

6. Hermafroditas con actitud

cartografiando la emergencia del
activismo político intersexual

Cheryl Chase¹ (1998)



Portada de la revista *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, 2 (5), 1997-1998.

La insistencia en dos sexos claramente discernibles tiene desastrosas consecuencias personales para los muchos individuos que llegan al mundo con una anatomía sexual que no puede ser fácilmente identificada como de varón o de mujer. Tales individuos son etiquetados por los discursos médicos modernos (Migeon, Berkovitz, y Brown, 1994: 573-715) como «intersexuales» o «hermafroditas». Alrededor de uno de cada cien nacimientos exhibe alguna anomalía en la diferenciación sexual (Raman-Wilms *et al.*, 1995: 141-148), y alrededor de uno de cada dos mil es suficientemente diferente como para convertir en problemática la pregunta «¿es un niño o una niña?» (Fausto-Sterling, 2000). Desde comienzos de la década de los sesenta prácticamente cada gran ciudad de EE UU ha tenido un hospital con un equipo permanente de expertos médicos que intervienen en estos casos para asignar —a través de drásticos medios quirúrgicos— un status de varón o de mujer a los bebés intersexuales. El hecho de que este sistema que preserva las fronteras de las categorías de varón y de mujer haya existido durante tanto tiempo sin despertar críticas ni escrutinio desde ningún flanco indica la incomodidad extrema que despierta la ambigüedad sexual en nuestra cultura. Las cirugías genitales pediátricas convierten en literal lo que de otra forma podría ser considerado un ejercicio teórico: el intento de producción de cuerpos sexuados y sujetos generizados normativamente a través de actos constitutivos de violencia. En los últimos años, sin embargo, las personas intersexuales han comenzado a politizar las identidades intersexuales, transformando así intensamente las experiencias personales de violación en una oposición colectiva a la regulación médica de los cuerpos que hace *queer* las bases de las identificaciones y de los deseos heteronormativos.

¹ Publicación original: Cheryl Chase (1998) «Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism», *A Journal of Lesbian and Gay Studies. The Transgender Issue*, vol. 4, num. 2, 1998, pp. 189-211, [N. del E.].

Quiero expresar mi agradecimiento a Susan Stryker por sus extensas contribuciones a la estructura y contenido de este artículo.

Hermafroditas: autoridad médica e invisibilidad cultural

Muchas personas familiarizadas con las ideas de que el género es un fenómeno que no se describe adecuadamente por el dimorfismo varón/mujer y de que la interpretación de las diferencias sexuales físicas está construida culturalmente se sorprenden al conocer cuán variable es la anatomía sexual (Butler, 1990; Laqueur, 1990). Aunque el binario varón/mujer está construido como natural y se presupone inmutable, el fenómeno de la intersexualidad ofrece una clara evidencia de lo contrario y proporciona una oportunidad para desplegar estratégicamente la «naturaleza» para cortocircuitar los sistemas heteronormativos de sexo, género y sexualidad. El concepto de sexo corporal, en su uso común, se refiere a múltiples componentes incluyendo el cariotipo (organización de los cromosomas sexuales), la diferenciación gonadal (p.e. ovárica o testicular), la morfología genital, la configuración de los órganos reproductivos internos y las características sexuales de la pubertad tales como los pechos y el vello facial. Debido a que se espera que estas características sean concordantes en cada individuo —o bien todos masculinos o bien todos femeninos— un observador, una vez ha atribuido el sexo de varón o de mujer a un individuo particular, asume el valor de las otras características no observables (Kessler y McKenna, 1978).

Dado que la medicina interviene de forma inmediata en los nacimientos intersexuales para cambiar el cuerpo del bebé, el fenómeno de la intersexualidad es hoy en día ampliamente desconocido fuera de las prácticas médicas especializadas. La conciencia pública general de los cuerpos intersexuales se desvaneció lentamente en las sociedades europeas occidentales modernas en la medida en que la medicina se apropió gradualmente de la autoridad de interpretar —y eventualmente de gestionar— la categoría que previamente había sido ampliamente conocida como «hermafroditismo». La taxonomía médica victoriana comenzó a borrar el hermafroditismo como estatus legitimado al establecer la histología gonadal mixta como un criterio necesario para el «verdadero» hermafroditismo. Según este criterio, tenían que estar presentes tanto tejidos ováricos como testiculares. Dadas las limitaciones de la cirugía y la anestesia victorianas, tal confirmación era imposible en un paciente con vida. Todas las otras anomalías fueron reclasificadas como «pseudo-hermafroditismos» enmascarando un «verdadero sexo» determinado por las gónadas (Dreger, 1995a; 1995b: 336-70; 1997a: 46-66; 1997b: 15-22).

Sin embargo, con los avances en anestesia, cirugía, embriología y endocrinología, la medicina del siglo veinte se desplazó desde el simple etiquetado de los cuerpos intersexuales a las más intrusivas prácticas de «fijarlos» para que se conformasen a un sexo diagnosticado y verdadero. Las técnicas y protocolos para transformar físicamente cuerpos intersexuales fueron desarrollados por primera vez en la Johns Hopkins University en Baltimore durante los años 1920 y 1930 bajo la dirección del urólogo Hugh Hampton Young. «Sólo en los últimos años», se entusiasmaba Young en el prefacio de su manual pionero, *Genital Abnormalities*, «hemos comenzado a acercarnos a la explicación de las maravillas de la anomalía anatómica que puede ser mostrada por estos increíbles individuos. Pero la cirugía del

hermafrodita ha permanecido como una tierra incógnita». El «triste estado de estos desafortunados» empujó a Young a ingeniar «una gran variedad de procedimientos quirúrgicos» por los cuales intentó normalizar sus apariencias corporales en el mayor grado posible (Young, 1937: xxxix-xl).

Pocos de los pacientes de Young se resistieron a sus esfuerzos. Una de ellas, una «“vigorosa” joven mujer negra con una buena figura» y un gran clítoris, se había casado con un hombre pero encontraba su pasión sólo con mujeres. Se negó a «ser convertida en un hombre» porque la eliminación de su vagina significaría la pérdida de su «ticket de comida», a saber, su marido (Young, 1937: 139-42). Hacia los cincuenta, el principio de detección e intervención postnatal rápida para los bebés intersexuales había sido desarrollado en la Johns Hopkins con el objetivo explícito de completar la cirugía lo suficientemente pronto como para que el bebé² no tuviera memoria de ello (Jones Jr. y Scott, 1958: 269). Una se pregunta si la insistencia en la intervención temprana no estuvo al menos parcialmente motivada por la resistencia ofrecida por intersexuales adultos a la normalización vía cirugía. Padres temerosos de bebés ambiguamente sexuados estaban mucho más abiertos a las sugerencias de la cirugía normalizadora, mientras que los propios bebés no podían por supuesto ofrecer resistencia de ninguna clase. La mayor parte de las bases teóricas que justifican estas intervenciones son atribuibles al psicólogo John Money, un investigador del sexo invitado a la Johns Hopkins por Lawson Wilkins, el fundador de la endocrinología pediátrica (Money, Hampson, y Hampson, 1955a: 301-19; 1955b: 284-300; Money: 1986). Consecuentemente numerosos estudiantes de Wilkins llevaron estos protocolos a los hospitales de todo Estados Unidos y más allá (Blizzard, 1994 en Kappy et al.: xi-xiv). Suzanne Kessler señala que hoy en día los protocolos de Wilkins y Money disfrutan de un «consenso de aprobación que raras veces se encuentra en la ciencia» (Kessler, 1990: 3-26).

Manteniendo el modelo de la Johns Hopkins, el nacimiento de un bebé intersexual, hoy en día, se considera una «emergencia psicosocial» que lleva a actuar a un equipo multidisciplinar de especialistas intersexuales. Significativamente son cirujanos y endocrinólogos más que psicólogos, bioéticos, representantes de organizaciones de apoyo a los intersexuales o padres de bebés intersexuales. El equipo examina al bebé y elige o bien varón o bien mujer como un «sexo de asignación» y entonces informa a los padres de que ese es el «verdadero sexo» del recién nacido. La tecnología médica, incluyendo cirugía y hormonas, es entonces utilizada para hacer que el cuerpo del bebé se conforme lo máximo posible a ese sexo.

² Nota de traducción: las palabras nos malinterpretan. El lenguaje está dicotómicamente estructurado y los genéricos no dejan de ser masculinos. Nos hemos visto forzadas a traducir *child*, *children*, *infant*, que en inglés no están genéricamente marcados, por los conceptos neutros «bebé» o «recién nacido» y no por «niño». Ello ha supuesto distorsionar a veces el período evolutivo referido, ya que *child* abarca una edad mayor que la que se considera que tiene un bebé. Hemos acudido al término «niños» cuando claramente es interpretado como genérico, y en ocasiones hemos utilizado «menores» cuando explícitamente se hace referencia a un período evolutivo mayor que el de «bebés».

El tipo de desviación de las normas sexuales exhibida por los intersexuales está en tal medida estigmatizada que la probabilidad esperada de daño emocional debido al rechazo social al intersexual proporciona al médico el argumento más convincente para justificar intervenciones quirúrgicas médicamente innecesarias. El estatus intersexual es considerado tan incompatible con la salud emocional que la distorsión, el ocultamiento de hechos y las mentiras abiertas (tanto a los padres como más tarde a la persona intersexual) son descaradamente aconsejadas en la literatura profesional médica (Dewhurst y Grant, 1984: 1191-94; Natarajan, 1996: 568-570; Mazur, 1983: 417-422; Slijper *et al.*, 1994:9-17). Pero, el sistemático encubrimiento del hecho de nacimientos intersexuales y del uso de técnicas violentas para normalizar los cuerpos intersexuales ha causado un profundo daño emocional y físico a los intersexuales y a sus familias. El daño comienza cuando el nacimiento es tratado como una crisis médica, y las consecuencias de ese tratamiento inicial se prolongan para siempre. El impacto de este tratamiento es tan devastador que hasta hace tan sólo unos pocos años, las personas cuyas vidas habían sido tocadas por la intersexualidad mantenían silencio sobre su sufrimiento. Hasta una fecha tan reciente como 1993, nadie criticó públicamente al cirujano Milton Edgerton cuando escribió que en cuarenta años de cirugía clitoriana en intersexuales, «nadie se había quejado de la pérdida de sensación, incluso cuando se eliminó el clítoris por completo» (Edgerton, 1993: 956).

La trágica ironía es que, mientras la anatomía intersexual indica ocasionalmente un problema médico subyacente tal como una disfunción adrenal, los genitales ambiguos no son en sí mismos dolorosos ni dañinos para la salud. La cirugía es esencialmente un proceso destructivo. Puede eliminar y, en un grado limitado, recolocar los tejidos, pero no puede crear nuevas estructuras. Esta limitación técnica, junto con la conformación de lo femenino como una condición de falta, lleva a los médicos a asignar como mujeres al 90 por ciento de los bebés anatómicamente ambiguos mediante eliminación de tejido genital. Miembros del equipo intersexual de la Johns Hopkins han justificado la asignación como mujer diciendo, «puedes hacer un agujero, pero no puedes construir una verga» (Hendricks, 1993: 10-16). Esfuerzos realmente heroicos sostienen un tenue estatus masculino para el diez por ciento restante asignado como varón, que son sujetos a múltiples operaciones —veintidós en un caso (Stecker *et al.*, 1981: 539-44)— con el objetivo de normalizar el pene y construir una uretra que les permita orinar de pie. Para algunos, las cirugías terminan sólo cuando el niño o la niña crece lo suficiente como para resistirse (McClintock, 1997: 53-54).

Los recién nacidos asignados al sexo femenino son sujetos a una cirugía que elimina el problemático clítoris hipertrofiado (el mismo tejido que habría sido un problemático micropene si el bebé hubiera sido asignado como varón). Durante la década de 1960 la cirugía genital pediátrica feminizante era abiertamente etiquetada como «cliterectomía» y era positivamente comparada con las prácticas africanas que recientemente han sido foco de tan intenso escrutinio. Como tres cirujanos de Harvard afirmaban, «la evidencia de que el clítoris no es esencial para el coito normal se puede obtener de ciertos datos sociológicos. Por ejemplo, es costumbre en numerosas tribus africanas extirpar el clítoris y otras partes de los genitales externos. Sin embargo se observa una función sexual normal en estas mujeres» (Gross, Randolph y

Crigler, 1966: 300-08). Una operación modificada que elimina la mayor parte del clítoris y recoloca una parte de su extremo se denomina diversamente (y eufemísticamente) «cliteroplastia», reducción clitoridiana, o recesión clitoridiana y es descrita como un «simple procedimiento estético» para diferenciarlo de la hoy infame cliterectomía. Si embargo, la operación dista mucho de ser benigna. Aquí presento un resumen ligeramente simplificado (en mis propias palabras) de la técnica quirúrgica —recomendada por los cirujanos Oesterling, Gearhart, y Jeffs de la Johns Hopkins— que es representativo de la operación:

Hacen una incisión alrededor del falo, en la corona, entonces diseccionan la piel separándola de su interior. Seguidamente diseccionan la piel separándola de la cara dorsal y eliminan tanto de *corpora*, o cuerpos eréctiles, como sea necesario para crear un «clítoris del tamaño apropiado». Seguidamente, se ponen puntos de sutura desde el área púbica a lo largo de ambas caras de la longitud total de lo que queda del falo; cuando estos puntos se ajustan, el falo se pliega como las tablas de una falda y retrocede a una posición oculta tras el monte púbico. Si el resultado es todavía «demasiado grande», el glande es reducido más aún cortando una porción del mismo (Oesterling, Gearhart y Jeffs, 1987: 1079-1084).

Para la mayoría de los intersexuales este tipo de descripción médica arcana y deshumanizada, ilustrada con primeros planos de cirugía genital y menores desnudos con una franja negra ocultando sus ojos, es la única versión disponible de *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Como cultura hemos dejado en manos de la medicina la autoridad de patrullar las fronteras entre varón y mujer, dejando que los intersexuales se recuperen lo mejor que pueden, solos y en silencio, de la normalización violenta.

MI carrera como hermafrodita: renegociando los significados culturales

Nací con genitales ambiguos. Un doctor especializado en intersexualidad deliberó durante tres días —sedando a mi madre cada vez que preguntaba qué problema había con su bebé— antes de concluir que yo era un varón con un micropene, completa hipospadias, los testículos sin descender y una extraña apertura extra detrás de la uretra. Se cumplimentó para mí un certificado de nacimiento de varón y mis padres comenzaron a educarme como a un chico. Cuando tuve un año y medio mis padres consultaron a un equipo diferente de expertos, quienes me admitieron en un hospital para la «determinación sexual». «Determinar» es una palabra remarcablemente adecuada en este contexto, al significar tanto «indagar mediante investigación» como «causar la obtención de una resolución». Describe perfectamente el proceso en dos pasos por el cual la ciencia produce a través de una serie de operaciones enmascaradas lo que afirma tan sólo observar. Los doctores dijeron a mis padres que sería necesaria una investigación médica para determinar (en el primer sentido de esa palabra) cuál era mi «verdadero sexo». Juzgaron mi apéndice genital como inadecuado como pene, demasiado corto para marcar efectivamente estatus masculino o para

penetrar a mujeres. Como mujer, sin embargo, sería penetrable y potencialmente fértil. Al haber sido reetiquetada mi anatomía como vagina, uretra, labia y clítoris enorme, mi sexo fue determinado (en el segundo sentido) mediante la amputación de mi apéndice genital. Siguiendo las instrucciones de los médicos mis padres cambiaron mi nombre, registraron minuciosamente su casa para eliminar todos los restos de mi existencia como chico (fotografías, felicitaciones de cumpleaños, etc.), cambiaron mi certificado de nacimiento, se desplazaron a una ciudad diferente, dieron instrucciones a los miembros de la familia extensa para que no se refirieran a mí por más tiempo como un chico, y nunca le dijeran a nadie —incluida a mí— qué había sucedido. Mi intersexualidad y cambio de sexo se convirtieron en pequeños secretos sucios de familia.

A la edad de ocho años, volví al hospital para una cirugía abdominal que eliminase la porción testicular de mis gónadas, cada una de las cuales tenía un carácter parcialmente ovárico y parcialmente testicular. No se me dio entonces ninguna explicación por la larga estancia en el hospital o la cirugía abdominal, ni por las posteriores visitas regulares al hospital, en las cuales los médicos fotografiaban mis genitales e insertaban dedos e instrumentos dentro de mi vagina y mi ano. Estas visitas cesaron tan pronto como empecé a menstruar. En el momento del cambio de sexo los médicos habían asegurado a mis padres que su una vez hijo /ahora hija se convertiría en una mujer que podría tener una vida sexual normal e hijos. Con la confirmación de la menstruación, mis padres aparentemente concluyeron que esa predicción se había cumplido y su ordalía había sido superada. Para mí la parte peor de la pesadilla sólo estaba comenzando.

Como adolescente, fui consciente de que no tenía clítoris o labios internos y era incapaz de tener orgasmos. Al final de mi adolescencia, comencé a investigar en bibliotecas médicas tratando de descubrir lo que podía haberme sucedido. Cuando finalmente decidí obtener mis informes médicos, me llevó tres años superar los impedimentos de los médicos a los que pedí ayuda. Cuando los conseguí, apenas tres páginas, supe por primera vez que era una «verdadera hermafrodita» que había sido el hijo de mis padres durante un año y medio y llevado un nombre desconocido para mí. Los informes también documentaban mi cliterectomía. Eso fue a mediados de la década de 1970, a comienzos de mis veinte. Había comenzado a identificarme como lesbiana, en un tiempo en el que el lesbianismo y un esencialismo de género de base biológica eran virtualmente sinónimos: los hombres eran violadores y causaban la guerra y la destrucción ambiental; las mujeres eran buenas y sanarían la tierra; las lesbianas eran una forma superior de seres incontaminados por la «energía de los hombres». En un mundo así, ¿cómo le podía decir a alguien que de hecho había poseído el terrorífico «falo»? Ya no era una mujer a mis propios ojos sino más bien una criatura monstruosa y mítica. Dado que mi hermafroditismo y mi niñez masculina, ocultos durante tanto tiempo, eran historia tras la cliterectomía, nunca pude hablar abiertamente sobre ello o sobre mi consecuente incapacidad para el orgasmo. Estaba tan traumatizada por el descubrimiento de las circunstancias que produjeron mi corporalidad que no pude hablar de estos temas con nadie.

Casi quince años más tarde sufrí una crisis emocional. A los ojos del mundo yo era una exitosa mujer de negocios, directora en una compañía internacional de alta tecnología. Ante mí misma, yo era un monstruo, incapaz de amar o ser amada, completamente avergonzada de mi estatus de

hermafrodita y de mi disfunción sexual. Incapaz de hacer las paces conmigo misma, finalmente busqué la ayuda de una psicoterapeuta, que reaccionó a cada revelación sobre mi historia y situación con alguna versión de «no, no es posible» o «y, ¿qué?». Yo podía decir, «realmente no soy una mujer», y ella podía decir, «por supuesto que lo eres, pareces una mujer». Yo podía decir, «mi completa renuncia a la sexualidad ha destruido cada relación que he tenido». Ella podía decir «todo el mundo tiene sus subidas y bajadas». Intenté con otra terapeuta y me encontré con una respuesta similar. Crecientemente desesperada, confié mi historia a varias amigas, que desaparecieron con un silencio embarazoso. Me encontraba en una agonía emocional, sintiéndome completamente sola sin ver una salida posible. Decidí suicidarme.

Confrontarme al suicidio como una posibilidad real resultó ser mi epifanía personal. Fantaseaba con suicidarme de una forma bastante sangrienta y dramática en el despacho del cirujano que había amputado mi clítoris, enfrentándole a la fuerza con el horror que había impuesto a mi vida. Pero reconociendo el deseo de dar uso a mi dolor, y no desperdiciar completamente mi vida, doblé una esquina crucial, encontrando un camino para dirigir mi rabia productivamente hacia el mundo en lugar de destructivamente hacia mí. No tenía un marco conceptual para desarrollar una autoconciencia más positiva. Sólo sabía que me sentía mutilada, no completamente humana, pero que estaba decidida a sanar. Luché durante semanas en un caos emocional, incapaz de comer, dormir o trabajar. No podía aceptar mi imagen de un cuerpo hermafrodita más de lo que podía aceptar la carnicería con la que el cirujano me había dejado. Pensamientos de mí misma como un *patchwork* del monstruo de Frankenstein alternados con anhelos de escapar con la muerte, seguidos inmediatamente por indignación, ira y la determinación de sobrevivir. No podía aceptar que fuera justo, o estuviera bien, o fuera bueno tratar a nadie como yo había sido tratada —mi sexo cambiado, mis genitales amputados, mi experiencia silenciada e invisibilizada. Llevé un infierno privado dentro de mí, desgraciadamente sola en mi condición sin ni siquiera mis torturadores como compañía. Finalmente comencé a verme a mí misma de pie en medio de una tormenta pero con cielos claros y un visible arco iris en la distancia. Estaba todavía en agonía, pero estaba comenzando a ver el proceso doloroso en el que estaba atrapada en términos de revitalización y renacimiento, una forma de investir mi vida con un nuevo sentido de autenticidad que poseía vastos potenciales para una transformación posterior. Desde entonces he visto esta experiencia de desplazamiento desde el dolor hacia el empoderamiento personal descrita por otros activistas intersexuales y transexuales (Triea, 1994: 1; Stryker, 1994: 237-54).

Lentamente desarrollé una nueva forma de autocomprensión politizada y críticamente consciente. Había sido el tipo de lesbiana que en su tiempo tuvo una novia, pero que nunca había participado realmente en la vida de la comunidad lesbiana. Me sentía casi completamente aislada de las políticas gay, del feminismo y de la teoría *queer* y de género. Poseía el rudimentario conocimiento de que el movimiento por los derechos gay había cobrado impulso sólo cuando pudo denegar efectivamente que la homosexualidad era una enfermedad o inferior y afirmar por el contrario que «lo gay es bueno». Por imposible que parezca, me prometí afirmar igualmente que «lo intersexual es bueno», que el cuerpo en el que había nacido no era enfermo, sólo diferente. Me prometí abrazar la idea de «no ser una mujer» que inicialmente tanto me había horrorizado descubrir.

Comencé a buscar una comunidad y consecuentemente me fui a San Francisco a finales de 1992, en la creencia de que las personas que vivían en la «meca *queer*» tendrían los análisis de la corporalidad sexuada y generizada más sofisticados conceptualmente, más socialmente tolerantes y políticamente más agudos. Encontré lo que estaba buscando en parte debido a que mi llegada al Área de la Bahía de San Francisco coincidió con la más bien repentina emergencia de un enérgico movimiento político transgénero. *Transgender Nation* (TN) se había desarrollado desde *Queer Nation*, un grupo post-gay/lesbiano que buscaba trascender las políticas identitarias. Las acciones de TN atrajeron la atención de los medios —especialmente cuando algunos miembros fueron arrestados durante una «carga» en la convención anual de la *American Psychiatric Association* cuando protestaban por la categorización psiquiátrica de la transexualidad como enfermedad mental. La artista performance transexual Kate Bornstein estaba introduciendo con humor las cuestiones transgénero en la comunidad gay/lesbiana de San Francisco y más allá. Los temas trans de mujer-a-hombre habían alcanzado un nuevo nivel de visibilidad debido en gran medida a los esfuerzos realizados por Lou Sullivan, un activista gay M-a-H que sufrió una muerte prematura de enfermedades relacionadas con el VIH en 1991. Y como consecuencia del éxito de ventas de su novela underground, *Stone Butch Blues*, el manifiesto de Leslie Feinberg *Transgender Liberation: A Movement Whose Time has Come* estaba encontrando una audiencia considerable, uniendo por primera vez una justicia social transgénero con una agenda política progresista más amplia (Feinberg, 1992 y 1993). Al mismo tiempo, había emergido una vigorosa nueva ola de estudios de género en la academia (Butler, 1990 y 1993; Laqueur 1990; Epstein y Straub, 1991). En este contexto, la teórica y activista intersexual Morgan Holmes pudo analizar su propia cliterectomía en su tesis de master y conseguir que fuera considerada seriamente como trabajo académico (Holmes, 1994). Teóricas abiertamente transexuales, incluyendo a Susan Stryker y a Sandy Stone, eran visibles en posiciones académicas de responsabilidad en prestigiosas universidades. El «*Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*» de Stone resignificó de forma abierta y visible a los transexuales no como conformistas de género que apuntalaban un sistema de sexo rígido y binario, sino como «un conjunto de textos encarnados cuyo potencial de subversión productiva de las sexualidades estructuradas y de los espectros de deseo todavía estaba por explorar» (Stone, 1991: 296).

En esta atmósfera embriagadora, yo aporté mi propia experiencia. Presentada por Bornstein a otras activistas de género, exploré con ellas las políticas culturales de la intersexualidad, que para mí representaban otra nueva configuración más de los cuerpos, identidades, deseos y sexualidades desde la que confrontar los aspectos violentamente normativizadores del sistema dominante de sexo/género. A finales de 1993, la pionera de *Transgender Nation* Anne Ogborn me invitó a participar en un retiro de fin de semana llamado la Conferencia de la Nueva Mujer, donde mujeres transexuales postoperadas compartieron sus historias, sus penas y alegrías y disfrutaron la libertad de nadar y tomar el sol desnudas con otras que también habían cambiado quirúrgicamente sus genitales. Vi que las participantes volvían a casa en un estado de euforia y me propuse llevar el mismo tipo de experiencia sanadora a la gente intersexual.

La emergencia de un movimiento intersexual: Oposición y aliados

A mi llegada a San Francisco, comencé a contar mi historia indiscriminadamente a todo el mundo con el que me encontraba. En el curso de un año simplemente por hablar abiertamente dentro de mis propios círculos sociales, supe de otros seis intersexuales —incluyendo dos que habían sido lo suficientemente afortunados como para escapar de la atención médica. Me di cuenta de que la intersexualidad, más que ser extremadamente rara, debe ser relativamente común. Decidí crear una red de apoyo. En el verano de 1993, elaboré algunos panfletos, me hice con un apartado de correos y comencé a anunciar la *Intersex Society of North America* (ISNA) mediante pequeñas noticias en los medios. No mucho después, me encontraba recibiendo varias cartas por semana de intersexuales desde todos los rincones de Estados Unidos y Canadá y ocasionalmente algunas de Europa. Aunque los detalles variaban, las cartas ofrecían una imagen remarcablemente coherente de las consecuencias emocionales de la intervención médica. Morgan Holmes: «Todas las cosas que mi cuerpo podía haber llegado a hacer, todas las posibilidades, fueron engullidas junto con mi clítoris amputado por el departamento de patología. Lo que quedó de mí fue a la sala de recuperación —todavía me estoy recuperando». Angela Moreno: «Me horroriza lo que se ha hecho conmigo y la conspiración de silencio y mentiras. Estoy llena de dolor y de rabia, pero finalmente también alivio, al saber que quizás no soy la única». Thomas: «Rezo para tener los medios para compensar, en alguna medida, a la *American Urological Association* por todo lo que ha hecho en mi beneficio. Pero estoy teniendo algunos problemas para conectar el mecanismo de relojería con el detonador».

El objetivo más inmediato del ISNA ha sido crear una comunidad de gente intersexual que pudiera proporcionar apoyo entre iguales para afrontar la vergüenza, el estigma, el dolor, y la rabia, así como temas prácticos como por ejemplo cómo obtener informes médicos antiguos o localizar un psicoterapeuta o endocrinólogo simpaticante. Con esa finalidad, cooperé con periodistas que juzgué capaces de informar amplia y responsablemente de nuestros esfuerzos, listé el ISNA en autoayuda y en entidades de compensación de referencia y establecí un sitio en Internet (<http://www.isna.org>). El ISNA conecta ahora a cientos de intersexuales de toda Norteamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda. También ha comenzado a promover un encuentro intersexual anual, el primero de los cuales tuvo lugar en 1996 y emocionó a los participantes tan profundamente como me emocionó a mí la Conferencia de la Nueva Mujer en 1993.

Sin embargo, la meta más importante y más a largo plazo del ISNA es cambiar la forma en la que son tratados los bebés intersexuales. Defendemos que no se aplique la cirugía sobre los genitales ambiguos a no ser que exista una razón médica (tal como una orina bloqueada o dolorosa), y que se proporcione a los padres las herramientas conceptuales y el apoyo emocional para aceptar las diferencias físicas de sus hijos. Aunque es fascinante pensar en el desarrollo potencial de nuevos géneros o posiciones de sujeto basadas en formas de corporalidad que se salen fuera de la familiar dicotomía varón/mujer, reconocemos que el modelo dual-de-sexo/género es actualmente hegemónico y por lo tanto defendemos que los niños sean criados o bien como chicos o bien como chicas, de acuerdo con la designación

que parezca más capaz de ofrecer al menor el mayor bienestar futuro. Defender la asignación de género sin recurrir a cirugía normalizadora supone una posición radical al requerir la subversión deliberada de la concordancia asumida entre la forma corporal y la categoría de género. Sin embargo, esta es la única posición que previene el daño físico irreversible del cuerpo de la persona intersexual, que respeta la agencia de la persona intersexual atendiendo a su propia carne y que reconoce que la sensación genital y el funcionamiento erótico son al menos tan importantes como la capacidad reproductora. Si un menor o adulto intersexual decide cambiar el género o someterse a una alteración quirúrgica u hormonal de su cuerpo, también esa decisión debería ser completamente respetada y facilitada. El punto clave es que los sujetos intersexuales no deberían ser violentados por el bienestar o la conveniencia de otros.

Uno de los aspectos para alcanzar el objetivo a largo plazo del ISNA ha sido documentar la carnicería emocional y física producto de las intervenciones médicas. Como ha dejado patentemente claro una literatura que crece rápidamente (véase la bibliografía de nuestra página web), la gestión médica de la intersexualidad ha cambiado poco en los cuarenta años transcurridos desde mi primera intervención. Kessler se sorprende de que «a pesar de las miles de operaciones genitales que se realizan cada año, no existen meta-análisis dentro de la comunidad médica acerca de los niveles de éxito» (Kessler, 1998). No saben si los intersexuales postoperados permanecen «en silencio y felices o en silencio e infelices» (Jeffer, 1996: 6-8). No existen esfuerzos de investigación para mejorar el funcionamiento erótico de los intersexuales adultos cuyos genitales han sido alterados, ni existen psicoterapeutas especializados en trabajar con clientes intersexuales adultos que tratan de recuperarse del trauma de la intervención médica. Para proporcionar un contrapunto a las montañas de literatura médica que descuidan la experiencia intersexual y comenzar a compilar una memoria etnográfica de esa experiencia, el foro de debate del ISNA *Hermaphroditas con actitud* (*Hermaphrodites with Attitude*) se ha convertido en un foro para que las personas intersexuales narren sus propias historias. Hemos enviado copias de los debates, llenas de sangrantes narraciones personales, a académicos, escritores, periodistas, a organizaciones de derechos de minorías y a profesionales médicos —a cualquiera que pensamos podía influir positivamente en nuestra campaña para cambiar la forma en que son tratados los cuerpos intersexuales.

La presencia del ISNA ha comenzado a generar efectos. Ha ayudado a politizar el creciente número de organizaciones intersexuales, así como a las propias identidades intersexuales. Al principio cuando comencé a organizar el ISNA, me encontré con líderes de la *Turner Syndrome Society*, el más antiguo grupo de apoyo conocido sobre diferenciación sexual atípica, creado en 1987. El Síndrome de Turner es definido por un cariotipo genético XO que deriva en una morfología corporal femenina con ovarios no funcionales, estatura extremadamente pequeña y una variedad de otras diferencias físicas descritas en la literatura médica con etiquetas tan estigmatizantes como «cuello membranoso» («*web-necked*») y «boca de pez» («*fish-mouthed*»). Cada una de estas mujeres me contó lo profunda y transformadora que había sido la experiencia de simplemente conocer a otras personas como ellas. Me inspiraron sus logros (son una organización nacional que sirve a miles de miembros), pero quería que el ISNA tuviera una orientación diferente. Estaba menos dispuesta

a pensar en la intersexualidad como una patología o discapacidad, más interesada en cuestionar completamente su medicalización, y más todavía en politizar una identidad pan-intersexual que atravesara las divisiones de etiologías particulares de cara a desestabilizar más efectivamente las asunciones heteronormativas que subyacen a la violencia dirigida hacia nuestros cuerpos.

Cuando establecí el ISNA en 1993, no existía un grupo politizado semejante. En el Reino Unido en 1988, la madre de una niña con el síndrome de insensibilidad-andrógena (AIS, que produce varones genéticos con morfologías genitales femeninas) formó el Grupo de Apoyo AIS. El grupo, que inicialmente presionó para incrementar la atención médica (técnicas quirúrgicas mejores para producir una mayor profundidad vaginal, más investigación sobre la osteoporosis que con frecuencia afecta a los AIS), tiene hoy sedes en cinco países. Otro grupo, *K.S. and Associates*, fue creado en 1989 por la madre de un chico con Síndrome de Klinefelter y hoy da servicio a cerca de un millar de familias. Este síndrome está caracterizado por la presencia de uno o más cromosomas X adicionales, lo que produce cuerpos con genitales externos masculinos equilibrados, altura sobre la media y miembros algo desgarbados. En la pubertad las personas con K.S. con frecuencia experimentan un ensanchamiento pélvico y el desarrollo de pechos. *K.S. and Associates* continúa estando dominada por padres, con una orientación médica en gran medida y se ha resistido a intentos por parte de varones adultos con el Síndrome de Klinefelter por discutir cuestiones de identidad de género u orientación sexual relacionadas con su condición intersexual.

Desde la aparición en escena del ISNA, han comenzado a aparecer otros grupos con una postura de mayor resistencia frente al sistema médico. En 1995, una madre que rechazó la presión médica para la asignación como mujer de su bebé intersexual creó la *Ambiguous Genitalia Support Network*, que hace que se conozcan padres de intersexuales y estimula el desarrollo de relaciones epistolares de apoyo. En 1996, otra madre que había rechazado la presión médica para asignar como mujer a su bebe intersexual mediante la eliminación de su pene creó la *Hermaphrodite Educational and Listening Post* (HELP) con el fin de proporcionar apoyo entre iguales e información médica. Sin embargo, ninguno de estos grupos dirigidos a padres enmarcan su trabajo en términos abiertamente políticos. No obstante, la acción y el análisis político del tipo que defiende el ISNA no ha dejado de tener efecto en los grupos más estrechamente definidos como asistenciales o dirigidos a padres. El *AIS Support Group*, actualmente el más representativo tanto en lo que se refiere a adultos como a padres, señalaba en un reciente foro de debate:

Nuestra primera impresión del ISNA fue que estaban quizá demasiado enfadados y eran demasiado militantes como para obtener el apoyo de la profesión médica. Sin embargo, tenemos que decir que, habiendo leído [los análisis políticos de la intersexualidad realizados por el ISNA, Kessler, Fausto-Sterling y Holmes], sentimos que los conceptos feministas relacionados con el tratamiento patriarcal de la intersexualidad son extremadamente interesantes y tienen de hecho mucho sentido. Después de todo las vidas de las personas intersexuales están estigmatizadas por la desaprobación cultural de su apariencia genital, [que no tiene porqué] afectar a su experiencia como seres humanos sexuales (AIS Support Group, 1996: 3-4).

Actualmente han comenzado a emerger otros grupos más militantes. En 1994, intersexuales alemanes crearon tanto el *Workgroup on Violence in Pediatrics and Gynecology* como el *Genital Mutilation Survivors' Support Network*, e *Hijra Nippon* hoy representa a los activistas intersexuales en Japón.

Fuera de la más bien pequeña comunidad de organizaciones intersexuales, el trabajo del ISNA ha generado un complejo entramado de alianzas y oposiciones. Activistas *queer*, especialmente los activistas transgénero, han proporcionado ánimo, consejo y apoyo logístico al movimiento intersexual. El grupo de acción directa *Transsexual Menace* ayudó a un grupo *ad hoc* de militantes intersexuales llamados a sí mismos *Hermaphrodites with Attitude* a planear y llevar a cabo un piquete en la reunión anual de 1996 de la *American Academy of Pediatrics* en Boston —el primer ejemplo registrado de protesta pública intersexual en la historia moderna (Barry, 1996). El ISNA fue también invitado a unirse con el *GenderPAC*, un consorcio nacional de organizaciones transgénero de reciente creación que presiona contra la discriminación sobre la base de expresiones atípicas corporales o de género. Organizaciones políticas lesbianas y gay más institucionalizadas tales como la *National Gay and Lesbian Task Force* también han querido incluir las preocupaciones intersexuales como parte de sus agendas políticas. Grupos transgénero y de lesbianas/gays también han apoyado ampliamente el activismo político intersexual ya que encuentran similitudes en la medicalización de estas diversas identidades como una forma de control social y (especialmente los transexuales) empatizan con nuestra lucha por la defensa de la agencia dentro de un discurso médico que trabaja para borrar la capacidad de ejercer un consentimiento informado respecto a lo que le ocurre al propio cuerpo.

Comités de gays/lesbianas y grupos de interés especial dentro de las asociaciones profesionales médicas han sido particularmente receptivos a la agenda del ISNA. Un médico escribió en el foro de debate virtual *glb-medical*:

El efecto que me causaron los correos de Cheryl Chase —admitámoslo, después de que pasara el shock— fue hacerme consciente de que AQUELLOS QUE HABÍAN SIDO TRATADOS bien podían pensar [que no habían sido bien asistidos por la intervención médica]. Esto importa mucho. Como varón gay, y simplemente como persona, he luchado gran parte de mi vida adulta para encontrar mi propio yo natural, para desentrañar las confusiones causadas por las presuposiciones de otros sobre como soy /debería ser. Pero, afortunadamente, ¡sus decisiones no se me impusieron quirúrgicamente!

Los psiquiatras *queer*, empezando por Bill Byne del Hospital Mount Sinai de Nueva York, han apoyado con rapidez al ISNA, en parte debido a que los principios psicológicos que subyacen a los actuales protocolos de tratamiento intersexual son manifiestamente erróneos. Parecen designados casi a propósito para exacerbar más que para mejorar las ya difíciles cuestiones emocionales que emergen de la diferencia sexual. Algunos de estos psiquiatras perciben la dominación quirúrgica y endocrinológica de un problema que incluso cirujanos y endocrinólogos reconocen más como un problema psicosocial que biomédico, como una invasión injustificada de su área de competencia profesional.

El ISNA ha cultivado deliberadamente una red de defensores no intersexuales que poseen un cierto grado de legitimidad social y pueden hablar en contextos donde voces intersexuales no interpretadas no serían oídas. Dado que existe una fuerte tendencia a desacreditar lo que los intersexuales tienen que decir sobre la intersexualidad, ha sido bienvenida una representación simpatizante —especialmente ayudando a los intersexuales a reformular la intersexualidad en términos no médicos. Algunas académicas de la teoría de género, críticas feministas de la ciencia, historiadoras médicas y antropólogas han comprendido y apoyado rápidamente el activismo intersexual. Años antes de la existencia del ISNA la bióloga feminista y académica de los estudios de la ciencia Anne Fausto-Sterling había escrito sobre la intersexualidad en relación con las intelectualmente sospechosas prácticas científicas que perpetúan el constructo masculinista del género y se convirtió en una de las primeras aliadas del ISNA (Fausto-Sterling, 1985; 1993: 20-25). Igualmente, la psicóloga social Suzanne Kessler había escrito una brillante etnografía de cirujanos especializados en el tratamiento de intersexuales. Después de hablar con diversos «productos» de su práctica, ella también se convirtió en una importante defensora del activismo intersexual (Kessler, 1997: 33-38). Especialmente importante ha sido el apoyo de la historiadora de la ciencia Alice Dreger, cuyo trabajo se centra no sólo sobre el hermafroditismo sino sobre otras formas de corporalidad atípica potencialmente benignas que se convierten en sujetos de intervenciones médicas destructivamente normalizadoras (gemelos siameses, por ejemplo). Fausto-Sterling, Kessler y Dreger han publicado recientemente trabajos que analizan el tratamiento médico de la intersexualidad como algo culturalmente motivado y lo critican como dañino para sus pretendidos pacientes (Fausto-Sterling, 2000; Kessler, 1998 y Dreger, 2001).

Los aliados que ayudan a contestar la medicalización de la intersexualidad son especialmente importantes ya que el ISNA ha encontrado casi por completo infructuoso intentar interacciones directas y no confrontacionales con los especialistas médicos que determinan la política sobre el tratamiento de los bebés intersexuales y que de hecho llevan a cabo las cirugías. Joycelyn Elders, la primera cirujana general de la administración Clinton, es una endocrinóloga pediatra con muchos años de experiencia en el tratamiento de bebés intersexuales, pero, a pesar de una aproximación generalmente feminista al cuidado sanitario y frecuentes propuestas del ISNA, ha hecho caso omiso de las preocupaciones de los propios intersexuales («Dr. Elders' Medical History», 1994; Elders y Chanoff, 1996). Otro pediatra señaló en una discusión en Internet sobre intersexualidad: «Me parece que todo este asunto es ridículo... Sugerir que [las decisiones médicas sobre el tratamiento de las condiciones intersexuales] son de alguna manera crueles o arbitrarias es insultante, ignorante y equivocado... Expandir las afirmaciones que [el ISNA] está haciendo es simplemente erróneo y espero que este [grupo on-line de médicos y científicos] no les acepte ciegamente». Otro participante en el mismo chat preguntaba lo que para él era obviamente una cuestión retórica: «¿Quién es el enemigo? Realmente no creo que sea el sistema médico. Puesto que, ¿acaso establecimos nosotros la hegemonía varón/mujer?». Mientras un cirujano citado en un artículo del *New York Times* sobre el ISNA nos descalificó sumariamente como «fanáticos» (Angier, 1996: E14), existe una considerable información anecdótica suministrada por simpatizantes del ISNA de que las reuniones profesionales en los campos de la pediatría, urología, cirugía

plástica genital y endocrinología son un avispero de discusiones ansiosas y a la defensiva sobre activismo intersexual. En respuesta a las protestas de *Hermaphrodites with Attitude* en la reunión de la *American Academy of Pediatrics*, esta organización se sintió obligada a enviar el siguiente comunicado a la prensa: «La Academia está profundamente preocupada por el desarrollo emocional, cognitivo y de la imagen corporal de los intersexuales y cree que una exitosa cirugía genital temprana minimiza estos problemas». Se planearon nuevas protestas para 1997.

Las raíces de la resistencia hacia las afirmaciones de verdad de los intersexuales circulan profundamente en el sistema médico. El ISNA no sólo critica los sesgos normativistas que informan la mayoría de las prácticas científicas, defiende también un protocolo de tratamiento para los bebés intersexuales que subvierte las concepciones convencionales de la relación entre cuerpos y géneros. Pero en un nivel que amenaza más personalmente a los profesionales médicos, la posición del ISNA implica que han dedicado sus carreras —inconscientemente en el mejor de los casos, mediante la negación consciente en el peor— a infligir un profundo daño del cual sus pacientes nunca se recuperarán completamente. La posición del ISNA amenaza con destruir las asunciones que motivan una completa subespecialidad médica y de este modo compromete la capacidad de realizar lo que muchos cirujanos consideran un trabajo técnicamente difícil y fascinante. Melissa Hendricks señala que el Dr. Gearhart es conocido entre sus colegas como un «artista» cirujano que es capaz de «esculpir un gran falo reduciéndolo a un clítoris» con habilidad consumada (Hendricks, 1993). Más de un miembro del ISNA ha descubierto que de hecho los cirujanos operaron sus genitales gratuitamente. La fascinación del sistema médico con su propio poder para cambiar el sexo y su impulso por rescatar a los padres de sus bebés intersexuales son tan fuertes que las intervenciones heroicas se reparten sin atender al modelo capitalista que ordinariamente gobierna los servicios médicos.

Dadas estas profundas razones, que se refuerzan mutuamente para oponerse a la posición del ISNA, no resulta sorprendente, en su gran mayoría, que los especialistas médicos en intersexualidad nos hayan hecho oídos sordos. La única excepción hasta abril de 1997 es la uróloga Justine Schober. Después de ver un vídeo del encuentro del ISNA de 1996 y recibir otra información de *HELP* y del *AIS Support Group*, sugiere en un nuevo manual de cirugía pediátrica que mientras la tecnología ha avanzado hasta el punto de que «nuestras necesidades [como cirujanos] y las necesidades de los padres de tener un bebé presentable pueden ser satisfechas», es tiempo de reconocer que existen problemas que «nosotros como cirujanos... no podemos tratar. El éxito en el ajuste psicosocial es el verdadero objetivo de la asignación sexual y la genitoplastia... La cirugía hace que padres y doctores se sientan cómodos, pero la orientación psicosocial hace que la gente se sienta cómoda también, y no es irreversible» (Schober, 1998).

Si bien el ISNA va a continuar aproximándose al sistema médico con el fin de dialogar con él (y continúa apoyando las protestas frente a las puertas cerradas de los médicos que se niegan a hablar), quizás el aspecto más importante de nuestras actividades actuales es la lucha por cambiar las percepciones públicas. Al utilizar los medios de comunicación de masas, Internet y nuestra creciente red de aliados y simpatizantes para hacer

consciente al público general de la frecuencia de la intersexualidad y del intenso sufrimiento que ha causado el tratamiento médico, buscamos crear un entorno en el cual muchos padres de niños intersexuales habrán oído ya algo acerca del movimiento intersexual cuando su bebé nazca. Esperamos que estos padres informados estén mejor preparados para resistir la presión médica hacia la cirugía genital innecesaria y el secretismo, y que dirijan sus pasos hacia un grupo de apoyo y orientación en lugar de hacia una sala de operaciones.

Feminismo del Primer Mundo, Cliterectomía Africana y Mutilación Genital Intersexual

Debemos localizar y cuestionar primero nuestra propia posición tan rigurosamente como cuestionamos la de los otros.

Salem Mekuria, «Female Genital Mutilation in Africa».

Las prácticas africanas tradicionales que eliminan el clítoris y otras partes de los genitales de las mujeres han sido últimamente un objetivo de intensa cobertura mediática en el activismo feminista de Estados Unidos y de otras sociedades occidentales industrializadas. El eufemismo *circuncisión femenina* ha sido ampliamente sustituido por el término politizado *mutilación genital femenina* (en adelante MGF). Operaciones análogas realizadas sobre intersexuales en Estados Unidos no han sido objeto de una atención similar —de hecho, los intentos por unir las dos formas de extirpación genital se han encontrado con múltiples tipos de resistencias. Al examinar cómo las feministas del primer mundo y los medios de comunicación dominantes tratan las prácticas africanas tradicionales, y al comparar ese tratamiento con sus respuestas a la mutilación genital intersexual (MGI) en Norteamérica, se evidencian algunas de las complejas interacciones entre ideologías de raza, género, colonialismo y ciencia que de forma efectiva silencian y vuelven invisible la experiencia intersexual en los contextos del primer mundo. La mutilación de los genitales intersexuales se convierte así en otro mecanismo oculto de imposición de la normalidad sobre la carne insumisa, una forma de contener la anarquía potencial de los deseos y de las identificaciones dentro de estructuras opresivas heteronormativas.

En 1994, el *New England Journal of Medicine* publicó un artículo sobre el daño físico resultante de la cirugía genital africana junto con un editorial que denunciaba la cliterectomía como una violación de los derechos humanos, pero declinó incluir una réplica redactada por el antropólogo médico de la Universidad de California, Berkeley, Lawrence Cohen y dos miembros del ISNA detallando el daño causado por las cliterectomías medicalizadas en Estados Unidos (Schroeder, 1994: 739-40; Toubia, 1994: 712-716). En respuesta a la creciente atención mediática, el Congreso aprobó el Acta Federal de Prohibición de la Mutilación Genital Femenina en octubre de 1996, pero el acta eximía específicamente la prohibición de las cliterectomías medicalizadas como las realizadas para la «corrección» de cuerpos intersexuales. La autora principal de la ley, la excongresista Patricia Schroeder, recibió e ignoró muchas cartas de miembros del ISNA y de la

catedrática de Ciencia Médica en la Universidad de Brown Anne Fausto-Sterling pidiéndole reformular los términos de la ley. La columnista sindicada del *Boston Globe* Ellen Goodman es una de las pocas periodistas que cubre la MGF africana y que ha respondido al ISNA. «Debo admitir que no estaba al tanto de esta situación», me escribió en 1994. «Admiro vuestra valentía». Sin embargo, continuó discutiendo regularmente en su columna sobre la MGF africana sin mencionar prácticas similares en Estados Unidos. Una de sus columnas sobre la MGF en octubre de 1995 se titulaba prometedoramente, «no queremos creer que ocurre aquí», pero discutía sólo sobre inmigrantes en Estados Unidos procedentes de países del tercer mundo que realizaban cliterectomías a sus hijas manteniendo las prácticas de sus culturas nativas.

Mientras que mujeres inmigrantes africanas cliterectomizadas activistas anti-MGF en los Estados Unidos han sido receptivas a las peticiones realizadas por los opositores intersexuales a las cliterectomías medicalizadas y están en diálogo con nosotras, las feministas del primer mundo y organizaciones que trabajan sobre la MGF africana nos han ignorado totalmente. Que yo sepa, sólo dos de los muchos grupos anti-MGF contactados han respondido a las repetidas propuestas de los activistas intersexuales. Fran Hosken, que desde 1982 ha publicado regularmente un catálogo de estadísticas sobre la mutilación genital femenina en el mundo, me escribió una breve nota diciendo «no estamos interesados en excepciones biológicas» (Hosken, 1994). *Forward International*, otra organización anti-MGF, respondió a una solicitud de la intersexual alemana Heike Spreitzer que su carta era «de lo más interesante» pero que ellos no la podían ayudar porque su trabajo se centraba sólo en la «mutilación genital femenina que es realizada como una práctica tradicional o cultural dañina sobre niñas pequeñas». Como demuestra la respuesta de *Forward International* a Spreitzer, muchas activistas anti-MGF del primer mundo consideran que los africanos tienen «prácticas culturales o tradicionales dañinas», mientras que nosotros en el occidente industrializado moderno presumiblemente tenemos algo mejor. Nosotros tenemos ciencia, lo cual está unido a las metanarrativas de la Ilustración, del progreso y de la verdad. La mutilación genital es condonada en la medida en que sostiene estas auto-concepciones culturales.

Robin Morgan y Gloria Steinem establecieron el tono de posteriores análisis feministas del primer mundo sobre la MGF con su rompedor artículo en el número de marzo de 1980 de la revista *Ms.*, «The international crime of genital mutilation» (Morgan y Steinem, 1980: 65-67). Una advertencia negativa: «Estas palabras resultan dolorosas de leer. Describen hechos de la vida que llegan tan lejos como las más terribles de nuestras pesadillas —y tan cercanas como cualquier rechazo a la libertad sexual de las mujeres». Para las lectoras de *Ms.*, de las que las editoras imaginan que es más probable que experimenten el dolor de la mutilación genital entre las cubiertas de su revista que entre sus muslos, la cliterectomía se presenta como un hecho de vida extranjero cuya principal relevancia para su lectura es que ejemplifica una pérdida de «libertad», la posesión más celebrada del sujeto liberal occidental. El artículo presenta una fotografía de una niña africana con sus piernas abiertas sujetas por el brazo de una mujer que no se ve a su derecha. A su izquierda está la mano descorporalizada de la matrona, sujetando la hoja de la navaja con que acaba de realizar una cliterectomía ritual. El rostro de la niña —la boca abierta, los ojos desencajados— es una máscara de dolor.

Durante más de quince años de cobertura, las imágenes occidentales de las prácticas africanas apenas han cambiado. «Los americanos han hecho un horrible descubrimiento este año», *Life* informó sobriamente a sus lectores en enero de 1997 mientras mostraba una foto extensible a dos páginas de una niña keniana sujeta por detrás mientras unas manos invisibles mutilaban sus genitales (Furrer, 1997: 38-39). El Premio Pulitzer de fotografía de 1996 fue a parar a otro retrato de una cliterectomía keniana (Premio Pulitzer, 1996). Y tras la estela de la exitosa petición de asilo de Fauziya Kassindja en Estados Unidos después de escapar de la cliterectomía en Togo, el número de imágenes de MGF disponibles de su país se ha disparado (Dugger, 1996a y 1996 b; Furrer, 1997).

Todas estas representaciones manifiestan una profundización de la otredad de la cliterectomía africana que contribuye al silencio que rodea a similares prácticas medicalizadas en el occidente industrializado. «Su» mutilación genital es un ritual bárbaro; la «nuestra» es científica. La suya desfigura; la nuestra normaliza lo desviado. Las implicaciones colonialistas de estas representaciones de mutilación genital resultan incluso más notoriamente obvias cuando las imágenes de cirugías intersexuales se yuxtaponen con imágenes de la MGF africana. Los libros médicos que describen cómo realizar una cirugía clitoriana sobre bebés intersexuales blancos norteamericanos aparecen casi siempre ilustrados con radicales primeros planos de los genitales, desconectando los genitales no sólo de la persona intersexual individual sino del propio cuerpo. Las imágenes de cuerpo entero tienen siempre los ojos cubiertos. ¿Por qué se considera necesario cubrir los ojos de las niñas americanas cliterectomizadas —preservando de esta forma un fragmento de su privacidad y contribuyendo a evitar la identificación del observador con la imagen abyecta— pero no los ojos de las niñas africanas cliterectomizadas en las páginas de las revistas americanas? (Dugger, 1996a; Mekuria, 1995).

El discurso de las feministas del primer mundo sitúa la cliterectomía no sólo «en otro lugar», en África, también «en otro tiempo». Un reciente artículo en el *Atlantic Monthly* sobre la cliterectomía africana afirmaba que «la profesión médica americana había dejado de realizar cliterectomías hace décadas» y desde entonces la revista ha declinado publicar una carta del ISNA al editor contradiciéndolo (Burstyn, 1995: 28-35). Las publicaciones académicas son tan propensas a esta actitud como la prensa popular. En la reciente antología *Deviant Bodies*, los «Teatros de la locura» de la artista visual Susan Jahoda yuxtaponen material del siglo diecinueve y veinte representando «la interdependencia conceptual de la sexualidad, la reproducción, la vida familiar, y los “desórdenes femeninos”» (Jahoda, 1995: 251-276). Para representar prácticas de cliterectomía médica del siglo veinte, Jahoda cita una carta escrita en la revista *Ms.* en julio de 1980 en respuesta a Morgan y Steinem. La autora de la carta, una asistente sanitaria en un geriátrico, decía que se había sorprendido por las extrañas cicatrices que vio en los genitales de cinco de las cuarenta mujeres a su cuidado: «Entonces leí vuestro artículo... ¡Dios mío! ¿Por qué? ¿Quién decidió negarles el orgasmo? ¿Quién les hizo que pasaran por semejante proceso? Quiero saberlo. ¿Estaba de moda? ¿O era para corregir “una condición”? Me gustaría saber qué criterio utilizaba este país llamado civilizado para tal procedimiento. ¿Y hasta qué punto está extendido aquí en Estados Unidos?» (Carta al editor, 1980).

Aunque el extracto de Jahoda de esta carta aborda el tema de las cliterectomías medicalizadas estadounidenses, localiza de forma segura la mutilación genital en el pasado, como algo experimentado hace mucho tiempo en mujeres que hoy están en las últimas etapas de su vida.

Significativamente, Jahoda literalmente desperdicia una excelente oportunidad para comentar la práctica continuada de la cliterectomía en los Estados Unidos contemporáneos. Dos meses antes, en el número de Abril de 1980 de *Ms.*, las biólogas feministas Ruth Hubbard y Patricia Farnes también respondieron a Morgan y Steinem:

Queremos llamar la atención de vuestras lectoras hacia la práctica de la cliterectomía no sólo en el Tercer Mundo... sino aquí mismo en los Estados Unidos, donde se practica como parte de un procedimiento para «reparar» mediante «cirugía plástica» las llamadas ambigüedades genitales. Poca gente se da cuenta que este procedimiento ha implicado de forma rutinaria la eliminación completa del clítoris y su provisión nerviosa —en otras palabras, la total cliterectomía... En un extenso artículo [el experto intersexual de la Johns Hopkins John] Money y dos colegas escribieron... que «una niña de tres años a punto de ser cliterectomizada... debería estar bien informada de que *los médicos harán que se parezca a todas las otras niñas y mujeres*» (el énfasis es nuestro), lo cual no difiere de lo que frecuentemente se les dice a las chicas africanas sobre sus cliterectomías... Pero hasta la fecha, ni Money ni sus críticos han investigado los efectos de las cliterectomías sobre el desarrollo de las niñas. No obstante se podría esperar que con seguridad esto afectaría a su desarrollo psicosexual y a sus sentimientos de identidad como mujeres jóvenes (Hubbard y Farnes, 1980: 9-10).

Mientras que la consciente exposición feminista de la cliterectomía medicalizada en los Estados Unidos contemporáneos de Farnes y Hubbard se hundió sin dejar rastro, se ha dado una explosión de trabajos que mantiene la cliterectomía «doméstica» a una distancia segura. Tales conceptualizaciones de la lejanía cultural geográfica y temporal de la cliterectomía, permiten que la indignación feminista del primer mundo se canalice en una intromisión potencialmente colonialista sobre los asuntos sociales de otros, al tiempo que se impide trabajar por la justicia social en casa (Dawit y Mekuria, 1993: A27).

El feminismo se representa a sí mismo como interesado en desenmascarar el silencio que rodea la violencia contra las mujeres. La mayoría de los tratamientos médicos a intersexuales constituyen otra forma de violencia basada en una devaluación sexista del dolor de las mujeres y de la sexualidad de las mujeres. Los médicos consideran la perspectiva de crecer como un chico con un pene pequeño como una alternativa peor que la de crecer como una chica sin clítoris ni ovarios; correspondientemente generizan los cuerpos intersexuales y los mutilan para conseguir que los géneros asignados apoyen las normas culturales de corporalidad. Estas intervenciones médicas transforman muchos cuerpos transgresores en otros que pueden ser etiquetados de forma segura como mujeres, y por tanto sometidos a las múltiples formas de control social a las que deben responder las mujeres. ¿Por qué entonces la mayoría de las feministas del primer mundo se enfrentan a los intersexuales con una mirada de incompreensión?

Los intersexuales se han encontrado con tales dificultades para generar apoyo del feminismo hegemónico no sólo debido a los marcos racistas y colonialistas que sitúan la cliterectomía como una práctica extraña a los sujetos adecuados del primer mundo, sino también porque la intersexualidad socava la estabilidad de la categoría «mujer» sobre la que se asienta la mayor parte del discurso feminista del primer mundo. Nosotras ponemos en cuestión la asumida relación entre géneros y cuerpos y demostramos cómo algunos cuerpos no encajan fácilmente en las dicotomías varón/mujer. Nosotras encarnamos visceralmente la verdad de la afirmación de Judith Butler de que el «sexo», el concepto que logra la materialización y naturalización de las diferencias culturalmente construidas y atravesadas de poder, ha sido de hecho «género todo el tiempo» (Butler, 1990: 8). Al rechazar permanecer silenciadas, hacemos *queer* los fundamentos sobre los que depende no sólo el tratamiento médico de los cuerpos sino también asunciones feministas ampliamente compartidas sobre la subjetividad femenina apropiadamente corporeizada. En la medida en que no somos normativamente femeninas o normativamente mujeres, no somos consideradas los sujetos propios/apropiados de consideración feminista.

Como sujetos no-deseados de la ciencia y sujetos impropios/ínapropiados del feminismo, las activistas intersexuales politizadas tenemos profundos intereses en aliarnos con y participar en la clase de trabajo cultural postestructuralista que evidencian las asunciones fundacionales sobre la persona compartidas por la sociedad dominante, el feminismo convencional y muchos otros movimientos sociales de oposición con base identitaria. Nos interesan, también, los esfuerzos de los *queer* del género que esculpen espacios sociales vivibles para formas reconfiguradas de corporalidad, identidad y deseo. En 1990, Suzanne Kessler señaló que «las posibilidades para transformaciones sociales reales serían ilimitadas» si médicos y científicos especializados en el tratamiento del género pudieran reconocer que «finalmente, y siempre, las personas construyen el género tanto como los sistemas sociales que se asientan en conceptos generizados... Aceptar la ambigüedad genital como una opción natural requeriría que los médicos también reconocieran que la ambigüedad genital es “corregida” no porque es amenazante para la vida del niño sino porque es amenazante para la cultura del niño» (Kessler, 1990: 25). En ese momento, todavía no se había oído nada sobre los intersexuales y existían escasas razones para pensar que médicos u otros miembros de su cultura reflexionarían alguna vez sobre el significado o el efecto de lo que estaban haciendo. La emergencia de una oposición intersexual activista lo cambia todo.

Referencias bibliográficas

- AIS SUPPORT GROUP, «Letter to America», *ALIAS*, primavera 1996.
- Angier, Natalie, «Intersexual Healing: An Anomaly Finds a Group», *New York Times*, 4 de Febrero de 1996.
- BARRY, ELLEN, «United States of Ambiguity», *Boston Phoenix*, 22 de noviembre de 1996.
- BURSTYN, LINDA, «Female Circumcision Comes to America», *Atlantic Monthly*, octubre 1995.
- BUTLER, JUDITH, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Nueva York, Routledge, 1990 [ed. cast.: *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona, Paidós, 2001].
- _____*Bodies that Matter: On the Discursive Limits of «Sex»*, Nueva York, Routledge, 1993 [ed. cast.: *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*, Paidós, Barcelona, 2002].
- DAWIT, SEBLE Y MEKURIA, SALEM «The West Just Doesn't Get It», *New York Times*, 7 de Diciembre de 1993.
- DEWHURST, J. Y GRANT, D.B., «Intersex Problems», *Archives of Disease in Childhood*, num. 59, 1984. «Dr. Elders' Medical History», *New Yorker*, 26 de Septiembre de 1994.
- DREGER, ALICE DOMURAT, «Doubtful Sex: Cases and Concepts of Hermaphroditism in France and Britain, 1868-1915» (tesis doctoral) Indiana University, 1995 (a).
- _____*«Doubtful Sex: The Fate of the Hermaphrodite in Victorian Medicine»*, *Victorian Studies*, primavera 1995 (b).
- _____*«Hermaphrodites in Love: The Truth of the Gonads»*, *Science and Homosexualities*, ed. Vernon Rosario, Nueva York, Routledge, 1997 (a).
- _____*«Doctors Containing Hermaphrodites: The Victorian Legacy»*, *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997 (b).
- _____*Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 2001.
- DUGGER, CELIA, «U.S. Grants Asylum to Woman Fleeing Genital Mutilation Rite», *New York Times*, 14 de Junio de 1996 (a).
- _____*«New Law Bans Genital Cutting in the United States»*, *New York Times*, 12 de Octubre de 1996 (b).
- EDGERTON, MILTON T., «Discusión: Clitoroplasty for Clitoromegaly due to Adrenogenital Syndrome without Loss of Sensitivity (por Nobuyuki Sagehashi)», *Plastic and Reconstructive Surgery*, num. 91, 1993.
- ELDERS, JOYCELYNG Y CHANOFF, DAVID, *From Sharecropper's Daughter to Surgeon General of the United States of America*, Nueva York, William Morrow, 1996.
- EPSTEIN, JULIA Y STRAUB, KRISTINA (eds.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, Nueva York, Routledge, 1991.
- FAUSTO-STERLING, ANNE, *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*, 2ª ed., Nueva York, Basic Books, 1985.
- _____*«The Five Sexes: Why Male and Female are not enough»*, *The Sciences* 33, num. 2, marzo/abril 1993.
- _____*Sexing the body*, Nueva York, Basic Books, 2000.
- FEINBERG, LESLIE, *Stone Butch Blues*, Ithaca (N.Y.), Firebrand, 1993.

- _____. *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*, Nueva York, World View Forum, 1992.
- FURRER, MARIELLA, «Ritual Agony», *Life*, enero de 1997.
- GROSS, ROBERT E.; RANDOLPH, JUDSON Y CRIGLER, JOHN F., «Clitorectomy for Sexual Abnormalities: Indications and Technique», *Surgery*, num. 59, 1966.
- HENDRICKS, MELISSA, «Is it a Boy or a Girl?» *Johns Hopkins Magazine*, noviembre 1993.
- HOLMES, MORGAN, «Medical Politics and Cultural Imperatives: Intersexuality Beyond Pathology and Erasure», master's thesis, York University, Toronto, 1994.
- HOSKEN, FRAN P., *The Hosken Report: Genital/Sexual Mutilation of Females*, 4th ed., Lexington (Mass.), WIN News, 1994.
- HUBBARD, RUTH Y FARNES, PATRICA, carta al editor, *Ms.*, abril 1980.
- JAHODA, SUSAN, «Theatres of Madness», *Deviant Bodies*, ed. Jennifer Terry y Jacqueline Urla, Bloomington, Indiana University Press, 1995.
- JEFFS, ROBERT citado en Ellen Barry, «United States of Ambiguity», *Boston Phoenix*, 22 de noviembre de 1996, pp. 6-8.
- JONES JR., HOWARD W. Y WALLACE SCOTT, WILLIAM, *Hermaphroditism, Genital Anomalies, and Related Endocrine Disorders*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1958.
- KAPPY, S.; BLIZZARD, ROBERT M. Y MIGEON, CLAUDE J. (ed.), *Wilkins: The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*, en Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1994.
- KESSLER, SUZANNE Y MCKENNA, WENDY, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, Nueva York, John Wiley and Sons, 1978.
- KESSLER, SUZANNE «The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexual Infants», *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, num. 16, 1990.
- _____. «Meaning of Gender Variability», *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997.
- _____. *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick (N.J.) –Nueva York –Londres, Rutgers University Press, 1998.
- LAQUEUR, THOMAS, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1990. [ed. cast.: *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, Cátedra, 1994].
- MAZUR, TOM, «Ambiguous Genitalia: Detection and Counseling», *Pediatric Nursing*, 1983.
- MCCLINTOCK, JEFF, «Growing Up in the Surgical Maelstrom», *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, otoño 1997.
- MEKURIA, SALEM, «Female Genital Mutilation in Africa: Some African Views», *Association of Concerned African Scholars Bulletin*, invierno/primavera 1995.
- MIGEON, CLAUDE J.; BERKOVITZ, GARY D. Y BROWN, TERRY R., «Sexual Differentiation and Ambiguity», en Michael S. Kappy, Robert M. Blizzard, y Claude J. Migeon (ed.), *Wilkins: The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*, en Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1994.
- MONEY, JOHN; HAMPSON, JOAN G. Y HAMPSON, JOHN L., «An Examination of Some Basic Sexual Concepts: The Evidence of Human Hermaphroditism», *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* num. 97, 1955a.
- _____. «Hermaphroditism: Recommendations Concerning Assignment of Sex, Change of Sex, and Psychologic Management», *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, num. 97, 1955b.

- MONEY, JOHN, *Venuses Penuses*, Buffalo, Prometheus, 1986.
- MORGAN, ROBIN Y STEINEM, GLORIA, «The International Crime of Genital Mutilation», Ms., Marzo 1980.
- NATARAJAN, ANITA, «Medical Ethics and Truth-Telling in the Case of Androgen Insensitivity Syndrome», *Canadian Medical Association Journal*, num. 154, 1996.
- OESTERLING, JOSEPH E.; GEARHART, JOHN P. Y JEFFS, ROBERT D., «A Unified Approach to Early Reconstructive Surgery of the Child with Ambiguous Genitalia», *Journal of Urology*, num. 138, 1987.
- PULITZER, PREMIO, «Feature Photography: Stephanie Welsh», 1996. Disponible on-line en <http://www.pulitzer.org/winners/1996/winners/works/feature-photography/>.
- RAMAN-WILMS, LALITHA ET ALLI, «Fetal Genital Effects of First-Trimester Sex Hormone Exposure: A Meta-Analysis», *Obstetrics and Gynecology*, num. 85, 1995, pp. 141-48.
- SCHOBBER, JUSTINE M., «Long Term Outcomes of Feminizing Genitoplasty for Intersex», en Pierre Mouriquant (ed.), *Pediatric Surgery and Urology: Long Term Outcomes*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1998.
- SCHROEDER, PATRICIA, «Female Genital Mutilation», *New England Journal of Medicine*, num. 331, 1994.
- SLIJPER, F.M.E. ET ALLI, «Neonates with Abnormal Genital Development Assigned the Female Sex: Parent Counseling», *Journal of Sex Education and Therapy*, num. 20, 1994.
- STECKER, JOHN F. ET ALLI, «Hypospadias Cripples», *Urologic Clinics of North America: Symposium on Hypospadias*, num. 8, 1981.
- STONE, SANDY, «The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto», en Epstein, Julia y Straub, Kristina (eds.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, Nueva York, Routledge, 1991.
- STRYKER, SUSAN, «My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage», *GLQ* num. 1, 1994, pp. 237-54.
- TOUBIA, NAHID, «Female Circumcision as a Public Health Issue», *New England Journal of Medicine*, num. 31, 1994.
- TRIEA, KIRA, «The Awakening», *Hermaphrodites with Attitude*, invierno 1994.
- YOUNG, HUGH HAMPTON, *Genital Abnormalities, Hermaphroditism, and Related Adrenal Diseases*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1937.

The Merk Manual (El manual tenebroso)

Cómo comprender la escritura médica sobre Intersexuales

Por Raphael Carter*

ANDRÓGENO. *Andro* = varón; *gen* = haciendo. Los andrógenos se administran a los bebés para prevenir que se conviertan en andróginos. Véase *testosterona*.

ANGUSTIA. Una condición que acontece en los padres cuando sus hijos intersexuales permanecen no-mutilados.

CIRCUNCISIÓN. Edición de masas sobre cirugía intersexual, valorada por el hombre común. Las razones para la circuncisión son muy numerosas para ser tratadas aquí, pero T.V.N. Persaud de la Universidad de Manitoba profiere una ingeniosa opinión: «Algunas condiciones, como la fimosis, a menudo conducen a la circuncisión a una edad más tardía, lo que se podía haber evitado si se hubieran realizado anteriormente». Los médicos exhiben de este modo la misma presciencia de los Monopods en *The Chronicles of Narnia* de C.S. Lewis, quienes hervían las patatas antes de plantarlas para evitar tener que hacerlo después cuando las desenterraran.

CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN SEXUAL (A BEBÉS). Construir la oreja de una cerda de un bolso de seda. Se sabe que causa sordera.

CRIPTORQUIDIA. Una condición en la cual los testículos (*-orchid*) están ocultos (*crypto-*). ¿Ocultos para quiénes? Obviamente para los médicos. La criptorquidia es así practicada por aquellos bebés perspicaces que no desean poner perlas delante de los cerdos.

DERECHOS. Errores. En la literatura médica, los «derechos» de los intersexuales se refieren exclusivamente al derecho a ser modificados, nunca al derecho a permanecer como son. Por ejemplo, un texto apela a que el hipospadias sea «corregido» incluso cuando es algo puramente cosmético, basándose en que «a la edad de cinco años todo niño tiene derecho a ser un “apuntador” y no un “sentado” [al mear]».

DETERMINACIÓN. 1. (Cuando es usada por intersexuales y sus padres) adivinando de qué sexo es un bebé. *Determinar*: encontrar por investigación. 2. (Cuando es usado en revistas médicas) decidir qué sexo debería tener un bebé. *Terminar*: poner un fin a la materia.

ESTENOSIS. Estrechez. Una condición de los meatos y las mentes.

ESTRÓGENO. 1. Un personaje en *Esperando a Godot* de Samuel Beckett, que se consumía por un médico que viniera a cambiar su sexo. 2. Un personaje en *La Mano Izquierda de la Oscuridad* de Ursula K. Le Guin, que de ningún modo lo hacía.

* Raphael Carter vive en Minneapolis y es el autor de *The Fortunate Fall* una novela de ciencia-ficción publicada por Tor Books. El título es un juego de palabras sobre el *Merk Manual*, que es usado por los médicos para diagnosticar múltiples desórdenes.

EX-INTERSEXUAL. Un término utilizado por los especialistas para referirse a cualquier intersexual lo suficientemente mayor como para ser contestatario. Tal persona no tiene el derecho a hablar por los bebés intersexuales; dejad a los bebés que hablen por ellos mismos.

GENITALES AMBIGUOS. Genitales que se resisten a declarar su sexo a los médicos —no hay duda del principio de que bajo interrogación del enemigo sólo se debe dar el nombre, el rango y el número.

GINECOMASTIA. Alargamiento de los pechos en un paciente que hemos decidido llamar varón. En un paciente que hemos decidido llamar mujer, el mismo rasgo es llamado «excelente desarrollo de los pechos».

HIPERTROFIA. Literalmente, demasiada carne. ¿Cuánto es demasiado? Más, señora, que lo que tiene su hermana; menos, caballero, de lo que tendrá cuando hayamos acabado con usted.

HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓPICO. Una condición en la cual las gónadas son pequeñas debido a la ausencia de señales químicas que las activan. Para ser distinguido del hipogonadismo hipergonadotrópico, en el cual las gónadas son pequeñas debido a un exceso de señales químicas que las activan. El progreso de la ciencia hace posible estas ingeniosas explicaciones de antiguos fenómenos oscuros.

HIPOGONADISMO PRIMARIO. El hipogonadismo primario reduce las hormonas sexuales del cuerpo debido a un subdesarrollo de testículos u ovarios; véase *micropene*, el cual a veces lo causa. No está claro para el compilador de este manual por qué algunos médicos sienten que al hipogonadismo primario le debe seguir una elección genital.

HIPOSPADIAS. Una condición en la cual el meato del pene está en cualquier lugar menos en la punta. La etimología de este término es digna de reflexión: *hypo* = «demasiado pequeño»; *spadix* es en latín «espada». Si tan sólo la espada del bebé fuera más grande, sería capaz de luchar contra el cirujano.

IDIOPÁTICO. Encontrado en soledad. Una condición que los groseros nunca permiten ni a las mujeres ni a los síntomas. Contrariamente a lo señalado previamente, *idiopatía* no significa «medicina estúpida», no es necesario que haya un término especial para identificar tal próspera Ciencia.

INSENSIBILIDAD A LOS ANDRÓGENOS. La condición de aquellos bebés que cruelmente se resisten a responder al tratamiento con testosterona; la causa de mucho sufrimiento en un endocrinólogo.

LUSUS NATURAE. Un monstruo de la naturaleza. Puede en principio sorprender al lector que este término no sea aplicado a la gente que amputa genitales perfectamente sanos; pero si bien esa conducta es ciertamente monstruosa, la naturaleza no tiene nada que ver con ella.

MEGACLÍTORIS. *Micropene* en la mujer. Una definición más extensa sería superflua, dado que esta condición está destinada a ser eliminada antes de que la paciente pueda pronunciarla.

MICROPENE. *Clitoromegalia* en el varón. Amputar el micropene y criar al bebé como niña es una vía común de producir un ajuste psicológico satisfactorio; «porque es un hecho que todo el mundo conoce, que Pobbles era más feliz sin sus dedos del pie» (Edward Lear).

MUJER. 1. Un varón intersexual cuando el endocrinólogo ha terminado con él. 2. Una mujer intersexual a la que todavía no ha visto el urólogo.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF). La cicatrización o extirpación del clítoris, ejecutada por doctoras-brujas y condenada por toda la gente de recto pensamiento. Si el clítoris es un poco mayor que el promedio, sin embargo, la mutilación es ejecutada por cirujanos acreditados y cubierta por todos los principales seguros médicos.

PRESENTAR. Tener. Como en, «el bebé presentaba un micropene hipospádico» (dicho por los médicos) o «el corredor presentaba una cartera de gran tamaño» (dicho por los asaltantes).

PSEUDOHERMAFRODITA. *Pseudo* significa «falso»; un pseudohermafrodita es alguien cuyos genitales ambiguos falsos desvían cruelmente al doctor de la esperanza de publicación. Así, al menos, dice la pseudociencia.

RECESIÓN CLITORIDIANA. Véase *mutilación genital femenina*. A pesar de la falsa afinidad apuntada [por el diccionario] Webster, «recesión» se deriva de «rescisión», la forma sustantiva del verbo «rescindir». A los endocrinólogos, como a ciertos congresistas, les gusta rescindir los presupuestos que en su opinión son demasiado grandes, incluso si ello implica cercenar servicios esenciales.

RES IPSA LOQUITUR. Legal, no médica, del latín: «La cosa habla por ella misma». Una esponja dejada en el cuerpo de un paciente habla por sí misma y se paga bien cuando se hace; pero por el órgano sexual eliminado del cuerpo, nadie hablará.

SÍNDROME DE KLINEFELTER. Una de esas amplias clases de síndromes cuyo nombre es en honor a gente que no ha padecido dichos síndromes.

TESTOSTERONA. Un *andrógeno* que toma su nombre del test en el cual es aplicado a un micropene. Los micropenes que no crecen deben ser amputados; si sí crecen, entonces no se necesita ningún tratamiento. Comparar con la prueba del agua, adorada por los cazadores de brujas, en la cual las brujas que flotaban deberían ser ahogadas, mientras que las que se hundían debían mantenerse como estaban. Debemos simplemente enorgullecernos de los avances en nuestra ilustrada Sociedad.

TRANSEXUAL POST-OPERADO. Una persona que ha decidido por él o ella misma conseguir una cirugía de reasignación sexual. Es necesario el certificado de un terapeuta. Aquellos que deciden sobre la CRS para otros son llamados *especialistas*; sorprendentemente, no es requerido ningún examen psicológico.

URÓLOGOS. Aquellos benefactores de la humanidad quienes, con considerable dificultad, distinguen a los bebés intersexuales niños de los bebés intersexuales niñas.

VARÓN. Véase *mujer*. Cualquier cosa que puedas decir del fascismo médico hace a los varones continuar en el tiempo.

Fuente: *Chrysalis*:

The Journal of Transgressive Gender Identities, 2 (5), 1997-1998, pp.10 y 30.