a los papás es que es una nena..."

Al vivir en sociedad, inevitablemente las conductas de los otros con los cuales interacciono forman parte de mi mundo, influyendo en el mismo en diferentes grados. *"La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento. Pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros "mi mundo" es un mundo que vivo con otros."* (Pichón-Riviére, E. y Pampliega de Quiroga, A. 1985: 13) De este modo, en este primer proceso, la persona comienza a conformar su YO, mediante la internalización de una realidad objetiva que sus significantes le enseñan procesar internamente su sentido de identidad por medio de la identificación. Implica un proceso "base" donde el individuo comienza a relacionar su modo de ver el mundo con determinados "roles", proceso al cual Berger y Luckmann le llaman, secundario.

La experiencia de los padres muestra que en la atención médica la cautela no se cumple a la hora de intervenir en los casos, ni tampoco trabaja un equipo en conjunto para abordar la problemática, sino que muchas veces cada médico/a especialista interviene por separado.

Papá: *"Y claro, porque al otro día nos decían otra cosa que nada que ver... Porque si vos me decís ta, que más o menos te dijo algo igual no, nada que ver me decían. Y nunca vino un doctor siempre. No, siempre era uno, después era el otro, después era el otro... Siempre vinieron varios."*

Dra. López: *"Yo creo que de todo lo escuchado, lo importante es que hay mucha gente en el medio, desde las parteras, enfermeros... que deambulan por ahí..., que opina de forma innecesaria. Son temas poco frecuentes... pocos frecuentes, pero no sé por qué le generan curiosidad y se pone a hablar... y a veces inconsciente... Como se decía, no sé quién fue y no me importa, el partero o enfermero... "Es nena o no, pero no se sabe lo que va a ser en el futuro". No hay necesidad ninguna de hacer ese tipo de comentarios, por ejemplo, ¿verdad? Una persona que recién tuvo un parto, y que anden hablando de la evolución de su hija, qué va a ser..., nadie tiene que opinar en eso, ni siquiera los médicos..."*

Incluso la falta de contacto entre médico y paciente demuestra la falta de coordinación previa con el mismo “equipo de trabajo”, y este último con el paciente. De ahí que pude ver una fuerte contradicción comparando las entrevistas.

Dra. Paredes: “...Entonces, cuando nació la bebé que yo la fui a ver, el diagnóstico era sexo indeterminado.”

Papá: “No, ella apareció, pero después a lo último... O sea, como a las 2 semanas y pico o 3 semanas apareció bien.... Ella mandaba a hacer las cosas no más, ella no iba.”

Mamá: “Las enfermeras, el partero que me hizo la cesárea, claro...la única que siempre me fue con la verdad, diciéndome que ta, que era una nena, porque tenía todo...fue Cecilia

En las entrevistas realizadas a los/as profesionales, aparece de forma reiterada el poco manejo de la información sobre los casos de intersexualidad, la casi inexistente preparación con respecto al modo de intervenir cuando se presentan pacientes con esas características, y la escasa bibliografía referida al tema que podamos encontrar en Uruguay (la cual en su mayoría son de finales del s. XX). Esto podría explicar entonces, porqué la inexperiencia y desconocimiento de los casos por el lado de los padres, conlleva a un “atado de nudos” bastante complejo.

Era.: “Nuca se detectó nada de esto hasta la adolescencia...”

Camila: “Hasta la adolescencia. En realidad por negligencia médica...”

A su vez, los/as profesionales entienden que en estas situaciones se debe trabajar en equipo, sin embargo, el modo de trabajo de estos/as últimos/as no termina de quedar claro a medida que intervienen en el caso: no hay existencia de apoyo psicológico para los padres, dado que el/la médico/a referente no lo solicita, demostración de que el/la psicólogo/a trabaja a parte como el resto de los profesionales ;y por el otro, hay un seguimiento por parte de los/as profesionales con respecto a la evolución del paciente, sin embargo, el mismo los lleva a cabo cada profesional desde su área, sin reunión ni coordinación previa con todo el “equipo de especialistas”.

Dra. Paredes: “Ahora, si hay falta, es de un psicólogo en este momento... Eso es cierto, porque yo psicólogo no vi ninguno. Yo fui y hablé... hice el dibujito..., le expliqué, no es tan sencillo... Yo te digo, yo sé que está Gutiérrez, están los cirujanos,

los pediatras, los neonatólogos son muy buenos que también colaboran, y endocrinólogo... pero psicólogo en este momento no vi... Capáz que la madre, cuando hables con ella te pueda decir esa carencia que ella tuvo...lo que le pasó a ella...qué me entendió de lo que yo le dije..."

Era.: *"Claro, ¿pero cómo es que se enteraría el psicólogo? A través de..."*

Dra. Paredes: *"Hay que hacer un pase (...) Yo en ese momento no se lo..., yo me preocupé por ver... definir el diagnóstico, hacerle parte hormonal y todo... y entre la locura que voy para aquí para allá... todo no puedo (...) Por eso hay que armar un equipo, mejor armado...yo creo..."*

Cada especialista se maneja dentro de su área, lo que trae como consecuencias que la política interna se ve impuesta de forma distinta ya no según cada equipo, sino según cada médico/a. Un ejemplo claro, fue cuando solicité información sobre los casos en varios hospitales, donde en algunas áreas me facilitaban el acceso a la misma y en otras no. Los malos entendidos, la incomunicación a la interna y a la externa del área de trabajo, lleva a que la intervención médica no resulte una conexión fluida entre el/la paciente y el especialista.

La determinación del paciente acarrea entonces varios factores, por un lado la intranquilidad de los padres y lo que une con lo médico-legal que es la presión social; y por otro, la "normalización" del sexo para que la persona pueda tener "una vida sexual normal" (palabras de una de las especialistas entrevistadas). En lo que respecta al primer punto, el registro civil del recién nacido debe realizarse una vez se sepa el sexo del bebé, mientras tanto, el mismo estará inscripto como indefinido o indeterminado, momento en que la tensión de la espera y el imaginario social (la familia, amigos y personas conocidas de los padres) que se genera, seguirán latentes mientras se mantenga la incertidumbre de no saber qué sexo es.

En el segundo punto, la determinación del sexo se puede dar por muchas causales: por riesgos vitales, por la inclinación más hacia un sexo que a otro, o porque el diagnóstico se da en la edad adulta y la misma ya presenta un género definido, por lo cual se la determina hacia éste último. Este es otro elemento que hace a la "necesidad" médica y social de determinar de forma inmediata el sexo de la persona. Se parte de dos conceptos claves que definen el caso como enfermedad o malformación, sobre los cuales los/as mismos/as profesionales entrevistados/as no tienen muy clara la

diferenciación para estos casos, a pesar de que ambas dan cuenta de lo mismo: un problema que hay que solucionar.

Dra. Paredes: *“Claro... es una enfermedad [...] tiene el problema de que esa enfermedad intraútero determinó que esos genitales...que no pudimos tratarla del todo, entonces... esos genitales se virilizaron, esos genitales externos femeninos se virilizaron y ahora hay que arreglar un poquito todo ese relajo...¿ta?, y ese es el tema.”*

Sin embargo todos los/as especialistas manejan el mismo criterio internacional³⁵ de clasificación a la hora de diagnosticar hacia qué sexo “correspondería” determinarlo. En lo que respecta al aspecto psicológico no se maneja como una de las causales, sino que puede darse como consecuencia de dicha “malformación o enfermedad”. En la entrevista con la Dra. Fernanda López explica ese aspecto del diagnóstico:

Dra. López: *“Claro, lo que pasa que ya te digo, puede ser complejo visto desde todo el desarrollo sexual, porque hay que ver lo que justifica dónde está la alteración, si es cromosómica, si es gonadal... Ya el abordaje psicológico es como una consecuencia “de”... pero no una “causa” de algún Desorden del Desarrollo Sexual (...).”*

Finalmente, más allá de los estudios que se realizan para la posterior intervención, los/as especialistas entrevistados/as coinciden en que la intervención debe ser de carácter urgente. Sin embargo, aunque el tratamiento hormonal se realice de forma inmediata, las intervenciones quirúrgicas (que resultan la etapa más compleja para el paciente y familiares del mismo), no resultan de carácter urgente a pesar de que se considere como tal dicha situación. Esto se debe muchas veces por motivos burocráticos, problemas de salud por parte del paciente, o de coordinación a la interna del hospital.

Dra. Paredes: *“...esos exámenes salieron urgentes. Fue en la etapa de cuando nació la bebé, yo lo solicité ahí. Son patologías jorobadas porque lo habitual es que esté todo el mundo, todo el mundo cuando nace un bebé “hay que es varón, es una nena.” eh... y no poder decir “no sé”, “no sé qué es”... es horrible. Y bueno, eso demora además... esos exámenes demoran (...) hay que sacarlos recién después de las 48hs de vida (...) El cariotipo demora también...como 15 días.”*

³⁵ En el anexo está adjuntada la lista de los criterios que los mismos aplican para la determinación del sexo de una persona intersexual, según bibliografía extraída de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la UDELAR.

Sin embargo en la intervención quirúrgica la situación es diferente:

Era.: *“Pero siempre con el tema de esperar la operación para que....digamos, normalice todo...”*

Papá: *“Eso es lo que estamos esperando todos... Es lo que decía la misma Cecilia, que no se puede esperar más porque ella va a crecer, va a crecer, va a crecer, que un día ella... ella se va a mirar y todo, y entonces eso hace peor después más grande...”*

La relación entre la concepción médica y social sobre los casos de intersexualidad y el carácter urgente de la intervención de los mismos está en que *“La emergencia es social, no intersexual (...) La acción performativa de nombrar, está ligada en los cuerpos a sus zonas de clivaje que estructuran las identidades. Los cuerpos sexualmente abyectos, son expulsados, degradados y se aplicará violencia disciplinaria sobre ellos, a veces bajo la forma de “tratamientos normalizadores, que levantan muros que desmienten las inmensas posibilidades permeables de las sexualidades a favor del binomio canónico.”*(Garavaglia, 2010)

En este sentido, volviendo a los factores que determinan la asignación de un recién nacido, podemos ver que pesan muchos elementos: como el sexo cromosómico, el sexo gonadal, la “función sexual”, la “probabilidad de que pueda tener hijos” (en el caso de las mujeres), e incluso algunos médicos consideran el sexo de crianza como el Dr. Gutiérrez, aunque otros profesionales consideren como un factor secundario que no incide en la determinación.

Dra. Fernández: *“...en la asignación de un recién nacido pesan muchas cosas ¿no?... en la función sexual es una por supuesto, en la probabilidad de que pueda tener hijos también es otra...”*

Se da por sentado que el/la paciente va a mantener relaciones sexuales con una persona de “su sexo opuesto”, es decir, que se descarta la posibilidad de que la misma mantendrá relaciones con individuos de “su mismo sexo”. Aunque aquí también surge otra interrogante, ¿cómo denominaríamos la orientación sexual de una persona que no presenta un sexo “definido”? *“La construcción de genitales que permitan un comportamiento erótico en los padrones heterosexuales es lo que guía la mayoría de los casos de determinación del sexo.”* (Raquel Lima de Oliveira e Silva 2009:5)

Estos aspectos (que determinan a una persona) se basan en un criterio de clasificación reconocido internacionalmente. Sin embargo hay otros que pertenecen a las vie-

jas clasificaciones, que mantienen su vigencia para algunos profesionales (tanto dentro de Uruguay como en otros países), como por ejemplo el criterio de la orientación sexual y el sexo de crianza.³⁶ *Resulta entonces que, “...los profesionales por lo general no solicitan interconsultas con especialistas en género y confunden la asignación sexual, con la identidad de género y la orientación sexual. No se puede predecir qué camino tomará el deseo en la pubertad. El género no es solamente una construcción social, es una construcción policausal en la que intervienen innumerables e indefinibles factores. La importancia radica en que “las personas se identifiquen donde su subjetividad se ve mejor representada” (Garavaglia, 2010)*

Reflexionando

Y entonces... **¿Qué elementos juegan un papel determinante en la toma de decisión para la asignación inmediata del sexo de un bebé intersexual?**

Probablemente dada la complejidad de la temática, no podamos contestar la pregunta de forma completa, sin embargo podemos valorar con estos elementos lo que establecemos socialmente como “lo real” y “lo que no”. Cuestionar, discutir, problematizar esta temática implica un gran avance para una sociedad que no sabe si quiera de la existencia de los casos de intersexualidad. El hecho de tener conocimiento sobre la salud y el sexo del bebé, son dos aspectos importantes para la familia y amistades de esta última. El sexo “ocupa” un lugar tan importante como la salud. Esta asociación y preocupación se ve reflejada en la frustración que presentan los familiares y amigos/as de estos últimos cuando los/as médicos/as les informan que “no saben qué sexo es”. Estos sentimientos negativos, se debe a la asociación de que si el bebé presenta un sexo “indefinido” es “anormal”, la cual se ve justificada en la ignorancia sobre la existencia de dichos casos, y por ende la “naturalización” de que solo existen

³⁶ En la Clínica de especialidades de Villa María (Córdoba- Argentina), se considera que "el sexo se asigna de tres formas: una es el genético (cromosoma 46xx en el caso de la mujer, y cromosoma 46xy en el caso masculino), otra es el genital (pene y escroto en el varón) y otra el psicológico o social, que establece el patrón psicológico del niño (cómo se comporta)" (Dr. Pablo Lucarelli, EL DIARIO, 2010).

dos sexos. Hete aquí que, “...*la naturalización de las categorías sociales, tales como el comportamiento y la sexualidad se presenta como un punto crucial en el manejo clínico de los casos de intersexo. La necesidad de que algo necesita ser reparado trae una realidad en que todo debe ser físico, preciso y mensurable. Existe la necesidad de cura, y la cura comienza con el físico. El cuerpo llega antes del sujeto, es el paciente antes del individuo.*”(Lima de Oliveira e Silva, R. 2009:7)

De tal modo que me puse a pensar muchas veces qué pasaría si tuviera un hij* intersexual. Aún entendiendo que tengo el conocimiento de la existencia de los casos y el modo de intervención de los/as profesionales de la salud, tuve muchas veces mis dudas sobre qué haría exactamente. Y esas dudas tienen que ver con que vivimos en un sistema heteronormativo que está dentro y fuera de las paredes de los hospitales. Ese sistema somos nosotros, que reproducimos y producimos las acciones que lo refuerzan. Por más que nazca mi bebé, y deje que crezca para que construya su propia identidad, me toparía con toda una organización impuesta desde el uso de colores, juguetes, libros, películas, etc. Incluso, por más que decida aplicar un lenguaje distinto en su educación, mi hij* se encontraría con un lenguaje impuesto totalmente distinto. En tal sentido, pensar esta problemática únicamente del lado médico no posibilitaría encontrar soluciones a la misma, porque el problema subyace en que nuestro sistema no está “adaptado” a ello. Ahora bien, entendiendo que este último surge de años de historia de construcción de normas y valores desde el poder político, ¿por qué pensar que los casos son un “problema” y no pensar que en realidad el sistema puede ser el “problema”? Así es como sucede también con la raza, la etnia, las capacidades diferentes, etc. Por tanto, no podemos pensar que los/as médicos/as o los padres son los culpables, no es una cuestión de víctimas o victimarios, en este juego jugamos todos y somos integrantes, productores, y consumidores de lo que nos rodea. De lo contrario, resultaría que de esa forma, estaríamos generando “enemigos”, personas a quien culpar, lo cual impediría poder avanzar desde una mirada global sobre las consecuencias que acarrea la problemática.

Voy a poner como ejemplo un hecho reciente que cambió la historia jurídica en Europa y que facilitará aún más la comprensión de mi reflexión: “... *este viernes (1.11.2013) Alemania se convirtió en el primer país europeo que reconoce la existencia de un "tercer sexo" con la entrada en vigor de una nueva ley que promete una revolu-*

ción jurídica y social.(...) La normativa permite a los padres de bebés nacidos con órganos sexuales masculinos y femeninos, conocidos como "intersexuales", dejar en blanco la casilla que precisa el sexo al inscribirlos en el registro de personas. La persona respectiva puede corregir el dato en cualquier momento y elegir si quiere figurar como hombre o como mujer. Pero la legislación también le permite no escoger nunca entre estas dos opciones tradicionales y mantener toda la vida el estatus de indefinido.” (DW Akademie, 2011)³⁷

En base a esto, podemos analizarlo siguiente. Por un lado, no es lo mismo hablar de un “tercer sexo”, un “tercer género”, o un ser “indefinido”. Una cosa es que yo tenga características biológicas específicas (sexo), otra es que me comporte de una forma acorde a los patrones culturales en relación muchas veces a mi sexo (género), y otra es que se me considere indefinida. Esto último querría decir que no “encajaría” en las categorías binarias establecidas del sistema heteronormativo. Hablar de estos conceptos como si fuera lo mismo es una falta grave al momento de informar o redactar una ley. Sin embargo los tres conceptos tienen un punto en común, todos circulan dentro de las DOS OPCIONES, nada escapa de ello. No se cuestiona si la clasificación de sexo (hombre y mujer) y género (masculino y femenino) son naturales o si en realidad conforman parte de una construcción cultural de nuestras sociedades cuya historia y origen se remonta desde mucho antes de la Antigua Grecia.

A pesar de ello, también significa un avance, porque contemplar a una población totalmente invisibilizada permite cuestionarnos nuestros cuerpos y comportamientos, y nos permite comenzar a deconstruir y construir nuevas identidades potencialmente cambiantes. En definitiva, implicaría aceptarnos y reconocernos como seres vivos, seres humanos con características diferentes las cuales estuvieron siempre presentes. No es cuestión de INTEGRAR, porque no es “algo” extraño que viene de afuera y deba adaptarse a nuestro entorno; tampoco es cuestión de INCLUIR, porque no es “algo” que deba incorporarse dado que siempre estuvo entre nosotros/as; es cuestión de reconocer y aceptar la diferencia e igualdad así como aceptarnos a nosotros/as mismos/as en la cotidianidad. Proceso lento, pero sólido, porque requiere romper con una serie de esquemas que ya tenemos fuertemente internalizados, y por ende, naturalizados. ¿La

³⁷ Propongo ampliar la lectura del artículo en: <http://www.dw.de/alemania-legaliza-un-tercer-g%C3%A9nero-para-reci%C3%A9n-nacidos/a-17198803>

solución está en seguir clasificando?, ¿en dejar a un lado las clasificaciones?, ¿o en construir categorías "flexibles" de tal forma que puedan ser "maleables" y "adaptables" a las diversas situaciones? No tengo la solución en estos momentos, y tampoco siento que deba darla, sino que debemos darla tod*s en el marco de la visibilización, discusión, e intercambio de conocimiento. La normalización es lo que hace que lo extraño sea rechazado, ¿qué es normal?, lo aceptado. ¿Y si eso que aceptamos antes no era normal? Normal: que está dentro de la norma. Podría seguir profundizando desde la construcción de nuestra identidad, nuestras subjetividades que parten de objetividades sociales, y cómo la percepción y valoración de nuestro entorno juegan a las escondidas con las emociones y la norma. Celebro esta apertura jurídica que abre campo a nuevas formas de vida, pero la celebro con conciencia de que es una vía que debe seguir siendo cuestionada y trabajada.

Con este análisis cuasi descriptivo podemos sonsacar varias ideas sobre los elementos de los cuales se refiere la pregunta de estudio: la información seleccionada que transmiten los/as profesionales a los padres; la poca preparación médica; la ignorancia social del tema,(que bien se ve reflejada en la reacción y postura de los padres frente a la situación); el criterio de clasificación que se aplica en los resultados de los estudios, según la complejidad del caso; el "deber" médico de "normalizar" al paciente para que pueda integrarse al establecimiento social heteronormativo. Son todas por tanto, herramientas que nos permiten cuestionar nuestra propia identidad y su origen. Este último punto ha sido el central en toda esta investigación, dado que el hecho de que los casos de intersexualidad resulte una problemática social y cultural, permite que las instituciones como la de la Salud reaccionen a favor del orden y las normativas vigentes. La invisibilización de los casos y de la cual ya he mencionado en varias oportunidades a lo largo de la investigación no es más que un reflejo de nuestra propia inseguridad hacia lo que desestructura y pone en duda lo "naturalmente" establecido. De este modo, más que plantearnos este tipo de casos como un problema en sí, lo ideal sería planteárnoslo desde una mirada de que el problema es lo que generamos y no lo que genera: *"Reincorporar al monstruo, reintegrar al anormal, restituir al enfermo, resarcir a la persona intersexual. Pensar intersexualidad pone en tensión las certezas de los órdenes dicotómicos: naturaleza/ cultura, cuerpo/ mente, sexo/ género, ciencias sociales/ medicina. Pensar lo intersexual no implica limitarse a un grupo de personas (lo cual ya sería importante en sí mismo), sino que es posible preguntarse por*

la conformación singular de cada quien. Pensar lo intersexual, convoca a pensarnos en nuestra contemporaneidad y complejidad. Pensarnos como forajidos/as del género. Pensarnos en el continuo. Pensarnos como intersexuales.”(Moreno, H. y Alcántara, E. en Debate Feminista 2013: XII)

Es solo el principio... Esta investigación deja abierta diversas puertas al campo investigativo, dado que la amplitud de temáticas que podrían desprenderse y desarrollarse desde distintas disciplinas son infinitas. Me hubiera gustado poder profundizar en la versión de las personas adultas intersexuales, en su experiencia de vida. Pero profundizar en ello, hubiera desviado de la pregunta de estudio en tanto que abarcaría una versión a parte, a analizar y cuestionar. Invito a los/as estudiantes y profesionales a que investiguen las posibles temáticas que se desprenden de este objeto de estudio, tanto desde lo que le compete a su disciplina, como el atreverse a “escabullirse” dentro de otras, lo que permitirá generar un intercambio interdisciplinario fuertemente enriquecedor.

Conclusiones

En cuanto a las preguntas que me planteé en la investigación, pude encontrar respuesta a todas las específicas, las cuales fueron complejizando aún más la respuesta a la pregunta general. Esta complejidad se debió principalmente a lo que anteriormente mencioné sobre el escaso manejo en el modo de intervención y tratamiento de los casos de intersexualidad a nivel profesional y el desconocimiento de su existencia a nivel social.

¿Qué elementos juegan un papel determinante en la toma de decisión para la asignación inmediata del sexo de un bebé intersexual?

Estos elementos son variables por el hecho de que el proceso de determinación del sexo de una persona intersexual se ve influenciado por factores médicos, jurídicos, políticos, sociales y culturales:

En el caso médico, se ve reflejada dicha variabilidad en la inexistencia de un protocolo nacional de atención a los casos de intersexualidad. Cada profesional se rige por un protocolo internacional³⁸ cuya aplicación varía según el caso y su contexto.

En el caso jurídico, lo podemos visualizar en la normativa vigente de registro de nacimiento que data el año 1988.

En tanto lo político, social y cultural, se ve reflejado en la ignorancia al tema, recayendo en la falta de políticas públicas que de concientización y sensibilización sobre los casos y lo que los mismos interpelan. Esto viene acompañado también, de la consolidación de pautas heteronormativas por parte de los actores involucrados y su entorno social, al momento de reproducir acciones propias de la heteronormatividad cuando se enfrentan a un caso de intersexualidad.

□ En el caso de la determinación del sexo de los recién nacidos intersexuales, ¿quiénes deciden el sexo realmente, los familiares del mismo o los médicos?

En base a las entrevistas realizadas pude comprobar que, una vez interceptado el “problema”, los/as profesionales estudian el posible “sexo original” del bebé. El consentimiento para su intervención debe ser otorgado por los padres, que en la mayoría de los casos se guían por el diagnóstico final médico. En definitiva, quienes deciden el sexo del bebé son los/as médicos/as con la aprobación de los/as familiares para su asignación.

□ ¿Con qué criterios deciden los/as adultos/as el sexo más conveniente para el recién nacido? ¿Son criterios provenientes de expectativas y deseos de quienes toman la decisión, de la sociedad, o de ambos?

Los criterios que se manejan, son en base a lo que la Medicina Legal Latinoamericana estableció desde el año 1989. Sin embargo, estos criterios resultan relativos al momento de intervenir, dado que el/la profesional no se encuentra capacitado/a para su intervención, y por ende, los criterios varían según la complejidad del caso³⁹. De tal modo, que según el caso se verán reflejadas las expectativas de el/la

³⁸ Dicho protocolo es de Latinoamérica, del año 1989 y es el único que he encontrado en la biblioteca de la Facultad de Medicina.

³⁹ Cuanto más difícil resulta “descifrar” el sexo de una persona intersexual, más se “adecúan” los criterios al contexto específico de el/la paciente.

profesional (que sea o bien “niño” o “niña”), de los familiares y del entorno social que condiciona a estos últimos.

□ La información que transmiten los/as médicos/as a los padres sobre el caso detectado en el recién nacido, ¿cómo incide en estos últimos para la toma de decisión (de intervenir o no) en el sexo de su bebé? ¿De qué modo es transmitida dicha información? Entonces, ¿qué pasa cuando la identidad de género y sexual de la persona en su adultez no coincide con el sexo-género asignado?

La transmisión del lado médico hacia los familiares del bebé intersexual, resulta en una primera instancia, imprecisa, dado que desconocen el “real” sexo del paciente, teniendo como respuesta (en algunos casos): “el bebé está bien, pero todavía no sabemos qué es”. A su vez, la presión social que los/as profesionales sufren por aminorar la frustración de los padres, conlleva a la imperante necesidad de realizar estudios de carácter urgente, con el fin de poder dar una respuesta inmediata y precisa sobre el sexo de su bebé. Por tanto, existe una importante posibilidad de que la persona intersexual en un futuro no se sienta conforme con su sexo asignado. En estos casos, la crisis de identidad que la misma sufre es mayor, sobre todo porque no cuenta con ningún personal sensibilizado y especializado en la temática que pueda brindarle el “apoyo” necesario para transitar por dicho proceso.

Tanto la conclusión, como la reflexión y análisis que realicé en este trabajo son reflejo del inmenso aporte que esta investigación me dejó, tanto en lo profesional, como en lo personal. Cuestionar los cuerpos como un constructo social y cultural, me permitió comprender e imaginar las infinitos tipos de “cuerpos” que pueden existir dentro del mundo animal y vegetal. Por tanto, me enseñó que la maleabilidad de las cosas se la da nuestro constructo, porque ya el hecho de poder construir “algo” es lo que lo hace maleable. El cuerpo visto de mil maneras, ese cuerpo somos nosotr*s.

Bibliografía

- ABC, (2011). La guardería para niños sin “género”.
<http://www.abc.es/20110629/sociedad/abci-guarderia-egalia-bebes-neutros-201106291650.html>
- Ávila Fuenmayor, Francisco y Ávila Montaña, Claudia. (2010) “El concepto de biopolítica en Michel Foucault”. Revista de filosofía “A Parte Rei”Nº69, España.<http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila69.pdf>
- Balbela, Beatriz.,Beriangieri, Carlos., Berro, Guido., Borges, J. Freddy., Cairoll, Milton., De Pena, Mario. (1988) “Medicina Legal” Tomo I. Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina de Montevideo – UDELAR.
- Berger, T. y Luckmann, P. (1972) “La construcción social de la realidad” Parte II.Ed. Amarrortu, Buenos Aires.
- Bolin, A. y Harris, M. “Nuestra Especie”. La transversalidad de género. Contexto cultural y prácticas de género.
<http://www.antropokrisis.es/contextoculturalypracticadegenero.html>
- Marvin Harris "Nuestra especie"
- Butler, Judith. (1990). “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la diversidad”. Ed. Paidós
- Cabral, Mauro. (2009) “Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano. “Ed. Anarrés.
- Capurro, Raquel. (2004) “Del sexo y su sombra” Del “MISTERIOSO HERMAFRODITA” de Michel Foucault. Ed. Psicoanalítica de la Letra A.C...
- Castillo Bacinete, Andrea. (2009) “¿Qué es doctor, niño o niña? Prácticas médicas en torno a la intersexualidad.” PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA .Facultad de Ciencias Sociales-Departamento de Antropología, Colombia.

- Castro García, Beatriz.(2008) “Querer, lo normal de lo "anormal".(<http://dragkingmexico.blogspot.com/2008/11/articulo-queer-lo-normal-de-lo-anormal.html>)
- CDHNU, (2013). Uruguay
http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2014/noticias/NO_M929/ddhh.pdf
hase
- Cheryl. (1998)“Hermafroditas cartografiando la emergencia del activismo político”
- Citro, Silvia. (Cdora.) (2011) “Cuerpos Plurales”. Antropología de y desde los cuerpos. Ed. Biblós. Bs. As. , Argentina.
- Ciudadaniasx. Artículo web (2011)
<http://ciudadaniasx.uk.tempcloudsite.com/+04-australia-hacen-oficial-el+.html>Artículo
- CLACSO, (2005). “Manual de metodología”, Argentina.
- Cohen, Cathy J. (2005) “Punks, bulldaggers, and welfare queen: The radical potential of queer politics?” en "Black Queer Studies". E. Patrick Johnson y Mae G. Henderson, eds. Duke UP.
- Dagnone, Lorena y Labus, Ana. (2010)"Trans-socialización" Trayectorias identitarias en TTTs. Facultad de Ciencias Sociales – UDELAR.
- Debate Feminista “Intersexualidad” (2013). Revista N°47.
- De Beauvoir, Simone. (1998)“El segundo sexo”, tomo II.Ed. Siglo Veinte, Argentina.
- Díaz Fuentes, Jorge.(2010) “Nacido Tibio”Equipo Disidencia Sexual. Artículo sobre Anne Fausto Stearling y la invisibilización de los intersexuales. Chile.
http://www.liberacion.cl/amor_040610.htm
- DW Akademie, “Alemania legaliza un “tercer género” para recién nacidos”. (2011) <http://www.dw.de/alemania-legaliza-un-tercer-g%C3%A9nero-para-reci%C3%A9n-nacidos/a-17198803>

- Estudiantes de Medicina de segundo año de la Universidad de Costa Rica (2013). “Desórdenes del Desarrollo Sexual y Cirugía Correctiva”
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n2/art08v30n2.pdf>
- Fausto Sterling, Anne. (2006) “Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad.” Ed. Melusina, España.
- Foucault, Michel. (1977) Historia de la Sexualidad I “La voluntad de saber”. Ed. Siglo Veintiuno.
- Garavaglia, Lionel Ricardo Brossi. (2010) Reseña “Un cuerpo Mil Sexos: Intersexualidades” [http://www.Topia.com.ar/articulos/reseña-un-cuerpo-mil-sexos-intersexualidades](http://www.Topia.com.ar/articulos/rese%C3%B1a-un-cuerpo-mil-sexos-intersexualidades).
- Hernández Guanche, Violeta. (2009) “Intersexualidades y prácticas científicas: ¿ciencia o ficción?” Ed. RIPS.
- J. Martín, Gabriel, publicado por Leopold Estape (2011) “Intersexualidad (DSD) Guía para padres y madres”
http://leopoldest.blogspot.com/2011/12/intersexualidad-dsd-guia-para-padres-y_02.html
- Laquer, Thomas. (1994) “La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud”. Ed. Cátedra.
- Lima de Oliveira e Silva, Raquel. (2009) “El cuerpo en movimiento. Sobre la apropiación médica de los cuadros de intersexo.” Maestranda en Sociología, Brasil.
- MIDES y MRREE. Resolución para la representación institucional en la “VI Conferencia Regional de la Asociación Internacional de Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans e Intersexuales en América Latina y el Caribe”
- Ministerio de Desarrollo Social, (2013). Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe final. Montevideo, Uruguay.
- Money, John. (1968/1994) “Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados”. Ed. Biblós.

- Montero Raíces, Horacio. (2010) “Un Cuerpo: Mil Sexos. Intersexualidades” Ed. Topía, Argentina.
- MSP. (2011) “Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras”.<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/DIFUSION%20REGISTRO%202014.pdf>
- Navia Antezana, Cecilia. (2007) “El análisis de discurso de Foucault” Universidad Pedagógica de Durango- México.
- Organization of American States. (2006) “Principios de Yogyakarta”
http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf
- Ortega, Esther, Carmen Romero Bachiller y Silvia García Dauder (2008) “Transformaciones tecno-científicas de cuerpos, sexos y géneros”
<http://www.hartza.com/carmen5.pdf>
- Picara Magazine, publicado por Leopold Estape (2010) “Entrevista a Gabriel Martín “Si me hubieran operado al nacer habría tenido más calidad de vida””
<http://leopoldest.blogspot.com/2010/11/entrevista-gabriel-j-martin.html>
- Pichón-Riviére, Enrique y Pampliega de Quiroga, Ana. (1985) “Psicología de la vida cotidiana”. Ed. Nueva Visión.
- Porzecanski, Teresa. (Comp.) (2008). “El cuerpo y sus espejos”. Estudios antropológicos culturales. Ed. Planeta. Montevideo, Uruguay.
- PuppoTouriz, H., Soiza Larrosa, A., Puppo Bosch, D. (1989) “Medicina Legal Latinoamericana” 1ª Serie. Montevideo.
- Social López, Pablo y Ferrari, Fernanda. (2010) “Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad.” Editorial Montevideo-Uruguay.
- Real Academia Española. “Diccionario de la Real Academia Española”