

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Construcción de subjetividades intersexuales en Chile:

Experiencias y desafíos en los intersticios



Gloria E. Casanova Molina

Tesis doctoral presentada para optar al grado de Doctora en Antropología Social y Cultural
Departamento de Filosofía y Letras

Dirigida por Dra. **Virginia Fons** y Dr. **Enrico Mora**

Barcelona, 2025

Las orquídeas, reconocidas por la complejidad de sus estructuras florales y su amplia diversidad de formas y colores, han emergido como un símbolo representativo de las intersexualidades en distintos contextos socioculturales. Esta representación simbólica se basa en la analogía entre la variabilidad natural de estas flores y la multiplicidad de experiencias intersexuales, celebrando la riqueza estética y biológica de aquello que trasciende las taxonomías tradicionales.

INDICE

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS	8
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	10
AGRADECIMIENTOS	15
INTRODUCCIÓN	16

PRIMERA PARTE

APROXIMACIONES TEÓRICAS A LOS CUERPOS INTERSEXUALES

Capítulo I	23
Lo que otras dicen: saberes “expertos” en torno a la(s) intersexualidad(es)	23
1. Matrices conceptuales: Cuerpo, subjetividad, emociones y sexo/género	23
1.1 Cuerpos pensados, cuerpos vividos: Mapas teóricos de las corporalidades	26
1.2 Subjetividades en contexto: Entre cultura, experiencia y agencia	32
1.3 Afectos cotidianos: Emociones en la vida social	40
1.4 Cuerpo, subjetividad y emociones: Articulaciones con el sistema sexo/género	45
2. Cuerpos y subjetividades intersexuales: ¿Determinación biológica o construcción sociocultural?	50
2.1 Cuerpos intersexuales antes de la medicina moderna: Interpretaciones místicas y sociales	53
2.1.1 Antigua Grecia	53
2.1.2 Imperio Romano y Edad Media	55
2.2 La medicalización de los cuerpos intersexuales: Del pensamiento religioso al determinismo biológico	57
2.2.1 Edad Moderna (Siglo XV-XVIII)	57
2.2.2 Edad de las gónadas (Siglo XIX)	60
2.2.3 La era de las intervenciones quirúrgicas: Tecnología médica y control corporal en el siglo XX	64
2.3 Edad de la post medicalización: Feminismos y nuevos paradigmas corporales	69
3. Entonces, ¿intersexualidad como proceso de salud-enfermedad- atención?	75
3.1 Dimensión social	75
3.2 Las dimensiones hegemónicas	76
3.3 Modelos de atención: Médico hegemónico versus Modelos de autoatención	78
3.4 Los procesos de conformación subjetiva a la luz de las imágenes dominantes de salud y enfermedad	80
4. Cierre del capítulo	81

Capítulo II	85
--------------------	-----------

Lo que algunas responden: Re-definiendo la(s) intersexualidad(es) desde el activismo	85
1. El despertar colectivo: De objetos médicos a sujetos políticos	85
2. El “drama social”: En respuesta a la violencia biomédica	87

2.1	Alzar la voz y publicar historias de vida: Un contexto propicio para la efervescencia de narrativas intersexuales	89
2.2	Génesis del activismo intersexual en Norteamérica	91
3.	El surgimiento de un arquetipo de experiencia intersexual	94
4.	¿Un modelo importado de intersexualidad?: Producción y reproducción en Latinoamérica	99
4.1	Arquetipos intersexuales en Latinoamérica	107
5.	Cierre del capítulo	112

SEGUNDA PARTE

DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo III

Lo que yo quería ver y el cómo: Trazando la investigación		116
1.	Planteamiento del problema	116
1.1	Articulación conceptual: cuerpo, subjetividad, discurso y poder	119
2.	Objetivos de la investigación	120
2.1	Evolución de los objetivos: un proceso reflexivo	125
3.	Justificación y contexto de la investigación	127
3.1	Pero ¿Antropología de la subjetividad o Antropología de la experiencia?	131
4.	Población de estudio	134
4.1	Aproximación interseccional a las corporalidades intersexuales	139
5.	Técnicas de recogida y análisis de información	141
5.1	Entrevistas semi-estructuradas y conversaciones informales	142
5.2	Conversación informal	144
5.3	Observación participante	145
5.4	Fuentes documentales	147
5.5	Grupo de discusión	148
5.6	Etnografía digital	150
6.	Cronología del trabajo de campo	153
7.	Dimensiones cuantitativas del trabajo etnográfico	154
8.	Descripción de los procedimientos de sistematización y tratamiento de la información recogida	155
9.	Análisis de datos	159
10.	Cierre del capítulo	162

Capítulo IV

Reflexiones etnográficas: Repensar la investigación entre la academia y el activismo

1.	Cuerpos y poderes en diálogo: La construcción situada del conocimiento etnográfico	164
1.1	Entrada y delimitación del campo	167
1.2	Surgimiento del contacto: ¿Eres intersexual o endosexual?	172

1.3	Relaciones de poder dentro y fuera: “Nada de <i>nosotrxs</i> , sin <i>nosotrxs</i> ”	177
1.4	Dinámicas corporales, negociaciones y reconocimiento (o menos-reconocimiento) en el campo	181
1.5	Otras relaciones de poder: Asimetría, lenguaje y emociones	187
1.6	Consensos, coincidencias y concordias etnográficas	192
2.	Del silencio a la palabra: Desafíos lingüísticos y éticos en la codificación etnográfica	193
2.1	Revelar “el secreto”: Algunas tensiones y contradicciones respecto a tratamiento de datos etnográficos	193
2.2	Información susceptible y producción científica	196
2.3	Riesgos de re-victimizar al sujeto y de la interpretación de las emociones implicadas	198
2.4	Hablar, escribir y codificar: ¿Salir del binario?	201
3.	Cierre del capítulo	205

TERCERA PARTE

TRATAMIENTO SOCIOMÉDICO DE LAS INTERSEXUALIDADES EN CHILE

Capítulo V

¿Dónde y qué se dice allí?: Intersexualidad(es) en Chile

1.	Configuración de “la intersexualidad” en el contexto chileno: Abordajes, paradigmas y dispositivos que definen la(s) experiencia(s)	209
1.1	Aproximación histórico-crítica a la construcción del discurso sociomédico en Chile	210
1.2	Los Derechos Humanos como catalizador: Antecedentes jurídicos de un Estado declarado responsable	216
1.2.1	Circular N.18/ 2015: ¿Prohibición de la cirugía genital?	217
1.2.2.	Circular N.7/ 2016: “No es intersexualidad, es Desórdenes del Desarrollo Sexual”	221
1.3	Transparencia sin transparencia: “Sin datos, no existe”	223
2.	Etnografía institucional 2022-2024: Nuevos procesos en búsqueda de un problema y de una solución	224
2.1	De activismo en la calle a activismo en La Moneda	226
2.2	La problemática: Cosificando la vivencia intersexual por parte de la institucionalidad	227
2.3	Todas las voces en juego: Tensiones y conflictos entre personas intersexuales, institucionalidad y comunidad médica.	233
3.	Análisis de las Coaliciones Discursivas durante la etnografía institucional	241
1.	Patologización	242
2.	Violencia en tratamiento sociomédico	244
3.	Imposición del sistema binario sexo-género	246
4.	Activismo intersexual	248
4.	Cierre del capítulo	250

CUARTA PARTE

LO QUE ELLAS DICEN (Y NO DICEN): ANÁLISIS DE LA ETNOGRAFÍA INTERSEXUAL

Procesos de conformación y estrategias de reconfiguración subjetiva	256
---	-----

Capítulo VI

Polifonías del devenir intersexual

1. Construcción/transformación de subjetividades intersexuales: El punto de partida	259
1.1 ¿Cómo descubriste tu intersexualidad?: Un pasado que explica el presente	261
1.2 “No me lo dijeron hasta que tuve la edad suficiente”: Infancia subalterna	263
1.2.1 El “sentido común” de las familias perpetuando del secreto	267
1.3 “Fui al doctor por otra cosa y ahí supe”	288
1.4 “Era un consenso entre mi familia y yo”	293
2. Adolescencia como punto crítico: “Era una cosa rara”	297
3. Disrupciones biográficas después del diagnóstico	307
3.1 ¿Por qué a mí?	308
3.2 “Ahora todo tiene sentido”	311
4. Reflexiones de cierre: Configuración de subjetividades de las infancias y adolescencias intersexuales en los intersticios	318

Capítulo VII

La gestión con el espacio médico – institucional

1. Entre la norma biomédica y la agencia personal: Experiencias intersexuales en el contexto médico-institucional	326
2. El Modelo Médico Hegemónico versus la autoatención	328
2.1 Relación paciente-médico	330
2.2 Relación médico-paciente	335
3. Tratamiento y adherencia en tensión	349
4. Proceso de expertización: Saberes “lego”	353
5. Relación médico-familias	356
6. Reflexiones de cierre: Dinámicas biomédicas e institucionales en la adultez intersexual	361

Capítulo VIII

La gestión de lo cotidiano

1. Prácticas cotidianas de construcción subjetiva: Cuerpo, deseo y diferencia	367
2. Sexualidad, abyecciones y estrategias	369
2.1 Abyecciones de la heterosexualidad	370
2.2 Estrategias de resignificación	375
3. Ser “Mujer” o ser “Mujer intersexual”	379
4. Ser “hombre” o ser “hombre intersexual”	386
5. El “yo-binario” perdido	391

6. Lo “trans”	395
7. Reflexión de cierre: Cuerpos, sexualidades e identidades en la experiencia intersexual cotidiana	398

Capítulo IX

Encuentros, desencuentros y desafíos identitarios en el activismo

1. Del silencio a la resignificación: Tensiones en la construcción discursiva de la identidad intersexual	406
2. “Nos falta lenguaje para describir nuestra intersexualidad”: Caminos colectivos y/o individuales	407
3. “No sé si soy lo suficientemente intersex”	412
4. Activar o no activar: La decisión de exponer “la experiencia” en el campo de batalla	415
5. Virajes del activismo intersexual en Chile	420
6. Reflexión de cierre: El activismo intersexual como espacio paradójico de transformación y tensión	424

Capítulo X

Lo no abarcado en el discurso

1. Lo “no dicho” como estructura del relato y desafío etnográfico	430
2. Fricciones epistémicas: Contradicciones y ambivalencias en los relatos intersexuales	438
3. Reflexiones de cierre: Desbordando los marcos entre silencios, risas y ambivalencias en la etnografía de experiencias intersexuales	443

CONCLUSIONES	446
---------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	464
-----------------------------------	------------

ANEXOS	491
---------------	------------

Anexo 1: Guiones de entrevistas	491
Anexo 2: Códigos, ejes y categorías de análisis	497
Anexo 3: Consentimiento informado	501
Anexo 4: Acuerdo de confidencialidad	504
Anexo 5: Línea de tiempo Transparencia	507

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

<i>Tabla 1: Glosario Médico</i>	13
<i>Tabla 2: Uso de terminología según periodo</i>	52
<i>Tabla 3: Evolución en la conceptualización occidental de las categorías sociales relevantes antes y después del siglo XIX</i>	61
<i>Tabla 4: Revisión de la nomenclatura en los DSD. Fuente: Consensus statement on terminology and management: disorders of sex development</i>	67
<i>Tabla 5: Características sexuales sanas y patologizadas</i>	76
<i>Tabla 6: comparativa de organizaciones intersexuales en Latinoamérica</i>	106
<i>Tabla 7: Comparación entre Antropología de la subjetividad y Antropología de la experiencia</i>	134
<i>Tabla 8: Criterios de Inclusión y Exclusión de Personas Intersexuales</i>	135
<i>Tabla 9: Criterios de Inclusión y Exclusión de Personas Profesionales</i>	137
<i>Tabla 10: Datos de médicos entrevistados</i>	137
<i>Tabla 11: Datos de mapadres entrevistadas</i>	138
<i>Tabla 12: Seudónimos utilizados y pertenencia</i>	225
<i>Tabla 13: Análisis comparativo de trayectorias intersexuales respecto al diagnóstico</i>	317

FIGURAS

<i>Figura 1: Diagrama de procesos de conformación subjetiva</i>	19
<i>Figura 2: Diagrama de aproximaciones teóricas</i>	25
<i>Figura 3: Algunas perspectivas feministas para cuerpo y subjetividad</i>	45
<i>Figura 4: Estatua “Hermafrodita Stanti” Siglo III A.C</i>	54
<i>Figura 5: “Monstruo con cuatro brazos, cuatro piernas y dos sexos”</i>	58
<i>Figura 6: Hermaphroditismus beim Menschen</i>	62
<i>Figura 7: Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde la concepción hasta la madurez</i>	66
<i>Figura 8: Rizoma epistémico-ontológico del cuerpo intersexual</i>	69
<i>Figura 9: Hermaphrodites with Attitude, Boston, 1996.</i>	92
<i>Figura 10: Itinerario del “Arquetipo intersexual”</i>	98
<i>Figura 11: Activista Mauro Cabral</i>	101
<i>Figura 12: Línea de tiempo del trabajo de campo.</i>	153
<i>Figura 13: Ejes, dimensiones y categorías análisis de la tesis</i>	159
<i>Figura 14: Cartografía del campo etnográfico: actores y relaciones en la investigación</i>	166
<i>Figura 15: Circular N.18.</i>	218

<i>Figura 16: Circular N.7.</i>	221
<i>Figura 17: “Análisis de involucrados”, MINSAL dic. 2022</i>	231
<i>Figura 18: “Árbol de problemas”, MINSAL dic. 2022</i>	231
<i>Figura 19: “Procesos e hitos de la institucionalidad”. MINSAL ene.2023</i>	234
<i>Figura 20: Nueva Circular N.15.</i>	239
<i>Figura 21: C.D “Patologización”.</i>	243
<i>Figura 22: C.D “Violencia sociomédica”</i>	245
<i>Figura 23: C.D “Imposición sistema sexo/género”</i>	248
<i>Figura 24: C.D “Activismo”</i>	250
<i>Figura 25: Construcción de subjetividades intersexuales: elementos y procesos clave</i>	261
<i>Figura 26: Configuración de subjetividades de las infancias y adolescencias intersexuales en los intersticios</i>	319
<i>Figura 27: Configuración de subjetividades en la gestión con lo médico-institucional</i>	362
<i>Figura 28: Cuerpos, sexualidades e identidades en la experiencia intersexual cotidiana</i>	404
<i>Figura 29: Instagram IntersexualesChile. Fecha 23 de noviembre 2019</i>	421
<i>Figura 30: Instagram IntersexPacíficoSur. Fecha 19 de septiembre 2021</i>	421
<i>Figura 31: Instagram IntersexualesChile. Fecha 14 de septiembre 2024</i>	422
<i>Figura 32: Instagram IntersexualesChile. Fecha 14 de septiembre 2024</i>	423
<i>Figura 33: Activismo intersexual como espacio paradójico de transformación y tensión</i>	424
<i>Figura 34: Rizoma combinado de las dimensiones analizadas</i>	454

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

GLOSARIO MÉDICO¹

Condición	Descripción	Causas	Manifestaciones clínicas	Referencias
Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (SIA)	Trastorno genético en el que las células no responden a los andrógenos, afectando el desarrollo sexual. Puede ser completo (SIA-C) o parcial (SIA-P).	Mutaciones en el gen AR (cromosoma X) que afectan el receptor de andrógenos.	<ul style="list-style-type: none"> SIA Completo: Fenotipo femenino con genitales externos femeninos normales Desarrollo mamario normal en la pubertad Ausencia o escasez de vello púbico y axilar Vagina presente pero generalmente corta o en fondo de saco Ausencia de útero y trompas de Falopio Testículos internos (en cavidad abdominal, canal inguinal o labios mayores) Amenorrea primaria Estatura generalmente mayor al promedio femenino SIA Parcial: Amplio espectro de manifestaciones desde genitales ambiguos hasta predominantemente masculinos Grados variables de desarrollo mamario Micropene, hipospadias o clitoromegalia dependiendo del grado de insensibilidad Desarrollo parcial de estructuras müllerianas 	Hughes <i>et al.</i> , 2012; Batista <i>et al.</i> , 2018.

¹ Incluí este glosario según las terminologías de las personas entrevistadas para facilitar la comprensión, pese a mi postura crítica ante el “diagnosticism” (Eckert, 2003). Solo abordo las formas de intersexualidad/DSD tratadas en esta tesis, basándome en fuentes médicas y grupos de apoyo. Recomiendo una lectura crítica.

Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)	Malformación congénita que afecta el desarrollo del útero y la vagina en personas con cariotipo 46, XX, con ovarios funcionales.	Origen multifactorial con posibles causas genéticas y ambientales.	Manifestaciones clínicas <ul style="list-style-type: none"> • Genitales externos femeninos normales • Ausencia congénita total o parcial de útero y tercio superior de la vagina • Ovarios normales y funcionales (desarrollo hormonal normal) • Características sexuales secundarias femeninas normales en la pubertad • Amenorrea primaria como síntoma principal de presentación • Puede asociarse a anomalías renales (40% de los casos), esqueléticas (10-15%) y auditivas • Tipo I: aislado o Tipo II: asociado con otras malformaciones 	Morcel <i>et al.</i> , 2007; Ledig <i>et al.</i> , 2011.
Síndrome de Klinefelter y variantes	Condición en la que los individuos con cariotipo 47, XXY (o variantes como 48, XXXY) presentan hipogonadismo, infertilidad y rasgos físicos específicos.	Presencia de un cromosoma X extra debido a una no disyunción en la meiosis.	Manifestaciones clínicas <ul style="list-style-type: none"> • Tall stature (estatura alta) con proporciones eunucoides • Testículos pequeños y firmes (microorquidismo) • Hábito corporal con tendencia a distribución femenina de grasa • Ginecomastia en aproximadamente 50% de los casos • Infertilidad debido a azoospermia • Hipogonadismo con niveles bajos de testosterona • Desarrollo sexual secundario masculino 	Visootsak & Graham, 2009; Gravholt <i>et al.</i> , 2018.

			<p>variable, generalmente disminuido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de aprendizaje y problemas del lenguaje en algunos casos • Mayor riesgo de osteoporosis, diabetes y síndrome metabólico 	
Hipospadias	Anomalía en la que la abertura uretral se encuentra en la cara ventral del pene en lugar de la punta. Puede variar en gravedad.	Desarrollo anómalo de la uretra debido a factores genéticos y hormonales.	<p>Manifestaciones clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según ubicación del meato uretral: <p>Distal o anterior (75%): meato en la corona o glande</p> <p>Media (15%): meato en el cuerpo del pene</p> <p>Proximal o posterior (10%): meato en la base del pene o perineal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curvatura ventral del pene (chordee) en grados variables • Prepucio incompleto dorsalmente con exceso ventral (“capucha”) • Puede asociarse con criptorquidia u otras anomalías genitourinarias • Las formas severas pueden asociarse con trastornos del desarrollo sexual 	Baskin, 2004; Springer <i>et al.</i> , 2016.
Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC)	Grupo de trastornos hereditarios que afectan las glándulas suprarrenales, causando una producción anormal de hormonas	Mutaciones en genes que codifican enzimas involucradas en la síntesis de cortisol, principalmente el gen CYP21A2	<p>En mujeres con cariotipo 46, XX: virilización de genitales externos (desde hipertrofia de clítoris hasta genitales masculinizados), aunque con estructuras reproductivas internas femeninas normales</p> <p>En hombres con cariotipo 46, XY: generalmente</p>	Speiser <i>et al.</i> , 2018; White & Speiser, 2000; Merke & Bornstein, 2005.

	<p>esteroides. La forma más común es la deficiencia de 21-hidroxilasa. Puede manifestarse como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma clásica (severa): detectada al nacimiento • Forma no clásica (tardía): síntomas más leves que aparecen en la infancia o pubertad 	<p>(21-hidroxilasa). La deficiencia enzimática provoca acumulación de precursores que se desvían hacia la producción excesiva de andrógenos.</p>	<p>genitales normales al nacimiento, pero pueden presentar pubertad precoz</p> <p>Pérdida de sal (en formas severas): deshidratación, hipotensión, crisis suprarrenal</p> <p>Crecimiento acelerado en la infancia, pero estatura final reducida por cierre prematuro de las epífisis</p>	
--	---	--	--	--

Tabla 1: Glosario Médico. Elaboración propia

ABREVIATURAS

ABRAI: Associação Brasileira Intersexo

ACT: Activismo

APPI: Asociación Peruana de Personas Intersexuales

CD: Coaliciones discursivas

CEEHA: Comisión de Ética y Experimentación Humana y Animal

CM: Comunidad Médica

DSA: Diferenciación Sexual Atípica

DSD: Desorden (Diferencias) del Desarrollo Sexual

ECTS: Estudios de Ciencias Sociales Contemporáneas

ER: Enfermedades Raras

GATE: Global Action for Trans Equality

GrApSIA: Grupo de Apoyo al Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos

HSC: Hiperplasia Suprarrenal Congénita

ISNA: Intersex Society of North America

INST: Institucionalidad

MGF: Mutilación Genital Femenina

MINSAL: Ministerio de Salud de Chile

MMH: Modelo Médico Hegemónico

MRKH: Síndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser

NNA: Niñas, niños y adolescentes

OII: Organización Internacional de Intersexuales

OTD: Organización Trans-Diversidades

PAIS: Síndrome de Insensibilidad Parcial a los Andrógenos

SIA: Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos

SK: Síndrome de Klinefelter

TFM: Trabajo de Final de Máste

THS: Terapia Hormonal Sustitutiva/ Terapia de Reemplazo Hormonal

VCS: Variaciones de las Características Sexuales

AGRADECIMIENTOS

A quienes generosamente compartieron sus experiencias como informantes en esta investigación, abriendo ventanas hacia realidades que enriquecieron profundamente este trabajo.

A quien fue mi vínculo romántico, por entrelazar con delicadeza mi interés académico con su experiencia personal, ofreciéndome un puente de amor y transparencia invaluable.

A los espacios colectivos donde mis inquietudes y perspectivas se han nutrido a través del diálogo compartido. Especialmente a las integrantes de IntersexualesChile, por su incansable labor y por acogerme como voluntaria durante estos años. Desde una posición distinta, aunque íntimamente conectada, han cultivado un entorno de aprendizaje transformador que constituye los cimientos invisibles de esta investigación, sin el cual este trabajo carecería de autenticidad y propósito.

A Virginia Fons, por su orientación intelectual luminosa, por acompañar con paciencia mis pasos vacilantes en la escritura, por sostenerme en los momentos de incertidumbre y por creer en mi proyecto cuando las dudas nublaban mi propio horizonte.

A Enrico Mora, por nuestros estimulantes debates y por compartir, con entusiasmo contagioso, la búsqueda de feminismos tanto sencillos como complejos, capaces de abrazar contradicciones y dar respuesta a nuestras preocupaciones cotidianas.

A ambas, particularmente, por revelarme una academia “humana”, donde el conocimiento florece desde la escucha y la construcción conjunta, nunca desde la imposición.

A quienes me han acompañado en mi recorrido personal desde diferentes roles y etapas, sembrando y nutriendo mi participación en espacios críticos. Parte de esa cultura dialéctica se respira entre estas páginas. Especialmente a mis dos personas favoritas: Lucas López y Gabriel Urrea, por su compañía incondicional, su dedicación en la lectura y su agudeza reflexiva.

A quienes han permanecido a mi lado durante estos extensos años de tesis, desde distintos afectos y contextos —familia tradicional y familias elegidas— constituyendo un sostén emocional sin el cual este trabajo habría sido simplemente imposible.

A quienes continúan creyendo que tengo algo valioso que aportar y que, precisamente por esa confianza, hacen posible que finalmente encuentre mi voz.

INTRODUCCIÓN

El punto de partida de esta investigación surge de una inquietud personal y académica en torno a las vivencias intersexuales. Mi primer acercamiento al campo ocurrió durante la realización de mi Trabajo Final de Máster (en adelante, TFM) en el programa de Antropología: Investigación Avanzada e Intervención Social (2019-2020) en la Universitat Autònoma de Barcelona. En esa instancia, tomé conciencia del enorme desafío que suponía abordar esta temática, lo que se reflejó en algunos de los resultados obtenidos. La complejidad de encontrar testimonios y relatos sobre intersexualidad en Barcelona, incluso en espacios de diversidad y disidencias, evidenció la invisibilización de esta realidad en un contexto que, a primera vista, parecería más propenso a su reconocimiento. Esta situación me llevó a cuestionar cuán crítica podría ser la situación intersexual en Chile, mi país de origen, donde los discursos sobre género y diversidad han avanzado a ritmos distintos y en tensión con estructuras conservadoras arraigadas.

Como expone Gregori (2015) en la introducción de su tesis doctoral sobre intersexualidades, “la elección de un tema de investigación rara vez es casual, sino que refiere al conjunto de coincidencias y búsquedas personales” (p.5). En mi caso, esta tesis doctoral surgió de esta curiosidad por conocer la situación en Chile, sumada al vínculo afectivo con una persona intersexual, lo que desembocó en una intención de aportar al debate sobre sus implicaciones sociales, políticas y culturales, considerando la intersección de discursos médicos, jurídicos y activistas y de contribuir, en la medida de lo posible, a la mejora de las condiciones de vida de las personas intersexuales que habitan en Chile, en consonancia con lo emocional y logístico.

Para abordar esta problemática, comencé con una revisión documental de referencias históricas provenientes de la disciplina médica, analizando cómo se ha conceptualizado la intersexualidad en Chile. Posteriormente, realicé una búsqueda en internet para comprender su posicionamiento en el debate público, constatando la escasez de discusión política y académica sobre el tema. Ante esta carencia, desarrollé diversas estrategias metodológicas para obtener información desde fuentes primarias, incluyendo el contacto con activistas y organizaciones vinculadas a la temática.

En este proceso, me percaté de que, al igual que en Barcelona, la intersexualidad no ocupaba un espacio visible en los circuitos convencionales de disidencia sexual y de

género en Chile. Sin embargo, una exploración más profunda en redes sociales reveló la existencia de dos grupos activistas que denunciaban la falta de voz de las personas intersexuales frente a las intervenciones médicas en la infancia. Decidí contactar a ambas agrupaciones y fui aceptada como voluntaria y aliada en una de ellas, lo que me permitió acceder a espacios políticos e institucionales clave en la construcción del debate sobre intersexualidad en Chile. Este involucramiento me llevó a desempeñar un doble rol: como investigadora y como participante activa en el activismo, lo que suscitó reflexiones metodológicas y éticas sobre mi posicionamiento en el campo.

La multiposicionalidad en la investigación se convirtió en un eje central del trabajo, pues el conocimiento generado emergió no solo de observaciones sistemáticas y entrevistas formales, sino de una interacción sostenida y multidimensional con los sujetos de estudio en diversos contextos de militancia y organización política. Esta inmersión enriqueció profundamente el análisis, pero también me confrontó con uno de los desafíos más significativos y metodológicamente complejos de esta investigación: la búsqueda y representación de aquellas voces que permanecen al margen del activismo institucionalizado.

Durante el proceso investigativo, se hizo evidente que existe un amplio espectro de experiencias intersexuales que deliberadamente eluden los espacios de visibilidad política y que, precisamente por esta razón, rara vez son incorporadas en los estudios académicos. Estas narrativas representan una posición igualmente legítima y reveladora. Se trata de personas que, habiendo recibido un diagnóstico médico vinculado a la intersexualidad, optan por gestionar su corporalidad desde espacios privados e íntimos, rechazando la politización de su experiencia o la adscripción a categorías identitarias colectivas que consideran reduccionistas o ajenas a su vivencia personal.

Acceder a estas experiencias requirió desarrollar estrategias metodológicas alternativas que respetaran tanto la privacidad como las fronteras establecidas por estas personas. Esto implicó abandonar la lógica extractivista del dato etnográfico y construir, en cambio, espacios de encuentro basados en la confianza y el reconocimiento mutuo, donde la narración de la experiencia no estuviera subordinada a la visibilización académica o activista. En algunos casos, esto significó renunciar a la documentación formal de testimonios valiosos, privilegiando el respeto a la autonomía por sobre la exhaustividad investigativa.

Como plantea Donna Haraway (1991), los conocimientos situados emergen de relaciones de responsabilidad con los otros, donde el conocer no está desvinculado del compromiso ético. En este sentido, asumí un compromiso dual y frecuentemente contradictorio: por un lado, contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas intersexuales a través de la visibilización de sus experiencias; por otro, garantizar una investigación ética que reconociera el derecho al silencio y a la no exposición como una forma legítima de habitar la intersexualidad.

Este posicionamiento exigió una constante vigilancia reflexiva para evitar tanto la homogenización discursiva —que suele privilegiar las narrativas más articuladas y políticamente estructuradas— como el extractivismo académico que transforma las experiencias vitales en meros datos de análisis. Como acertadamente señalan Estalella y Ardévol (2007), “la investigadora no solo debe tomar, sino que también está obligada a dar; no solo debe interpelar, sino que debe exponerse a ser interpelada por las otras” (p.78). Esta interpelación adquirió especial relevancia cuando provenía de aquellas personas que cuestionaban la utilidad o pertinencia de convertir sus vidas en objeto de estudio académico, desafiándome a justificar constantemente la relevancia social y ética de mi trabajo.

De esta forma, el principal aporte de esta tesis radica en su enfoque antropológico y etnográfico para el estudio de la subjetividad intersexual. Este abordaje, nutrido tanto por las voces activistas como por aquellas que deliberadamente eluden los espacios de visibilidad política, permite una comprensión más matizada y compleja del fenómeno. Su objetivo es analizar los procesos de construcción subjetiva de las personas intersexuales, entendiendo la subjetividad no como una entidad estática o predefinida, sino como una categoría analítica dinámica que permite articular las experiencias individuales con las dimensiones estructurales que las condicionan y posibilitan.

Esta investigación busca comprender cómo las personas intersexuales negocian su identidad en contextos marcados por la patologización médica, la invisibilidad histórica y la falta de reconocimiento social. A través de un acercamiento etnográfico sensible a las particularidades de cada trayectoria vital, examino las tensiones entre los discursos hegemónicos sobre el cuerpo y las estrategias de apropiación, resistencia y reconfiguración que estas personas desarrollan para habitar sus *corporalidades* divergentes (Grau et.al).

A diferencia de enfoques previos centrados exclusivamente en el análisis institucional o en las narrativas activistas, esta tesis privilegia la multiplicidad de voces y la heterogeneidad de experiencias, revelando cómo las personas intersexuales construyen sus propias narrativas corporales y subjetivas, ya sea desde la politización explícita de su experiencia o desde espacios de intimidad que rechazan la exposición pública. Este abordaje permite evidenciar que la intersexualidad, lejos de constituir una experiencia monolítica, representa un espectro diverso de posicionamientos identitarios, políticos y existenciales frente a la normatividad sexo-genérica dominante.

La tesis se estructura en cuatro partes y diez capítulos, cada uno dedicado a distintas dimensiones esenciales para comprender la problemática. La propuesta metodológica y teórica busca generar un conocimiento situado que permita comprender las intersecciones entre corporalidad, identidad y política en la configuración de la intersexualidad en Chile. Al estructurar la tesis de esta manera, se pretende guiar a la persona lectora a través de un recorrido que articula el contexto macro y micro, permitiéndole comprender cómo se construye la intersexualidad desde las estructuras sociales hasta la cotidianidad de quienes la viven (Figura 1).

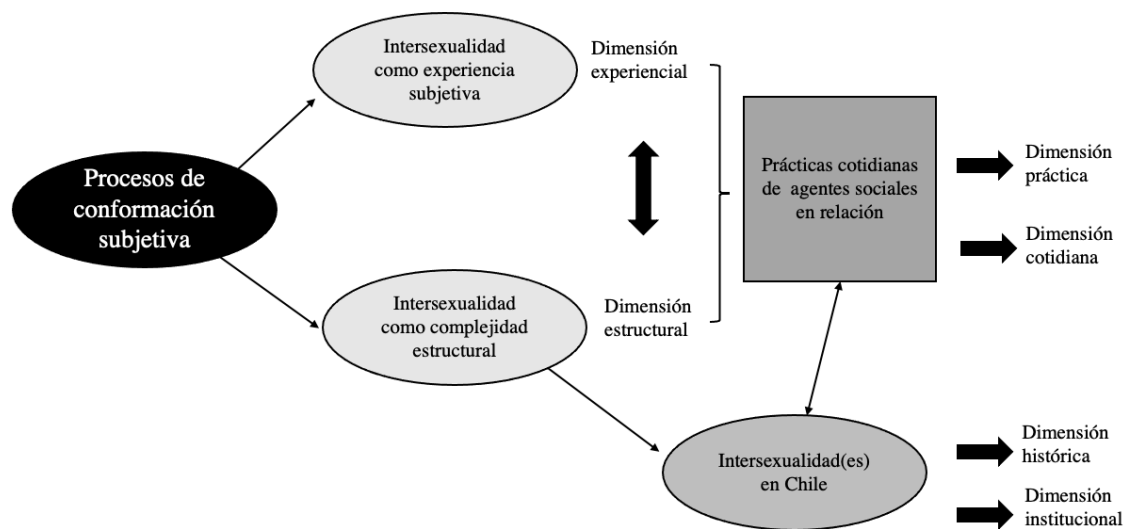


Figura 1: Diagrama de procesos de conformación subjetiva. Elaboración propia

De esta forma, la primera parte, titulada *Aproximaciones teóricas a los cuerpos intersexuales*, consta de dos capítulos.

El Capítulo I establece un marco conceptual para el análisis, abordando la intersexualidad desde la antropología del cuerpo y la subjetividad. Examino su definición en la historia médica occidental y se presentan las críticas formuladas desde el feminismo y los estudios de género, que han cuestionado los enfoques deterministas basados en la biología.

Por su parte, el Capítulo II explora la articulación del activismo intersexual a través de las narrativas de las propias personas intersexuales y el surgimiento de un discurso orientado a la construcción del sujeto político.

La segunda parte, *Diseño de la investigación*, también compuesta por dos capítulos, en los cuales me centro en la construcción metodológica del estudio. En ella se detallan los criterios de selección de participantes, las herramientas utilizadas para la recolección de datos y las estrategias analíticas aplicadas. Además, abordo los dilemas éticos propios del trabajo de campo y la interacción con comunidades activistas, reflexionando sobre la relación entre la producción académica y el activismo político, así como sobre los desafíos que surgen en este proceso de investigación comprometida.

La tercera parte, *Tratamiento sociomédico de las intersexualidades en Chile*, analizo la evolución de las respuestas institucionales frente a la intersexualidad en el país. A través de una etnografía institucional detallada, examino la relación entre la comunidad médica, el Ministerio de Salud y las agrupaciones intersexuales, poniendo en evidencia tensiones, disputas y procesos de negociación en torno a la atención médica y los derechos de las personas intersexuales. Este apartado sitúa el fenómeno en su contexto sociopolítico e histórico, revelando tanto las continuidades como las transformaciones en las políticas públicas y los discursos institucionales que han condicionado las experiencias intersexuales en Chile.

La cuarta parte de esta investigación constituye el núcleo analítico donde convergen las voces, experiencias y silencios capturados durante el extenso trabajo etnográfico realizado en el contexto chileno. A través de cinco capítulos interconectados, se despliegan las múltiples dimensiones que configuran las trayectorias vitales de las personas intersexuales.

Titulada, *Lo que ellas dicen (y no dicen): Análisis de la etnografía intersexual*, inicio el recorrido etnográfico con el Capítulo VI, “Polifonías del devenir intersexual”, donde examino el momento crucial de la revelación diagnóstica como punto de inflexión biográfico. El Capítulo VII “Gestión con lo médico-institucional” analiza la relación con

el sistema médico-sanitario, revelando las tensiones entre el paradigma biomédico patologizante y las estrategias de resistencia desarrolladas. El Capítulo VIII “Gestión de lo cotidiano” explora la dimensión sexoafectiva, generalmente silenciada en los estudios sobre intersexualidad. El Capítulo IX “Encuentros, desencuentros y desafíos identitarios en el activismo” aborda las complejas dinámicas del activismo intersexual chileno y sus tensiones internas. Finalmente, el Capítulo X “Lo no abarcado por el discurso” trasciende el análisis discursivo para examinar los silencios, risas, ambivalencias y contradicciones que emergen en la etnografía.

Dado el carácter dinámico y complejo de la intersexualidad como fenómeno social, en lugar de conclusiones definitivas, este estudio ofrece una serie de reflexiones críticas orientadas a ampliar el debate, reconocer los desafíos, sugerir propuestas y presentarse como base para futuras investigaciones.

PRIMERA PARTE

**APROXIMACIONES TEÓRICAS A LOS
CUERPOS INTERSEXUALES**

Lo que otras dicen: Saberes “expertos” en torno a la(s) intersexualidad(es)

Etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social. El conocimiento científico puede asistirnos en esta decisión, pero solo 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.

(Fausto-Sterling 2006[2000], p.17)

1. Matrices conceptuales: Cuerpo, subjetividad, emociones y sexo/género

La motivación inicial de la presente tesis estuvo, en gran parte, dirigida a buscar respuestas a las falencias de mi primera incursión en el campo. Durante el Trabajo de Fin de Máster (en adelante, TFM) de Antropología Social y Cultural, *Cuerpos ficticios, identidades falseadas: la construcción sociomédica de la intersexualidad en Barcelona*, logré evidenciar la existencia de estereotipos, tabúes y miedos que apoyan estos imaginarios sociales, pero, también, la producción y reproducción de discursos que condicionan las experiencias intersexuales. Si bien este primer trabajo obtuvo un sobresaliente, uno de los comentarios por parte del tribunal fue las “alertas” que les generó mi implicación con la temática estudiada, es decir, cómo yo misma producía y reproducía un discurso propio del activismo, desde mi posición de aliada.

Dicha sugerencia, que en ese momento me sonaba más a una crítica sobre la realización de investigaciones desde una perspectiva feminista *queer*, la tomé con distancia y algunas resistencias.

Meses después de la defensa del TFM debí regresar a Chile en el marco de la pandemia global COVID 19. En dicho contexto, tuve la suerte de estar allí cuando la efervescencia de la virtualidad, sumado al emergente discurso activista en el país, creaban un ambiente propicio para la organización de encuentros de personas intersexuales² a lo largo del territorio nacional. Mi participación en estas primeras instancias, posibilitaron la toma de

² El más conocido, y en el cual participé, fue “Vivir la I” realizado en mayo del año 2021, el cual será detallado en el Capítulo IV.

contacto con personas intersexuales del país, que con el paso del tiempo se fueron convirtiendo en vínculos cercanos.

A raíz de estas interacciones y la diversidad de sus experiencias narradas (algunas dentro y otras fuera del activismo), la sugerencia del tribunal volvía a retumbar en mi cabeza, esta vez desde otra perspectiva. Reflexioné sobre mi trabajo previo, en el cual solo fui capaz de observar y describir un único *devenir intersexual*, aquel categorizado por la biomedicina y que resiste por medio de un cuerpo en constante lucha por medio del activismo. Ante esto, me surgió la siguiente pregunta ¿eran todas las experiencias intersexuales encarnadas de la misma manera?

Opté por hacer dialogar algunos antecedentes teóricos y etnográficos en aquel momento de *crisis*. En conocimiento parcial de algunos referentes, me aventuré a diseñar un gráfico que me permitiera sistematizar mis motivaciones iniciales, por lo que después de algunos intentos frustrados, decidí que el proyecto de investigación doctoral estaría atravesado por dos conceptos principales: “cuerpo” y “subjetividad”. Ambos resonaban más fuerte que otras posibles líneas teóricas, y constantemente llegaba a lecturas que me inspiraban a subsanar los halos investigativos anteriores.

Recordé que la primera influencia respecto a considerar la noción de “cuerpo” estuvo dada por la asignatura “Antropología del Cuerpo” que realizaba mi actual directora de tesis doctoral, Virginia Fons, en el máster de Antropología. Durante ese curso, diversas inquietudes venían a complejizar los objetivos de investigación que estaba realizando en ese momento (TFM). Virginia Fons exponía cómo el tratamiento del *cuerpo* ha sufrido transformaciones significativas a lo largo de la historia del pensamiento occidental, lo que me hacía pensar si esos mismos cambios ontológicos sobre la concepción de *cuerpo* condicionaban la experiencia intersexual. A pesar de sentirme totalmente cautivada por esta materia, decidí no abarcar esta perspectiva en dicha investigación, ya que no contaba con el tiempo ni las herramientas para llevarlo adelante, pensando, desde ese momento, incluirlo en mi futura investigación doctoral.

De esta forma, para esta investigación decidí realizar una especie de “genealogía del cuerpo”, que encendiera algunas luces y me permitiera responder a la pregunta de este capítulo: ¿son los cuerpos intersexuales entendidos como una determinación biológica o una construcción sociocultural?

Así, estas matrices conceptuales —cuerpo y subjetividad— se entrelazan constantemente, con el objetivo de analizar qué se dice sobre los cuerpos intersexuales y quién lo dice, por lo que rastreo los discursos históricamente contruidos en torno a la intervención, clasificación y normalización de estos cuerpos. Mi interés en esta primera parte radica en tensionar estas narrativas “expertas” con las voces de personas activistas intersexuales internacionales, para así comprender las intersexualidades como un campo de disputa contemporáneo, tanto político como epistémico.

A continuación, presento un recorrido por diversos discursos occidentales y occidentalizados, exponiendo las referencias teóricas que han guiado mi proceso investigativo y el marco interpretativo desde el cual he abordado y analizado el trabajo etnográfico (Figura 2). El hilo conductor que estructura este recorrido teórico es la propuesta de reflexionar articulando dos niveles de análisis complementarios: el nivel socioestructural, que examina los sistemas de poder, las instituciones y los discursos que configuran la comprensión social de la intersexualidad; y el nivel individual, centrado en las experiencias subjetivas, corporales y afectivas de quienes habitan cuerpos intersexuales. Ambos niveles no operan de manera aislada sino en constante diálogo y tensión, configurando un entramado complejo donde lo social se encarna en lo individual y lo individual resignifica lo social.

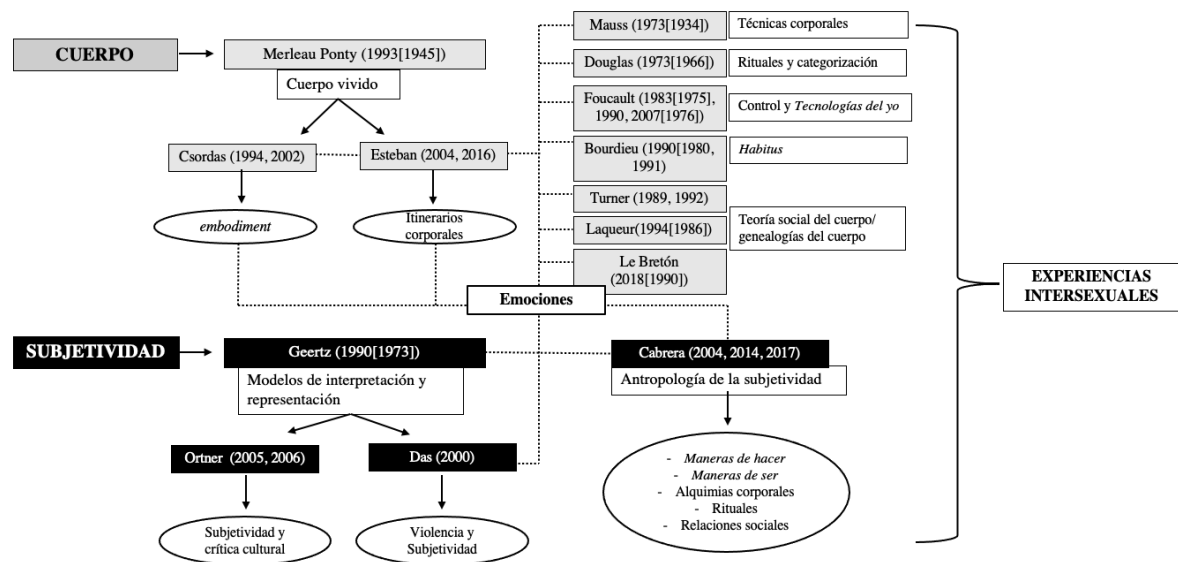


Figura 2: Diagrama de aproximaciones teóricas. Elaboración propia

1.1 Cuerpos pensados, cuerpos vividos: Mapas teóricos de las corporalidades

Si bien, en palabras de Mari Luz Esteban (2004, 2016), hoy existe especial atención en innovaciones teóricas y metodológicas en las cuales se ha puesto al cuerpo en el centro de análisis de distintos procesos sociales, pasando de un objeto de investigación a un sujeto de investigación, esta efervescencia ha traído consigo una caótica y superficial reflexión en la materia. En atención de esta crítica, quisiera rescatar solo aquellas referencias que me han permitido establecer una relación entre el cuerpo individual, social y colectivo, y me han aportado enfoques para una aproximación teórica a la comprensión del “cuerpo intersexual”.

Durante siglos, la visión predominante sobre el cuerpo estuvo profundamente influenciada por la tradición dualista, especialmente la cartesiana, que lo concebía como un objeto separado de la mente. Para Descartes (2024 [1641]), el cuerpo era una “res extensa”, es decir, una extensión material que funcionaba como una máquina autónoma, mientras que la mente, o “res cogitans”, era la sede del pensamiento y la conciencia. Esta dualidad establecía una jerarquía en la que la mente dominaba al cuerpo, reduciendo a este último a un mero objeto pasivo, controlado y utilizado por la razón.

Sin embargo, a partir del siglo XX, esta concepción comenzó a ser cuestionada. Autores como Merleau-Ponty (1993[1945]) rechazaron la dicotomía mente-cuerpo, argumentando que el cuerpo es, en realidad, el medio a través del cual experimentamos el mundo. En su obra *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty sostiene que “no hay distinción entre el cuerpo y la conciencia; el cuerpo es el vehículo de ser-en-el-mundo” (Merleau-Ponty, 1993[1945], p.82). Esto implica que el cuerpo no solo es el receptor pasivo de las acciones de la mente, sino que es también un agente activo en la constitución de la realidad y la identidad del individuo. Desde su lógica, el cuerpo es un punto de vista que organiza la experiencia y que, por lo tanto, no puede ser separado de la subjetividad. Este enfoque ha tenido un profundo impacto en los estudios sobre el cuerpo, particularmente en el campo de la antropología y la sociología. Desde diversos enfoques, su influencia ha permitido abordar el cuerpo como un ente biológico, social y simbólico, con énfasis en su construcción a partir de prácticas culturales.

En el campo de la disciplina antropológica, uno de los pioneros en el estudio del cuerpo fue Marcel Mauss quien, en su obra *Las técnicas del cuerpo* (1934), propuso que no existe

un comportamiento corporal que sea innato. Según Mauss, el cuerpo humano es moldeado por la cultura a través de prácticas aprendidas y transmitidas, lo que varía entre sociedades y contextos históricos específicos. Es decir, cada sociedad imparte a sus miembros un modo particular de utilizar el cuerpo, estableciendo distinciones en términos de género, edad, clase social y otros factores culturales. Estas “técnicas del cuerpo” incluyen acciones cotidianas como caminar, comer o dormir, que, aunque parecen “naturales”, están profundamente influenciadas por normas sociales. De esta forma, Mauss enunció que “el cuerpo es el primer y más natural instrumento del hombre” (Mauss, 1973 [1934], p.391).

En la antropología estructuralista, autoras como Mary Douglas plantearon que el cuerpo humano es utilizado como una metáfora para entender el orden social. En su obra *Pureza y peligro* (1973[1966]), Douglas estudió cómo las sociedades proyectan sus ansiedades, reglas y tabúes, pero también analizó conceptos abstractos como la pureza, contaminación o control en los cuerpos. A diferencia de Mauss, la autora enunció el cuerpo no como un instrumento, sino como el “principal sistema de clasificación simbólica”, donde cualquier desvío de las normas corporales es visto como una transgresión de las normas sociales. Además, señaló que las prácticas rituales y las prohibiciones relacionadas con el cuerpo, están profundamente enraizadas en el mantenimiento del orden social. Así, Douglas afirmaba que las ideas sobre la pureza y el peligro son, en efecto, formas de pensamiento simbólico que se aplican al cuerpo humano como microcosmos de la sociedad.

Otro autor que concibió el cuerpo no simplemente como un objeto biológico, sino un símbolo cargado de significado cultural es Bryan Turner. En su obra *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*, Turner argumenta que el cuerpo es el lugar donde las estructuras de poder y las relaciones sociales se inscriben y se reproducen (Turner, 1989). Este enfoque también reconoce que el cuerpo es moldeado por las fuerzas sociales, pero inserta una nueva idea, el cuerpo también tiene una agencia propia, capaz de resistir y transformar esas mismas fuerzas.

Pierre Bourdieu es otro teórico clave en la antropología del cuerpo, y esencial en esta tesis, especialmente con su concepto de *habitus* (concepto originalmente promulgado por Mauss), el cual ha sido desarrollado ampliamente en obras, conectando la corporalidad con las estructuras sociales. Para Bourdieu, el *habitus* es un conjunto de disposiciones corporales y cognitivas adquiridas a través de la socialización y las prácticas repetidas. Estas disposiciones, que incluyen posturas, gestos y modos de comportarse, reflejan las

relaciones de poder y las diferencias de clase dentro de una sociedad (Bourdieu, 1977[1972], 1984[1979], 1990[1980]). El *habitus* no solo se manifiesta en el comportamiento exterior del cuerpo, sino también en la manera en que los individuos perciben y experimentan su entorno. Es, por tanto, un modo de entender cómo las condiciones sociales se inscriben en los cuerpos, pero de manera no consciente o mecánica, sino internalizada y reproducida a lo largo del tiempo. Bourdieu enfatizaba “El *habitus* es aquello que permite a los cuerpos conocer y reconocer las reglas implícitas de la interacción social, ya que son las estructuras sociales que se incorporan como disposiciones duraderas” (Bourdieu, 1990 [1980], p.52).

En este sentido, Bourdieu rechaza el biologicismo social³, ya que no tomaría en cuenta las complejas interacciones entre la estructura y la agencia, ni la forma en que las disposiciones adquiridas socialmente (*habitus*) configuran las prácticas y percepciones de las personas en distintos contextos sociales. Para él, las desigualdades sociales no son meramente el resultado de diferencias biológicas, sino que son el producto de sistemas de dominación y poder que se perpetúan a través de la cultura y las instituciones sociales.

Uno de los conceptos más relevantes para la producción, redacción y piedra angular de las teorías que guiaron esta investigación, fue el de *embodiment* o “encarnación”. Este se refiere a cómo el cuerpo no es solo un objeto físico, sino también un sujeto de experiencia y percepción. Thomas Csordas, recurriendo a las ideas de Merleau Ponty respecto a que el cuerpo es el sujeto que percibe y se relaciona con el entorno, desarrolló el concepto de *embodiment* desde una perspectiva antropológica, donde argumenta que la experiencia corporal es el fundamento de la cultura y del “yo”, subrayando la importancia de entender cómo la percepción y el comportamiento humano están inextricablemente vinculados a la experiencia corporal. Es decir, el modo en que las experiencias del cuerpo y los sentidos están culturalmente estructuradas, y cómo el cuerpo es el sitio donde se anclan los significados culturales. En la introducción de la obra *Embodiment and experience* (1994), destaca cómo el cuerpo es fundamental para la creación de significados en la interacción social, ya que es a través de él que los individuos perciben, interpretan y se relacionan con el mundo.

³ El biologicismo social es un término que se refiere a enfoques o interpretaciones que reducen las dinámicas sociales a principios biológicos, sugiriendo que las diferencias y comportamientos sociales se explican principalmente por la biología humana, como la genética o la evolución.

De esta forma, Csordas concibe el *embodiment* como la condición existencial a través de la cual los seres humanos participan en el mundo, increpando los planteamientos de Bourdieu, el antropólogo afirma que el cuerpo no es simplemente algo en lo que se inscriben normas sociales, sino que es un “lugar de agencia” y vivencia. A su vez, también desafía la visión dualista del cuerpo como algo separado de la mente o la conciencia, ya que promueve una comprensión del cuerpo como inseparable de la subjetividad. El cuerpo es tanto el lugar de la experiencia individual como el medio a través del cual se configuran las relaciones interpersonales, por lo que, afirma:

Las personas no experimentan simplemente sus cuerpos como objetos externos de su posesión o incluso como un entorno intermedio que rodea su ser. Las personas se experimentan a sí mismas simultáneamente *en* y *con* sus cuerpos. Todos hacemos esto, especialmente cuando sentimos la realidad de nuestra presencia en el mundo: la emoción es central para comprender la acción de la praxis encarnada [traducción por la autora] (Csordas, 1994, p.54).

Finalmente, un autor indispensable en la configuración de esta investigación, y al primero que tuve acceso en mi adolescencia, siendo quién influenció siempre las temáticas de investigación que iba escogiendo, es Michel Foucault. Si bien, dicho autor no proviene de la antropología del cuerpo, marcó un hito en la comprensión del cuerpo al hacer contribuciones fundamentales desde una perspectiva de poder, control y disciplina.

Uno de los conceptos clave en su obra es el “biopoder”, que se refiere a las diversas formas en las que el poder se ejerce sobre los cuerpos y la vida de los individuos. En lugar de centrarse en la soberanía del Estado que impone castigos sobre el cuerpo a través de la violencia (por ejemplo, la ejecución pública), el biopoder es un poder que “gestiona la vida”, que busca “disciplinar los cuerpos” para hacerlos útiles y productivos socialmente. Foucault describe el “biopoder” como el poder que regula tanto a los individuos como a las poblaciones a través de instituciones como las cárceles, los hospitales, las escuelas y los ejércitos. Estas instituciones imponen normas y mecanismos de control que disciplinan los cuerpos, manteniéndolos bajo vigilancia constante.

El autor, además distingue dos formas de control sobre los cuerpos dentro del “biopoder”. Por una parte, está la “anatomopolítica”, entendida como el control sobre el cuerpo individual. Se refiere a las técnicas disciplinarias que buscan optimizar el cuerpo humano, haciéndolo más eficiente, más obediente y productivo. Y, por la otra, la “biopolítica”, la cual se enfoca en la población en su conjunto. Por medio de las políticas y técnicas de gestión, los gobiernos implementan sistemas para controlar la salud, la natalidad, la

mortalidad y el bienestar de las poblaciones. Esto incluye políticas de salud pública, la regulación de la reproducción y las campañas de vacunación, por ejemplo.

Otro concepto del autor, y que es relevante para esta investigación, es aquel de “cuerpo disciplinado”. En su obra *Vigilar y castigar* (1983[1975]), Foucault analiza cómo el cuerpo se convierte en el objeto central de las técnicas disciplinarias en la modernidad. Según él, a partir del siglo XVIII, las sociedades occidentales comenzaron a desarrollar una serie de “tecnologías disciplinarias” que tenían como objetivo controlar y normalizar los cuerpos. Foucault describe cómo el cuerpo es disciplinado mediante una serie de prácticas que lo hacen “dócil” y “útil”. Este concepto de “cuerpo dócil” se refiere a un cuerpo que ha sido entrenado y controlado para seguir las reglas y normas impuestas por la sociedad, afirmando que:

El cuerpo es directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él de manera inmediata: lo cercan, lo dominan, lo someten a suplicio...El cuerpo solo es fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido. (Foucault, 1983[1975], pp.32-33).

Finalmente, otro aspecto central en la obra de Foucault es su estudio sobre la sexualidad y cómo el cuerpo ha sido regulado en función de normas sociales relacionadas con el sexo. En su obra *Historia de la sexualidad*, desarrolla una comprensión del cuerpo como un terreno de inscripción donde se ejercen y negocian relaciones de poder. A lo largo de los cuatro volúmenes, analiza cómo la sexualidad no es una verdad natural, sino un dispositivo a través del cual se controlan, disciplinan y producen los cuerpos en distintas épocas históricas.

En el primer volumen, *La voluntad de saber*, retoma el concepto de biopoder y biopolítica, señalando que el cuerpo se convierte en objeto de regulación a través de discursos sobre la sexualidad, describiendo cómo los dispositivos de poder no reprimen la sexualidad, sino que la producen y estructuran. Los discursos sobre la sexualidad se convierten en herramientas para clasificar, disciplinar y controlar a las personas, conectando el cuerpo con las dinámicas de reproducción, trabajo y placer. Este volumen sitúa el cuerpo como un eje de las relaciones de poder y un objeto de las instituciones sociales, como la medicina, el Estado y la religión, preguntándose ¿Existe una censura respecto al sexo? Más bien se ha construido un artefacto para producir discursos sobre el sexo, siempre más discursos, susceptibles de funcionar y de surtir efecto en su economía misma (Foucault, 2007[1976]).

En el segundo volumen, *El uso de los placeres* (1999[1984]), profundiza en cómo las culturas clásicas, como la griega, concebían el cuerpo dentro de una ética del cuidado de sí. A diferencia del control disciplinario analizado en el primer volumen, aquí el cuerpo es un espacio para la construcción de subjetividades éticas mediante la moderación del placer y la autodisciplina. Este análisis muestra cómo las sociedades antiguas no percibían la sexualidad como un problema moral, sino como una cuestión de equilibrio en las relaciones con uno mismo y con los demás. Para la antropología del cuerpo, esta perspectiva ofrece una visión de las prácticas culturales que modelan las formas de habitar el cuerpo y lo sitúan en relación con la comunidad.

En el tercer volumen, *La inquietud de sí* (2004[1984]), el análisis se traslada a la Antigüedad tardía, donde se observa una transición hacia formas de gobierno más introspectivas. Foucault destaca cómo el cuerpo se convierte en un medio para explorar la relación entre la ética individual y las normas sociales. En este contexto, el cuerpo no solo es disciplinado, sino que es activamente implicado en la construcción de subjetividades a través de prácticas de cuidado personal. Este enfoque resulta relevante para la antropología del cuerpo, porque muestra cómo las prácticas culturales pueden transformar las experiencias corporales y generar nuevas formas de agencia.

Finalmente, en el cuarto volumen, *Las confesiones de la carne* (2021[2018]), analiza cómo el cristianismo desarrolló un discurso específico sobre la carne y el pecado, vinculando la sexualidad con la confesión y la culpa. El concepto de “carne” surge como una categoría clave para disciplinar los cuerpos a través de la interiorización de normas morales, donde el cuerpo se convierte en un lugar de verdad que debe ser revelado y gestionado espiritualmente, subrayando cómo los discursos religiosos configuran las prácticas corporales y crean subjetividades vinculadas a valores transcendentales.

La obra de Michel Foucault ha sido fundamental para esta investigación, ya que me ha ofrecido una perspectiva coherente y un análisis complejo sobre cómo la sexualidad y el cuerpo son dispositivos centrales en la configuración de las relaciones sociales. Además, el enfoque genealógico de Foucault desafía las categorías naturalizadas que estructuran el pensamiento sobre el cuerpo y la sexualidad, particularmente aquellas que refuerzan sistemas binarios como hombre/mujer, normal/anormal o sano/enfermo.

En este sentido, su obra no solo ilumina las dinámicas de poder que operan sobre los cuerpos normativos, sino que también brinda herramientas teóricas para analizar aquellos cuerpos que desafían las normas, como los cuerpos intersexuales. Estos cuerpos

representan un terreno fértil para cuestionar las construcciones sociales y reimaginar el cuerpo como un espacio de agencia, como se analizará en los siguientes capítulos.

En resumen, este recorrido teórico, que combina aportes de la filosofía, la sociología y la antropología, ha sido clave para comprender cómo el cuerpo ha transitado de ser concebido como un objeto pasivo de la cultura a un sujeto activo en la experiencia y la interacción social. Las teorías sobre el cuerpo me han permitido explorar cómo las normas, significados y prácticas culturales se encarnan en los cuerpos y cómo estos, a su vez, contribuyen a la reproducción y transformación de las estructuras sociales. Así, se abren nuevas perspectivas para entender la influencia de las instituciones, normas y prácticas culturales en nuestra corporalidad y subjetividad.

1.2 Subjetividades en contexto: Entre cultura, experiencia y agencia

La subjetividad como segundo eje teórico, lo considero parte esencial en la configuración sociocultural del cuerpo, ya que refiere a la experiencia interna y personal del “yo”, que se construye y se configura en interacción constante con el entorno social y cultural.

No obstante, una complicación enfrentada a lo largo de esta tesis fue justificar el estudio desde la perspectiva de la subjetividad dentro de la disciplina antropológica. En este territorio de resistencias, encontré algunas referencias de quienes hacían fuertes declaraciones respecto a esta histórica negativa de incluir la subjetividad como temática presente en las etnografías, pero, también, me mostraban algunas luces para integrarla.

Comencé el recorrido buscando en los clásicos. Desde la sociología, volví a Pierre Bourdieu (1997[1994]) y su énfasis en la influencia de las estructuras sociales en la formación de la subjetividad. Sin embargo, esta visión me resultó reduccionista, ya que su enfoque tiende a ver la subjetividad como un reflejo de estructuras preexistentes, dejando poco margen para la negociación o la transformación individual del sentido, lo que no se ajustaba completamente a mi objeto de estudio, por lo que decidí considerarlo como una posibilidad teórica.

Otro camino fueron los estudios culturales, donde se ha contribuido al análisis de la identidad al explorar la resistencia y la agencia a través del discurso. Stuart Hall (1996) y otros teóricos han mostrado cómo los sujetos adoptan y resignifican categorías

identitarias, lo que me parecía útil. No obstante, este enfoque tiende a centrarse en el nivel discursivo y en la representación mediática, dejando de lado aspectos clave de la experiencia encarnada, como el dolor, la medicalización y la vivencia cotidiana, mi primer eje temático.

Por su parte, retomar la teoría de Foucault me aportaba una visión crítica del poder y la normalización, lo cual es relevante para entender cómo los discursos biomédicos y jurídicos han regulado los cuerpos intersexuales por medio de su concepto de biopoder (Foucault, 1983[1975]). Sin embargo, su enfoque, al centrarse en la producción del sujeto por el poder, tiende a presentar la subjetividad como un efecto de estructuras disciplinarias, sin explorar cómo los individuos reinterpretan y negocian activamente estas normativas en sus propias vidas, por lo que, al igual que Bourdieu, sentía que era una vía pertinente, además que parecía siempre llegar a sus textos, más no la única para abordar la subjetividad en esta investigación.

En contraste, la antropología cultural, especialmente a través de autoras como Veena Das y Sherry Ortner, me brindaron un marco más holístico y matizado.

S bien me decanté por estas autoras, uno de los primeros referentes con los que me encontré fue Geertz (y que influyó los trabajos de Das y Ortner). A través de su enfoque de la “antropología interpretativa”, subrayó la importancia de comprender la subjetividad en términos de los significados que las personas atribuyen a sus acciones y contextos. Para Geertz, la cultura es un “sistema de significados” que proporciona marcos interpretativos que guían la experiencia subjetiva, es decir, la subjetividad es inseparable de estos marcos culturales, ya que el individuo actúa y experimenta su vida dentro de un entramado de significados compartidos.

Su método de “descripción densa” busca revelar las capas de significado que subyacen a las acciones humanas, mostrando cómo las personas interpretan y negocian su realidad subjetiva dentro de contextos culturales.

El hombre es un animal inserto en una trama de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. (Geertz, 2000[1973], p.20).

Geertz también aborda el concepto de sentido común, el cual estaría ligado a la subjetividad, en tanto se configura por medio de interpretaciones culturales que le dan forma. Según el autor, lo que una sociedad considera como “sentido común” no es más

que una serie de conocimientos y percepciones aceptados colectivamente que, al estar tan profundamente internalizados, se naturalizan y pasan desapercibidos como construcciones sociales (Geertz, 2000[1973]).

En este sentido, el sentido común se erige como un tipo de conocimiento práctico y cotidiano que parece evidente e incuestionable dentro de un contexto cultural determinado. Sin embargo, sugiere que el sentido común no es neutral ni universal; su carácter se encuentra determinado por un sistema de símbolos, valores y prácticas compartidas que varían entre sociedades. Esto implica que el sentido común, aunque se viva como un saber “objetivo”, está anclado a una subjetividad cultural, a una forma particular de interpretar y experimentar la realidad (Geertz, 2000[1973],1983).

Para Geertz, la subjetividad no se refiere meramente a las perspectivas individuales, sino al entramado simbólico que condiciona la percepción y la acción de los sujetos en un contexto dado. En este sentido, el sentido común se convierte en una especie de prisma a través del cual se filtran e interpretan las experiencias de la vida cotidiana, sustentado por una subjetividad construida culturalmente.

Inspirada en la antropología interpretativa de Geertz, Das (2000, 2007) entiende la subjetividad no como una entidad preexistente, sino como un proceso que se construye a través del lenguaje, las relaciones sociales y las narrativas que emergen en la vida cotidiana. Siguiendo la idea de Geertz sobre la cultura como un sistema de significados compartidos que dan forma a la experiencia humana, Das argumenta que los sujetos configuran su subjetividad en respuesta a los marcos simbólicos y discursivos en los que se encuentran inmersos.

En el contexto de la violencia, Das sostiene que la subjetividad se articula en la tensión entre el trauma y la capacidad de los individuos para dotar de significado a sus vivencias. Lejos de concebir a los sujetos como meros receptores pasivos del sufrimiento, su trabajo muestra cómo, a través del lenguaje, la memoria y las prácticas cotidianas, las personas reconstruyen su sentido de agencia y dignidad (Das, 2000, 2007, 2008, 2015). Esta perspectiva permite pensar la subjetividad desde una dimensión experiencial, en la que la violencia simbólica ejercida por discursos médicos y jurídicos puede ser resignificada en la vida diaria mediante la apropiación de nuevas narrativas y la creación de comunidades de resistencia.

La influencia de Geertz en el pensamiento de Das es evidente en su interés por la subjetividad como un fenómeno culturalmente situado, lo que la aleja de las perspectivas estructuralistas o deterministas del poder, como las de Foucault (1983[1975]). Mientras que Foucault describe la subjetividad como un efecto de dispositivos disciplinarios, Das y Geertz insisten en que los sujetos poseen un margen de acción dentro de los marcos culturales en los que están inmersos.

Desde esta perspectiva, el estudio de la subjetividad se enriquece al considerar no solo la manera en que las normas biomédicas y jurídicas imponen significados sobre los cuerpos, sino también cómo estos significados son reinterpretados, desafiados y transformados en la vida cotidiana. La violencia simbólica puede ser entendida como un proceso que, aunque limitante, también abre posibilidades para la resignificación y la resistencia.

También influenciada por los trabajos de Geertz, especialmente con su enfoque en el simbolismo y la interpretación de la cultura, encontré los trabajos de Sherry Ortner (2005, 2006), quien también considera que los símbolos, rituales y acciones culturales revelan las estructuras y valores más amplios de una sociedad. No obstante, mientras que Geertz se enfoca en la interpretación densa de eventos culturales, Ortner adopta esta visión interpretativa de la cultura, incluyendo preguntas sobre cómo las estructuras sociales y los sistemas de poder influyen en los significados culturales, centrando su trabajo en la intersección de la cultura, la “práctica”, la subjetividad y el poder.

Respecto a la primera, Ortner entiende la cultura no como un conjunto fijo de reglas o normas que determinan las acciones humanas, sino un campo dinámico donde los significados se negocian y se reinterpretan continuamente. La subjetividad, en este sentido, es el producto de la interacción constante entre el individuo y su contexto cultural. En su artículo “Subjectivity and cultural critique”, señala:

Por subjetividad me referiré al conjunto de modos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, miedo, etc. que animan a los sujetos que actúan. Pero siempre me refiero también a las formaciones culturales y sociales que configuran, organizan y provocan esos modos de afecto, pensamiento y demás. [traducción por la autora] (2005, p.31)

La autora considera que los actores sociales viven en un mundo de significados compartidos, pero al mismo tiempo, estos significados están en constante transformación a través de la “práctica” humana. Ortner combina las ideas de Bourdieu (quien también

trabajó con la teoría de la práctica) y de otros teóricos sociales⁴ que han subrayado la importancia de la cultura en la formación del “yo” y la experiencia, alejándose de las versiones más rígidas del estructuralismo, destaca la creatividad humana y la capacidad de resistencia frente a las normas establecidas.

Es decir, en lugar de ver a los individuos como sujetos pasivos dentro de las estructuras sociales, los considera “agentes activos”, ya que pueden tanto reproducir como transformar esas estructuras, afirmando que “La agencia no es simplemente la capacidad de actuar de forma autónoma, sino la capacidad de actuar de manera reflexiva, de reinterpretar, de transformar los contextos sociales en los que uno vive” [Traducción por la autora] (Ortner, 2006. p.129). Otro ejemplo de esto está presente en su influyente artículo “Is Female to Male as Nature Is to Culture?” (2024[1974]), donde utiliza la subjetividad para analizar las experiencias de mujeres dentro de los sistemas patriarcales. En lugar de ver a las mujeres como víctimas pasivas del patriarcado, explora cómo ellas ejercen su agencia, negociando y resistiendo las formas de poder que las oprimen.

A diferencia de Das, Ortner integra algunas de las ideas de Foucault en su análisis de cómo las estructuras de poder afectan la formación de los sujetos y las subjetividades, aunque ella también critica algunos aspectos de su obra, en particular su enfoque sobre la agencia.

Si bien, inicié este apartado enunciando las utilidades de dicho autor, también es posible evidenciar las falencias respecto a la noción disciplinaria en la construcción de la subjetividad. Es decir, los sujetos no preexisten a las relaciones de poder, sino que son producidos y formados dentro de ellas, por medio del concepto *tecnologías del yo* (1990), el autor refiere a métodos y prácticas a través de los cuales los individuos se constituyen como sujetos dentro de un marco normativo. Estas tecnologías implican tanto prácticas de auto-vigilancia como de autoconocimiento, las que estarían mediadas por discursos científicos, jurídicos y sociales que definen lo que es ser un sujeto legítimo.

De esta forma, sostiene que la subjetividad está, por tanto, estrechamente vinculada a las estructuras de poder que definen y regulan las normas de comportamiento y las identidades, subrayando la naturaleza contingente y relacional de la subjetividad, pero, además, sugiere que lo que significa ser un sujeto varía según el contexto histórico y cultural.

⁴ Como, por ejemplo, Alfred Schutz “El problema de la realidad social (1974[1962]).

Ortner adopta esta idea de Foucault, de que el poder está presente en todas partes y se manifiesta a través de discursos y prácticas sociales que influyen en la subjetividad, pero, a la vez, también lo critica por no haber prestado suficiente atención a las formas en que los individuos pueden ejercer su agencia dentro de las estructuras de poder. Mientras que Foucault tiende a enfatizar la dominación estructural y la construcción de los sujetos a través del poder, Ortner se inclina más por una visión que permite mayor espacio para la resistencia, agencia y la acción creativa.

De esta forma, la perspectiva de Ortner me pareció sumamente útil y consistente como sostén teórico, ya que ofrece una visión de la subjetividad como un proceso dinámico y relacional, profundamente entrelazado con las estructuras de poder y las normas culturales, pero también permite considerar la capacidad de agencia y transformación de los actores sociales. Al unir la teoría de la práctica con el análisis cultural y del poder, me proporcionó una herramienta crítica para entender cómo las personas no solo son moldeadas por su entorno social, sino que también lo modelan activamente a través de sus prácticas y reflexividad.

Otra referencia relevante en este marco teórico es la obra *Subjectivity: Ethnographic Investigations* de Biehl, Good y Kleinman (2007), que amplía los enfoques sobre la subjetividad en el ámbito de la antropología cultural y dialoga con las propuestas teóricas de Sherry Ortner y Clifford Geertz. Este texto me ofreció una perspectiva etnográfica sobre las experiencias subjetivas y emocionales, explorando cómo las personas enfrentan las complejas influencias culturales, sociales y estructurales que atraviesan su vida cotidiana.

Mientras que Clifford Geertz sienta las bases interpretativas para entender la cultura como un sistema de significados compartidos y Das y Ortner enfatizan en la agencia y las dinámicas de poder en las prácticas culturales, *Subjectivity* se enfoca en las experiencias íntimas y el sufrimiento humano. Desde esta perspectiva, analiza la relación entre las dimensiones internas (emociones, deseos y memorias) y externas (estructuras sociales, políticas y económicas) que configuran la subjetividad. Este enfoque combina el análisis cultural con una profunda atención a la vulnerabilidad y resiliencia de los individuos, integrando lo personal y lo estructural en el estudio de la subjetividad.

Esta obra resulta especialmente significativa porque refuerza el valor de la etnografía como herramienta para comprender no solo las normas y los discursos que moldean a los sujetos, sino también los modos en que las personas negocian, resisten y reinterpretan

estas influencias. En ese sentido, complementa el marco foucaultiano de las “tecnologías del yo” al incorporar las vivencias individuales como un eje central para analizar las formas en que los sujetos se constituyen en relación con el poder y la cultura.

Finalmente, después de realizar todo este recorrido teórico, di con la piedra angular de la tesis. En el libro *Antropología de la Subjetividad* de Paula Cabrera (2017), encontré una especie de empatía respecto a lo “perdida” que me encontraba tratando de unir las referencias teóricas del cuerpo y subjetividad. La autora, al igual que yo, describía cómo su proceso doctoral la llevó—dificultosamente— a decidir tomar la subjetividad como forma de vincular diversos aspectos de su investigación. A la vez que exponía:

Es entonces cuando advierto, dentro del ámbito socioantropológico, la escasez de otras definiciones conceptuales en torno a qué es la subjetividad, qué incluir dentro de este término, cómo trabajarla en una investigación que atienda a lo sociocultural y otros interrogantes. Ambas situaciones, mi interés por profundizar en la subjetividad y la comprobación de la existencia de pocos trabajos teóricos sobre ella me motivaron para continuar en esta dirección. (2017, p.10)

De esta forma, la autora comienza a desarrollar una propuesta teórico-metodológica que sirviera de guía para su proceso. En su trabajo titulado “Propuesta teórico-metodológica para el estudio de la subjetividad desde una perspectiva antropológica”, Cabrera (2014) expone un enfoque que se organiza en torno a cinco ejes principales: los *modos de ser* (*habitus*), los *modos de hacer* (modos de subjetivación), las alquimias corporales, rituales y relaciones sociales. Inspirada en el trabajo de Sherry Ortner, Cabrera define la subjetividad como una interacción entre las formaciones sociales y culturales que modelan los estados internos del individuo (como percepciones, afectos, deseos, entre otros).

Evidencié que estos cinco ejes propuestos, eran, en principio, un recorrido por autorías que venía siguiendo, pero que no lograba sistematizar ni teórica ni metodológicamente. Por lo que encontrar la propuesta de Cabrera, fue una luz al final del túnel.

Cabrera ejemplifica su propuesta teórica a través de su estudio etnográfico de grupos de espiritualidad carismática católica en Argentina. Por ejemplo, para las *maneras de ser*, Cabrera retoma el concepto de *habitus* de Bourdieu, las cuales describe como un conjunto de disposiciones adquiridas que guían la percepción, el pensamiento y la acción de los sujetos. En el caso de los grupos carismáticos que ella estudia, el *habitus* implica un sistema de creencias y prácticas que estructuran la manera en que los fieles entienden y experimentan el mundo. Los rituales religiosos, como los grupos de oración, son vistos

como espacios de socialización donde se incorpora y transforma este *habitus*, lo que provoca un cambio en la subjetividad de los participantes (Cabrera 2004, 2014, 2017).

Para las *maneras de hacer*, siguiendo a Foucault, Cabrera aborda los modos de subjetivación como las prácticas a través de las cuales los individuos se constituyen a sí mismos. Estas prácticas son históricas y sociales, y en el contexto de los grupos carismáticos, incluyen actividades como la oración, la instrucción religiosa y el ejercicio de los carismas. Estas prácticas no solo refuerzan el *habitus*, sino que permiten a los sujetos trabajar activamente sobre su propia subjetividad, transformándola en el proceso (Cabrera 2014, 2017).

Para la corporalidad, inspirada en el enfoque fenomenológico del *embodiment* de Csordas, Cabrera considera que la experiencia corporal es un punto clave para entender cómo los sujetos viven y transforman sus realidades. Para los carismáticos, el cuerpo es concebido como una totalidad integral que está entrelazada con lo espiritual, y sus rituales apuntan a transformar tanto el cuerpo como las emociones a través de la experiencia religiosa (Cabrera 2004, 2014, 2017).

Por otro lado, los *rituales* son conceptualizados como “ritos de paso”, siguiendo a Van Gennep y Turner, donde los fieles transitan hacia un estado espiritual renovado. Cabrera interpreta estas prácticas como *tecnologías del yo*, en el sentido foucaultiano, que permiten a los sujetos reconfigurar su identidad en dirección hacia el ideal del “hombre nuevo” o “ser renovado”. Estos rituales funcionan como espacios liminales donde se produce una experiencia de cambio trascendental en los participantes (Cabrera, 2014).

Finalmente, Cabrera destaca la importancia de las *relaciones sociales* en la configuración de la subjetividad. La intersubjetividad, entendida como las interacciones y vínculos dentro de los grupos religiosos, desempeña un papel crucial. Estas redes de apoyo no solo facilitan el proceso de transformación individual, sino que también la sostienen (2014, 2017).

A partir de su análisis, argumenta que estos grupos promueven una forma de subjetivación donde los participantes buscan convertirse en “hombres nuevos”, caracterizados por una conexión profunda con lo divino y un nuevo modo de relacionarse con el mundo. La experiencia del bautismo en el Espíritu Santo y otros rituales carismáticos funcionan como prácticas transformadoras que permiten a los individuos reconfigurar su subjetividad en torno a una espiritualidad renovada.

La propuesta teórico-metodológica de Cabrera me ofreció una herramienta valiosa para el análisis de la subjetividad desde la antropología. A través de su aplicación, me fue posible evidenciar cómo las subjetividades se transforman en contextos específicos y cómo el estudio de estos procesos puede iluminar la interrelación entre lo individual y lo colectivo en la constitución del sujeto.

En síntesis, decidí inspirarme en esta perspectiva, ya que no reduce la subjetividad a un mero efecto de la estructura (como en la sociología), del discurso (como en los estudios culturales), o del poder (como en Foucault y Guattari), sino que la entiende como una experiencia situada, vivida y negociada en el día a día. Más bien, su enfoque permite integrar la estructura, la agencia, el discurso, la corporeidad y la emoción, proporcionando una visión más completa y dinámica de las subjetividades, lo que se ajustaba a mi intención teórica y metodológica.

1.3 Afectos cotidianos: Emociones en la vida social

Es imposible dejar de mencionar las emociones en este entramado de referencias. El cuerpo, la subjetividad y las emociones se encuentran en una relación de mutua influencia, ya que las experiencias emocionales son corporales, pero también son interpretadas y significadas a través de la subjetividad de cada individuo.

Como argumenta Scribano (2009a), las emociones no representan meros epifenómenos o estados psicológicos individuales, sino que funcionan como mediaciones encarnadas entre las estructuras sociales y las experiencias subjetivas, configurando los modos en que habitamos, percibimos y significamos nuestros cuerpos dentro de contextos sociopolíticos específicos. Este enfoque permite comprender cómo las experiencias corporales están atravesadas por emociones socialmente construidas que, lejos de ser universal o biológicamente determinadas, operan como dispositivos de regulación social y, simultáneamente, como potenciales espacios de resistencia.

Si tomamos algunas referencias mencionadas en los puntos previos, podemos evidenciar como los conceptos se yuxtaponen. Respecto a la noción cuerpo, Douglas (1973[1966]), por ejemplo, plantea que el cuerpo al ser interpretado como un símbolo de la sociedad, incluye a las emociones y, a su vez, el cómo se expresan y se regulan. La forma en que se

perciben y se manejan las emociones estaría ligada a las concepciones culturales del cuerpo y lo que se considera apropiado o inapropiado.

Por su parte, Bourdieu, en su concepto de *habitus*, analiza cómo las disposiciones corporales y las maneras de expresar emociones son incorporadas por los individuos a través de la socialización. El *habitus*, al referirse a aquellos esquemas internalizados que guían nuestras prácticas, incluye, también, las formas en que se experimentan y se expresan las emociones a nivel corporal.

También Csordas, por medio del concepto de *embodiment* (encarnación), relaciona el cuerpo con las emociones, considerando que estas son experiencias profundamente corporales que están mediadas por la cultura. Argumenta que el cuerpo es un lugar donde las emociones se sienten, pero que estas sensaciones son interpretadas a través de marcos culturales. Su enfoque en la encarnación ha sido crucial para vincular el estudio de las emociones con la experiencia corporal y la forma en que las personas interpretan sus sentimientos a partir de sus cuerpos en contextos culturales específicos.

En el marco de la subjetividad, Geertz en *La interpretación de las culturas* (2000[1973]), sugiere que las emociones son fenómenos profundamente culturales, y que los rituales, las creencias y las prácticas son interpretaciones simbólicas de las experiencias emocionales. De esta forma, la manera en que las personas de diferentes culturas entienden, expresan y regulan sus emociones está intrínsecamente ligada a las estructuras simbólicas de esas culturas.

Por su parte, Ortner también se enfoca en las emociones como prácticas culturales que están profundamente relacionadas con las estructuras sociales. Para ella, las emociones no son solo reacciones individuales, sino que están implicadas en las dinámicas colectivas y políticas, vistas como elementos cruciales en la negociación de poder e identidad. Lo que, influenciando a Cabrera (2014, 2017), ha sido denominado como *maneras de hacer*.

Respecto a autorías que hayan enunciado aprontes específicos hacia una “Antropología de las emociones”, un punto de partida compartido es el reconocimiento de las emociones como fenómenos culturalmente contruidos, alejados de visiones universalistas o puramente biológicas. Por ejemplo, Catherine Lutz (1988), a través de su estudio etnográfico de la isla Ifaluk en Micronesia, muestra cómo las emociones están configuradas por las normas culturales y los valores de la comunidad, argumentando que

las emociones son una forma de lenguaje que refleja las relaciones sociales y los sistemas de poder de una cultura en específico.

Esta postura es complementada por David Le Breton (2012), quien sostiene que las emociones no solo reflejan estructuras sociales, sino que también participan en su transformación. En su obra *Antropología del dolor* (1995), explora cómo el dolor (u otras emociones consideradas negativas) son experimentadas y conceptualizadas de diferentes maneras según la cultura. En sus estudios, muestra que la experiencia del dolor, por ejemplo, no es puramente fisiológica, sino que está mediada por significados culturales y formas de entender el sufrimiento.

De manera similar, Andrew Beatty (2014) analiza las emociones como mediadoras entre el individuo y la colectividad, considerándolas “mapas culturales” que orientan la acción y dan sentido a las relaciones sociales.

Por otro lado, autoras como Mari Luz Esteban (2007) y Anna María Fernández (2012) incorporan perspectivas de género y poder al análisis de las emociones. Esteban, en su reflexión sobre el amor, destaca cómo las emociones pueden ser herramientas para resistir normas hegemónicas y renegociar identidades, especialmente en contextos de marginalidad. Fernández, en cambio, se centra en el papel de las emociones y los sentimientos como mecanismos de subjetivación y transformación, subrayando la relación entre deseo, poder y emociones.

Desde una óptica más teórica, Gabriel Bourdin (2016) y Robert Solomon (2008[1978]) exploran cómo las emociones son sistemas simbólicos que estructuran la experiencia. Bourdin argumenta que las emociones están profundamente inscritas en los cuerpos y narrativas sociales, mientras que Solomon enfatiza su dimensión ética y su conexión con los valores culturales. En consonancia, John Leavitt (1996) examina cómo el lenguaje y los sistemas simbólicos configuran las emociones, destacando su carácter discursivo y su rol en la creación de significados compartidos.

Ana Spivak y Mariana Simarco (2019) ofrecen una perspectiva situada, reflexionando sobre los desafíos epistemológicos de estudiar emociones en contextos empíricos. Estas autoras destacan que las emociones son fenómenos relacionales que emergen de interacciones específicas y que están atravesadas por estructuras de poder.

Una diferencia clave entre los autores radica en el énfasis que otorgan a la materialidad del cuerpo y las dinámicas de poder. Por ejemplo, Csordas, Esteban, Fernández y Bourdin

ponen un fuerte acento en cómo las emociones se corporizan y cómo esta corporalidad está atravesada por estructuras de género y poder. En contraste, Solomon y Leavitt se enfocan más en la dimensión simbólica y lingüística, dejando en un segundo plano las dinámicas materiales. Por otro lado, mientras Lutz y White, junto con Le Breton, subrayan las emociones como herramientas para analizar estructuras sociales, Spivak y Simarco insisten en los retos metodológicos y epistemológicos del estudio de las emociones desde una perspectiva relacional.

He dejado para el final a una de las primeras antropólogas en dar importancia a las emociones como un campo de estudio legítimo dentro de la antropología; Michelle Rosaldo (1980). No obstante, he querido unir su análisis con uno contemporáneo; Sarah Ahmed (2004), respecto a cómo el cuerpo y las emociones, como construcciones sociales, impactan en la conformación/transformación de subjetividades y, a su vez, en las relaciones sociales.

Rosaldo (1980) y Ahmed (2004), exponen que, por una parte, las emociones son la base de la construcción del sujeto, por otra, también son el sustento de espacios de movilización política, por ejemplo.

En el caso de Rosaldo, en su libro *Knowledge and Passion: Ilongot Notions of Self and Social Life* (1980), presenta un análisis detallado de las emociones y la subjetividad entre los Ilongot, un grupo indígena de Filipinas. Ella vivió y trabajó en esta comunidad, observando cómo las experiencias emocionales formaban parte integral de la forma en que los Ilongot comprendían el mundo y se relacionaban entre sí.

Un ejemplo central en su investigación es la emoción llamada *liget* entre los Ilongot. El *liget* es un sentimiento de energía emocional, una combinación de enojo, deseo y entusiasmo, que puede surgir en contextos de pérdida o frustración. Para los Ilongot, este sentimiento es fundamental en su cultura, influyendo en rituales y comportamientos, como las prácticas de decapitación ritual que, en el pasado, realizaban como expresión de su dolor por la muerte de un ser querido. A través del análisis del *liget*, Rosaldo muestra que lo que puede ser visto como una emoción “intensa” o “inaceptable” en otras culturas, en este contexto es una forma legítima y significativa de procesar la pérdida.

La autora enfatiza que las emociones son una ventana para entender la subjetividad, porque reflejan cómo las personas interpretan sus experiencias y su entorno. A través de las emociones, los individuos narran y construyen su identidad, interpretando lo que les

sucede y cómo se sienten en relación con los demás. Esta perspectiva sitúa a Rosaldo en diálogo con el concepto de que la subjetividad no es solo una dimensión interna, sino una realidad social y culturalmente mediada.

Rosaldo también fue pionera en reflexionar sobre la subjetividad de la propia investigadora en el campo. En sus escritos, reconoció que la mirada etnográfica está influenciada por la experiencia emocional de la investigadora, abogando por una antropología reflexiva que tenga en cuenta cómo las emociones afectan la manera en que los antropólogos interpretan a las culturas que estudian. Esta perspectiva es relevante, y sumamente importante en el construir de esta tesis, ya que se aleja de la idea de que la investigadora debe ser una observadora “objetiva” y sin emociones. Al contrario, Rosaldo sugiere que las emociones de la investigadora pueden ser una herramienta importante para comprender a los otros, reconociendo la subjetividad y el posicionamiento propio en el proceso de investigación.

Ahmed (2004), por su parte, analiza las emociones desde una perspectiva crítica, explorando cómo estas participan en la construcción de identidades sociales y en la política de las relaciones sociales. Argumenta que las emociones no son solo individuales, sino que forman parte de procesos sociales más amplios que generan diferencias, como el racismo, el sexismo y la xenofobia. Ahmed ha sido influyente en el campo por su análisis de cómo las emociones son movilizadas políticamente y cómo construyen pertenencia y exclusión en diversos contextos.

Estas autorías han sido fundamentales para comprender que las emociones no son simplemente respuestas naturales o biológicas, sino que están profundamente imbricadas en procesos culturales, sociales y políticos. La antropología de las emociones, a través de estas referencias, me ha permitido explorar cómo las emociones son experimentadas, expresadas y reguladas de maneras que varían considerablemente entre culturas y cómo influyen en la construcción de la subjetividad y la identidad de las personas, siendo procesos profundamente ligados a las dinámicas de poder, enfoque desde donde he decidido abordar esta investigación.

1.4 Cuerpo, subjetividad y emociones: Articulaciones con el sistema sexo/género

Si bien, algunas autorías abordadas previamente, han incluido el género en sus análisis, quisiera específicamente abordar el cuerpo, subjetividad y emociones desde la perspectiva feminista, con el fin de entender cómo las experiencias individuales y colectivas están marcadas por las estructuras sociales y culturales que moldean las identidades de género, la sexualidad y las diferencias corporales.

En esta tesis, la perspectiva feminista me permitió situar el conocimiento (Haraway, 1988) y hacerme exigible un marco teórico-conceptual que permitiera lecturas complejas y alternativas de la experiencia múltiple, abierta y cambiante de eso que denominamos *ser mujer*, *ser hombre* o *ser intersexual*, por lo que, aceptando las muchas que quedarán fuera de este recorrido, he optado por delimitarme a las siguientes referencias como ejes principales:

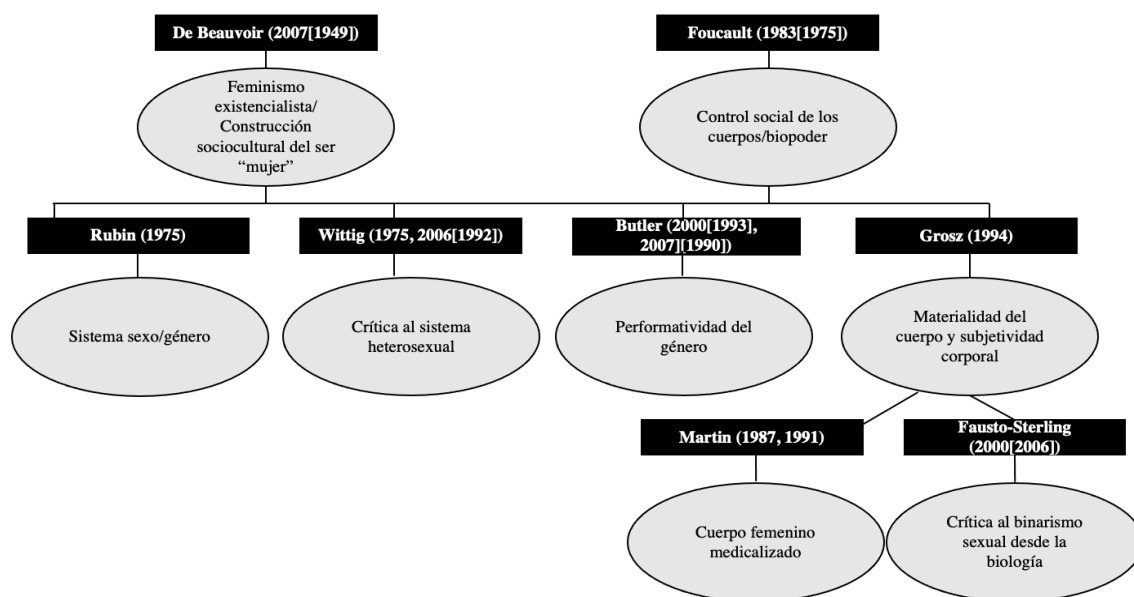


Figura 3: Algunas perspectivas feministas para cuerpo y subjetividad. Elaboración propia

Mi primera aproximación al feminismo estuvo dada por Simone de Beauvoir. Bastantes décadas previas a mi lectura, específicamente en 1949, la autora formuló la célebre declaración: “no se nace mujer, se llega a serlo” (p.13). Es indiscutible su legado, y en ella se han fundamentado parte de las teorías posmodernas y postestructuralistas. Sin

embargo, han pasado varios años desde esta declaración y unas cuantas revisiones de la categoría universalista *mujer* han venido a profundizar los análisis⁵.

Para Simone de Beauvoir, el cuerpo femenino se presenta como un tema central, pero con una marcada ambivalencia que refleja tanto una crítica a las estructuras patriarcales como una visión problemática del cuerpo en sí mismo.

Según la primera noción, la identidad femenina no es un hecho biológico sino un constructo cultural y social, por lo que su propuesta desafió la noción de que el destino de las mujeres está predeterminado o inmutable por su biología, señalando en cambio que es la sociedad la que moldea a las mujeres a partir de su cuerpo, situándolas en un rol de “lo Otro” frente a los hombres. Respecto a la segunda, para la autora, las características biológicas de las mujeres —como la menstruación, el embarazo y la lactancia— son vistas como factores que contribuyen a su relegación a la inmanencia, impidiéndoles alcanzar la trascendencia que caracteriza al sujeto masculino (Beauvoir, 2007[1949], p.43). Esta inmanencia es descrita como una situación donde las mujeres están atrapadas por sus cuerpos, siendo estos constantemente patologizados y marginados en una cultura que privilegia lo masculino.

Sin embargo, su propio análisis no escapa a esta trampa, ya que describe el cuerpo femenino a menudo en términos negativos, como un obstáculo que las mujeres deben superar para alcanzar su autonomía (Mortimer, 1999, citado en Martínez, 2013). Por ejemplo, ella menciona la “esclavización del organismo a la función reproductora” (pp.43), sugiriendo que estas funciones biológicas son cargas que las mujeres deben soportar y que las separan de la posibilidad de una existencia plena y autónoma, en contraste con la experiencia masculina.

Esta dualidad generó la coexistencia de dos discursos en torno al cuerpo femenino: uno constructivista, que lo ve como producto de la construcción social y, por tanto, susceptible de ser reconfigurado; y otro esencialista, que lo percibe como una limitación biológica fundamental (Wishart & Soady, 1999, citado en Martínez, 2013). Por un lado, su insistencia en que “el cuerpo constituye el instrumento de nuestro asidero en el mundo” (Beauvoir, 2007 [1949], p.43) sugiere una potencialidad para la acción y la transformación. Por otro lado, la repetida referencia al cuerpo femenino como un

⁵ La reflexión sobre la articulación de diversos criterios de clasificación del sujeto, en particular, aquellos relativos a procesos de formación de la “raza” y la clase social en la constitución del género y la sexualidad, ha sido planteada por algunas referentes que serán utilizadas a lo largo de la tesis, tales como: Spivak (1990), Stolcke (2003, 2013a, 2013b).

obstáculo parece contradecir sus intentos de liberar a las mujeres del determinismo biológico.

Un par de décadas posterior, durante los 70s, Foucault cuestiona la idea de un sujeto universal y estable, como el que Beauvoir parece asumir en su teoría feminista. En su lugar, sostiene que las identidades son producto de relaciones históricas y discursivas de poder, por lo que las teorías feministas de la época se ven influenciadas por esta perspectiva foucaultiana⁶ sobre los cuerpos como objetos de disciplinamiento, la que permitió analizar cómo el cuerpo de las mujeres y otros cuerpos marginalizados han sido controlados y regulados. Un ejemplo de esto fue la utilidad que presentó el concepto de biopoder, donde el cuerpo es gobernado por discursos que lo definen y lo limitan, lo que el feminismo tomó como herramienta para analizar cómo los cuerpos de las mujeres son regulados a través de normas de belleza, sexualidad, y reproducción. También, han usado el enfoque crítico de Foucault hacia instituciones como la medicina y el sistema penal para desafiar las formas en que estas instituciones han sido históricamente patriarcales y han oprimido a las mujeres.

Un ejemplo de esta influencia fue Gayle Rubin, quien toma estas ideas sobre el poder, la sexualidad y el control social, especialmente en su ensayo seminal “El tráfico de mujeres: notas hacia una economía política del sexo” (1975) y en su posterior trabajo sobre la sexualidad. Rubin introdujo el concepto de “sistema sexo/género”, explicitando la distinción clave entre “sexo” y “género”. Ambas categorías no se entienden como biológicas fijas, sino construcciones sociales, donde *sexo* se refiere a las diferencias biológicas (genitales, cromosomas, entre otras) que distinguen a hombres y mujeres, siendo estas categorías biológicas sujetas a la interpretación cultural y, *género*, como el conjunto de significados sociales y culturales que se le otorgan al sexo biológico. El género es un sistema que regula las relaciones de poder, roles, y comportamientos asociados con lo masculino y lo femenino⁷.

⁶ No exento de críticas por parte del feminismo, debido a su perspectiva neutral del poder. Es decir, la forma en que Foucault describe el poder como omnipresente y no necesariamente negativo ha sido criticada por feministas que ven el poder patriarcal como una fuerza opresiva concreta contra las mujeres.

⁷ Rosaldo (1980) observó que la experiencia de las emociones y la forma en que se manejaban socialmente estaba influida por las expectativas de género. Los hombres Ilongot, por ejemplo, podían expresar su liget a través de actividades rituales, mientras que las mujeres no tenían los mismos medios para canalizar su energía emocional de manera pública. A partir de estas observaciones, Rosaldo argumenta que las formas de vivir y expresar las emociones están condicionadas por las relaciones de poder y los roles de género dentro de una sociedad. Esto sugiere que la emocionalidad no solo es cultural, sino que está imbricada en las dinámicas de poder, género y estatus social.

La distinción sexo/género permitió un análisis más profundo de la opresión de las mujeres, separando las ideas tradicionales sobre la “naturaleza femenina” de las normas impuestas por la cultura. Rubin argumentó que el sistema sexo/género opera de manera que las diferencias biológicas son usadas para justificar la opresión de las mujeres, contribuyendo a una comprensión más compleja del patriarcado y cómo funciona.

El trabajo de Rubin también amplió la mirada sobre la sexualidad, desafiando las normas heteronormativas y los roles de género tradicionales. Su análisis sobre cómo las mujeres son tratadas como “objetos de intercambio” en las sociedades patriarcales (basado en la teoría de Lévi-Strauss) ayudó a desenmascarar la sexualidad como una construcción social que sirve a intereses patriarcales.

Por su parte, Monique Wittig toma las ideas de Simone de Beauvoir sobre el “Otro” y las radicaliza al afirmar que el género es un constructo político, no una realidad ontológica. Argumenta que el concepto de *mujer* es una categoría que solo existe en relación con el sistema de opresión heterosexual. En su obra *The lesbian body* (1973) y *El pensamiento heterosexual y otros ensayos* (2006[1992]) explora cómo las relaciones lésbicas ofrecen una forma de resistencia a las normas sexuales y de género impuestas por la heterosexualidad. Sin embargo, su posición va más allá del feminismo lésbico tradicional, ya que sostiene que las lesbianas no son mujeres en el sentido en que la sociedad patriarcal define a las mujeres, debido a que, al rechazar las relaciones heterosexuales, también rechazan el sistema que las define y las subordina. Para Wittig, las lesbianas son, en efecto, sujetos fuera del sistema de opresión heterosexual y, por tanto, constituyen una forma de resistencia radical a este sistema. Su trabajo también anticipa los análisis de Judith Butler sobre la performatividad del género.

De esta forma, Judith Butler aparece en escena con todas estas influencias previas (Beauvoir, Foucault, Rubin, Wittig, entre otras), pero con una propuesta radical y rupturista sobre la idea de que el cuerpo no es una entidad previa a las normas sociales, sino que se materializan a través de normas sociales que delimitan lo que es un cuerpo “viable” o “inteligible”. En su obra *El género en disputa* (2007[1990]), introduce la idea de “performatividad”, que argumenta que el género no es algo que una persona “tiene” o “es”, sino algo que se produce mediante actos repetitivos que crean la ilusión de una identidad coherente. Pero, esta performatividad no solo se refiere al género, sino también a la subjetividad. La subjetividad no existe antes de los actos de género, sino que emerge de estos actos repetitivos. Esto implica que tanto el cuerpo como la subjetividad están en

un proceso constante de construcción, sujetos a normas que, aunque parecen naturales, son en realidad producto de la cultura.

El enfoque de Butler ha sido fundamental para desestabilizar la idea de que el cuerpo precede al género o que hay una “naturaleza” intrínseca en la identidad corporal.

Por otro lado, autoras como Susan Bordo (1993) y Iris Marion Young (1980) abordan las implicaciones del *embodiment* en contextos de género específicos. Bordo analiza cómo los ideales culturales sobre los cuerpos femeninos reflejan dinámicas de poder que disciplinan y controlan, mientras que Young ofrece un análisis fenomenológico de la corporalidad femenina, señalando cómo las mujeres internalizan patrones de opresión que influyen en su postura, movimiento y percepción espacial. Emily Martin (1987), por su parte, examina cómo el cuerpo femenino ha sido narrado y medicalizado en el ámbito de la reproducción, destacando las formas en que la biología es utilizada para reforzar normas de género.

Profundizando esta idea, y con una obra bastante influenciada por el concepto de “biopoder” de Foucault, Elizabeth Grosz en su obra *Volatile bodies* (1994), enfatiza en la materialidad del cuerpo y la corporeidad como un sitio de potencialidad, sugiriendo que el cuerpo no es solo un espacio de construcción discursiva como enuncia Butler, sino también una “superficie inscripta” por las normas sociales, las tecnologías y las relaciones de poder. A lo largo de su obra, expone que los cuerpos son moldeados por discursos médicos, jurídicos y científicos, lo que implica que la biología no está separada de la cultura, sino que ambas están entrelazadas.

Grosz también propone que la subjetividad se construye a partir de la experiencia corporal, pero no de manera lineal. Para ella, el cuerpo es un lugar de apertura y potencialidad, lo que significa que las subjetividades no están determinadas de manera rígida por el cuerpo o el género, sino que pueden transformarse y reconfigurarse a partir de la experiencia y la resistencia a las normas sociales. Su idea de que los cuerpos son “volátiles” apunta a una noción de fluidez en la identidad, sugiriendo que no hay una subjetividad fija o preconfigurada, sino que esta está en constante transformación a medida que los cuerpos interactúan con el mundo social y cultural.

El pensamiento de Grosz respecto al “feminismo corporal” y la consideración del discurso biomédico en esta construcción, influyó el pensamiento de Anne Fausto-Sterling

respecto al cuestionamiento del cuerpo más allá del binarismo de sexo masculino/femenino.

En su artículo “Los cinco sexos” (1993[1998]) y *Cuerpos sexuados* (2006[2000]), argumenta que el cuerpo biológico no es una entidad fija ni natural, sino que está en constante transformación, y que los científicos han sido cómplices en la producción de diferencias corporales al rectificar el sistema binario de sexo. Desde esta perspectiva, la subjetividad también se ve influida por estas normas científicas y culturales que moldean el entendimiento del cuerpo. Su trabajo es crucial para entender cómo la ciencia misma ha contribuido a la construcción de los cuerpos. Tomando el ejemplo de los cuerpos intersexuales, plantea que esta variedad corporal desafía la idea de que la subjetividad debe corresponder a una identidad corporal fija basada en el sexo. En cambio, propone que las personas con cuerpos intersexuales tienen experiencias subjetivas que rompen con las normas tradicionales de género y sexo, y que la ciencia, en lugar de reconocer esta diversidad, ha buscado “normalizar” estos cuerpos mediante intervenciones quirúrgicas.

El trabajo de Fausto-Sterling demuestra que la subjetividad está profundamente ligada al cuerpo, pero que esta relación no es simple ni directa; es mediada por las prácticas sociales y médicas que intentan moldear el cuerpo de acuerdo con las expectativas sociales, lo que describiré y analizaré en mayor profundidad en los siguientes apartados.

2. Cuerpos y subjetividades intersexuales: ¿Determinación biológica o construcción sociocultural?

Si bien en el apartado anterior evidencié cómo el cuerpo ha constituido un importante campo de estudio para las ciencias sociales —donde los feminismos han sido fundamentales en la generación de cuestionamientos antideterministas y antiesencialistas—, este interés ha emergido relativamente tarde en la tradición académica occidental.

En el caso específico de los cuerpos intersexuales, las diversas formas de comprenderlos a lo largo de la historia han estado permeadas por nociones filosóficas y religiosas, pero principalmente por discursos médicos. Estos últimos han operado a través de un marco epistémico orientado a clasificar, diagnosticar y, frecuentemente, “corregir” aquellas

variaciones corporales que no se ajustan a las normatividades establecidas para los cuerpos considerados típicamente masculinos o femeninos en el pensamiento occidental.

Durante la elaboración de mi Trabajo Final de Máster intenté desarrollar esquemas históricos que establecían etapas o patrones aparentemente inevitables en el abordaje de la intersexualidad (Casanova 2021, 2023a)⁸. He decidido profundizar y complejizar dicho esfuerzo en esta investigación, evidenciando en este nuevo trayecto algunas contradicciones fundamentales sobre la clasificación y significación del cuerpo intersexual en distintos periodos históricos, contradicciones que han sido naturalizadas y reproducidas por el imaginario social hegemónico. En esta ocasión, parto reconociendo que cualquier periodización constituye, en cierto modo, una “fantasía académica” que reduce la complejidad de los procesos históricos a representaciones simplificadas con fines analíticos.

Cleminson y Vázquez (2007) señalan acertadamente que cada configuración histórica constituye, en realidad, una “heterogeneidad inestable” imposible de reducir a un único “tipo ideal” o modelo estático. No obstante, considero que estas periodizaciones, aun siendo construcciones inevitablemente imperfectas, pueden resultar instrumentos heurísticos valiosos para clarificar y comprender las transformaciones ontológicas en el tratamiento sociomédico de las intersexualidades, así como los discursos que han configurado sus experiencias hasta la actualidad.

Siguiendo la propuesta de Eckert (2003), quien establece una periodización basada en el grado de medicalización y desarrollo tecnológico, estructuraré este recorrido en tres momentos históricos fundamentales. Iniciaré con la “Edad de la pre-medicalización” —comprendiendo la Antigua Grecia y la Edad Media—, periodo en que la medicalización de los cuerpos intersexuales aún no se había institucionalizado. Continuaré con la “Edad de la medicalización”, desarrollada paralelamente al auge del determinismo biológico y la emergencia de la sexología en el siglo XX. Finalmente, abordaré la “Edad de la post-medicalización”, caracterizada tanto por el avance de la cirugía y la tecnología médica, como por la irrupción de internet como espacio de articulación activista y la difusión del feminismo y las teorías queer. Este último apartado, por sus vínculos con procesos contemporáneos, servirá como puerta de entrada al capítulo siguiente.

⁸ Este capítulo contiene información que ha sido publicada en los artículos mencionados.

Es fundamental explicitar que este análisis histórico se realiza desde una perspectiva crítica que entiende el cuerpo como construcción sociocultural e histórica, sin negar por ello su materialidad biológica. Mi aproximación metodológica combina el análisis genealógico foucaultiano con las epistemologías feministas, privilegiando la comprensión de los discursos de poder y sus tecnologías, así como las resistencias y transformaciones ontológicas que han emergido frente a ellos. Reconozco, además, las limitaciones inherentes a mi propia posicionalidad como investigadora y las dificultades que supone cualquier intento de periodización histórica.

Al referirme a “cambios ontológicos” en el tratamiento sociomédico de las intersexualidades, aludo a transformaciones fundamentales en la manera de concebir qué es y cómo debe entenderse la existencia misma de los cuerpos intersexuales. Estos cambios no son meramente terminológicos o procedimentales, sino que implican modificaciones profundas en los fundamentos epistemológicos y ontológicos que definen qué es considerado “real”, “natural” o “normal” en relación con estos cuerpos.

Respecto al lenguaje utilizado a lo largo de este recorrido histórico, emplearé los términos “hermafroditismo”, “intersexualidad” o “Disorders of Sexual Development” (en adelante, DSD) según el uso predominante en cada periodo específico, reconociendo que estas terminologías han coexistido en ciertos momentos históricos y que poseen distintas implicaciones identitarias y políticas en la actualidad:

Hermafrodita	Intersexual	DSD
Antigua Grecia	Segunda década del siglo XX	2006 en adelante
Mitológico/Médico	Médico, reapropiado por activismo	Médico, rechazado por activismo (con excepciones)
No identitario	Con tendencia a volverse identitario	Mayoritariamente, no identitario

Tabla 2: Uso de terminología según periodo. Elaboración propia⁹

De esta forma, el afán por desarrollar esta genealogía del cuerpo intersexual trasciende la mera reconstrucción histórica para constituirse en un ejercicio crítico-político. Este enfoque nos permite analizar cómo las percepciones, discursos y prácticas en torno a las

⁹ Como señala la Declaración de Malta del Tercer Foro Internacional Intersex (2013): 'Reivindicamos nuestro derecho a la autodeterminación como personas intersexuales, incluido el derecho a utilizar términos distintos a DSD para describir nuestros cuerpos y experiencias'. Esta tensión terminológica refleja no solo una disputa semántica, sino una lucha por el poder de nombrar y definir estas experiencias corporales desde paradigmas diferentes.

corporalidades no normativas han sido históricamente construidas, modificadas y reguladas a través de complejos entramados de poder-saber. Mi propósito no se limita a trazar una secuencia cronológica de acontecimientos, sino que busca desentrañar las relaciones de poder, las formaciones discursivas, los regímenes de conocimiento y los sistemas normativos que han definido qué cuerpos se consideran legítimos, inteligibles o patológicos en diferentes contextos histórico-culturales.

Al examinar los distintos momentos de ruptura, contradicción y transformación en los discursos sobre la intersexualidad, se evidencia cómo cada época ha elaborado sus propios dispositivos de regulación corporal, sus taxonomías específicas y sus tecnologías de intervención. Revelar la contingencia histórica de las categorías desestabiliza la idea de que hay una única manera “correcta” de ser o vivir un cuerpo. Es decir, al rastrear la construcción histórica del cuerpo intersexual, se abren posibilidades para imaginar y articular narrativas alternativas que promuevan una visión más inclusiva de la diversidad corporal.

2.1 Cuerpos intersexuales antes de la medicina moderna: Interpretaciones místicas y sociales

2.1.1 Antigua Grecia

Durante lo que Eckert (2003) denominó “Edad de la pre-medicalización”, uno de los primeros indicios del tratamiento del cuerpo intersexual, hace alusión a la palabra “hermafrodita” utilizada desde la Grecia clásica. En esta época es posible evidenciar el intento de la sociedad por conceptualizar dicha vivencia como una manifestación física de dos sexos en un solo cuerpo, uniendo las características masculinas y femeninas (Chinchilla, 1995).



Figura 4: Estatua “Hermafrodita Stanti” Siglo III A.C.¹⁰

Esta noción derivaba de la mitología, en la que Hermafrodito, hijo de Hermes y Afrodita, encarnaba una dualidad de géneros. Si bien, se podría pensar que su relación con esa divinidad les hacía gozar de cierto espacio de privilegio social, Gregori (2015) insiste en considerar esta “romantización” de los cuerpos intersexuales ligada al mito es falsa, al encontrarse pruebas históricas del asedio o de la exclusión social, siendo, en algunos casos, cuerpos utilizados para fines de entretenimiento, incluso expuestos en espacios públicos.

En la filosofía, pensadores como Platón sostenían que los seres humanos originarios eran andróginos y fueron divididos por los dioses, por lo que la naturaleza dual era vista como parte del origen mítico de la humanidad y no como un error o anomalía. Por su parte, los médicos hipocráticos creían que el sexo existía en un espectro, desde lo completamente masculino hasta lo completamente femenino, con la intersexualidad en un punto intermedio.

En contraste, Aristóteles consideraba que las personas hermafroditas eran producto de una concepción incompleta, donde la madre no aportaba suficiente materia para crear dos gemelos completos, pero sí lo suficiente para formar órganos adicionales. En su visión, los genitales no determinaban la masculinidad o feminidad, sino que lo hacía el calor del corazón, y por ello, los hermafroditas, en su base, pertenecían solo a uno de los dos sexos (Eckert, 2003; Fausto-Sterling, 2006[2000]).

¹⁰ Estatua de Hermafrodita, siglo III d.C. Fue encontrada hacia el año 1700 cerca de Roma. Fue considerado inapropiado y durante décadas estuvo encerrado en un armario, hasta que fue expuesto en el Museo del Louvre, París.

Esta teoría sería luego cuestionada por Galeno, quien sostenía que las personas hermafroditas representaban un sexo intermedio. Según Galeno, el sexo resultaba de la interacción entre las semillas masculina y femenina, combinada con la posición del embrión en el útero, lo que generaba diferentes grados de masculinidad o feminidad. No obstante, ambos pensadores coincidían en que el calor corporal era un factor determinante en la formación del sexo, ya que Galeno también atribuía la diferencia en los genitales masculinos y femeninos a la mayor o menor calidez interna: los hombres poseían más calor, lo que hacía que sus genitales estuvieran fuera del cuerpo, mientras que, en las mujeres, la falta de calor hacía que permanecieran dentro (Dorlin, 2005; Pimentel, 2012).

2.1.2 Imperio Romano y Edad Media

Durante el Imperio Romano y la Edad Media, con el auge del cristianismo en Europa, el hermafroditismo comenzó a ser visto de manera negativa.

El concepto de teratología (la ciencia de los monstruos) surgió en este período, y los cuerpos intersexuales fueron clasificados como “monstruosos” o “anormales”. Las ideas médicas de la antigüedad, aunque todavía influyentes, fueron reemplazadas en gran medida por interpretaciones teológicas que vinculaban el cuerpo con el orden moral y cósmico. Esto era en gran parte condicionado por las escrituras bíblicas, en particular la creación de Adán y Eva como los primeros seres humanos, las cuales reforzaron la idea de un orden binario natural, donde cualquier desviación de este modelo fue vista como un pecado o un desvío del plan divino (Mara-Mackay, 2018) o, también, interpretadas como signos de la ira divina o como presagios de catástrofes. A pesar de que, según Chinchilla (1995), en paralelo existían algunas opiniones respecto a que Adán era hombre del lado derecho y mujer por el lado izquierdo, lo que podría interpretarse como un hermafrodita de origen¹¹. Sin embargo, este pensamiento no primó sobre la bipolaridad divina.

En ese sentido, los cuerpos intersexuales no eran entendidos en términos médicos como lo interpretaríamos hoy, sino como advertencias divinas. Al no existir tratamientos, las

¹¹ Según Chinchilla (1995), desde esta perspectiva, luego de la partición del andrógino primordial, se da inicio el proceso de caída: expulsados el hombre y la mujer, ningún ser tiene acceso al Edén. El paraíso queda prohibido para su descendencia (p.27).

personas eran condenadas social y religiosamente y, al ser entendidos como una transgresión espiritual, se justificaba su “eliminación” (Eckert, 2003, pp.15-17). No obstante, alguna contradicción es posible encontrar en esta época, ya que Ilana Gelfman (2010) menciona que, según Justiniano, los infantes con genitales ambiguos podían vivir y se les asignaba un sexo de acuerdo con la característica dominante de sus genitales, decisión que debía reafirmarse en la adultez, manteniéndose en dicho sexo bajo pena de sodomía si se cambiaba posteriormente.

Ya desde el siglo XIV, a pesar del estigma religioso y social, los hermafroditas comienzan a ser reconocidos por los códigos canónicos y civiles, y se mantienen los miedos sociales previos. Es decir, en este periodo el mayor castigo que enfrentaban las personas hermafroditas no se debía a su anatomía mixta, sino a comportamientos que pudieran transgredir las normas heterosexuales. La sodomía era el verdadero crimen por el cual se les perseguía, y no el hecho de ser hermafroditas per se.

El relato del hermafrodita de Breisach (1281) es un caso fascinante que pone de manifiesto las complejidades históricas de las categorías de género y sexualidad durante la Edad Media¹². Este caso fue analizado por Rubin & Butler (1994) para mostrar cómo las normas sociales y legales han regulado las identidades de género y las prácticas sexuales, y cómo estas normativas han variado a lo largo del tiempo.

El caso del hermafrodita de Breisach narra la historia de una persona nacida con características sexuales ambiguas que, en un momento dado de su vida, decide cambiar de rol de género y, por ende, de posición social. Según los registros históricos, esta persona había sido criada y vivía como mujer, pero posteriormente se identificó como hombre, se casó e intentó violar a una mujer. Este cambio generó un escándalo social, ya que desafiaba las normas estrictas de género y sexualidad en la sociedad medieval. No obstante, el castigo recibido no fue intento de violación, sino más bien por su comportamiento, el que fue considerado homosexual.

Rubin observa que, al igual que otros casos históricos, el relato de Breisach evidencia cómo las instituciones (como la iglesia y el derecho) actúan para reforzar la normatividad sexual y de género. En este caso, la reacción de la comunidad revela la ansiedad colectiva

¹² El relato no solo describe el cambio de rol de género, sino también la respuesta de la comunidad: desde la incredulidad y el rechazo hasta la intervención legal y eclesiástica, hasta la obsesión de las sociedades de la época por clasificar a las personas en categorías binarias y la incomodidad que surgía cuando alguien no encajaba en estas normas.

frente a la posibilidad de que el género no sea fijo ni inmutable. Así también, el matrimonio del hermafrodita y su posterior rechazo muestran cómo las alianzas sexuales y las estructuras familiares están reguladas para mantener la cohesión social.

2.2 La medicalización de los cuerpos intersexuales: Del pensamiento religioso al determinismo biológico

2.2.1 Edad Moderna (Siglo XV-XVIII)

La transición del pensamiento medieval al renacentista no fue abrupta, sino que representó una transformación gradual en la que coexistieron elementos de ambas visiones del mundo. El cambio fundamental radicó en el desplazamiento del control sobre los cuerpos desde las instituciones religiosas hacia las emergentes comunidades científicas.

Investigadores como Matteo Realdo Colombo comenzaron a documentar variaciones corporales, como el clítoris, y mostraron interés en los cuerpos hermafroditas (Jorge, 2011). Por su parte, la publicación de obras como *Monstruos y Prodigios* de Ambroise Paré (1575) reflejó la transición de lo sobrenatural a lo científico en la explicación de fenómenos como el hermafroditismo. El autor francés procede bajo la premisa de la comparación: “si se parece a nosotros es como nosotros, si no, es un aberración de la naturaleza, una equivocación o un castigo” (citado por Eudave, 2014), exponiendo algunas posibles causas. En el caso del hermafroditismo, la causa que describe parece recurrir a ideas de antaño, señalando lo siguiente:

En cuanto a la causa, es que la mujer aporta tanto semen como el hombre en proporción, y por eso la virtud formadora, que siempre trata de crear su semejante, es decir de un macho, a partir de la materia masculina, y de una hembra de la femenina, hace que en un mismo cuerpo se reúnan a veces los dos sexos, y se les llama hermafroditas. (Paré, 1982 [1575], p.37)



Figura 5: “Monstruo con cuatro brazos, cuatro piernas y dos sexos”. Fuente *Monstruos y Prodigios* (Paré, 1575)

De esta forma, los modelos hipocráticos y aristotélicos del pasado también coexistieron durante esta etapa, donde las ideas de la “calidez” del cuerpo que podían transformar a las mujeres en hombres¹³, seguían siendo influyentes. No obstante, cada vez más se intentaba observar el cuerpo humano desde una perspectiva “natural” y “científica” donde, finalmente, el determinismo biológico comenzó a ganar aceptación.

Aunque no existían intervenciones quirúrgicas estandarizadas, la discusión sobre el “sexo verdadero” ya estaba en marcha, por lo que, si bien el auge de lo científico estaba in crescendo, la única institución legitimada para el control fue la Iglesia, la cual asumía el rol de determinar el “sexo verdadero” de estas personas, a menudo realizando rituales públicos en los que la persona intersexual debía escoger su género, bajo amenaza de persecución por sodomía si decidía cambiarlo más tarde (Foucault, 2021[2018]), muy similar a la percepción social de castigo durante Edad Media.

En esta misma línea, Thomas Laqueur (1994[1986]) explica que durante gran parte del siglo XVII “ser hombre o mujer era ostentar un rango social, asumir un rol cultural, y no pertenecer orgánicamente a uno u otro de los dos sexos” (p.246) Un ejemplo de esto, lo recita Fausto-Sterling (2006[2000]), señalando que, en Inglaterra, la jurisdicción reconocía a los hermafroditas, estipulando que podían heredar como hombres o mujeres, dependiendo de su sexo escogido.

¹³ Paré sostenía que la masculinización de algunas mujeres durante la pubertad se debía a un exceso de calor interno, generado por participar en actividades típicamente masculinas, como los juegos bruscos (Preves, 2002).

Durante el siglo XVIII los médicos consolidaron la observación y la anatomía para decidir a qué sexo pertenecía una persona intersexual, sustituyendo la decisión personal o social por la de la autoridad médica (Eckert, 2003, p.27). Según Hernández (2009), esta época, y en el contexto de la Ilustración “La ciencia será la autoridad encargada de los asuntos sexuales” (p.92). Este cambio ontológico respecto al tratamiento del cuerpo intersexual marca el asentamiento de “Edad de la medicalización” (Preves, 2002; Eckert, 2003; Dorlin, 2005).

Es importante señalar que, según la teoría monista unitaria o de “sexo único” de Laqueur (1994[1986]), desde la Antigüedad hasta este siglo (XVIII), el pensamiento occidental operó bajo la idea de un solo sexo. Según esta visión, no existía una diferencia fundamental entre hombres y mujeres, sino que ambos eran versiones diferentes de un mismo cuerpo, en una escala jerárquica en la que el hombre era considerado una versión más perfecta o completa que la mujer. La mujer era considerada, en esencia, un hombre imperfecto con genitales que no se habían desarrollado “hacia afuera”. Los ovarios, por ejemplo, se interpretaban como testículos internos.

La propuesta de Laqueur fue revolucionaria, ya que mostraba cómo la ciencia no es una actividad neutral, sino que está influenciada por los contextos culturales e históricos en los que se desarrolla. Además, cuestionaba la idea de que las diferencias entre hombres y mujeres siempre se han entendido de la misma manera, resaltando que lo que consideramos “natural” o “biológico” cambia con el tiempo¹⁴.

Con el auge de la ciencia moderna y la biología, se empezó a pensar que los cuerpos de hombres y mujeres eran fundamentalmente diferentes y complementarios, lo que originó la idea de dos sexos radicalmente distintos o “modelo de dos sexos”. No fue sino hasta esta fecha que la mujer comenzó a “adquirir un cuerpo propio”, lo que generó que el poder instituido en la Iglesia o en la autoridad civil carecía de fundamentos para justificar la desigualdad entre mujeres y hombres, por lo que, durante la Revolución Francesa, por

¹⁴ Su teoría ha sido muy debatida y ha tenido un impacto significativo en los estudios de género y en la historia del cuerpo, al dismantelar la idea de que las diferencias de género y sexo son fijas o universales. Sin embargo, algunos críticos han argumentado que su lectura puede simplificar ciertos aspectos de la historia de la ciencia y de la medicina, ya que hubo excepciones y variaciones en cómo se entendía el cuerpo femenino a lo largo de los siglos. en consideración de aquellas concepciones antiguas sobre la diferencia de temperatura o calor en los cuerpos donde una mujer se podía masculinizar

ejemplo, se reclamó el derecho a la igualdad, aunque las mujeres no lograron ser incluidas en estos derechos propugnados por los revolucionarios.

El control sobre la población —y sus cuerpos— también se tornó crucial, porque se consideraba que la población representaba la mayor riqueza de las naciones. En este proceso, la medicina adquirió una nueva función, la de la higiene pública, y la información estadística sobre las condiciones de vida de las personas y sus familias pasó a ser fundamental.

El cambio en la relación entre el poder y la vida es clave en este análisis. Anteriormente, la muerte estaba bajo el control del poder soberano o la decisión del monarca, pero ahora era el Estado quien gestionaba la vida y los cuerpos. Tomando este ejemplo de poder en dicha época, Foucault sustentó su concepto de biopoder, el cual enuncié en puntos anteriores, afirmando que:

La proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y *controles reguladores*: una *biopolítica de la población* (Foucault, 2007[1976], p.168).

En el marco teórico de Foucault, la regulación de los placeres, la sexualidad y la reproducción se volvió fundamental para la administración de la población en esta época. Dada la importancia de la fuerza laboral y las relaciones de poder, el sexo fue redefinido como una práctica marital orientada exclusivamente a la procreación (Gauché, 2011). Como consecuencia, la homosexualidad y otras “desviaciones” comenzaron a ser vistas como amenazas para el orden político y económico (no como pecado que atacaba la moralidad religiosa, como en la Edad Media), las cuales se consideraban conductas amenazantes que debían ser controladas por su “peligrosidad predelictual” (García, 2015, p.56).

2.2.2 Edad de las gónadas (Siglo XIX)

Durante el siglo XIX, se asentó el avance tecnológico en la forma en que se definía el sexo, impulsado por el desarrollo de la sexología y el fortalecimiento del determinismo biológico.

La comunidad médica, que hasta ese momento había sido consultada por los jueces para determinar el sexo de una persona en situaciones legales, comenzó a adquirir más y más autoridad para decidir, e incluso podían intervenir directamente en el cuerpo de las personas intersexuales, fundamentándose en el creciente prestigio del método científico (Foucault, 1999[1984]). Este punto de inflexión puede resumirse hasta aquí, de la siguiente forma:

	Pre-siglo XIX	Siglo XIX en adelante
Sexo	Conjunto indistinto de comportamiento, vestimenta, cuerpo y papel social	Rasgos fisiológicos corporales
Preocupación Social	Sodomía como pecado moral y religioso	Enfermedad debida a la herencia y/o condiciones de vida modernas. Peligro de capacidad reproductiva Identidades sexuales en lo legal y político
Asignación de sexo de hermafroditas/intersexuales	Femenino o masculino según variables pragmáticas	Femenino o masculino según gónadas, otros marcadores fisiológicos o cuestiones pragmáticas (antes de 1950)

Tabla 3: Evolución en la conceptualización occidental de las categorías sociales relevantes antes y después del siglo XIX. Elaboración propia.

Como se evidencia en la Tabla 3, en esta época la idea del “sexo verdadero” estaba determinada por la presencia de ovarios o testículos, lo que dio pleno poder a la determinación por medio de las gónadas (Eckert, 2003; Fausto-Sterling, 2006[2000]; Dreger, 1998, 1999; Dreger & Herndon, 2009).

Ejemplos de esto, son los estudios de Klebs (1876), en su obra *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, y de Franz Von Neugebauer (1908), en *Hermaphroditismus beim Menschen*, donde los médicos clasificaron los tipos de intersexualidad entre “hermafrodita verdadero” (con tejido testicular y ovárico) y “pseudo-hermafrodita” (aquellos con genitales ambiguos, pero sin ambos tipos de tejido), sentándose las bases para distintos protocolos de intervenciones basados en criterios anatómicos determinados por cuál órgano genital presentaba “más desarrollo”, con prácticas realizadas con un conocimiento limitado y con escasa consideración ética (Fausto-Sterling, 1998[1993]).

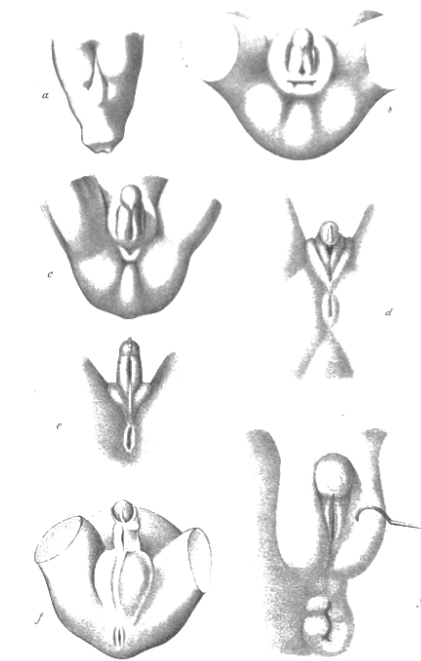


Figura 6: *Hermaphroditismus beim Menschen*. Fuente: Von Neugebauer (1908, p.272)

Sumado a lo anterior, en esta etapa, la reproducción y los roles tradicionales y reproductivos se convirtieron en el foco central de las preocupaciones sociales, que ya venían desde el siglo anterior, pero consolidándose en esta época.

La aparición de la teoría evolutiva de Darwin fue especialmente relevante en este contexto, ya que su énfasis en la reproducción como el fin último de la existencia sexual de los seres vivos fortaleció las nociones binaristas de hombre/mujer y relaciones heterosexuales como la única vía útil y capaz de asegurar la continuidad de la especie. Esto contribuyó a que el hermafroditismo fuera visto como una anomalía que impedía la función reproductiva “natural”, lo que reforzó la necesidad de corregirla mediante intervenciones quirúrgicas y hormonales (Eckert, 2003; Fausto-Sterling, 2006[2000]).

De esta forma, se fomentó el temor de que las personas hermafroditas pudieran caer en la homosexualidad o inducir a otros heterosexuales a hacerlo, además de la confusión en torno a los términos que los definían.

Por su parte, Löwy (2003) menciona que en este periodo existía la creencia de que “el sexo biológico, la identidad sexual y la sexualidad debían concordar siempre” (p.83).

Hernández (2009) añade que durante esos años creció el interés por estudiar las patologías asociadas al sexo, impulsado por el miedo a que un número cada vez mayor de personas desafiara las normas establecidas. Tal como él mismo afirma, “la preocupación será

notable en tanto que se considera que el número de personas que desafían las costumbres establecidas estaba yendo en aumento” (p.92). Un ejemplo significativo de las repercusiones políticas y sociales de estas intervenciones es el caso de Levi Suydam. Este caso ocurrió en 1843, en Connecticut, Estados Unidos, cuando Suydam, quien se identificaba como hombre, buscaba ejercer su derecho al voto en unas elecciones locales. Debido a que la legislación de la época limitaba el sufragio a los hombres, su género fue cuestionado por opositores políticos, quienes argumentaron que su anatomía no cumplía con las expectativas sociales de masculinidad (Fausto-Sterling, 1998[1993]).

Un médico fue llamado para examinar a Suydam y determinó que tenía características genitales que no se alineaban de manera estricta con las categorías binarias de “masculino” o “femenino”. Inicialmente, se le permitió votar, pero posteriormente, se alegó que Suydam también mostraba características corporales consideradas femeninas, lo que reavivó el debate sobre su elegibilidad. Este caso no solo pone en evidencia la construcción social del género, sino también cómo los sistemas legales y médicos han sido herramientas de normatividad que refuerzan un orden binario.

El análisis de autoras como Judith Butler (1993, 2007[1990]) y Anne Fausto-Sterling (1998[1993], 2006[2000]) resaltan cómo las categorías de género y sexo son construcciones culturales sostenidas por estructuras normativas. El cuerpo intersexual de Suydam desestabilizó las nociones binarias, evidenciando la arbitrariedad de estas categorías.

Otro caso relevante, que ha sido ampliamente estudiado por diversos autores (Foucault, 2021[1978]; Butler, 1993; Chase, 1998; Chiland, 2003, entre otras), es la historia de Herculine Barbin, una figura emblemática del siglo XIX, quien Foucault (2021[1978]) describe como “uno de los héroes desgraciados de esta ‘cacería’ de la identidad” (p.16). Nacida en 1838 en Francia y asignada como mujer al nacer, Barbin creció en un entorno religioso, rodeada principalmente de mujeres. No obstante, su cuerpo presentaba características que la distinguían de sus compañeras, convirtiéndola en un ejemplo destacado de la complejidad de las identidades sexuales en esa época (Chiland, 2003).

Foucault (2021[1978]) detalla cómo Barbin vivió una “no identidad” durante su estancia en un internado, donde desarrolló relaciones cercanas con otras jóvenes sin que su condición física fuera cuestionada. En la adolescencia, comenzó a experimentar atracción hacia las mujeres, pero su vida cambió cuando un médico y un sacerdote determinaron

que era un hombre con genitales ambiguos. Tras este diagnóstico, en 1860 se le asignó legalmente el nombre de Abel Barbin.

A raíz de este cambio, Herculine escribió sus memorias, las cuales Foucault recuperó en el siglo XX. En ellas, Barbin narra cómo las instituciones médicas y legales del siglo XIX exigían una “identidad sexual legítima”. Foucault también contextualiza esta imposición dentro de una época, entre 1860 y 1870, en la que la ciencia y la ley buscaban definir el “sexo verdadero” y categorizar las perversiones sexuales y anomalías (Foucault, 2021[1978], p.16).

Aunque se le asignó la identidad masculina, Barbin nunca se sintió cómoda en ese rol. Foucault señala que permaneció en un estado de “indeterminación sexual”, pero ya sin el placer de no tener un género definido. En sus memorias, Barbin recuerda con añoranza el tiempo en que no se le había asignado una identidad clara, describiéndolo como una etapa de mayor felicidad. Finalmente, en 1868, incapaz de reconciliarse con la identidad impuesta, Barbin se suicidó a los 29 años (Chiland, 2003, 2011).

2.2.3 La era de las intervenciones quirúrgicas: Tecnología médica y control corporal en el siglo XX

Durante la mitad del Siglo XX, los avances en tecnología quirúrgica permitieron a los médicos intervenir de manera más agresiva en los cuerpos de personas intersexuales. Con el desarrollo de la laparotomía, la anestesia y la biopsia, los médicos podían examinar mejor a las personas hermafroditas y determinar su “sexo verdadero”. Fausto-Sterling (2006[2000]) llama a esta época “la edad de la conversión”, ya que la cirugía y las hormonas se convirtieron en herramientas bases para “normalizar” los cuerpos intersexuales.

El salto del determinismo gonadal a la era de las intervenciones quirúrgicas refleja no solo un avance tecnológico, sino también un cambio paradigmático en cómo la sociedad occidental concebía la 'normalización' de los cuerpos, pasando de la clasificación taxonómica a la modificación activa.

Un posible vuelco al comienzo de esta etapa fue el uso del término “intersexual” utilizado por primera vez por el genetista alemán Richard Goldschmidt en la década de 1910, quien

lo introdujo en el ámbito de la biología y la genética para describir organismos que presentaban características sexuales tanto masculinas como femeninas, en lugar de usar términos como “hermafrodita”, que ya se consideraba inexacto en algunos contextos científicos.

Este cambio en la terminología permitió abrir un espacio para entender el desarrollo sexual como un espectro más que como una dicotomía estricta. No obstante, las décadas posteriores venían a reforzar las dicotomías basándose en los avances y experimentos por parte de la ciencia sobre cuerpos humanos.

Uno ejemplo de esto fueron los experimentos realizados por John Money (1957), sexólogo y psicólogo de primera línea que acuñó el término “orientación sexual” y abogó por la cirugía a demanda para las personas “transexuales” (Morland, 2014). También estableció la palabra “género” como el complemento psicosocial del “sexo” basado en la fisiología, definiendo los nuevos conceptos de “rol de género” e “identidad de género”, y que cosechó muchos elogios de las feministas de la segunda ola que tomaron prestada y ampliaron su noción (Goldie, 2014).

Esta distinción llevó a que se priorizara la reasignación quirúrgica y hormonal para alinear el cuerpo con el género asignado (Cabral & Benzur, 2005), pero también condujo al médico a postular “modelo de intervención temprana”, el cual argumentaba que la identidad de género podía ser moldeada a través de intervenciones quirúrgicas y hormonales realizadas en la infancia, antes de que la persona desarrollara una identidad de género sólida. Este modelo buscaba eliminar cualquier ambigüedad genital para alinear los cuerpos con las expectativas de género binario, lo que condujo a una práctica quirúrgica sistemática y estructural para “corregir” los cuerpos intersexuales a través de gonadectomías y/o construcción de genitales “normativos” entre los 0 y 2 años y sin consentimiento informado por parte del paciente, ya que las decisiones eran tomadas por los médicos y avaladas por los progenitores.

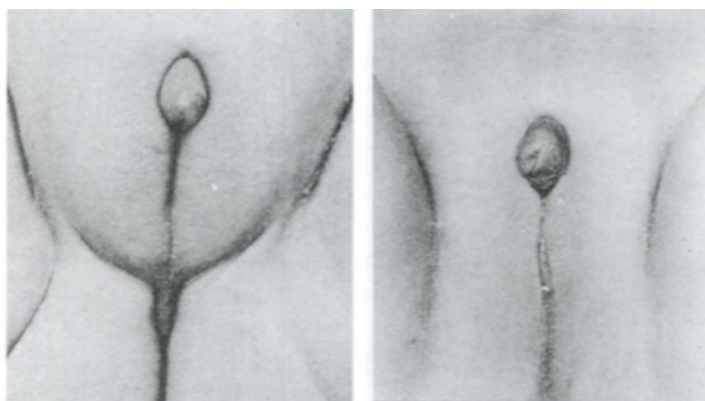


Figura 3.5. Aspecto genital de un niño genéticamente varón nacido con un micropene. El conducto uretral está presente dentro de la piel del pene, pero los cuerpos cavernosos están casi totalmente ausentes: El niño fue asignado y corregido como niña.

Figura 7: Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde la concepción hasta la madurez. Fuente: Money & Ehrhardt (1982, p.63)

Money desarrolló estos protocolos médicos que influenciaron el tratamiento de personas intersexuales hasta la actualidad, centrando la atención en el sexo socialmente asignado desde la infancia. A pesar de que estos tratamientos fueron objeto de controversia, especialmente después del famoso caso Reimer¹⁵, donde un niño criado como niña tras una cirugía fracasó en su adaptación (Greenberg, 2012).

A partir de los años 1970, con la influencia del feminismo, las teorías queer y el auge de movimientos activistas intersexuales, comienza una crítica a la medicalización y a las cirugías realizadas sin el consentimiento de las personas afectadas (en lo que profundizaré en los siguientes apartados). En esta etapa, el enfoque se traslada de la corrección quirúrgica y la patologización hacia el respeto de la autodeterminación corporal y los derechos humanos.

No obstante, en el año 2006, un consenso internacional entre endocrinólogos y genetistas, llamado “Consenso de Chicago” —lo que en sus orígenes fue descrito como un esfuerzo internacional para reformular cómo se aborda la intersexualidad en el ámbito médico, en respuesta a las críticas hacia los enfoques tradicionales, especialmente las cirugías genitales tempranas, y para promover una mayor sensibilidad y respeto por los derechos humanos de las personas intersexuales—, impuso el término de “Desórdenes del

¹⁵ El caso de Reimer es un ejemplo crucial en el estudio de la identidad de género. Nació como Bruce Reimer en 1965, pero tras un accidente en una circuncisión fallida, el psicólogo John Money recomendó que fuera criado como niña bajo el nombre de Brenda, argumentando que la identidad de género es maleable. A los 22 meses, se sometió a una cirugía de reasignación de sexo, pero desde pequeña, Brenda rechazaba su identidad femenina y sufría depresión. A los 14 años, al saber la verdad, decidió vivir como hombre y se llamó David Reimer. David luchó con problemas emocionales toda su vida, suicidándose en 2004. Este caso puso en cuestión las teorías de Money y resaltó la importancia de la autodeterminación en la identidad de género.

Desarrollo Sexual (DSD o *Disorders of Sex Development* en inglés) para agrupar varias condiciones médicas relacionadas con la intersexualidad, que incluían discrepancias entre los genitales, las gónadas y el sexo cromosómico.

Este término vino acompañado de un enfoque médico (ahora, internacional) centrado en la “normalización” del cuerpo mediante cirugías y tratamientos hormonales en personas intersexuales desde la infancia. El propósito fue proporcionar una clasificación más científica y precisa, que se tradujo en cambios en el lenguaje y clasificaciones. La estandarización del diagnóstico y tratamiento de estas condiciones en la práctica clínica y la investigación, venían a definir que estas condiciones, agrupadas en siglas, implican desafíos médicos y requieren sí o sí intervención clínica ¹⁶.

Denominación previa	Denominación revisada
Intersexualidad	DSD
Pseudohermafrodita hombre Infravirilización de un hombre XY Inframasculinización de un hombre XY	DSD 46, XY
Pseudohermafrodita mujer Hipervirilización de una mujer XX Masculinización de una mujer XX	DSD 46, XX
Hermafroditismo verdadero	DSD ovotesticular
XX masculino o XX sexo reverso	DSD 46, XX testicular
XY femenino o XY sexo reverso	DSD 46, XY disgenesia gonadal completa

Tabla 4: Revisión de la nomenclatura en los DSD. Fuente: Consensus statement on terminology and management: disorders of sex development (Hughes et. Al. 2006)

Esta tabla ilustra el cambio terminológico propuesto por el Consenso de Chicago (2006), evidenciando cómo la nueva nomenclatura, aunque pretende ser más científica, mantiene un enfoque patologizante a través del uso del término 'desórdenes'. Es importante notar cómo todas las variaciones corporales quedan definidas como condiciones médicas que requieren diagnóstico e intervención, reforzando el paradigma biomédico sobre los cuerpos intersexuales.

Si bien, he incluido esta tabla de clasificación para hacernos una idea de la “evolución” sobre las estrictas y detalladas categorizaciones de enfermedad, que, a su vez, se generó por medio de la posibilidad tecnológica para “descubrir” cada uno de los elementos

¹⁶ Se ha mantenido el lenguaje médico para describir las corporalidades intersexuales según el Consenso de Chicago.

necesarios para ser asignado en un caso u otro, no quisiera ahondar en la profundidad en las características de los diagnósticos médicos, ya que esta investigación no tomará dicha dirección. No obstante, quise incluirlos, ya que, en las entrevistas, algunos especialistas, *mapadres* o las mismas personas intersexuales, se describen por medio de estos diagnósticos o “condiciones”, las cuales pueden encontrarse descritas en el glosario médico al inicio de esta tesis.

Por otra parte, respecto a la tabla expuesta, me parece interesante señalar esta misma conjetura, ya que, a pesar de tratarse de tiempos contemporáneos (hasta antes del 2006), es posible evidenciar que el lenguaje señala constantemente un “hipermasculinización”, “hipervirilización”, “inframasculinización” o “infravirilización”. Sin ser yo experta, estas formas de clasificar los cuerpos me recordaron a lo que enunciaba Laqueur en su teoría monista unitaria, en la cual enuncia que en el pensamiento occidental (hasta el siglo XIX) solo existía una posibilidad de un sexo, un cuerpo, y ese cuerpo, era siempre el masculino. En este caso, ya en siglo XXI, parecían aún quedar retazos de esta concepción.

También, me parece necesario exponer que para la elaboración de este último epígrafe recurrí a lectura de artículos científicos que me resultaron complejos, justamente por lo técnico del lenguaje biomédico. No obstante, en varios de ellos logré evidenciar una preocupación recurrente, por parte de la ciencia y sus recursos al propio desarrollo de la masculinidad, un ejemplo es el siguiente:

En los últimos años diversas moléculas, factores de crecimiento y factores de transcripción se han involucrado en la morfogénesis temprana de los esbozos gonadales y genitales, la mayoría de las investigaciones han estado centradas en el desarrollo testicular (2,4,5). Aunque poco se conoce sobre el desarrollo del ovario. (Pizzi et. Al, 2016)

Esta preocupación social por el desarrollo testicular “correcto” podría entenderse como aquello que Stolcke (2003) enunció:

En el diagnóstico de los intersexos se infiltran ideales culturales que están basados en el modelo bio-sexual dualista e incluso supuestos con respecto en especial a los genitales “normales” del varón. En la asignación del género del recién nacido se suelen emplear dos tipos de indicadores, uno biológico y otro cultural, a saber, el análisis cromosómico, por un lado, y no cualquier pene sino el tamaño “adecuado” del mismo, por el otro. (p.88)

Como resultado de estos indicadores, la atención estará dada a aquellos cuerpos que intenten pasar por una masculinidad “errónea”, reservando la masculinidad solo a quienes cumplan con las características peneanas “correctas”, cultural y médicamente hablando

(Stolcke, 2003), lo que puede explicarse con la feminización de los cuerpos intersexuales como práctica médica mayormente frecuentada.

2.3 Edad de la post medicalización: Feminismos y nuevos paradigmas corporales

Hasta aquí, he realizado este recorrido, considerando diversas formas de conceptualizar y categorizar el cuerpo intersexual desde distintos espacios y dominio de saberes, siendo algunos de los principales las creencias religiosas y, la más preponderante, la biomedicina categorizándola como patología, enfermedad o anomalía (Figura 8).

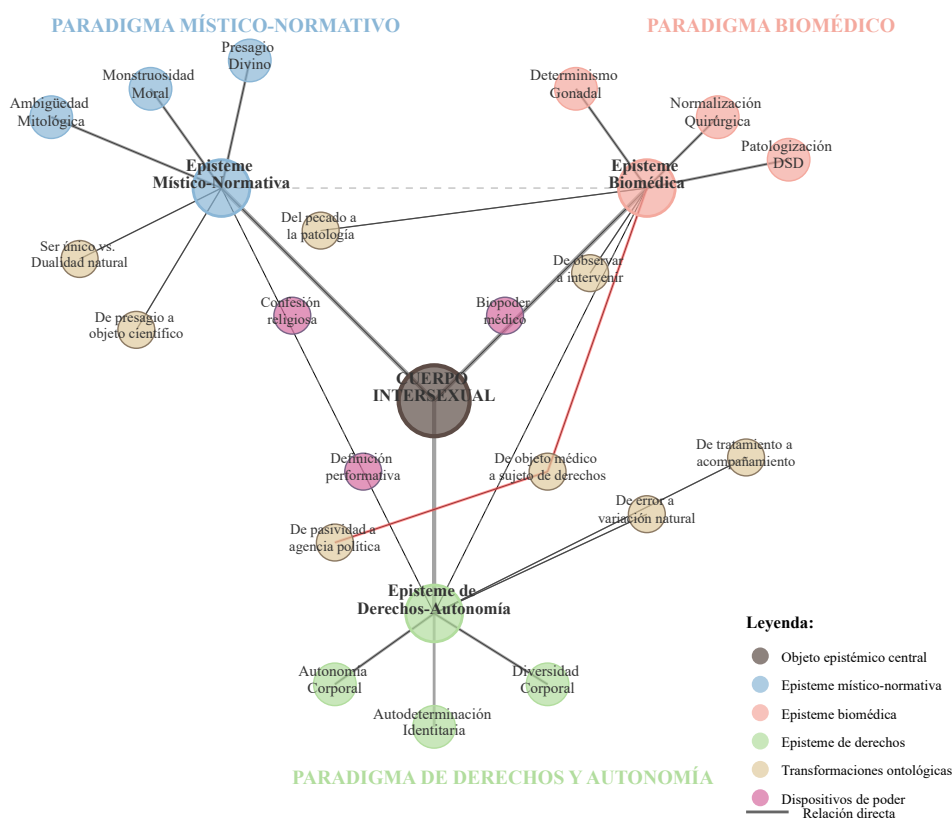


Figura 8: Rizoma epistémico-ontológico del cuerpo intersexual. Elaboración propia.

No obstante, es a finales del siglo XX, el foco en la intervención corporal —sumado a la posibilidad de visibilidad política y de activismo (Torretera, 2019)— generó un ambiente propicio para una nueva definición de intersexualidad desde el paradigma de derechos y autonomía, incluyendo en el análisis las subjetividades intersexuales, donde las perspectivas feministas fueron esenciales.

Ya expuse algunas referentes en el marco del estudio del cuerpo. Tomando a estas mismas, quisiera analizar sus contribuciones respecto al “devenir intersexual” que, en algunos casos, se dio por medio de la revisión de las concepciones y del potente legado que dejó los protocolos propuestos por John Money, abriendo paso a un posible nuevo cambio ontológico del tratamiento de los cuerpos intersexuales.

Si bien, los estudios de Simone de Beauvoir, en *El segundo sexo* (2007[1949]), no abordaron directamente la intersexualidad, su enfoque sobre la construcción social del cuerpo femenino es un precursor de los debates sobre las corporalidades no normativas. En este sentido, su obra me permite comprender que la asignación de género a cuerpos intersexuales no está determinada por la biología per se, sino por el contexto social y las expectativas culturales que asignan un significado a los cuerpos. Esto ofrece una base para los análisis posteriores sobre cómo los cuerpos intersexuales son “normalizados” en función de los sistemas de género binario.

Si tomamos en consideración la perspectiva histórica y biomédica expuesta en el punto precedente, las teorías de John Money y *El Segundo Sexo* compartieron temporalidad. Ambos abordaron temas relacionados con el género y la identidad, pero desde perspectivas muy diferentes.

La distinción entre sexo y género se presenta tanto en Money como de Beauvoir, donde comprenden que el sexo es entendido como biológico y el género como algo construido socialmente. No obstante, las implicaciones de sus enfoques fueron muy diferentes. Mientras que Money veía el género como algo que podía ser manipulado y moldeado mediante la intervención médica y social, Beauvoir lo entendía como un proceso cultural que reflejaba la opresión histórica de las mujeres. A la vez, Simone de Beauvoir era crítica con los roles de género impuestos por la sociedad patriarcal, siendo su objetivo liberarse de ellos para alcanzar la igualdad entre los sexos. John Money, por otro lado, no compartía una postura feminista como tal, y su trabajo a menudo se centró más en la normalización de los roles de género tradicionales en sus intervenciones médicas y estudios de casos.

En este mismo contexto, encontramos a Foucault, que, si bien no era feminista, estableció un relevante estudio en específico sobre el cuerpo intersexual, tomándolo como un ejemplo claro de cómo el poder produce cuerpos “anormales” que deben ser corregidos o normalizados. Las decisiones médicas que buscan “arreglar” los cuerpos intersexuales (mediante cirugía o tratamientos hormonales) son un ejemplo de lo que se expuso en los

puntos precedentes, el biopoder en acción: un intento de hacer que los cuerpos intersexuales encajen en la lógica binaria de sexo/género.

La obra de John Money y la de Michel Foucault pueden interpretarse como dos caras de una misma moneda en el estudio de la sexualidad y el género. Mientras que Money estaba profundamente involucrado en la medicalización y la intervención directa para ajustar las identidades de género a las normas establecidas, Foucault ofrece una crítica más amplia de cómo el poder y las instituciones (como la medicina) regulan la sexualidad y la identidad. En resumen, Money operaba dentro del sistema de poder médico que Foucault analizaría críticamente, mostrando cómo ese poder configura lo que se considera normal o patológico.

Por su parte, el análisis de Rubin y su crítica al patriarcado y al sistema de parentesco resuena fuerte en la regulación de los cuerpos intersexuales. Rubin plantea que los cuerpos son políticamente organizados dentro del sistema sexo/género, y los cuerpos intersexuales pueden ser entendidos como aquellos que deben ser disciplinados o corregidos para mantener el orden social de género binario. La intersexualidad, por tanto, desafía este sistema de regulación y control, y es donde entrarían a regir los conceptos y protocolos de Money para llevar a cabo dicha regulación.

En el caso de Butler, algunas décadas posteriores a Money, la autora ofrece un marco clave para analizar la intersexualidad desde su teoría de la performatividad del género. Desde este enfoque, el cuerpo intersexual pone en evidencia la artificialidad de las categorías binarias de sexo. La intervención médica sobre cuerpos intersexuales que propone Money buscaría reafirmar la idea de que el sexo es una categoría fija y natural, cuando en realidad, según Butler, el sexo mismo es performativo y está sujeto a las normas sociales. Es decir, mientras Butler aboga por dismantelar las categorías fijas de género, Money fue parte de una corriente que buscaba entender y definir estas categorías.

Si bien, no existe una crítica directa por parte de Butler a Money, es posible proyectar que Butler argumentaría que la noción de que una identidad de género puede imponerse o construirse sobre un sujeto sin su participación activa es un reflejo del poder normativo que las instituciones médicas, sociales y culturales ejercen sobre los cuerpos.

La teoría de la performatividad de Butler resulta particularmente reveladora cuando se aplica a los cuerpos intersexuales. Si, como sostiene la autora, el sexo no es una realidad prediscursiva, sino el efecto materializado de prácticas regulatorias, entonces las

intervenciones quirúrgicas sobre bebés intersexuales pueden entenderse como actos performativos violentos que buscan producir la ilusión de un sexo 'natural' y binario. La cirugía genital no sería entonces un procedimiento correctivo sino un ritual de inscripción corporal que materializa las normas culturales del dimorfismo sexual. Los protocolos de Money, desde esta perspectiva, no 'descubren' el sexo verdadero del infante, sino que lo producen mediante actos médicos performativos que reiteran y refuerzan la matriz heterosexual.

Butler también podría haber considerado el caso Reimer (controvertido estudio de caso de Money) desde una perspectiva de la subversión de las normas de género. El hecho de que Reimer, a pesar de ser criado como niña, finalmente se identificara como hombre, desafía la noción de que las normas de género pueden ser impuestas de manera definitiva y fija. Esto subraya la idea de que el género es fluido y que las identidades de género no son simplemente el resultado de una “crianza” o “asignación” temprana, sino que están en constante proceso de construcción y reconstrucción.

También Wittig es clave para el análisis de la intersexualidad desde su crítica al heterosexismo y su rechazo al sistema sexo/género binario. En *El pensamiento heterosexual* (2006[1992]), Wittig argumenta que tanto el sexo como el género son categorías impuestas por el sistema heterosexual, y que el cuerpo no debe ser interpretado a través de estas normas. De esta forma, la intersexualidad sería una subversión directa de la norma heterosexual y del sistema de género binario. Los cuerpos intersexuales, al no encajar en las categorías preestablecidas de “hombre” y “mujer”, desestabilizan las bases mismas del pensamiento heterosexual y patriarcal.

Respecto al caso Reimer, Wittig argumentaría que el problema fundamental no es si alguien puede ser criado como hombre o mujer, sino por qué la sociedad necesita imponer estas categorías en primer lugar. Desde su perspectiva, la verdadera liberación vendría de dismantelar o abolir las estructuras de género y permitir que los individuos existan sin las restricciones impuestas por la heterosexualidad y el patriarcado, lo que implicaría una liberación de los cuerpos intersexuales de las normas que intentan categorizarlos de manera rígida.

Por su parte, Grosz (1994) introduce la noción de que el cuerpo no es solo un objeto pasivo moldeado por la cultura, sino también un lugar de potencialidad a resistir y a generar un cambio. Los cuerpos intersexuales, desde esta perspectiva, no deberían ser considerados como anomalías que requieren corrección, sino como manifestaciones de la

variabilidad y la fluidez de la materialidad corporal. Es decir, mientras que Money ve estas intervenciones como necesarias para el ajuste social, Grosz, ofrece una crítica radical a esta perspectiva, argumentando que los cuerpos intersexuales revelan la insuficiencia del sistema binario de género y que las intervenciones médicas coercitivas son una forma de violencia contra la pluralidad y la complejidad corporal. Para Grosz, las intersexualidades son manifestaciones de la variabilidad y la fluidez de la materialidad corporal, siendo, a la vez, una oportunidad para repensar no solo el género, sino también cómo entendemos los cuerpos y su resistencia a las normas sociales.

Finalmente, como he expuesto los puntos precedentes, Fausto-Sterling es una de las voces más influyentes en el estudio de la intersexualidad desde una perspectiva biológica y feminista, la cual ha realizado un análisis específico y crítico respecto a varios aspectos clave del trabajo de John Money (Money & Ehrhardt, 1982; Money *et al.*, 1957).

Primeramente, la simplificación del género como algo “moldeable”. Fausto-Sterling argumenta que el fracaso del caso Reimer expone las limitaciones de la teoría de Money sobre la maleabilidad del género y subraya que la identidad de género es más compleja que una simple asignación social o médica (Fausto-Sterling, 2006[2000]). Respecto al tratamiento de la intersexualidad, la autora cuestiona la práctica médica promovida por Money de asignar quirúrgicamente un sexo a niños intersexuales sin considerar plenamente el impacto a largo plazo en su bienestar psicológico. Critica que las decisiones sobre cirugía y asignación de género se hicieran con la suposición de que era más importante “normalizar” los cuerpos de estos niños para que se ajustaran a una categoría de género binaria (masculino o femenino), en lugar de respetar la diversidad corporal o esperar a que el individuo pueda participar en la decisión (Fausto-Sterling, 1998[1993]). Fausto-Sterling sugiere que estas intervenciones médicas se basaban más en las normas sociales sobre género y sexualidad que en una verdadera comprensión científica del desarrollo humano. En su lugar, ella aboga por un enfoque más comprensivo y menos invasivo en el tratamiento de la intersexualidad, permitiendo que los niños crezcan sin intervenciones quirúrgicas inmediatas y que ellos mismos puedan, con el tiempo, decidir su identidad de género.

Respecto a la dicotomía “Naturaleza/crianza”, Money sostenía que el género es, en gran medida, el resultado de la crianza y las influencias sociales tempranas, mientras que Fausto-Sterling cuestiona esta dicotomía entre “naturaleza” y “crianza”, destacando que el desarrollo sexual y de género es un proceso bio-psico-social mucho más complejo. No

se trata de una simple interacción entre lo biológico y lo cultural, sino de un continuo donde ambos factores están entrelazados (Fausto-Sterling, 2006[2000]).

Finalmente, otro punto relevante en su crítica es la falta de agencia individual que señala el modelo de John Money, donde muchas veces ignoraba la capacidad de agencia en los casos de personas intersexuales. Al imponer una identidad de género sin considerar la experiencia subjetiva de la persona, las teorías y prácticas de Money fallaban en reconocer que las personas no solo son “objeto” de la asignación de género, sino también sujetos que construyen activamente su identidad (Fausto-Sterling, 2006[2000]).

En resumen, el análisis de Fausto-Sterling critica la visión reduccionista de Money sobre el género como algo fácilmente moldeable y aboga por un enfoque más flexible y respetuoso con la diversidad corporal y la autodeterminación de las personas (Fausto-Sterling, 1998[1993]; 2006[2000]), proponiendo un marco más matizado para comprender la identidad de género y el desarrollo sexual, que tenga en cuenta la compleja interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social, y que respete la diversidad de experiencias individuales.

A lo largo de estas diversas autorías, el cuerpo intersexual se presenta como un espacio clave de contestación a las normativas hegemónicas sobre el sexo y el género. Desde los planteamientos iniciales de Simone de Beauvoir sobre la construcción social del cuerpo, pasando por el concepto de performatividad de Butler hasta las críticas biológicas de Fausto-Sterling, el cuerpo intersexual se presenta como una posibilidad de encarnar el desafío a los sistemas normativos que intentan categorizar y controlar las corporalidades.

Las contribuciones de estas autoras muestran que la intersexualidad no solo expone los límites del binarismo de género, sino que también ofrece una oportunidad para repensar las nociones de cuerpo, sexo y género desde una perspectiva más inclusiva y abierta a la diversidad biológica y cultural, proporcionando un marco teórico y base científica (en el caso de Fausto-Sterling) que ha ayudado a cuestionar las prácticas médicas y sociales que tradicionalmente han tratado a las personas intersexuales. Esto les abrió una posibilidad de *encarnar* su propia experiencia intersexual y de re-apropiarse de sus cuerpos por medio de las narrativas, articulación de activismo y otras instancias que expondré en el capítulo siguiente.

3. Entonces, ¿intersexualidad como proceso de salud-enfermedad-atención?

Hasta aquí, he intentado reflejar el tránsito de entendimiento del cuerpo intersexual, donde contemporáneamente ha sido atravesado por concepciones asimiladas a la noción de enfermedad y patología, por lo que he querido hacer un espacio para analizar los procesos de salud-enfermedad-atención, así como las dimensiones y los modelos de atención que teóricamente son propuestos.

3.1 Dimensión social

Los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen un aspecto universal que actúa estructuralmente en todas las sociedades y en los diversos grupos sociales que las conforman, aunque de manera diferenciada. Eventos como el nacimiento, la muerte, la enfermedad y los daños a la salud afectan de manera recurrente e inevitable la vida cotidiana de las personas, lo que convierte estos fenómenos en hechos sociales (Menéndez, 1994, 2018, 2020, 2021).

El carácter histórico-social de los procesos de salud-enfermedad radica tanto en su universalidad —dado que son fenómenos presentes en todas las poblaciones y no meramente individuales— como en su particularidad. Esto se refleja en la forma diferenciada en que cada grupo humano experimenta la salud, la enfermedad y la muerte.

Estas diferencias se manifiestan tanto entre sociedades contemporáneas, dentro de una misma sociedad a lo largo de su desarrollo histórico, como entre los distintos grupos sociales que componen esa sociedad (Laurell, 1982). Así, los perfiles de patologías varían entre diferentes grupos poblacionales, quienes presentan distintos tipos, distribuciones y frecuencias de enfermedades y padecimientos característicos en cada momento histórico.

Resaltar el carácter social de la salud y la enfermedad implica reconocer que no existen condiciones biológicas que, por sí mismas, se definan como tales sin la intervención de significados sociales. Estas se establecen a partir de juicios interpretativos que determinan qué condición biológica será vista como enfermedad. En otras palabras, no es posible hablar de salud o enfermedad sin que alguien las reconozca y defina (Conrad, 1982).

Con el ejemplo del Consenso de Chicago, quise reflejar como cada sociedad (en este caso, de manera internacional y mancomunada) establece los criterios que definirán qué se considera enfermedad y, en oposición, qué se define como salud. Además, se determinan las modalidades y respuestas sociales ante los padecimientos. Estos procesos de respuesta y atención a los problemas de salud no solo son factores estructurales, sino también cotidianos en todas las sociedades, ya que son fundamentales para su producción y reproducción.

A través de ellos, se generan representaciones y prácticas que moldean la manera en que las personas enfrentan, resuelven o sobrellevan los problemas de salud. Es importante destacar que, sin ignorar su dimensión biológica, los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen “una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas de las sociedades” (Menéndez, 1994, p.71).

Características sexuales “saludables”	Características sexuales “patologizadas”
Cromosomas 46 XX, 46 XY	Cromosomas 47 XXY, 47 XYY, 45X, 45Y, 46 XY, entre otras
Ovarios, testículos	Ovotestes
Pene de tamaño promedio	Pene de menor tamaño que el promedio
Abertura de la uretra en la punta del pene	Abertura de la uretra al costado o en la base del pene
Clítoris de tamaño promedio	Clítoris de mayor tamaño que el promedio
Útero y trompas de Falopio	Útero y trompas de Falopio muy pequeños o ausentes
Vagina de tamaño promedio	Vagina de tamaño muy pequeño o ausente

Tabla 5: Características sexuales sanas y patologizadas. Elaboración propia

3.2 Las dimensiones hegemónicas

La forma en que las sociedades organizan dichas respuestas sociales a los padecimientos y enfermedades se reflejará en las representaciones y prácticas más o menos estructuradas que surgen en dichas respuestas sociales. A su vez, se desarrollan profesiones e instituciones que detentan cuotas variables de poder y legitimidad para definir y actuar sobre la enfermedad. En el caso de la intersexualidad, esto permite reflexionar sobre los procesos de construcción social dentro de campos de disputa y relaciones de poder que establecen modalidades hegemónicas para conceptualizar y tratar las intersexualidades.

Como intenté graficar en el recorrido histórico precedente, y como expone en su estudio clásico, *La profesión médica*, Eliot Freidson (1978) la medicina alcanzó un estatus especial en la sociedad occidental, convirtiéndose en un sistema dominante de conocimientos y prácticas dentro de una compleja división del trabajo cuyo eje central es el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La medicina, a través de su profesionalización, logró altos grados de autonomía y el monopolio sobre su propia práctica. Como señala Freidson: “en el proceso de obtener un monopolio sobre su trabajo, la medicina también ha adquirido una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y, en consecuencia, cómo deben actuar las personas para ser tratadas como enfermas” (p.209). Además, posee la autoridad para definir quiénes serán los profesionales legítimamente reconocidos para ejercer dicha práctica.

Respecto a esto último, Foucault argumenta que la anatomopolítica y la biopolítica — formas de control sobre los cuerpos y las poblaciones, explicadas previamente— operan como técnicas de poder que refuerzan la jerarquización y segregación sociales, “garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía” (Foucault, 2007 [1976], p.171). A través de procesos económicos, político-ideológicos y científico-técnicos, ciertos sistemas de representaciones y prácticas sobre las enfermedades se vuelven hegemónicos dentro de diferentes contextos culturales, estableciendo relaciones de subalternidad con otros sistemas alternativos de atención.

Desde esta perspectiva, se destaca la función reguladora del aparato médico, que actúa como autoridad dominante en el proceso de etiquetar ciertos comportamientos como anormales y medicalizarlos con el objetivo de normalizarlos. La medicina, en este sentido, opera como agente de control social, dado que las enfermedades son construcciones sociales impregnadas de juicios negativos y definiciones morales (Conrad, 1982).

Menéndez afirma que “la enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocioal (...). Constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas, el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socio-ideológicos” (1994, p.71).

Pero, a pesar de la relevancia del trabajo de Freidson, los análisis de Foucault y las explicaciones de Menéndez, es importante relativizar la autonomía de la medicina y

reconocer que, aunque su posición es dominante, está inmersa en una red de relaciones de poder sujetas a disputas hegemónicas que no son fijas ni definitivas.

Las disputas sobre las imágenes sociales, prácticas y recursos relacionados con una enfermedad específica ocurren dentro de un campo de fuerza histórico y coyuntural, moldeado por un estado de relaciones hegemónicas en constante cambio. En este proceso intervienen múltiples actores sociales, instituciones, saberes disciplinarios, políticas estatales, organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales.

Los procesos de salud-enfermedad-atención se desarrollan en un campo sociocultural heterogéneo, atravesado por relaciones de poder que delinean mapas de desigualdad y estratificación social. Esto implica diferencias económicas y sociales, así como relaciones de hegemonía y subalternidad que operan tanto a nivel institucional como en los colectivos sociales e individuos.

En este marco relacional, me interesa analizar las formas hegemónicas que se manifiestan en los procesos de salud-enfermedad-atención de la intersexualidad, así como los nuevos conocimientos, aportes teóricos y científicos han permitido cuestionar el saber biomédico hegemónico, trayendo una nueva forma de “atender” la intersexualidad, como expondré en el Capítulo II. También, retomaré este marco teórico al estudiar cómo estas dinámicas articulan la formación del Estado, sus instituciones, las políticas públicas de salud, la configuración de sujetos y subjetividades en torno a la experiencia cotidiana del devenir intersexual en Chile, lo que analizaré etnográficamente en el Capítulo V.

3.3 Modelos de atención: Médico hegemónico versus Modelos de autoatención

El modelo médico hegemónico se refiere a “un conjunto de prácticas, conocimientos y teorías derivados del desarrollo de lo que conocemos como medicina científica, la cual, desde finales del siglo XVIII, ha logrado subordinar a las prácticas, saberes e ideologías que antes prevalecían en las sociedades, hasta llegar a posicionarse como la única forma legítima de abordar la enfermedad, avalada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1988, p.451). Este modelo se asocia con la medicina alopática, cuyo rasgo distintivo es el biologicismo, el cual fundamenta científicamente sus prácticas y constituye su principal diferenciación con respecto a otras formas de tratar los

padecimientos. Como institución y proceso sociohistórico, la biomedicina está en constante transformación.

Estos cambios no solo afectan su organización y formas de intervención predominantes, sino también su expansión continua, basada en dos aspectos principales: primero, en el progreso de la investigación biomédica, que aborda el cuerpo desde una perspectiva individualista, analizando sus componentes biológicos, anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y genéticos, lo que Foucault denomina un dispositivo del biopoder; y segundo, en el creciente desarrollo y consumo de productos farmacéuticos. Aunque existen momentos de cuestionamiento y conflicto en torno a sus métodos de intervención —ningún modelo hegemónico logra una dominación completa y está sujeto a disputas tanto a nivel micro como macrosocial—, frente a estas situaciones conflictivas, la expectativa de solución recae en los avances científicos y el desarrollo de nuevas tecnologías. Hasta ahora, la medicina ha logrado ofrecer respuestas, más allá de la efectividad real en la curación de ciertas enfermedades. En este proceso, la base científica de la investigación se vincula con la expansión y presiones económicas de la industria farmacéutica, contribuyendo a la creciente medicalización de los cuerpos y malestares de las personas.

Desde la perspectiva biomédica, el predominio del biologicismo y la racionalidad científica objetiva son los principales factores que excluyen o minimizan los aspectos sociales, culturales e históricos que también influyen en los procesos de salud-enfermedad-atención en las poblaciones.

En las carreras de medicina, no existe una formación institucionalizada sobre estos aspectos, quedando su consideración a criterio personal de cada profesional. Si bien los avances biomédicos han mejorado indudablemente la calidad de vida de las personas es crucial destacar, siguiendo el planteamiento de Menéndez, que sus enfoques dominantes contribuyen a la exclusión o minimización de los factores sociales, históricos y culturales que, junto con los biológicos, forman parte integral de los procesos de salud-enfermedad-atención.

El segundo modelo relevante es el de la autoatención, que Menéndez define como un proceso estructural, pues se manifiesta en todas las sociedades para asegurar la reproducción biosocial de sus integrantes. La autoatención se refiere al conjunto de “representaciones y prácticas que las personas utilizan a nivel individual y grupal para diagnosticar, explicar, tratar, controlar, aliviar, soportar, curar, resolver o prevenir los

problemas de salud, ya sean reales o imaginarios” (2018, p.106) sin la intervención de un profesional de la salud, como los médicos. Esta autoatención abarca desde el cuidado cotidiano del cuerpo y la preparación de alimentos hasta la automedicación y otras prácticas relacionadas con la salud, como los masajes, remedios caseros o el autocuidado mediante actividad física o dietas. Además, incluye la decisión de acudir o no a profesionales, dependiendo de la evolución del malestar.

La biomedicina y la autoatención están estrechamente vinculadas. No solo porque la decisión de consultar o no a un médico forma parte del proceso de autoatención, sino porque la propia biomedicina promueve prácticas de autocuidado para mantener un estilo de vida saludable. Los tratamientos médicos también suelen requerir acciones de autocuidado, especialmente en el caso de enfermedades crónicas, lo que genera una relativa autonomía en el manejo de los padecimientos. Además, muchas de las prácticas de autoatención que realizan los individuos provienen de su interacción con el modelo biomédico dominante.

Sin embargo, la relación entre biomedicina y autoatención es inherentemente contradictoria. Por un lado, la biomedicina critica la automedicación, señalando que interfiere en el cumplimiento adecuado de los tratamientos prescritos; por otro lado, promueve constantemente prácticas de autocuidado. No obstante, todas las acciones realizadas por los individuos dentro del proceso de autoatención demuestran la existencia de conocimientos sobre los procesos de salud-enfermedad, independientemente de si estos son correctos desde el punto de vista biomédico. En este sentido, la autoatención es una dimensión esencial en cualquier análisis que busque comprender los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los sujetos como actores sociales.

3.4 Los procesos de conformación subjetiva a la luz de las imágenes dominantes de salud y enfermedad

Los procesos de salud, enfermedad y atención se configuran como fenómenos sociales en los que se forman las subjetividades de los individuos. Desde el momento del nacimiento, las personas se moldean, al menos en parte, por los acontecimientos relacionados con la salud y la enfermedad que impactan sus cuerpos y vidas.

En este sentido, “la salud es un dominio simbólico importante para la creación y recreación del yo” (Crawford, 1994, p.1). La concepción de un “yo saludable” se erige como un símbolo central en la construcción de la subjetividad, que se vincula tanto a un cuerpo biológico sano, que se contrapone al cuerpo enfermo, como a una identidad culturalmente saludable que se opone a la noción de un otro considerado no saludable.

El modelo médico hegemónico, como la forma dominante de atención a las dolencias y de definición de lo que se entiende por salud y enfermedad, desempeña un papel esencial, aunque no necesariamente relacionado con la idea del yo saludable. Sin embargo, en este proceso también intervienen factores sociales, ideológicos y económicos. Aparte del modelo médico hegemónico, influyen imaginarios sociales que se promueven a través de los medios de comunicación masiva, especialmente en las publicidades, y que se reflejan en el consumo de concepciones de belleza, fuerza, salud, juventud, bienestar y, por su puesto, de cuerpos sexuados binarios.

Estos sistemas pueden analizarse, siguiendo a Foucault, como mecanismos de poder que respaldan y generan determinadas maneras de cuidar de uno mismo y de intervenir en la propia identidad (Foucault, 1990, 1999 [1984], 2007 [1984],). Estas operaciones y prácticas de autocuidado son realizadas por los individuos sobre sí mismos —su cuerpo, pensamientos y comportamientos— con el objetivo de identificarse como sujetos “saludables”. Sin embargo, es relevante mantener la noción de autoatención para reflejar las modalidades colectivas mediante las cuales los individuos y grupos, más allá de los mecanismos de poder predominantes, “evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia [la autoatención] es un mecanismo potencial —y subrayo lo de potencial— de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes” (Menéndez, 2003, p.204).

4. Cierre del capítulo

En este primer capítulo he delineado las matrices conceptuales que guían mi aproximación a las experiencias intersexuales, articulando tres ejes fundamentales: cuerpo, subjetividad y emociones. A través de un recorrido por diferentes tradiciones teóricas, he construido un marco interpretativo que me permite abordar estas experiencias

más allá de las perspectivas biomédicas reduccionistas, reconociendo tanto su dimensión estructural como su carácter subjetivo y encarnado.

La perspectiva antropológica sobre el cuerpo, enriquecida por los aportes de Csordas, Bourdieu y Foucault, me permite comprender los cuerpos intersexuales no como meras entidades biológicas, sino como realidades socialmente construidas y como lugares de agencia y resistencia. Al mismo tiempo, los enfoques sobre la subjetividad desarrollados por Ortner, Das y Cabrera me ofrecen herramientas para analizar cómo las personas intersexuales construyen sentido a partir de sus experiencias corporales, negociando los significados culturales atribuidos a sus cuerpos.

La antropología de las emociones complementa este marco al permitirme explorar la dimensión afectiva de estas experiencias, entendiendo las emociones no como estados internos, sino como prácticas sociales que emergen en contextos específicos y que tienen efectos políticos. Las perspectivas feministas, por su parte, me brindan herramientas para cuestionar las categorías naturalizadas de sexo y género, y para analizar cómo los cuerpos son producidos a través de prácticas discursivas y materiales que refuerzan el binarismo sexual.

Por su parte, el recorrido histórico presentado evidencia profundas transformaciones tanto epistémicas como ontológicas en la manera de concebir, categorizar e intervenir los cuerpos intersexuales. Estos cambios no han sido lineales ni uniformes, sino que representan complejos entramados de poder-saber que han definido qué cuerpos son considerados legítimos, inteligibles o patológicos en diferentes contextos histórico-culturales.

La evolución del conocimiento sobre los cuerpos intersexuales revela varias rupturas epistémicas fundamentales. Presenciamos un desplazamiento desde interpretaciones basadas en la mitología y la religión, como el hermafroditismo en la Grecia clásica o los “monstruos” como señales divinas en la Edad Media, hacia explicaciones científicas y biológicas que comenzaron a gestarse en el Renacimiento y se consolidaron en los siglos XVIII y XIX. Este cambio epistémico trasladó la autoridad desde las instituciones religiosas hacia las comunidades científicas emergentes, transformando radicalmente la forma de producir conocimiento sobre estos cuerpos.

También se observa una transición significativa desde un enfoque taxonómico que buscaba simplemente categorizar los cuerpos intersexuales, como en la llamada “Edad de

las gónadas”, hacia un paradigma intervencionista centrado en “corregir” y “normalizar” estos cuerpos mediante cirugías y tratamientos hormonales durante la denominada “Edad de la conversión”. Esta transformación fue posibilitada por los avances tecnológicos en medicina y reforzada por teorías como las de John Money, que concebían el género como algo maleable que podía ser moldeado mediante intervención temprana.

Más recientemente, hemos presenciado el surgimiento de epistemologías feministas y queer que cuestionan el determinismo biológico y proponen entender los cuerpos intersexuales no como anomalías sino como manifestaciones de la diversidad corporal natural. Este giro epistémico, impulsado por autoras como Fausto-Sterling, Butler y Wittig, desafía la autoridad médica y reconoce la dimensión política del cuerpo, habilitando nuevas formas de conocimiento que privilegian la experiencia vivida de las personas intersexuales.

Paralelamente a estos cambios en la producción de conocimiento, es posible identificar transformaciones ontológicas fundamentales en cómo se ha concebido la existencia misma de los cuerpos intersexuales. En la Antigüedad, el hermafroditismo se entendía frecuentemente como una manifestación de la dualidad divina o como parte de un espectro natural de variación, visión que coexistía con interpretaciones negativas. Sin embargo, con el auge del determinismo biológico y el modelo médico, estos cuerpos pasaron a ser conceptualizados como “errores” o “desórdenes” que debían ser corregidos, redefiniendo ontológicamente su naturaleza y lugar en el orden social.

La transición desde la teoría monista unitaria o de “sexo único”, donde la mujer era considerada un hombre imperfecto, hacia el modelo de dimorfismo sexual rígido que emergió en el siglo XVIII, redefinió ontológicamente lo que significaba ser hombre o mujer, dejando poco espacio para existencias intermedias. Esta nueva concepción ontológica del sexo como binario e inmutable tuvo profundas consecuencias para la comprensión y tratamiento de los cuerpos intersexuales, que pasaron a ser vistos como anomalías que transgredían un orden natural supuestamente evidente.

El surgimiento de una nueva ontología en la era post-medicalización comprende el cuerpo intersexual no como un objeto pasivo de intervención médica, sino como un sitio de resistencia política y autodeterminación. Esta transformación, potenciada por la visibilidad activista y las epistemologías feministas, reconoce en estos cuerpos el potencial para desestabilizar los binarismos de género y sexo, atribuyéndoles una nueva forma de existencia que desafía las categorías establecidas.

Estas transformaciones epistémicas y ontológicas revelan que lo que entendemos por cuerpo intersexual no es una realidad atemporal ni universal, sino una construcción histórica y sociocultural permeada por relaciones de poder. La categorización e intervención de estos cuerpos ha estado históricamente al servicio de reafirmar un orden binario de género y una heterosexualidad normativa, evidenciando cómo el conocimiento científico y médico no es neutral, sino que está profundamente influenciado por los contextos culturales e históricos en los que se desarrolla.

El análisis genealógico realizado evidencia cómo cada época ha construido sus propios dispositivos de regulación corporal, sus taxonomías específicas y sus tecnologías de intervención. Al revelar la contingencia histórica de estas categorías, se desestabiliza la idea de que existe una única manera “correcta” de ser o vivir un cuerpo, abriendo posibilidades para articular narrativas alternativas que promuevan una comprensión más inclusiva de la diversidad corporal humana.

Lo que algunas responden: Re-definiendo la(s) intersexualidad(es) desde el activismo

The time has come for intersexuals to denounce our treatment as abuse, to embrace and openly assert our identities as intersexuals, to intentionally affront the sort of reasoning that requires us to be mutilated and silenced.

(Cheryl Chase, 1998, p.214)

1. El despertar colectivo: De objetos médicos a sujetos políticos

“Intersexual” ha sido siempre una categoría controvertida. Por ello, proporcionar una definición del término desde las mismas personas intersexuales, o desde una perspectiva *emic*, es un desafío, ya que está inevitablemente atravesada por nociones biológicas y médicas que antecedieron su identificación.

La activista intersexual Michelle O’Brien sostiene que, al hablar o escribir sobre lo intersexual, lo primero que debe entenderse es que la definición de “intersex” ha cambiado con el tiempo y ha sido progresivamente controlada por personas con carreras médicas, activistas y académicas (O’Brien, 2009), como se evidenció en el Capítulo I. Por su parte, Morgan Holmes, activista y académico intersex, complejiza aún más la elaboración de una propuesta *emic* al señalar que no existe una única definición de intersexualidad, sino múltiples y diversas. Según Holmes, “la intersexualidad no es uno, sino muchos sitios en disputa que son aclamados por intereses específicos y en competencia” [traducción de la autora] (Holmes, 2009, p.2).

Así, los procesos históricos de significación y resignificación de lo “intersexual” — particularmente relevantes en las últimas tres décadas— son esenciales para comprender adecuadamente la intersexualidad. En este contexto, con el objetivo de ser reconocidas socioculturalmente y posicionarse como agentes políticos, las organizaciones intersexuales han desarrollado una definición funcional que ha sido replicada internacionalmente. Esto les ha permitido enfrentar colectivamente la hegemonía histórica de la medicina en la conceptualización y representación de sus identidades.

La Organización Intersex Internacional (en adelante, OII) define que “las personas intersexuales nacen con características físicas, hormonales o genéticas que no son completamente femeninas ni completamente masculinas; o con una combinación de mujer y hombre; o que no corresponden ni a mujer ni a hombre” [traducción de la autora] (OII Australia, 2013). Esta definición ha sido ampliamente aceptada por activistas intersexuales a nivel global, ONGs y otros actores vinculados a los debates sobre intersexualidad, aunque sus respectivas definiciones pueden diferir según el campo desde el cual aborden el tema.

En el Sur Global, una de las definiciones más empleadas en Latinoamérica es la del activista intersexual argentino Mauro Cabral, quien entiende la intersexualidad como “aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente” (Cabral & Benzur, 2005, p.284). Por otro lado, BrújulaIntersexual, organización mexicana que trabaja con personas, activistas y comunidades intersexuales en México, Latinoamérica y España, define la intersexualidad como “diferentes corporalidades en las cuales una persona nace con variaciones de las características sexuales” (BrújulaIntersexual, 2023).

Todas estas definiciones reconocen las diversas formas de intersexualidad, lo que permite entenderla como un espectro de variaciones en las características sexuales, en lugar de una categoría única.

El ejercicio de exponer sus vivencias asigna a las personas intersexuales el poder de construir una nueva representación social, asumiéndolas como expertas en saberes “legos” o “expertas por experiencia”. Este conocimiento se entiende como situacional y basado en la vivencia. Sin embargo, más allá de la diversidad textual en las definiciones, las historias de vida que sustentan la noción de intersexualidad son, en su mayoría, muy similares.

De esta forma, este capítulo analiza cómo algunas personas intersexuales han transformado las definiciones de intersexualidad, pasando de ser objetos de estudio médico a sujetos políticos activos en la construcción de sus propias narrativas e identidades por medio del activismo. El objetivo principal es examinar el proceso mediante el cual las personas intersexuales comenzaron a definir su propia existencia, desafiando los discursos médicos predominantes y generando espacios de resistencia colectiva.

La estructura del capítulo se organiza en cuatro partes fundamentales: primero, se presentan las precisiones previas sobre la complejidad de la definición intersexual; segundo, se analiza el surgimiento del activismo intersexual como respuesta a la violencia biomédica, utilizando el marco conceptual del “drama social” de Turner; tercero, se examina la construcción de un “arquetipo intersexual” basado en narrativas testimoniales; y finalmente, se estudia la expansión del movimiento intersexual en Latinoamérica, explorando las tensiones entre influencias globales y particularidades regionales.

El análisis de estas transformaciones conceptuales, basado principalmente en producciones teóricas y testimoniales de las propias personas intersexuales, permite comprender la intersexualidad desde una perspectiva que privilegia la experiencia vivida sin descontextualizarla de los complejos marcos socioculturales, médicos y políticos que históricamente la han condicionado. Este enfoque no solo enriquece nuestra comprensión teórica del fenómeno, sino que reconoce y valida el protagonismo de quienes, mediante su activismo, han logrado redefinir los términos de un debate que durante siglos les excluyó como interlocutoras legítimas.

2. El “drama social”: En respuesta a la violencia biomédica

El vínculo entre los dramas sociales y las narrativas intersexuales proporciona un marco comprensivo para analizar cómo los conflictos y tensiones sociales emergen y se entrelazan con experiencias individuales que desafían normas culturales y biomédicas.

El concepto de “drama social” propuesto por Turner (1974, 1985, 1987) proporciona un marco analítico particularmente útil para comprender cómo las experiencias individuales de las personas intersexuales se transforman en procesos colectivos de resistencia y cambio social. Este marco nos permite identificar cuatro fases interconectadas en la emergencia del activismo intersexual: ruptura, crisis, reajuste y reintegración.

La primera fase, la ruptura, ocurre cuando una persona intersexual o su entorno cercano enfrenta la realidad de que su cuerpo y su identidad de género no se ajustan a las categorías binaristas. Esta ruptura es altamente simbólica, ya que evidencia las rigideces y limitaciones de las normas hegemónicas que estructuran la vida social. Esta fase se caracteriza por el quiebre de las normas sociales implícitas que habían mantenido

silenciadas estas experiencias, como fue el caso del testimonio de Cheryl Chase que explicaré en los siguientes puntos, entendido este mismo como un punto de inflexión.

La segunda fase, la crisis, implica un periodo de disputa y confrontación directa. En esta etapa, las personas intersexuales a menudo enfrentan luchas con instituciones médicas que han promovido históricamente intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales sin su consentimiento. Aquí entran en juego recursos sociales, como alianzas con comunidades intersexuales o redes de apoyo, que luchan por los derechos humanos y la autonomía corporal. Las estrategias empleadas en esta etapa están profundamente vinculadas a la capacidad de agencia de las personas intersexuales y a la disposición de las instituciones para adaptarse a nuevas demandas éticas y legales (Turner, 1985).

La tercera fase, el reajuste, según Turner (1987), puede manifestarse de manera formal o informal. En el caso del activismo intersexual internacional, se manifiesta a través de la creación de organizaciones como ISNA (Intersex Society of North America) y posteriormente la OII (Organización Intersex Internacional), que proporcionan espacios para la articulación de demandas colectivas y la construcción de nuevas narrativas sobre la intersexualidad. En esta etapa se desarrollan alianzas estratégicas con académicos, profesionales de la salud críticos y otros movimientos sociales, ampliando el campo de influencia del activismo intersexual.

Finalmente, en la fase de reintegración, los resultados pueden ser variados y complejos. Algunos dramas sociales terminan en la aceptación y la integración de nuevas identidades y normas sociales, mientras que otros perpetúan el conflicto y la exclusión. En el caso de las personas intersexuales, los cambios en la percepción pública y las políticas pueden señalar progresos importantes; sin embargo, las narrativas dominantes y las estructuras institucionales siguen representando desafíos. En esta fase, la reflexividad —concepto clave en la antropología de la experiencia— permite a las personas intersexuales procesar sus experiencias individuales y, al mismo tiempo, reconocer y articular las implicaciones sociales y políticas más amplias de sus historias.

Díaz Cruz (1997) señala que los “dramas sociales” no solo se materializan en relatos o narrativas, sino que las acciones que los integran son articuladas, organizadas, seleccionadas y descritas posteriormente para conformar un relato más o menos unitario y coherente: una forma de hablar de, y representarse a, sí mismos (p.8). A esto lo defino como un “arquetipo intersexual”, el cual invita a reflexionar críticamente sobre la

capacidad de las estructuras sociales para acoger la diversidad mientras se consolida una narrativa homogénea.

Según Bruner (1986), la experiencia humana se articula y se hace comprensible a través de narrativas que contribuyen tanto a la construcción como a la transformación de las identidades y las estructuras sociales. En el caso intersexual, estas narrativas desestabilizan concepciones normativas del cuerpo y el género, proponiendo modelos más inclusivos y flexibles, diferentes a los hegemónicos. De esta forma, la intersección entre los dramas sociales y las narrativas intersexuales muestra cómo las experiencias individuales se convierten en escenarios de negociación y resignificación de normas sociales. Los conflictos que surgen no solo revelan las limitaciones de las estructuras dominantes, sino que también abren espacio para la creatividad social y la transformación, como se ejemplificará en los puntos siguientes.

Es importante señalar que estas fases no siguen necesariamente una progresión lineal, sino que pueden superponerse y reciclarse a medida que surgen nuevos desafíos y oportunidades. El “drama social intersexual” continúa desenvolviéndose en múltiples niveles, desde lo personal hasta lo político, y desde lo local hasta lo global.

2.1 Alzar la voz y publicar historias de vida: Un contexto propicio para la efervescencia de narrativas intersexuales

De acuerdo con lo que expuse en el Capítulo I, las voces intersexuales permanecieron en silencio (o más bien, silenciadas) durante la mayor parte de la historia. No obstante, la década de los 90s marcó un hito en las representaciones intersexuales: las autobiografías emanadas desde personas intersexuales comenzaban a aparecer en cantidades considerables, produciendo un nuevo espacio discursivo que desafiaba al hegemónico discurso médico sobre la intersexualidad.

Varios aspectos propiciaron y aportaron en el surgimiento de estas narrativas y a que estas se hicieran públicas. En primer lugar, el contexto histórico y político se vio impactado por movimientos por los derechos civiles, feminismos y de las comunidades LGTB+ abrieron la puerta a todo tipo de minorías cuyas voces habían sido consideradas como no autorizadas y, en consecuencia, fueron suprimidas dentro de los discursos culturales dominantes. La emancipación gradual de las nociones culturales dominantes sobre el

sexo, el género, la sexualidad, la “raza”, la clase, entre otras, propició un camino para que los grupos de identidad marginados pudiesen expresarse y exigir igualdad. En tanto, sus integrantes podían exponer sus historias de vida, o su “yo”, desde perspectivas propias que justifican la formación de este colectivo cultural al que pertenecen.

En segundo lugar, la aparición de las narrativas de la enfermedad en el posmodernismo, escritas o contadas por personas que enfrentan alguna condición y que son receptoras de tratamiento médico, se ha considerado una forma de resistencia a la apropiación del cuerpo y la autonomía de los pacientes por parte de las autoridades médicas. Según la perspectiva de Alice Dreger, “la concepción modernista del médico-héroe activo, un salvador estrictamente racionalista, valiente y desinteresado que trata a un paciente silencioso, pasivo e inequívocamente agradecido, ha evolucionado hacia los desafíos posmodernistas en cuanto al equilibrio de poder entre médico y paciente, así como a los cuestionamientos al papel del 'médico como salvador'” [traducción por la autora] (Dreger 1998, p.172). A través de la narración de sus propias experiencias con “enfermedades” u otras vivencias que afectan a su integridad corporal, la persona entendida como “paciente” (una categoría de identidad producida por los discursos médicos), ya no se queda en el papel de “víctima” impotente de la medicina, sino que puede desarrollar una identidad propia.

En tercer lugar, la actitud crítica y deconstructiva del posmodernismo hacia la identidad, el género y la corporalidad como construcciones contingentes en contextos culturales, históricos, sociales y lingüísticos han permitido a las personas intersexuales reclamar tanto las definiciones de sus identidades como la autodeterminación corporal desde perspectivas no hegemónicas, ya que, su propia existencia —la de personas intersexuales— desafía la noción de una “verdad” con respecto a los cuerpos. La búsqueda de la “verdad” y la autenticidad en relación con la propia corporalidad y el sentido del género es un principio estructurador de muchas narrativas intersexuales, como se verá a continuación.

De esta forma, las narrativas intersexuales se presentaron no solo como agrupación de las vivencias individuales, sino que también operaron—y operan— como escenarios simbólicos donde los conflictos estructurales de las normas biomédicas y culturales se dramatizan.

Siguiendo la lógica del “drama social”, la fase de ruptura se genera con los relatos en primera persona que revelan un punto de quiebre al confrontar la asignación de género

impuesta y las intervenciones médicas no consensuadas. La crisis, en este contexto, se vive en los esfuerzos por reinterpretar estas experiencias como actos de resistencia, mientras que el reajuste toma forma en la creación de espacios colectivos donde las personas intersexuales reconfiguran sus identidades.

Adicionalmente, el “drama social” en estos testimonios cuestiona las relaciones de poder en el ámbito médico, donde las personas intersexuales son posicionadas como objetos en lugar de sujetos de conocimiento. Este conflicto se amplifica cuando los relatos incluyen reflexiones sobre las secuelas de las cirugías normalizadoras y el silenciamiento impuesto por las instituciones médicas. Butler (2004[1997]) subraya que estos silenciamientos son formas de exclusión ontológica que deshumanizan a quienes no se ajustan a las normas binarias. En este sentido, las narrativas intersexuales transforman las experiencias de exclusión en un acto político que busca visibilizar y resignificar estas historias.

2.2 Génesis del activismo intersexual en Norteamérica

Explicado el contexto en el que surge el movimiento intersexual, procedo a su descripción. Los orígenes del movimiento intersexual se remontan al año 1993, año en el cual la doctora Fausto-Sterling publica un desafiante artículo: “The five sexes: why male and female are not enough”, donde cuestiona el tratamiento sociomédico a lo largo de la historia sobre los cuerpos intersexuales. Este artículo generó impacto en Cheryl Chase, persona intersexual estadounidense, quien a modo de apoyar la publicación de Fausto-Sterling, emite una carta donde denuncia públicamente sus cirugías, tratamientos médicos y las respectivas consecuencias en su vida (Casanova, 2021), generándose la ruptura inicial del drama social.

Chase comienza a cuestionarse cuánta gente había enfrentado una situación similar a la suya, por lo que anuncia la creación de la primera organización intersexual como grupo de apoyo y lucha por sus derechos humanos. De esta forma, en el mismo año se funda la *Intersex Society of North America* (en adelante, ISNA). El objetivo central era compartir historias con personas intersexuales de distintos lugares de Estados Unidos, pero Chase, al darse cuenta de que ya había reunido una cantidad suficiente de relatos que aludían a la violencia inconsultas sobre sus cuerpos al nacer, decide que una de las primeras acciones de la agrupación era enviar una carta directamente a John Money, cuestionando

el protocolo propuesto por el psicólogo y sexólogo según “la edad óptima” para ejecutar una cirugía genital (6 semanas a 15 meses). No obstante, la indiferencia del médico dificultó sus inicios y logro de propósitos.

El 26 de octubre de 1996 se celebró un hecho histórico para el movimiento intersexual, que marcaría la conmemoración del Día de la Conciencia Intersex, celebrado cada 26 de octubre. En esta fecha la ISNA convocó a la primera manifestación pública de personas intersexuales (ISNA, 1996a, s.p.), la cual tuvo lugar frente al edificio donde se realizaba la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatras (AAP) en Boston. En dicha ocasión, el organismo no accedió a hablar con las personas manifestantes, pero, posteriormente, envió un comunicado reafirmando las ideas de John Money, agregando que “desde el punto de vista del desarrollo emocional, 6 semanas a 15 meses parece ser el período óptimo para la cirugía genital” [traducción por la autora] (ISNA, 1996b, s.p.).



Figura 9: Hermaphrodites with Attitude, Boston, 1996. Fuente: Intersexday.org

Ante dicho contexto, Cheryl Chase respondió:

Ha llegado la hora para los intersexuales de denunciar nuestro tratamiento como abuso, para afirmar y manifestar abiertamente nuestra identidad como intersexuales, para enfrentar intencionalmente esa suerte de razonamiento que requiere que seamos mutilados y silenciados. [traducción por la autora] (Chase, 1998, p.214).

La crisis, entendida como la fase de conflicto abierto, se manifiesta en las tensiones entre activistas y comunidades médicas. El enfrentamiento público desafía las prácticas biomédicas hegemónicas, y también se extiende a las dinámicas internas del activismo, donde las narrativas personales y colectivas intentan equilibrar la diversidad de experiencias con la creación de una identidad política coherente. En un nuevo artículo titulado “Rethinking treatment for ambiguous genitalia”, exponía la falta de interés por parte de la comunidad médica a escuchar y reconocer las narrativas de las personas intersexuales:

Debido a la falta de datos sobre cómo las intervenciones médicas afectan la vida de las personas intersexuales, los miembros del ISNA esperaban que los médicos estuvieran muy interesados en escuchar cómo han sido las vidas de sus propios pacientes. Lamentablemente, la mayoría de los médicos han ignorado los intentos de comunicación. [traducción por la autora] (Chase, 1999, s.p)

No obstante, las demandas del movimiento comenzaron a encontrar respaldo en profesionales quienes realizaban publicaciones provenientes de la biología, por ejemplo: Dreger (1998, 1999) o Kipnis & Diamond (1998), quienes apuntaban hacia la responsabilidad de la comunidad médica en las intervenciones quirúrgica.

Sumados a estas alianzas, surgen trabajos teóricos en esta misma época y que aliaron con ISNA. Desde la Academia, se cuestiona la clasificación de los sujetos de género y de sexo no conforme en distintos momentos histórico-culturales, desde el siglo XVII hasta la actualidad. Trabajos como *Lessons from the Intersexed* (1998), de Suzanne Kessler y el posterior trabajo, “Cuerpos sexuados” (2006[2000]) de Anne Fausto-Sterling, venía a sumar fuerza sobre la crítica a los procesos de biomedicalización de la intersexualidad y sus condiciones culturales subyacentes.

Esto puede ser entendido como el reajuste del “drama social”, es decir, fase de resolución parcial, donde se generan alianzas estratégicas entre activistas y académicas.

De esta forma, con apoyo y patrocinio desde distintas disciplinas, la ISNA ya reconocida en el mundo, fue convocada para el desarrollo del 1er informe de derechos humanos relativo a la intersexualidad, efectuado por la Comisión de Derechos Humanos de San Francisco, en el cual, por primera vez, se denuncian cirugías “normalizantes”, exponiéndolas, además, como una violación de la integridad corporal (SF-HRC, 2005).

Gracias al apoyo de las nuevas tecnologías de información, la articulación del movimiento permitió –y permite– a las personas intersexuales, compartir sus experiencias a través de redes sociales y generar redes de apoyo con quienes han vivido la misma situación, sin

importar el territorio donde se encuentren. Así, en 2003, la visibilización de historias intersexuales y el deseo de reivindicar derechos, traspasa el territorio de los Estados Unidos y se forma la Organización Internacional Intersex (OII), la cual trascendería las barreras geográficas, lingüísticas y culturales: conformando una red global que hoy cuenta con filiales en Norteamérica, Europa, Asia y África (OII International, 2012). Por su parte, el ISNA llega a su fin el año 2008, después de quince años de activismo, y con el fin de mejorar los cursos acción entrega sus fondos a la Accord Alliance, organización que se focalizó en las mejoras de la atención médica y el bienestar general de las personas intersexuales.

3. El surgimiento de un arquetipo de experiencia intersexual

La elección del concepto “arquetipo” responde a la necesidad de identificar un patrón universal y transhistórico que trascienda contextos culturales específicos. A diferencia de categorías meramente sociológicas o antropológicas particulares, el arquetipo implica una estructura profunda que opera a nivel simbólico-cognitivo fundamental, permitiendo que diferentes sociedades y épocas reconozcan y activen el mismo patrón organizativo ante situaciones similares de crisis liminal (Eliade y Anaya, 1994[1949]).

El arquetipo intersexual opera como un esquema organizativo fundamental que permite a las comunidades clasificar, interpretar y estructurar aquellas experiencias que desbordan las categorías binarias establecidas. En el contexto del drama social de Turner, este arquetipo no solo emerge durante las fases liminales, sino que funciona como un dispositivo cognitivo que las comunidades activan para reorganizar experiencias caóticas bajo un patrón coherente de integración de opuestos. Más que figuras que simplemente “encarnan” intersexualidad, el arquetipo constituye una matriz interpretativa que permite agrupar, ordenar y dar sentido a experiencias diversas bajo una lógica unificadora. Las comunidades seleccionan y organizan sus narrativas según este patrón arquetípico, utilizándolo como filtro organizativo que convierte experiencias potencialmente desestabilizadoras en material simbólico manejable.

Los relatos en primera persona de Cheryl Chase, en su carta a Fausto-Sterling o en su artículo “Affronting Reason” (1998), puede considerarse el surgimiento de un “arquetipo” de la experiencia intersexual, la cual fue construida a través de las interrelaciones,

tensiones y conflictos entre su experiencia encarnada y la producción cultural de cuerpos sexuados, géneros y sexualidades de acuerdo con las normas sociales imperantes.

Por medio de esta narrativa se negocian casi todos los significantes negativos que hacen ininteligible la intersexualidad y, a la vez, se presenta como un esfuerzo por dismantelar o desafiar la construcción intersexual de la narrativa médica hegemónica.

El texto inicia con la clasificación de la corporalidad de Chase como intersexual por parte de la comunidad médica:

Parece que tus padres no estuvieron seguros durante un tiempo de si eras niña o niño', me explicó la doctora Christen mientras me entregaba tres fotocopias borrosas. Yo tenía 21 años y le había pedido que me ayudara a obtener los registros de una hospitalización que tuvo lugar cuando yo tenía un año y medio. Estaba desesperada por obtener los registros completos, por determinar quién me había extirpado quirúrgicamente el clítoris, y por qué. 'Diagnóstico: hermafrodita verdadero. Operación: clitorectomía. [traducción por la autora] (Chase 1998, p.204)

Su propia construcción narrativa intersexual se basa en una paradoja de presencia/ausencia, es decir, su existencia ya implica un momento deconstructivo.

Al contar y escribir su historia, convierte esta historia que entiende como “imposible” en algo “real”: “No es posible, pensé. Esta no puede ser la historia de nadie, y mucho menos la mía. No la quiero. Sin embargo, es mía” [traducción por la autora] (Chase 1998, p.205). Esta negación se presenta en varios niveles y en distintas etapas del ciclo vital, iniciando con su infancia, la que categoriza como “una mentira”, al exponer que “Charlie”, el bebé nacido como “verdadero hermafrodita”, tuvo una identidad original que fue borrada y sustituida por la identidad de “Cheryl”, una “niña” construida quirúrgicamente a manos de la comunidad médica.

La medicalización y la alteración de los cuerpos intersexuales están conectadas con la invisibilidad y el silenciamiento de las personas intersexuales en la historia (Capítulo I). Todas las evidencias de la existencia intersexual son prácticamente eliminadas o se presentan en textos médicos como “objetos”, despojados de individualidad, subjetividad y humanidad. Las imágenes predominantes de los sujetos intersexuales están constituidas por cuerpos fragmentados y partes del cuerpo mutiladas: “Las únicas imágenes que encontré fueron historias de casos patologizados en textos y revistas médicas, primeros planos de genitales pinchados, punzados, medidos, cortados y suturados, imágenes de cuerpo entero con los ojos tapados” (Chase 1998, p.206).

En este contexto, la intersexualidad no se interpreta como una forma de existencia viable, completa y auténtica, sino que se define a raíz de sus partes corporales sexuadas. En consecuencia, el cuerpo intersexual no solo se fragmenta, sino que se configura completamente a través de las “piezas” genitales patologizados. La mirada médica produce un sujeto intersexual mutilado, desmenuzado y deshumanizado, afirmando que esta es la única posición inteligible del sujeto intersexual y, que, a la vez, extrañamente es “socialmente impensable” en nuestra cultura (Chase 1998, p.207).

Esta invisibilidad y silenciamiento social problematiza la posición de sujeto intersexual en el ámbito social. La corporalidad ausente y carente, que se reinscribe en el cuerpo intersexual de Chase, hace que experimente una disociación corporal en la interacción con los demás: “mi percepción de mí misma es como una entidad incorpórea, sin sexo ni género” (1998, p.213).

Los genitales se presentan como los principales significantes que connotan un sexo, y la falta o mutilación ellos, sitúa a un sexo— en su origen indescifrable— como inteligible: “A mis genitales les faltaban partes...ahora afirmo tanto mi feminidad como mi intersexualidad, mi 'no feminidad'. Esto no es una paradoja; el hecho de que mi género haya sido problematizado es la fuente de mi identidad intersexual” (1998, pp.210-211).

En esta misma línea, la negativa de Chase en su edad adulta a aceptar la asignación médica de género asignada por la comunidad médica permite un cambio de perspectiva dentro de esta narrativa y funciona como un momento de conformación/transformación subjetiva del sujeto intersexual:

¿Qué veo cuando me miro al espejo? Un cuerpo femenino, aunque con cicatrices y sin algunas partes genitales importantes. [...] Mi cuerpo no es femenino, es intersexual. La cirugía no consentida no puede borrar la intersexualidad y producir hombres y mujeres completos; produce intersexuales emocionalmente maltratados y sexualmente disfuncionales. Si etiqueto mi anatomía posquirúrgica como *femenina*, atribuyo a los cirujanos el poder de crear una *mujer* extirpando partes del cuerpo. Accedo a su agenda de “la mujer como carencia”. Colaboro en la prohibición de mi identidad intersexual. [traducción por la autora]. (Chase, 1998, p.213)

La interpretación de estos fragmentos parece inicialmente ambivalente, ya que las concepciones mismas de Chase sobre los cuerpos “femeninos” e “intersexuales” y su autopercepción como mujer y/o intersexual son contradictorias: ella percibe su cuerpo como femenino, marcado por cicatrices y “deficiente”, pero al mismo tiempo rechaza esta encarnación femenina a favor de una encarnación intersexual. Sin embargo, este cuerpo

intersexual también es descrito como violado y “disfuncional”, a pesar de lo cual decide reclamarlo y afirmarlo.

Según su razonamiento, ambas corporalidades no son viables. La narración problematiza la inteligibilidad de Chase como sujeto sexuado (y de género), ya que no puede ser “mujer” (puesto que su corporalidad intersexual no puede “convertirse” en un cuerpo femenino “completo”, es decir, viable) y, aunque puede definirse a sí misma como “intersexual”, “intersexual” no es un modo inteligible de ser. Chase se enfrenta al dilema de la inteligibilidad, ya que sus “opciones son repugnantes”: no tiene “ningún deseo de ser reconocida dentro de un determinado conjunto de normas” (Butler, 2004[1997], p.3). Es decir, entre la “mujer como carencia” del discurso biomédico y su “identidad intersexual” autoelegida no existe ninguna categoría de reconocimiento.

En la teoría de la performatividad del género y el cuerpo sexuado, Butler concibe el género como la repetición persistente de convenciones culturales sobre el cuerpo. En este caso, Chase expone un cuerpo intersexual a través de la ausencia de genitales “femeninos” normativos, cuya ausencia, además, se presenta como una elección no agenciada por ella misma, sino que opera dentro de un marco cultural e histórico ya existente que la direccionó a existir de esa forma. Sumado a esto, afirma su lesbianismo, lo que pone en entredicho el programa médico de producir sujetos heterosexuales y cuestiona el “éxito” que se pretendía conseguir por medio de la cirugía.

Finalmente, el rechazo de Chase a la construcción médica de su cuerpo intersexual como “mujer menos aquellas partes del cuerpo sexuadas y relevantes” abre el camino a una forma más radical de autodeterminación (Butler, en Williams 2014), la cual le permite reclamar la autoridad de su cuerpo a través de la ausencia de genitales “femeninos” normativos y, a partir de ahí, definir su cuerpo como intersexual y nombrarse intersexual.

El surgimiento de un “arquetipo” de experiencia intersexual, como el relato de Cheryl Chase, refleja un intento por crear una narrativa coherente que permita visibilizar las experiencias de las personas intersexuales a través de un “itinerario corporal” (Esteban, 2004), como se podría entender con la siguiente figura:

Arquetipo intersexual

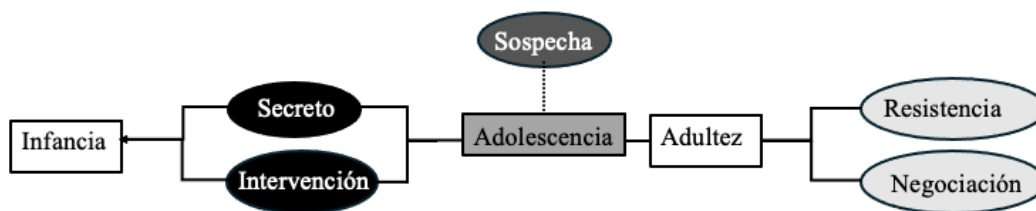


Figura 10: Itinerario del “Arquetipo intersexual”. Elaboración propia

El arquetipo intersexual no debe entenderse como un modelo universal o esencialista, sino como una construcción narrativa que emerge de las experiencias compartidas de violencia médica, silenciamiento y posterior resistencia. Este arquetipo funciona simultáneamente como un recurso político y como un marco de inteligibilidad que permite a las personas intersexuales reconocerse en experiencias colectivas.

Los componentes esenciales de este arquetipo incluyen: 1) la experiencia temprana de intervenciones médicas no consentidas; 2) el silenciamiento y ocultamiento de la condición intersexual; 3) el descubrimiento traumático de la propia intersexualidad en etapas posteriores de la vida; 4) la búsqueda de información y conexión con otras personas intersexuales; y 5) la transformación de la experiencia individual de sufrimiento en acción política colectiva.

Es crucial entender que este arquetipo, aunque potente como herramienta política, también presenta limitaciones. Como señala Holmes (2009), “la intersexualidad no es uno, sino muchos sitios en disputa”, lo que sugiere que ninguna narrativa única puede capturar la diversidad de experiencias intersexuales. El arquetipo funciona como un punto de referencia que facilita la visibilización colectiva, pero también puede generar nuevas exclusiones si se rigidiza o se convierte en un requisito para la legitimidad intersexual.

De esta forma, esta homogenización también puede ser problemática, ya que corre el riesgo de replicar las mismas dinámicas de exclusión que busca desafiar. Según González (2009), el diálogo entre lo *emic* y lo *etic* en la construcción de estas narrativas muestra que las identidades intersexuales no pueden entenderse en términos absolutos, sino como el resultado de negociaciones constantes entre experiencias vividas y discursos normativos.

El concepto de drama social es útil para analizar cómo estas narrativas funcionan como sitios de negociación y transformación. La ruptura inicial se observa cuando las personas intersexuales se niegan a aceptar las categorías impuestas, mientras que la crisis surge al intentar articular una identidad colectiva que reconozca tanto la diversidad como las similitudes entre sus experiencias. El reajuste ocurre en la forma de narrativas que incorporan elementos tanto individuales como colectivos, mientras que la reintegración sigue siendo parcial, dado que estas narrativas aún dependen de las estructuras biomédicas para su legitimación.

4. ¿Un modelo importado de intersexualidad?: Producción y reproducción en Latinoamérica

Pero ¿Qué estaba ocurriendo al otro lado del mundo? ¿Cómo comenzaron a nombrarse las personas intersexuales en Latinoamérica? ¿Fue —o es— posible evitar la tentación de recurrir a teorías y expresiones que, desde una distancia geopolítica y cultural, describieron una realidad prometiendo herramientas teóricas sofisticadas para cuestionar el sistema sexo-género binario? Estas fueron las preguntas que surgieron al iniciar mi recorrido teórico por el origen del movimiento intersexual en Latinoamérica.

En el Sur Global, las narrativas intersexuales son atravesadas por contextos históricos, políticos y culturales que añaden capas de complejidad al “drama social”. La llegada de teorías feministas y queer desde Norteamérica generó una ruptura inicial en las representaciones locales de los cuerpos intersexuales al introducir herramientas críticas que cuestionaron el binarismo sexo-género. Sin embargo, estas teorías también enfrentaron una crisis al interactuar con las realidades geopolíticas de la región, donde factores como la “raza”, la clase y la religión tienen un peso significativo en la construcción de subjetividades.

Sin embargo, los debates surgidos a partir de este “traspaso” teórico lograron sostener una crítica generalizada al patriarcado, a los sistemas opresivos y al sistema sexo-género. Además, cuestionaron las identidades esencialistas y naturalizadas del sexo, el género y el deseo, al tiempo que ofrecieron una lectura del poder desde conceptos como la “matriz heterosexual” o el “sistema heteronormativo”. Estos enfoques permitieron construir una

base para desafiar los discursos hegemónicos que buscaban normalizar los cuerpos intersexuales.

En el ámbito de la producción y reproducción investigativa sobre la intersexualidad en Latinoamérica desde una perspectiva teórica, México, Argentina y Chile destacan como los principales países generadores de conocimiento académico, concentrando más del 50% de los trabajos publicados entre 2001 y 2023. Esta tendencia también se refleja en la vitalidad y organización del activismo intersexual en estas naciones. Para comprender cómo se ha definido y abordado la intersexualidad en la región, analizaré la situación particular de estos tres países, sumando los casos de Perú y Brasil, con el propósito de ofrecer una visión más amplia y contextualizada del panorama regional.

Según LauraInter, activista intersexual mexicana, en 2013 —20 años después de la formación del ISNA—, tras buscar durante años alguna organización de personas intersexuales de habla hispana que pudiera ofrecerle apoyo frente a las violencias médicas que enfrentaba, decidió fundar la primera organización de este tipo en Hispanoamérica. Así nació BrújulaIntersexual, con la visión de convertirse en “un referente en el tema de la intersexualidad en Latinoamérica y el mundo... lograr la transformación de las prácticas médicas y las representaciones sociales de los cuerpos intersexuales, a partir de la reflexión crítica del sexo y del género, incidiendo en el sistema de salud y el educativo para generar alianzas en esas áreas” (BrújulaIntersexual, s.f.).

Laura Inter señala que leer las historias de otras personas nacidas con cuerpos intersexuales, sin importar en qué parte del mundo estuvieran, pero que habían enfrentado las adversidades con fortaleza y dignidad, fue una fuente de inspiración crucial para fundar la organización (LauraInter, BrújulaIntersexual, 2020). También menciona que su primer acercamiento a la intersexualidad fue a través de foros norteamericanos que, según ella, “guiaron” su proceso de transformación identitaria y le permitieron revalorarse como una persona orgullosa de su cuerpo intersexual.

Los médicos también me dijeron que los casos como el mío son extremadamente raros y que difícilmente conocería a otras personas como yo. Era intenso mi deseo de encontrar a esas personas, así que, en mi búsqueda interminable por respuestas, una cosa llevó a la otra y encontré el término “intersexual” en un sitio web no médico que hablaba sobre la HSC. La información estaba en inglés, así que con un diccionario en mano comencé a traducir los artículos y la información del sitio web dirigido por activistas intersexuales. Una de esas páginas web se llamaba *Bodies Like Ours*, nombre que resonó fuertemente en mí. Me respondió Betsy Driver quien también había nacido con HSC, y es una importante activista intersexual de EUA. La

respuesta que ella me brindó me ayudó enormemente, abrió mi mente y cambió mi vida. (BrújulaIntersexual, 2020).

Laura comenzó a gestar una red por toda Latinoamérica, incentivando que en cada territorio existiese una agrupación que, a su vez, estuviese contenida por el paraguas teórico y testimonial de BrújulaIntersexual.

En este contexto, las narrativas colectivas han funcionado como mecanismos de reajuste, donde las personas intersexuales buscan reconciliar las influencias externas con las particularidades locales. Así se demuestra con el ejemplo de BrújulaIntersexual, que combina elementos de las teorías feministas anglosajonas con un enfoque situado en las realidades latinoamericanas, ilustrando cómo el reajuste puede generar nuevos espacios de visibilidad y empoderamiento (BrújulaIntersexual, 2020).

Otra gran actividad se presenta en Argentina, siendo el único país que cuenta con una presencia plurinacional de organizaciones. Si bien, LauraInter es una influencia evidente en este territorio, Mauro Cabral, activista intersexual argentino, marcó la pauta sobre la definición de intersexualidad en el país. Quien, además, creó su propia organización (JusticiaIntersex), la cual tiene como finalidad ofrecer acceso a recursos legales, psicológicos y médicos a personas intersex y a sus familias.

Mauro expone en el inicio de la página de agrupación, una foto de sí mismo, tomada el año 2013.



Figura 11: Activista Mauro Cabral. Fuente: Justiciaintersex, s.f.

En el pie de foto, Cabral expone:

En estos diez años la visibilidad intersex ha aumentado en todo el mundo. En todas partes hay activistas, grupos, redes e iniciativas y su trabajo, extenuado pero persistente, nos ha vuelto visibles. (JusticiaIntersex, s.f.)

“El activismo intersexual está enfocado en el futuro,” dice Cabral en el blog, exponiendo que, si bien, no es posible generar muchos cambios en lo que ha sido su proceso vital o el de otras personas intersexuales adultas, se pueden generar cambios para las próximas generaciones “Queremos creer que una vez que digamos la verdad, las personas reaccionarán de una forma ética”, una expectativa diferente a la indiferencia transmitida en el suceso entre ISNA y John Money.

Otra organización del país es ArgentinaIntersex, organización fundada en 2020 por Ceci López Bemsh, inicia su presentación en la página web citando ambas definiciones de intersexualidad, primero la de Mauro Cabral y luego de la Laura Inter, para luego detallar que “Ser intersex significa nacer en un cuerpo con variaciones de las características sexuales, las cuales son consideradas atípicas, tomando como referencia los cuerpos considerados masculinos o femeninos” (Argentina intersex, s.f.)

Por su parte, en Perú, el año 2020 surge la primera agrupación, la cual fue impulsada directamente por LauraInter. Bea Is, fundadora de Asociación Peruana de Personas Intersexuales (en adelante, APPI), indica que:

Gracias al impulso y apoyo incondicional de la activista mexicana LauraInter coordinadora de BrújulaIntersexual, pude romper sus miedos acumulados de tantos años de discriminación y estigmatización por su condición intersexual. En BrújulaIntersexual recibí la asesoría necesaria para crear una iniciativa para la comunidad Intersexual peruana, ya que en Perú no existía un espacio para las personas intersexuales. (APPI, s.f.).

La definición de intersexualidad para esta agrupación es casi idéntica a las anteriores “La intersexualidad se refiere a un conjunto de situaciones corporales en las que una persona nace con alguna variación en sus características sexuales —como cromosomas, genitales, gónadas o niveles hormonales— que no parece encajar en las definiciones típicas de masculino o femenino”, pero Bea añade que “Nacer y ser intersexual, es vivir en un mundo inseguro”, aludiendo a la normalización de los cuerpos por parte de la comunidad médica, pero, a la vez, explica que el devenir intersex estará siempre atravesado por diagnósticos e investigaciones emitidas por el área de la salud que no son siempre entendibles por ellas mismas para lograr definirse a lo largo del ciclo vital.

Para quienes atravesamos por esta vivencia, descubrir nuestra variedad de corporalidades es toda una odisea, una parte son identificados al nacer, algunos lo descubren en su crecimiento, para otros se vuelve una tarea de investigación constante, en las que se debe revisar exámenes médicos, leer investigaciones científicas, solicitar historias clínicas que muchas veces son negadas. (APPI, s.f.)

Finalmente, en el caso de Chile, la situación se repite. La primera organización surge bajo la influencia directa de LauraInter, quien, a través de Ale (persona intersexual chilena) funda “IntersexChile” en el año 2014, en cuya portada de página web enuncia “Por el respeto a la dignidad y derechos inherentes a todo ser humano”. IntersexChile, sostiene la misma definición de intersexualidad que las relatadas anteriormente, pero suma un detalle importante para la difusión del concepto:

La intersexualidad es una variación o diferencia física respecto del estándar corporal culturalmente aceptado como masculino y femenino. El término intersex ha sido, erróneamente, asociado al de hermafrodita (que en la mitología griega se refiere al hijo de Hermes y Afrodita), y que correspondería a un ser literalmente con pene y vagina, pero que fuera de la mitología NO existe. (IntersexChile, 2014, s.f.).

Durante ese mismo año, Camilo Godoy, una persona endosexual (no intersexual), coincide con Ale y le solicita una entrevista para su tesis de grado en Ciencias Políticas. La investigación tenía como objetivo contribuir a la visibilización de la existencia y la problemática de las personas intersexuales —especialmente niños, niñas y adolescentes— entre quienes trabajan en el ámbito público chileno, y aportar así a una efectiva promoción y protección de sus Derechos Humanos (Godoy, 2015). Dicha tesis marca un hito teórico en Chile, ya que, rescatando diversos informes de la Comisión de Derechos de la Niñez, sumado a los testimonios de Ale, se exponen situaciones de violencia y violación de derechos fundamentales respecto a la autonomía e integridad de los cuerpos intersexuales en Chile y se entregan recomendaciones y sugerencias para guiar al Estado en esta materia.

El debate sobre la intersexualidad que abrió esta tesis se extendió por la Academia, los ministerios y las agrupaciones LGBT. Ya en 2016, Ale declaraba en el *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*, redactado por Camilo: “Nacimos así, estamos acá, no somos nada extraño (...) somos personas; diferentes, pero somos”. Este fue uno de los primeros intentos por “escuchar” las voces intersexuales desde la institucionalidad y la medicina. Esto se tradujo en la emisión del documento institucional Circular N.18 por parte del Ministerio de Salud, que resguarda la autonomía e integridad corporal de las

personas nacidas intersexuales al prohibir las denominadas “cirugías normalizantes” (Capítulo V).

Por temas personales, la organización dirigida por Ale, pasó a ser absorbida por una organización con mayor capacidad de fondos y gestión, Organizando Trans Diversidades (en adelante, OTD). Dicha organización, al definir intersexualidad, alude a la identidad de género.

Todas aquellas situaciones en las que la anatomía sexual del individuo no se ajusta físicamente a los estándares culturalmente definidos para el cuerpo femenino o masculino. Muchas personas intersex son mutiladas al nacer para que sus genitales encajen en el binario de género. (OTD, glosario, s.f.).

En paralelo, al no querer pertenecer a una organización con foco trans, y queriendo sólo centrarse en las vivencias intersexuales, en el año 2016 se funda Brújula Intersexual Chile, otra vez, con el apoyo de BrújulaIntersexual (LauraInter). Durante el año 2018, cambia su nombre a IntersexualesChile, dirigido por una nueva coordinadora. Su objetivo principal es garantizar una red activa que pueda apoyar a las personas intersexuales, así como ayudar y apoyar a las familias en la toma de decisiones sobre la salud de los futuros niños intersexuales.

En una de las reuniones que pude presenciar durante el trabajo de campo, la coordinadora hizo alusión a cómo se enteró de que era una persona intersexual y fue influida a dirigir la agrupación.

Cuando yo fui a la primera *reu* [reunión de personas intersexuales en Sudamérica], me preguntaron si era intersexual, y yo dije “no, ¡no soy eso! yo tengo este síndrome, pero a mí Laura me dijo que dijera que sí lo soy y que podía formar la agrupación en Chile con su ayuda (Coordinadora IntersexualesChile. Conversación informal, septiembre 2022).

En un libro elaborado por la agrupación chilena, compilado por la coordinadora, titulado *Relatos Intersexuales*, alude a una historia colectiva, a una experiencia idéntica, a ritos similares atravesados y encontrados en una narrativa propia del ser intersexual:

Vivir la intersexualidad es estar bajo un sistema médico que nos desprecia desde que nacemos, desde que ve nuestra intersexualidad. Nuestros cuerpos son castigados por profesionales de la salud, provocando que les rechacemos y no entendamos lo que nos ocurre. Nos quedan un montón de preguntas que, si no fuera por grupos intersexuales, sería difícil responder. (2022, p.1)

Al leer esta declaración, logré evidenciar una secuencia en las historias narradas. En el intento por describir las definiciones surgidas desde el *emic* respecto a la intersexualidad

en Latinoamérica, cuestioné la casi idéntica definición que existen en los territorios expuestos, que, si bien pertenecen a una misma Región, contienen características propias de sus contextos geopolíticos.

Un caso interesante es el de Brasil. Con la gran demografía que lo caracteriza, así también, con el histórico movimiento LGTB del territorio, se presentan más personas intersexuales “visibles” que en ningún otro de los países mencionados anteriormente. Inclusive, cuentan con una diputada electa intersexual, Carolina Lara y, se presentan como el primer país es otorgar el certificado de nacimiento intersexual¹⁷. No obstante, a pesar de encontrar puntos en común con los otros países expuestos, en este caso, la presencia o influencia de Laura Inter o Mauro Cabral no es del todo evidente, ya que, por temas lingüísticos, Brasil enuncia su realidad intersexual denominándola “intersexo” y exponiendo la falta de presencia y apoyo por parte de otras agrupaciones en Latinoamérica, obligándoles a armar su propia agrupación en el año 2018.

...quando Jacob Cristopher (2018) nasceu e não encontram nenhuma associação. Nasce, assim, a ABRAI, que congrega diferentes ativistas em uma mesma causa: a integridade física e psíquica da pessoa Intersexo. (ABRAI, s.f.)

...Cuando nació Jacob Cristopher (2018), no encuentran ninguna asociación. Así nace ABRAI, que reúne a diferentes activistas en una misma causa: la integridad física y psíquica de la persona Intersexo. [traducción por la autora] (ABRAI, s.f.)

También se puede evidenciar en la definición de ¿qué significa ser intersexual? en la página, que, a diferencia de los casos anteriores, no referencias las citas más utilizadas en Latinoamérica (LauraInter o Mauro Cabral), sino más bien, cogen la definición de *Intersex Human Rights*:

Una definición objetiva de intersex, elaborada por *Intersex Human Rights*, con sede en Australia, define a las personas intersex como aquellas que tienen características sexuales congénitas, no se ajustan a las normas médicas y sociales para los cuerpos femeninos o masculinos, y que crean riesgos o experiencias de estigma, discriminación, odio y daño. [Traducción por la autora] (ABRAI, s.f.)

¹⁷ Este punto es específicamente conflictivo desde las demandas territoriales, ya que no hay consenso respecto a la existencia de un certificado registral identitario al momento de nacer. Por una parte, algunas personas intersexuales consideran esto como un avance, en otros casos, lo muestran como un retroceso, y en otros, exigen la eliminación de las casillas de forma transversal a la población.

A pesar de estas pequeñas diferencias lingüísticas o de referentes, sí existen puntos comunes, quizás tomados de referencias inglesas o norteamericanas, pero que comulgan con las consignas antes expuestas, como se expone en la siguiente tabla:

País	Organización	Año de fundación	Definición de intersexualidad	Influencias principales	Particularidades
México	BrújulaIntersexual	2013	“Diferentes corporalidades en las cuales una persona nace con variaciones de las características sexuales”	Activismo norteamericano (ISNA)	Primera organización hispanohablante; función articuladora regional
Argentina	JusticiaIntersex	2013	“Aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente”	Teoría queer, estudios feministas, derechos humanos	Enfoque en recursos legales y derechos humanos; producción teórica significativa
Argentina	ArgentinaIntersex	2020	“Nacer en un cuerpo con variaciones de las características sexuales, las cuales son consideradas atípicas”	BrújulaIntersexual, JusticiaIntersex	Enfoque en visibilización y apoyo comunitario
Perú	APPI	2020	“Conjunto de situaciones corporales en las que una persona nace con alguna variación en sus características sexuales”	BrújulaIntersexual	Énfasis en la experiencia de “vivir en un mundo inseguro”
Chile	IntersexChile	2014	“Variación o diferencia física respecto del estándar corporal culturalmente aceptado como masculino y femenino”	BrújulaIntersexual	Distanciamiento explícito del término “hermafrodita”
Chile	IntersexualesChile	2018	Similar a BrújulaIntersexual	BrújulaIntersexual	Enfoque en apoyo a familias y toma de decisiones
Brasil	ABRAI	2018	“Personas que tienen características sexuales congénitas que no se ajustan a las normas médicas y sociales para los cuerpos femeninos o masculinos”	Intersex Human Rights Australia	Mayor independencia respecto a las influencias hispanoamericanas; desarrollo autónomo por diferencias lingüísticas

Tabla 6: comparativa de organizaciones intersexuales en Latinoamérica. Elaboración propia.

Esta tabla permite visualizar tanto los patrones comunes como las particularidades de cada organización. Es notable la influencia predominante de BrújulaIntersexual en la región hispanohablante, mientras que Brasil muestra un desarrollo más independiente. También se observa una notable similitud en las definiciones de intersexualidad, lo que sugiere un proceso de estandarización conceptual que facilita la articulación política regional pero que podría limitar la expresión de particularidades locales. Esto me llevó a preguntar por los procesos identitarios, los cuales parecían re-significar posibles “adscripciones” homogéneas de la intersexualidad. “Cómo” se construyen las subjetividades intersexuales en Chile, “qué” supone transformarlas y “quién” las encarna, son cuestiones que emergieron en la elaboración de este capítulo, y que analizaré en detalle por medio de la etnografía presente en el Capítulo VI. No obstante, en el siguiente punto me detendré en analizar cómo estas narrativas, casi en su totalidad similares, han seguido un ejemplo de “historia típica”, que es la de Cheryl Chase, expuesta previamente.

4.1 Arquetipos intersexuales en Latinoamérica

La experiencia negativa vivida en su infancia y adolescencia, y que fue ejercida por el sistema médico que es ilustrada en el relato de Chase hace visible una impotencia ante las autoridades médicas y la sensación de estar a su merced, lo que provoca sentimientos de angustia y rabia no sólo en este relato, sino en casi la totalidad de relatos, narrativas y testimonios que encontré en la páginas web de agrupaciones intersexuales, en este caso tomé de las BrújulaIntersexual, que es la agrupación que se ha dedicado a recolectar y sistematizar testimonios de distintos lugares de habla hispana.

Cuando nací, los médicos determinaron que mis genitales debían ser modificados porque no encajaban con lo que la medicina define como normal para un hombre o mujer. A los 2 meses de vida los médicos decidieron remover mi falo por considerarlo muy pequeño, lo que dio inicio a un largo proceso de feminización forzada, que puedo resumir con 2 palabras: violación y tortura. A los 9 años me realizan una segunda cirugía genital, a causa de la cual quedé bastante mal, muy descompensado; y, a los 12 años, sufrí la tercera cirugía, donde los cirujanos me construyeron una “neovagina”, también con resultados muy dolorosos y con algunas secuelas que todavía me acompañan... Las personas intersexuales éramos felices con los cuerpos con los que nacimos, no necesitábamos que los modificaran. (Ale, BrújulaIntersexual, 2015)

Entré al consultorio de la ginecóloga e inmediatamente me pidieron que me desvistiera, me sentía muy mal, era la primera vez que mostraba mi vagina a alguien. Ella me derivó a un urólogo donde

también revisaron mis genitales, y desde ahí comenzó una etapa donde casi todos los días tenía que hacerme unos estudios diferentes. Cuando los médicos hablaban con mis padres, a mí me dejaban afuera del consultorio, y siempre veía como mi papa salía llorando y mi mamá con mucha preocupación. (Cecilia, BrújulaIntersexual, 2020)

Además, muchas personas narradoras expresan su rabia por las mentiras tanto de los médicos como de *mapadres* sobre las intervenciones médicas, seguidas de un silencio mantenido sobre el estado intersexual del cuerpo en la niñez. Esto genera el posicionamiento de sus *mapadres* como cómplices de las decisiones de los médicos, salvo aquellos casos en los que se encuentra excusable el comportamiento de sus padres frente a la ignorancia y tecnicismo del contexto.

Lo peor fue que mi madre nunca quiso hablar de cuando yo había nacido, de lo que había pasado en la primera etapa de mi vida, ella solo se dejó llevar por lo que los médicos decidieron. (Ale, BrújulaIntersexual, 2015).

Fue una etapa bastante difícil para mi familia que llevaba el dolor junto a mí. (Bea, BrújulaIntersexual, 2019).

No la culpo a ella (madre), allá en los 80's era casi imposible investigar por cuenta propia, no se tenían las mismas libertades, y la influencia de tener a un familiar ejerciendo medicina fue más que suficiente. (Cris. BrújulaIntersexual, 2021).

Ligado a esto mismo, se expone la falta de explicación por parte de los médicos sobre las intervenciones quirúrgicas y sus consecuencias a largo plazo. Al momento de revisar sus expedientes médicos, estos resultan incomprensibles, evidenciando la clara conexión entre conocimiento y poder: aquellos que poseen el conocimiento técnico pertinente son los poderosos (las autoridades médicas), mientras que aquellas que no lo poseen son impotentes (las personas pacientes intersexuales).

Nunca me dijeron, ni explicaron para que eran las cirugías, ya que pensaban que era mejor si nadie lo sabía, incluyéndome a mí. Escuchaba y leía cosas que no entendía, ya que siempre me sacaban del consultorio para permitir que los doctores hablaran con mis padres sin que yo pudiera escuchar, así ellos decidir. (Sara. BrújulaIntersexual, 2015).

A los 27 años pedí mi expediente médico y ahí supe que tenía Hiperplasia Suprarrenal Congénita ¿Qué es esto? (Mary. BrújulaIntersexual, 2021)

Esto desemboca en la sensación de que se les priva de un control total sobre lo que ocurre con sus cuerpos y de la capacidad de elegir en la determinación de su sexo.

Es más, la definición de su sexo por parte de los médicos entra en conflicto con su propia percepción de la realidad de su sexo, por lo que percibe el tratamiento como

fundamentalmente erróneo, donde la percepción de que su órgano “femenino” creado quirúrgicamente no “funciona” (del todo) se articula en términos de disponibilidad sexual en una matriz heteronormativa.

El “tocólogo” se dio cuenta inmediatamente de que mi genitalidad no seguía los patrones fenotípicos acordados por la medicina. Con un micropene, sin escroto, ni testículos no podría funcionar. Él tomó la primera decisión que ha marcado mi vida: “es un niño, pero para que no tenga problemas con el servicio militar lo vamos a inscribir como niña”. (Ananda. BrújulaIntersexual, 2020)

Religión, cisheteropatriarcado, coitocentrismo. Todo apuntaba a que tenía que escoger una sola dirección en ese callejón oscuro al que me avocaban: tener novio, casarme y ser una buena esposa. Aumentan mis problemas. Me gustan algunos chicos, también algunas chicas. Como para contarlos. No lo comenté con nadie: ya soy rara *per se* y encima tortillera. (Ananda. BrújulaIntersexual, 2020)

Mi mundo se vino abajo cuando inicié el secundario, tenía 11 años. Comencé a notar varios cambios en mi cuerpo, el cual se notaba muy diferente al de mis compañeras. Tenía que usar el maldito uniforme de falda, a esa edad desarrollé una cantidad considerable de vellos en las piernas y rostro, era mi infierno, sentía que no tenía escapatoria, mi cuerpo no se desarrollaba como el de las demás chicas, no desarrollé pechos ni cadera, sabía que algo estaba “mal” en mí, que algo me pasaba. (Bea, BrújulaIntersexual, 2019).

Por otra parte, la exclusión de las personas intersexuales en los discursos médicos y la negación de su variación intersexual como una simple “variación”, pero sí entendida como una enfermedad, conduce casi inevitablemente a sentimientos de vergüenza, miedo, aislamiento y sufrimiento emocional y corporal se hacen presentes en los relatos intersexuales, al igual que lo expuso Cheryl Chase en primera instancia.

Las consultas médicas fueron una experiencia muy traumatizante. Había muchos de doctores a mi alrededor, todos tocando mis genitales, sacando fotos, haciendo varias preguntas a mi mamá – porque nunca se dirigían a mí, era como si no existiera. Fue algo muy vergonzoso, me sentía como cuando me violaron... pero no pude decir nada porque ellos eran doctores y me iban a curar de una supuesta “enfermedad”. (Mary. BrújulaIntersexual, 2021)

Fueron momentos bastantes dolorosos... me sentía sola y desprotegida, sin nadie a quien acudir, sin ayuda, sin saber ¿qué era? ¿quién era? ¿por qué me sucedían todos esos cambios en mi cuerpo que yo no podía entender? (Bea, BrújulaIntersexual, 2019).

Butler sostiene que “todas nosotras [...] estamos en la posición activa de averiguar cómo vivir con y contra las construcciones —o normas— que ayudan a formarnos. Nos formamos dentro de los vocabularios que no elegimos, y a veces tenemos que rechazar esos vocabularios, o desarrollar activamente otros nuevos” [traducción por la autora]

(Butler, en Williams 2014). Dado que la corporeidad intersexual de una persona se anula con mayor frecuencia en la infancia, su inteligibilidad como intersexual nunca puede alcanzar un estatus adulto viable, sino que se suprime mediante una asignación de género impuesta culturalmente (ya sea masculino o femenino).

Esta ininteligibilidad de la intersexualidad se traduce literalmente en la escisión de las partes del cuerpo sexuadas clasificadas como intersexuales. La yuxtaposición de cortar el clítoris (físicamente) y la lengua (simbólicamente) significa la compleja y confusa interdependencia entre la restricción social y corporal que deslegitima la intersexualidad como algo real y el intento de “normalización” de la intersexualidad por parte de algunas personas intersexuales. Tanto el ocultar, moldear, adaptar un cuerpo, como el secretismo mantenido a lo largo de sus ciclos vitales, genera un efecto devastador en toda su vida durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, en materia de identidad.

Las personas intersexuales se convierten en objetos dentro del discurso médico no solo al negarles un papel activo en el proceso de formación del sujeto y la autonomía sobre sus cuerpos, sino también al excluirlas del discurso dominante sobre la intersexualidad, donde, si bien hoy por hoy, sus narrativas presentan un espacio de visibilización, estas no cuentan con un poder semejante al del discurso biomédico, por el que, además, se encuentran atravesadas y validadas sus identidades.

Cabral (2011) destaca el poder de la escritura para reinterpretar la intersexualidad, contrarrestando su patologización por parte de la medicina. La escritura se convierte en una herramienta para redefinir la narrativa, alejándola de la visión médica que la considera como una anomalía.

Si hay algo que me gusta en esta vida es escribir sobre intersexualidad. Se trata del tema, por supuesto, del tema que tengo atravesado entre el cuerpo: tematización encarnada. Sobre todo, sin embargo, se trata de la escritura. La escritura en sí, la escritura como duplicación. Y es que escribir sobre sexos duplos multiplica los dobles al infinito –porque la intersexualidad es, entre otras cosas, una escritura: la escritura del bisturí en la carne, la del intersexo en la historia clínica, la del registro en el archivo, la escritura de la diferencia sexual en las fantasías normadas de nuestra occidentalidad–. Escribir sobre intersexualidad prueba, en cada trazo, que es posible escribir sobre eso mismo que la escritura médico-legal escribe en otros términos, cuando escribe: eso es imposible. Y entonces volverlo posible. Por eso escribo. (Cabral 2011, s.p.).

En otro texto, Cabral destaca la importancia de la producción autobiográfica intersexual como intervención, abriendo una posibilidad de escucha de su perspectiva, al mismo tiempo que advierte el carácter reducido de una escucha desde el lugar de ‘pacientes’.

El rol de las personas intersex como testimoniantes es sin lugar a dudas fundamental, pero también un arma de doble filo; por un lado, la producción autobiográfica ha sido y es uno de los instrumentos más importantes de intervención intersex en la cultura – no solamente en cuanto a la capacidad crítica que despliegan much*s activistas, sino también al mismo acontecimiento, al que la autobiografía intersex tenga lugar, que el decir intersex tenga lugar, ocurra. Ese decir funciona como una cuña, como una fisura que se va abriendo, muy lentamente, en la escucha reducida. Y ese es uno de los aspectos más sombríos del activismo intersex: nuestra posición como enunciatarios, como pacientes, es decir, sujetos de una tradicional escucha menguada, mutilada (Cabral & Benzur 2005, p.298)

Frente a la expectativa cultural de una biografía intersexual predeterminada, se reclama el derecho de ser “tan de verdad y tan de ficción como todas las demás”:

A mí también me atormenta pensar en cómo dar cuenta de quiénes somos, qué nos han hecho y qué nos pasa. La respuesta, me parece, no puede ser sin embargo la reducción total de nuestra experiencia al recitado de un texto médico. No puede ser, tampoco, la de otra reducción –esta vez, a la de la lógica del testimonio. El cambio que anhelamos no puede consistir en meramente convertirnos en ejemplos perfectos ni de la anatomía ni de la biografía intersex tal y como el saber de nuestra cultura las consagran. No necesitamos solamente que quienes están a nuestro alrededor comprendan los términos verdaderos en los que se dirime nuestra existencia, sino que experimenten, de una vez por todas, que somos tan de verdad y tan de ficción como todas las demás. (Cabral, 2008, pp.107-108)

Por su parte, en el informe “Intersex Issues in the International Classification of Diseases” elaborado en 2014 por un grupo coordinado por GATE (Global Action for Trans Equality), donde participa Mauro Cabral, entre otras personas activistas intersexuales, señalan la falta de neutralidad y reflexividad en la investigación médica sobre intersexualidad. Además, se destacan sesgos en la selección de muestras y en la interpretación de datos, así como el control de los médicos sobre la evaluación de la información sin considerar los testimonios de las personas intersexuales. En la conclusión, demanda una investigación más cercana y participativa con las personas intersexuales, evitando imponer marcos biomédicos restrictivos (Cabral & Carpenter, 2015).

En este espacio crítico y, casi inevitable, de un “*emic* atravesado por un *etic*”, es importante señalar, si bien puede parecer contradictorio, estas narrativas intersexuales no se presentan como un pasivo, sino que, quizás más frecuentemente presente en aquellas ligadas al activismo, la exposición de sus experiencias negocia constantemente con la mirada hegemónica de las autoridades médicas.

Esto puede explicarse en que la reflexión crítica ante el privilegio del saber biomédico de definir las intersexualidades y el estar en la posición de voz activa y en primera persona, ambas partes desempeñan papeles importantes en la construcción de los cuerpos y los sujetos intersexuales. Una no existe sin la otra, el sujeto intersexual enfrenta, resiste, desafía y/o subvierte la mirada hegemónica. Ambas partes implican la posibilidad de existencia de reivindicación de una voz “anárquica” o deconstructiva intersexual que se opone a la mirada hegemónica, pero que sin el contexto favorable que propició la visibilidad de las narrativas descrito anteriormente, estas voces reivindicativas seguirían no estando autorizadas a poseer voz.

5. Cierre del capítulo

El concepto de “drama social”, propuesto por Turner (1988), ofrece un marco analítico útil para entender las narrativas intersexuales activistas como procesos de negociación y transformación. Este drama se articula en cuatro etapas: ruptura, crisis, reajuste y reintegración, lo que permite analizar cómo las personas intersexuales enfrentan y desafían las imposiciones normativas sobre sus cuerpos y vidas, al tiempo que construyen nuevas formas de agencia individual y colectiva. A lo largo de este capítulo, este enfoque ha guiado el análisis de las narrativas autobiográficas y los discursos colectivos intersexuales en su interacción con estructuras de poder médico, normativas culturales y movimientos políticos.

La publicación de obras sobre intersexualidad narradas desde las propias experiencias de las personas intersexuales puede interpretarse como un acto de ruptura con el silencio y la invisibilización impuestos por la autoridad médica. Este primer momento de rechazo constituye una denuncia contra las categorías patologizantes impuestas por el discurso médico, que históricamente ha definido la intersexualidad bajo un prisma biomédico. Al compartir sus historias, las personas intersexuales no solo recuperan una sensación de agencia, a menudo arrebatada por médicos y figuras parentales, sino que también generan una crisis en las narrativas hegemónicas que sostienen las prácticas de medicalización.

En este contexto, las narrativas personales intersexuales funcionan como espacios de reajuste, donde las experiencias individuales se entrelazan con esfuerzos colectivos por redefinir las identidades intersexuales. A través de estas narrativas, se cuestionan las

jerarquías de poder que estructuran la relación médico-paciente y se visibilizan los mecanismos de vigilancia y control disciplinario sobre los cuerpos “desviados”, según la conceptualización de Foucault (1983 [1975]). Este reajuste, aunque parcial, refleja una negociación constante entre las vivencias subjetivas y los discursos normativos que las atraviesan.

La creación de redes comunitarias y estructuras colectivas basadas en experiencias compartidas representa un momento clave en el proceso de reintegración. Según Nevada y Chase (1995, p.11), “encontrar a los demás sirve para contextualizar la identidad de los intersexuales”. Sin embargo, este proceso no está exento de tensiones. La homogenización de las narrativas, con el surgimiento de un “arquetipo” de experiencia intersexual —como el ejemplificado en los relatos de Cheryl Chase—, puede generar nuevas formas de exclusión al reproducir patrones normativos. Este aspecto resalta la necesidad de desarrollar narrativas que no solo visibilicen las similitudes, sino que también celebren la diversidad dentro del colectivo intersexual.

En la dimensión lingüística, el uso del lenguaje constituye otra arena de conflicto dentro del drama social. Reclamar el poder de nombrar sus experiencias se convierte en una herramienta crucial para redefinir el sentido del “yo”. No obstante, muchas narrativas personales reiteran las jerarquías discursivas médicas, lo que refleja una crisis en la capacidad del colectivo intersexual para desvincularse completamente de las estructuras biomédicas que han moldeado su realidad.

Si bien el concepto de “drama social” permite comprender las narrativas intersexuales como procesos dinámicos, estas siguen dependiendo en gran medida de las estructuras biomédicas para su legitimación. Este vínculo resalta la dificultad de construir narrativas completamente independientes de las jerarquías de poder médico, pero también evidencia el potencial de estas narrativas para deconstruir las contradicciones internas de los discursos hegemónicos.

Como consecuencia de esto, existe el riesgo de percibir a las personas intersexuales que comparten sus historias individuales como ya “construidas” por la narrativa médica hegemónica, incluso antes de ser formadas o transformadas a través de sus propias narrativas individuales. Dado que las narrativas médicas sobre la intersexualidad parecen influir en la mayoría de las narrativas intersexuales individuales, surge la pregunta ¿es posible abordar la intersexualidad sin recurrir a la terminología médica? O desde una

plataforma menos evidente ¿se puede nombrar la intersexualidad sin atravesar la Academia?

Si bien, esto puede ser “peligroso” para entender la intersexualidad, ya que quizás demuestra un arquetipo aún débil y criticable, sostengo que estas narrativas pueden contribuir posiblemente a una deconstrucción de las narrativas intersexuales hegemónicas, ya que en sí mismas exponen contradicciones e incoherencias internas dentro de las narrativas médicas. Además, estas narrativas intersexuales en primera persona implican un nivel de autorreflexividad sobre su propia eficacia y legitimidad: “La intersexualidad también sigue siendo un sitio crítico para nuestro interrogatorio sobre los límites de nuestra capacidad para hablar de las experiencias del yo mismo y de aquellos así etiquetados” [traducción por la autora] (Holmes 2009, p.7).

Ante esta problemática de intentar dilucidar un *emic* y *etic* como binomios absolutos y claros, González (2009) explica que, si bien el punto de vista *emic* es entender una contraposición a un enfoque externo, denominado *etic*, una cultura (o colectivo, en este caso) existe dentro de un ámbito cuyo significado se preserva ante las influencias externas. Lo anterior significa que la interpretación de la intersexualidad no se realiza mediante dos etapas: hechos brutos y positivos (aquello que acontece) y la simbolización de estos, sino que se hace de manera simultánea, pues lo *etic* y lo *emic* definen un grado de familiaridad con la realidad cultural que se observa y una dialéctica del proceso de producción del conocimiento antropológico.

En los próximos capítulos analizaré los procesos de reafirmación y cuestionamiento de las concepciones hegemónicas sobre intersexualidad, así como su resignificación a través de relatos autobiográficos, etnografía y referencias intertextuales. Examinaré la interacción entre los discursos médicos y otros discursos culturales —debates éticos, de derechos humanos, género, sexualidad e identidad— para determinar si existen condiciones que permitan que los sujetos intersexuales, en sus diversas formas de encarnación, sean reconocibles e inteligibles en el contexto sociocultural chileno.

SEGUNDA PARTE

**DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN**

Lo que yo quería ver y el cómo: Trazando la investigación

Solo defenderé que al poner en circulación la vivencia como un genuino tema de investigación podremos comprender más y mejor las formas culturales de la vida.

(Díaz, 1997, p.6)

1. Planteamiento del problema

¿Cómo opera el contexto sociohistórico en su relación con la intersexualidad y en las experiencias subjetivas de las personas intersexuales? ¿Cómo se entienden las intersexualidades en el tejido social? ¿Quién o quiénes las definen?

En las últimas tres décadas se ha generado un cambio significativo en la forma en que se aborda y se habla sobre intersexualidad en las sociedades occidentales y occidentalizadas. De un pasado de silencio absoluto, atravesado y dominado por lo biomédico, hoy se presenta un escenario donde las noticias y los testimonios sobre intersexualidad son cada vez más comunes y visibles. La presencia de un activismo intersexual internacional que trabaja arduamente por promover la autonomía e integridad de los cuerpos de las personas intersexuales ha impactado en las realidades locales; por medio de las redes sociales han logrado exponer nuevas consignas y avances en la lucha por los derechos que se replican por diversos territorios.

Chile, contexto sociocultural escogido para esta investigación, mi primer acercamiento al grupo de estudio se gestó por medio de un análisis de redes sociales activistas y grupos de apoyo en el territorio, con la intención de analizar la percepción de las intersexualidades desde las propias personas intersexuales chilenas¹⁸. La reivindicación expuesta por las dos únicas agrupaciones existentes parecía señalar a un único responsable: la comunidad médica, señalada como responsable de modificar “impositivamente” sus cuerpos diversos al momento de nacer, desencadenando toda una cadena de rituales a lo largo de su ciclo vital (Casanova, 2021, 2023b, 2025). Estas narrativas son casi idénticas a las consignas de otras agrupaciones intersexuales de

¹⁸ De acuerdo con Map of Intersex de Intersexions Project y de *Intersex: Antología multidisciplinaria* (Balocchi, 2019), en Chile se encuentran 3 agrupaciones: IntersexualesChile, Intersexpacíficosur y NeutresChile, sin embargo, ésta última no presenta ningún trabajo con personas intersexuales.

distintos países de Europa, Asia, África y otros grupos de Latinoamérica, como se describe en el Capítulo II.

Este enfoque centrado exclusivamente en la intervención corporal ha contribuido a homogeneizar la definición de intersexualidad, entendida como aquel “cuerpo sexuado que varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente” (Cabral & Benzur 2005, p.284) o “diferentes corporalidades en las cuales una persona nace con variaciones de las características sexuales” (BrújulaIntersexual, 2023).

Si bien inicialmente la definición estuvo fundamentalmente condicionada por el saber biomédico desde la percepción de un cuerpo patológico, hoy ha pasado a ser moldeada por el activismo a través del cuestionamiento del poder de la ciencia sobre estos cuerpos. Esta situación ha limitado los estudios sobre la construcción de subjetividades intersexuales desde una perspectiva antropológica que contemple una realidad poliédrica que englobe todas las vivencias, no solo las activistas. Los estudios chilenos que abordan esta temática se han focalizado únicamente en las influencias morales y éticas del cuerpo normativo, o en la falta de autonomía y decisión de las personas intersexuales desde el enfoque de los derechos humanos.

Entre los escasos trabajos existentes en Chile destacan la investigación de Godoy (2015) —una de las más referenciadas en el país— que examina el tratamiento a las personas intersexuales bajo la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, analizando su situación actual y proponiendo recomendaciones al Estado. Sin embargo, no aborda la voz de las propias personas intersexuales, familias, comunidad médica o instituciones. Lo mismo sucede con la investigación de Gallardo (2017), quien aborda únicamente la situación jurídica de la intersexualidad en Chile desde esta misma perspectiva. El trabajo de González (2018) intentó incluir la voz de las personas involucradas, pero cuenta con solo dos participantes, ambas personas intersexuales activistas que evidencian similitud de percepciones y no reflejan las tensiones y diversidad propia de las múltiples narrativas y formas de encarnar las intersexualidades.

Consciente de estas limitaciones, la presente investigación plantea subsanar estos vacíos al explorar cómo se produce la conformación/transformación de la subjetividad de las personas intersexuales a partir de distintos procesos de socialización. Este enfoque busca incluir no solo a personas intersexuales vinculadas al activismo —que reproducen definiciones alineadas con reivindicaciones pactadas a nivel internacional y local—, sino también a aquellas que no se identifican con el discurso colectivo ni comparten sus

consignas. Esta aproximación permitirá esclarecer las relaciones de poder/saber que han incidido, en ambos casos, como modelos de interpretación y representación de la realidad (Geertz, 2000[1973]).

Como resultado de una investigación previa realizada durante 2019-2020 en el marco del Máster en Antropología: Investigación Avanzada e Intervención Social, surgieron reflexiones importantes sobre los sesgos y limitaciones observados. En aquel proyecto, mi acceso a definiciones de intersexualidad en España estuvo restringido a las perspectivas promovidas por grupos activistas, quienes conceptualizan la intersexualidad como una “variación en las formas y composición corporal, las cuales no son una patología y definitivamente no son una malformación” (Kaleidos, 2020). Este acercamiento me llevó a cuestionar si esta visión abarcaba la diversidad completa de experiencias vividas por las personas intersexuales, o si algunas vivencias quedaban invisibilizadas dentro de este marco discursivo. Este cuestionamiento me condujo a examinar críticamente cómo ciertos discursos moldean la comprensión y representación de la intersexualidad, considerando tanto las perspectivas activistas como las estructuras de poder que influyen en ellas.

A partir de estas inquietudes, surgieron las preguntas fundamentales: ¿Qué es la intersexualidad? ¿Qué discursos moldean estas experiencias? Estas interrogantes buscan incorporar una mayor diversidad de relatos y enfoques teóricos que permitan desentrañar las complejas interacciones entre las experiencias subjetivas y los discursos dominantes.

Aunque las decisiones iniciales no se fundamentaron en una estructura teórica predeterminada, cuatro enfoques otorgaron el sostén conceptual que orientó estas preguntas: 1. Cuerpo y *embodiment* (Mauss 1973[1934]; Csordas 1994, 2002; Esteban 2004, 2016); 2. Subjetividad y emociones (Geertz 2000[1973]; Ortner, 2006; Das 2000, 2007, 2008); 3. Análisis de discursos y su interrelación con el poder/saber (Foucault 1983[1975], 1999[1984], 2004[1984], 2007[1976], 2021[1978], 2021[2018]; Van Dijk, 1995, 2006, 2011a, 2011b, 2017; Hajer 2002, 2005); y 4. Teoría Queer y performatividad (Butler 1993, 2004[1997], 2007[1990], 2015)¹⁹. La articulación de estos enfoques desde la perspectiva antropológica permite centrar el eje de reflexión en el cuerpo, la subjetividad y las emociones como ámbitos primordiales, considerando la etnografía

¹⁹ En el campo de las teorías de *queer* y posgénero, en esta ocasión seleccioné a Butler, ya que fue mi primera inmersión, pero otros ejemplos son: De Lauretis (1987), Haraway (1991), Braidotti (2000, 2004), entre otras. En antropología, destaco a Segato (2003), Enguix (2011), entre otras.

desde un enfoque procesual y el análisis de discursos como metodologías que dan acceso al estudio de la cultura donde se producen estas experiencias (Santander, 2011).

1.1 Articulación conceptual: cuerpo, subjetividad, discurso y poder

Estos cuatro pilares teóricos no operan de manera aislada, sino que conforman una red conceptual interrelacionada que da sustento a la investigación. El cuerpo, en tanto entidad material y simbólica, es donde se inscriben y materializan los discursos dominantes sobre el género y la sexualidad, pero también donde emergen las resistencias y se encarnan experiencias alternativas. Siguiendo a Csordas (1994), el cuerpo no es simplemente un objeto sobre el cual actúa la cultura, sino el sujeto necesario de la cultura, el terreno existencial donde toda comprensión cultural se elabora y constituye.

Esta comprensión del cuerpo como agente y no solo como receptor pasivo conecta directamente con la noción de subjetividad desarrollada por Ortner (2006), quien la entiende como la base de la “agencia”, es decir, la capacidad de los sujetos para actuar sobre el mundo desde sus propias configuraciones afectivas y cognitivas. Las emociones, en este marco, no son meros estados internos, sino que tienen una dimensión social y política fundamental para comprender cómo las personas intersexuales experimentan y responden a las normas corporales hegemónicas.

Por su parte, el análisis de los discursos, siguiendo a Foucault (2007[1976]), permite identificar cómo el saber/poder opera en la construcción de verdades sobre los cuerpos intersexuales, legitimando ciertas prácticas médicas y deslegitimando otras formas de habitar y experimentar la corporalidad. Estos discursos no son neutrales, sino que están imbuidos de relaciones de poder que determinan quién puede hablar, qué puede decirse y qué queda silenciado.

Finalmente, la teoría queer de Butler (2007[1990]) aporta la noción de performatividad, crucial para entender cómo las identidades de género no son esencias preexistentes sino el resultado de actos repetitivos que, al ser interrumpidos o subvertidos (como ocurre en los cuerpos intersexuales), revelan el carácter construido de las categorías normativas de sexo y género.

La intersección de estos cuatro ejes teóricos permite aproximarse a las experiencias intersexuales en Chile no como casos aislados de “diferencia corporal”, sino como fenómenos inscritos en matrices culturales, históricas y políticas específicas, donde lo personal y lo estructural se entrelazan continuamente.

2. Objetivos de la investigación

Antes de enumerar propiamente los objetivos de la investigación, es necesario explicar la evolución de estos a lo largo del periodo de trabajo, ya que, desde el diseño de proyecto hasta la etapa final, he enfrentado algunos cambios propios del proceso investigativo.

Tal como expone Barley en su intrépido libro *El antropólogo inocente* “la mayoría de las investigaciones tienen su inicio en un vago interés por un área determinada de estudio y raro es el que sabe de qué tratará su tesis antes de haberla escrito” (1992[1983], p.23), y es que es justamente el diseño metodológico de la presente investigación, la que empezó con una imprecisa ambición de abordarlo todo en las preguntas, de plasmar todas las curiosidades en los objetivos, y de obtener unas magníficas respuestas que muchas veces se difuminaron antes de obtenerlas. Esto fue, quizás, una de las complicaciones recurrentes de la presente tesis: “focalizar la investigación” y no dispersarme en el proceso, complicación que duró, al menos, los dos primeros años.

Respecto con el diseño inicial de la tesis, el cual dio forma a este proyecto de investigación, y que me ayudó a situar desde dónde y qué quería observar, se repetían las preguntas ¿De qué forma inciden los dispositivos médico-científicos en los procesos de subjetivación de algunas personas intersexuales? ¿Cuáles son los discursos que respaldan los procedimientos médicos aplicados en personas intersexuales y quién o qué los legitima? Y, ¿Existen formas de resistencia en las personas intersexuales hacia las estructuras de poder y conocimiento que moldean sus cuerpos? Por lo que la elección de las preguntas de investigación formales, parecían siempre llevarme a dos preguntas iniciales: ¿qué es la intersexualidad? ¿qué discursos moldean estas experiencias?

No obstante, si bien la primera está presente en casi todas las entrevistas realizadas, no me ayudaba a definir con claridad el camino para el proceso de investigación debido a la amplitud de definiciones y vivencias que enmarcan las vivencias intersexuales y lo

contraproducente que sería, por una parte, abordar críticamente las definiciones hegemónicas y, por otro, intentar establecer una nueva que reduzca la heterogeneidad misma de las experiencias, pero sí me sirvió para situarme en la fenomenología de la percepción de y desde *el cuerpo* intersexual. Y en el caso de la segunda, desde el inicio he entendido lo ambiciosa de esta misma, ya que muchos discursos que impactan en la vivencia intersexual no estarán considerados en esta investigación, ya sea por tema de recursos, tiempo o desconocimiento. No obstante, utilizar el Análisis de Discurso Crítico (Van Dijk 2006, 2011, 2017; Santander, 2011), el enfoque procesual (Turner, 1974; Díaz, 2015) o las Coaliciones Discursivas (Hajer, 2002, 2005) durante la elaboración y análisis de datos me ha permitido focalizar, interpretar y explicar las relaciones de poder, dominio social y desigualdad que se practican y reproducen en las narrativas y textos emergidos del contexto sociocultural escogido, considerando micro y macro niveles.

De esta forma, la pregunta que surgió a mitad del proceso y que concretó esta investigación, sin desatender las anteriores, fue:

- **¿Cómo construyen subjetividades las personas intersexuales chilenas en la tensión entre sus experiencias vividas y los dispositivos que regulan sus cuerpos, y qué estrategias de resistencia desarrollan?**

Respecto al objetivo general, los cambios fueron sutiles, pero no menores. He priorizado la motivación inicial de realizar el análisis de *las intersexualidades* desde la antropología de y desde los cuerpos, y a la vez, interactuar con la reciente propuesta teórico-metodológica de la antropología de la subjetividad. De esta forma, lo que en un inicio establecí como un objetivo específico, con el paso del tiempo decidí situarlo como el objetivo general de esta investigación, ya que cumplía con ambas perspectivas antes expuestas:

- **Analizar cómo se construyen las subjetividades intersexuales chilenas en la interacción entre experiencias personales y estructuras institucionales, identificando los desafíos personales, institucionales y de reconocimiento que enfrentan.**

Esto implica investigar cómo las identidades y experiencias de aquellas personas intersexuales son configuradas y, a la vez, permite entender cómo los discursos sociomédicos y científicos contribuyen a la construcción y consolidación de estas identidades. Esto, debido a que, como mencioné anteriormente, me parecía esencial

indagar cómo las estructuras de poder influyen en la generación y validación de conocimientos, así también, en como estos conocimientos afectan la formación de subjetividades en la población intersexual en Chile.

De esta forma, “cuerpo” y “subjetividad” se configuran como las variables dependientes de esta investigación que mantuvieron inmutables a lo largo de la investigación. Esto, debido a que la teoría revisada y la etnografía realizada parten de la base de que las experiencias vividas por un cuerpo construyen subjetividades, produce formas especiales de vincularse con el mundo y con los otros.

Así, si bien el cuerpo intersexual tiene su origen en aspectos biológicos, en una *materialidad corpórea* (Butler, 2015), también es construido desde una biografía, familiar y vincular, desde un contexto histórico y procesual, y en algunos casos, desde un grupo social determinado, desde situaciones, relaciones, miradas y controles (Foucault, 1983[1975]). Este cuerpo no es solo receptor, desde él también se producen distintos saberes y discursos. Esta idea de un cuerpo atravesado por la subjetividad estuvo guiada por las constantes preguntas surgidas en el proceso acerca de: qué piensan personas intersexuales sobre sus cuerpos (qué es, cómo lo describen), sobre el sistema que los rodea; y cómo eso se entrama en la experiencia cotidiana de vivir, esto es, cómo viven/experimentan al mundo, sus cuerpos y sus identidades.

Para acceder a este objetivo general, formulé los siguientes objetivos específicos, los cuales han mutado dependiendo del lugar desde el cual me he posicionado como investigadora. Al inicio no dejaban de ser hipótesis que validaban mis premisas, y en el marco del desarrollo del trabajo de campo, se han ido transformando en preguntas de investigación que apoyan al objetivo general. Si bien Cabrera (2004, 2014, 2017) definió la subjetividad a través de cinco categorías analíticas (la corporalidad, las *maneras de hacer*, *maneras de ser*, rituales y relaciones sociales), en esta investigación, a partir de lo recogido en el trabajo de campo, he establecido categorías analíticas propias: disposiciones encarnadas, actos de legitimación o subversión, tramas de afecto y poder, reconfiguración corporal y prácticas de autoconstrucción.

Estas categorías analíticas resultan más pertinentes que las originalmente planteadas por Cabrera debido a su especificidad al fenómeno intersexual, su capacidad para visibilizar las dinámicas de poder que atraviesan estas experiencias, y su énfasis en la agencia de los sujetos para transformar y resistir las normas. Estas categorías emergieron directamente del trabajo de campo, lo que garantiza su validez contextual al estar enraizadas en las

experiencias vividas de personas intersexuales en Chile. Además, integran efectivamente lo corporal y lo social, reconociendo el carácter dinámico y procesual de la experiencia intersexual a lo largo del ciclo vital, incluyendo tanto las intervenciones médicas como los procesos de reapropiación corporal. Este marco analítico permite una aproximación más compleja y matizada que se alinea mejor con los objetivos específicos de investigación, siendo los siguientes:

1. Analizar la producción, circulación e intercambio de saberes sobre los cuerpos y subjetividades intersexuales.
2. Describir el tratamiento sociomédico de las intersexualidades en Chile.
3. Analizar patrones y controversias en los discursos de personas intersexuales sobre los procesos de construcción de subjetividades.
4. Explorar las negociaciones y transformaciones sociales de las personas intersexuales entrevistadas, desde sus prácticas y resistencias a lo largo del ciclo vital.

El primer objetivo se sustenta en la revisión teórica de la “teoría social del cuerpo”, desde autorías clásicas, algunas de ellas Mauss (2002[1934]), Douglas (1973[1966]), Laqueur (1994 [1986]) y Bourdieu 1977 [1972], 1984 [1979], 2000[1987], hasta llegar al punto de articulación teórica y metodológica de la tesis, el concepto del *embodiment* (Csordas 1994, 2002; Esteban 2004, 2016). La subjetividad la he abordado desde conceptos claves expuestos por Geertz, relativas a los modelos de interpretación y representación de la realidad (2000[1973]), y tomo la definición subjetividad de Ortner (2005, 2006), quien la describe como la base de la “agencia”, necesaria para entender por qué los sujetos obran en un mundo, insertos en una interacción entre los sistemas socioculturales que configuran, instituyen y establecen “estructuras de sentimiento”; los estados internos de estos sujetos, entendidos como modelos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, temor, que animan a los sujetos actantes (Merleau Ponty, 1993[1945]; Cabrera, 2017; Das, 2007).

A la vez, he abordado una revisión bibliográfica específica en materia de intersexualidad haciendo un rápido recorrido histórico por saberes biomédicos y poniendo especial atención a aquellas críticas a estos saberes emanados desde las ciencias sociales y perspectivas feministas.

En consideración de abordar las publicaciones científicas elaboradas por las propias personas intersexuales, con la intención de ahondar en el lenguaje propio, utilicé algunas referencias obligatorias: Chase (1998), Cabral (2003, 2008, 2005, 2011, 2015), Inter (2015), Hinkle (2006, 2007), BrújulaIntersexual (s.f.), entre otras.

Este objetivo se refleja en los dos primeros capítulos de esta investigación. El Capítulo I, titulado: *Lo que otras dicen: definiendo la intersexualidad desde saberes 'expertos'*, explora cómo los discursos académicos y biomédicos han definido la intersexualidad, destacando las perspectivas institucionales y teóricas predominantes. Por su parte, el Capítulo II, *Lo que algunas responden: re-definiendo la intersexualidad desde el activismo*, aborda las respuestas y resignificaciones emergentes desde el activismo y las voces de las personas intersexuales. Ambos capítulos dialogan posteriormente con los datos recogidos durante el trabajo de campo, estableciendo un puente entre las narrativas teóricas y las experiencias vividas.

El segundo objetivo se centra en la revisión bibliográfica y documental sobre el tratamiento sociomédico de la intersexualidad en Chile. Además, incluye la realización de etnografía institucional (Smith, 2005), analizada mediante la técnica de Análisis de Coaliciones Discursivas (Hajer, 2002, 2005). Este objetivo se desarrolla en el Capítulo V, titulado: *¿Dónde y qué se dice allí?: intersexualidades en Chile*, donde se examinan los discursos y prácticas sociomédicas vinculados a esta temática en el contexto nacional.

El tercer y cuarto objetivo se fundamentan en evidencia directa obtenida mediante entrevistas en profundidad, relatos de vida de personas intersexuales, observación participante y conversaciones informales con informantes clave. Ambos objetivos se desarrollan en los Capítulos VI, VII, VIII, IX, X que conforman la cuarta parte, titulada *Lo que ellas dicen (y no dicen): análisis de la etnografía intersexual*.

En cada uno de dichos capítulos analizo las experiencias y definiciones de intersexualidad desde la voz de las personas entrevistadas, interpretando sus procesos vitales individuales como expresión de una realidad colectiva enmarcada en estructuras sociales específicas. Este capítulo se estructura en cinco secciones que emergieron como significativas para las participantes: polifonías del devenir intersexual, gestión médico-institucional, gestión de lo cotidiano, activismo y lo no abarcado por el discurso.

He prestado especial atención a las prácticas corporales, cuya comprensión requirió un extenso periodo de observación para capturar la diversidad de experiencias y contextos

(Esteban, 2004). Al finalizar cada sección, aplico sistemáticamente las cinco categorías analíticas propuestas —disposiciones encarnadas, actos de legitimación o subversión, reconfiguración corporal, tramas de afecto y poder y prácticas de autoconstrucción— para interpretar las configuraciones de subjetividad, así como los desbordes etnográficos que no alcanzan a ser capturados por la teoría.

En resumen, cada objetivo se traduce en capítulos de esta tesis, que exploran tanto los discursos hegemónicos como las experiencias vividas y las resistencias ejercidas por las personas intersexuales, con énfasis en las prácticas corporales como núcleo de análisis

2.1 Evolución de los objetivos: un proceso reflexivo

Es importante destacar que la formulación de estos objetivos no fue un proceso lineal, sino que se vio atravesado por múltiples instancias de reflexión y reorientación. Inicialmente, mi interés estaba más centrado en analizar la incidencia de los dispositivos médicos en los cuerpos intersexuales, con un enfoque más cercano a la crítica foucaultiana del biopoder. Sin embargo, a medida que avanzaba el trabajo de campo y me sumergía en las narrativas de las personas entrevistadas, comprendí que este enfoque, aunque relevante, resultaba insuficiente para captar la complejidad de las experiencias vividas.

Este desplazamiento epistemológico se produjo principalmente durante las primeras entrevistas en profundidad, donde las personas compartieron relatos que desbordaban constantemente los marcos teóricos preestablecidos. Me encontré frente a historias que, si bien confirmaban la violencia estructural ejercida por los dispositivos biomédicos, también revelaban intrincados procesos de negociación identitaria y corporal que no podían reducirse a simples efectos del biopoder. Las personas entrevistadas describían relaciones ambivalentes con sus médicos, estrategias complejas para navegar entornos familiares y sexoafectivos, así como formas ingeniosas de habitar sus cuerpos más allá de las categorías binarias impuestas.

Las personas intersexuales no son simplemente receptoras pasivas de discursos médicos o activistas, sino que desarrollan complejas estrategias de negociación, resistencia y resignificación frente a las categorías que intentan definirlos. Sus narrativas evidenciaban una capacidad de agencia que, si bien condicionada por estructuras sociales e

institucionales, encontraba intersticios para expresarse y transformar dichas estructuras. En particular, resultaba fascinante observar cómo muchas personas habían desarrollado un conocimiento profundo sobre sus propios cuerpos, cuestionando el monopolio epistémico de la medicina y produciendo saberes alternativos basados en la experiencia encarnada.

Esto me llevó a reformular los objetivos hacia una comprensión más holística que integrara no solo los dispositivos médicos, sino también las relaciones familiares, las redes de apoyo, las identidades emergentes y las prácticas cotidianas que configuran las subjetividades intersexuales. Este giro implicó también incorporar conceptos como “disposiciones encarnadas” y “prácticas de autoconstrucción”, que permitían captar mejor las dimensiones corporizadas y agentivas de la experiencia intersexual.

Esta evolución refleja también un giro metodológico: de un enfoque inicialmente más centrado en el análisis del discurso hacia una aproximación más etnográfica y fenomenológica, atenta a las experiencias encarnadas y a las formas en que estas experiencias son interpretadas y narradas por los propios sujetos. La observación participante en espacios activistas y de socialización, así como las conversaciones informales fuera del marco estructurado de las entrevistas, resultaron fundamentales para comprender las dinámicas cotidianas y las microprácticas que sostienen y transforman las subjetividades intersexuales.

Como señala Clifford (1995), el conocimiento antropológico es siempre parcial y situado, un “conocimiento posicionado” que debe reconocer su propia historicidad y las condiciones de su producción. En este sentido, la evolución de mis objetivos de investigación refleja también un proceso de reflexividad crítica sobre mi propio posicionamiento como investigadora y sobre las relaciones de poder inherentes al proceso etnográfico. Lejos de concebirme como una observadora neutral, he intentado reconocer y hacer explícitas mis propias implicaciones teóricas, políticas y emocionales en el proceso de investigación, entendiendo que estas no constituyen un “sesgo” a eliminar, sino condiciones inherentes a la producción de conocimiento situado (Haraway, 1988).

Esta transformación de los objetivos no debe entenderse como un abandono de la perspectiva crítica sobre los dispositivos de normalización corporal, sino como una complejización que busca hacer justicia a la riqueza y diversidad de las experiencias intersexuales. Los nuevos objetivos permiten articular una mirada que, sin perder de vista las estructuras de poder, se mantiene atenta a las formas creativas en que los sujetos

habitan, negocian y transforman dichas estructuras desde sus propias vivencias encarnadas.

3. Justificación y contexto de la investigación

Esta investigación surge como respuesta a una problemática epistemológica y social identificada tanto en la literatura académica como en las conversaciones con personas intersexuales: la marcada tendencia a la generalización y homogeneización de las experiencias intersexuales, que no solo ha caracterizado el abordaje biomédico tradicional, sino que también se reproduce en ciertos discursos activistas contemporáneos. El punto de inflexión que motivó este estudio ocurrió durante una conversación informal con una persona intersexual chilena, quien manifestó: “para mí son las experiencias en los hospitales, cosas con mi cuerpo que son muy específicas, hechos que solo pasaron entre mi familia o con amigos...algo muy particular que no vivió la demás gente. Pero, no es como lo que dicen [refiriéndose a las personas activistas intersexuales], eso de repetir la misma definición de memoria” (Lily, conversación informal, 2021). Esta revelación evidenció una brecha significativa entre las definiciones estandarizadas promovidas por el activismo internacional —frecuentemente basadas en la definición popularizada por el activista Mauro Cabral— y las experiencias encarnadas, íntimas y situadas que constituyen la vivencia intersexual en contextos específicos.

La revisión exhaustiva de antecedentes reveló que las investigaciones previas sobre intersexualidades se han estructurado predominantemente sobre tres ejes problemáticos: 1) La hegemonía del discurso biomédico en la configuración de juicios morales y éticos sobre el cuerpo normativo; 2) La vulneración sistemática de la autonomía decisional de las personas intersexuales sobre sus propios cuerpos; y 3) La desatención crítica hacia los procesos de subjetivación de las personas intersexuales. Mientras que los dos primeros aspectos han sido abordados desde perspectivas de derechos humanos —documentados en informes como el de la Universidad Diego Portales (UDP, 2009)—, el tercer aspecto constituye un vacío epistemológico significativo que esta investigación busca subsanar. Este vacío no es menor, pues implica una continuidad en la objetivación de los cuerpos intersexuales, que siguen siendo tratados como objetos de estudio y no como sujetos productores de conocimiento situado y legítimo. Aquí radica precisamente uno de los

nudos críticos que esta investigación aspira a desatar, entendiendo que la agencia no implica negar la violencia estructural, sino comprender cómo las personas la negocian, resisten y transforman desde sus propias posiciones.

Este estudio propone una aproximación innovadora a través de la articulación de dos dimensiones analíticas fundamentales: el cuerpo y la subjetividad. Esta propuesta epistemológica constituye en sí misma un aporte teórico-metodológico significativo por diversas razones. En primer lugar, permite la superación del dualismo cartesiano al abordar el cuerpo intersexual no solo como realidad biológica sino como “sistema de representación donde interactúan discursos, saberes e ideologías” (Le Breton, 2018[1992]), trascendiendo así la dicotomía naturaleza/cultura que ha limitado comprensiones previas. Además, reconoce la bidireccionalidad entre cuerpo y cultura: siguiendo a Austin (1994[1962]), el estudio propone comprender qué sentido tiene el cuerpo intersexual para las personas que lo viven, reconociendo que la cultura no solo produce significados en torno al cuerpo, sino que también el cuerpo mismo influye en la creación y reinterpretación de la cultura.

La investigación también reivindica la subjetividad como objeto legítimo de estudio antropológico, contrariando la tendencia de relegar su estudio exclusivamente al campo psicológico (Cabrera, 2017). Así, se posiciona la subjetividad como categoría analítica socioantropológica central, entendida como la experiencia interna y la percepción individual del mundo, que está influenciada por factores culturales, sociales, políticos y económicos. ¿Cómo se construyen y negocian las identidades individuales y colectivas dentro de este contexto cultural específico? ¿Qué papel juegan las narrativas personales y las experiencias vividas en la configuración de las subjetividades intersexuales? Estas preguntas conducen a una crítica profunda de los marcos disciplinares que han fragmentado la experiencia humana, segmentándola entre lo “psicológico” y lo “social”, como si tal división no fuera en sí misma un producto histórico-cultural que refleja la misma lógica binaria que ha patologizado los cuerpos intersexuales.

La operacionalización del concepto de subjetivación permite examinar la construcción de subjetividades intersexuales en relación con contextos específicos, las estructuras sociales binarias y no binarias disponibles, los mecanismos de sanción y vigilancia que moldean los cuerpos intersexuales, y las resistencias y negociaciones desplegadas por las personas intersexuales durante sus procesos de subjetivación. Siguiendo los planteamientos de Connell (1987, 1995, 2010[1997]) y Esteban (2004, 2008), la investigación adopta

la “experiencia corporal reflexiva”, proponiendo una antropología del cuerpo que integra discursos y prácticas, la cultura y su contestación, las agencias y resistencias. ¿Qué implicaciones tiene la comprensión de las subjetividades intersexuales para la acción social y el cambio cultural? ¿En qué medida el reconocimiento de la agencia de las personas intersexuales complementa y enriquece los análisis estructurales de opresión, permitiendo visibilizar no solo lo que constriñe sino también lo que posibilita la transformación social? Esta mirada no busca negar o minimizar los efectos del sistema médico-legal sobre los cuerpos intersexuales, sino complejizar su comprensión, reconociendo que incluso en contextos de profunda violencia institucional, las personas desarrollan estrategias de resistencia, adaptación y resignificación que son fundamentales para comprender cabalmente el fenómeno.

La pertinencia de esta investigación en Chile se fundamenta en condiciones sociohistóricas y políticas específicas. El país presenta una configuración única caracterizada por la tensión entre un conservadurismo histórico en temas de género y sexualidad —con fuerte influencia de la Iglesia Católica— y recientes transformaciones sociales que han abierto espacios para el debate sobre derechos sexuales, como evidencia la aprobación de la Ley de Identidad de Género (2018). Existe, además, un vacío empírico en estudios sobre intersexualidad en Chile, como lo demuestra la revisión rigurosa de repositorios académicos nacionales, donde se evidencia el predominio de estudios desde disciplinas médicas (particularmente psicología), la preponderancia de investigaciones teóricas sin trabajo de campo, la inclusión tangencial de la intersexualidad en estudios sobre transexualidad o masculinidades no normativas, y la ausencia crítica de investigaciones que exploren los modos singulares en que se auto-perciben aquellos sujetos intersexuales respecto de su sexo biológico. Esta ausencia resulta particularmente problemática si consideramos que Chile, como otros países latinoamericanos, experimenta procesos de cambio social acelerado en materia de derechos sexuales y reconocimiento de la diversidad corporal, pero sigue arrastrando el peso de instituciones y discursos profundamente conservadores. ¿Cómo se negocian estas tensiones en la experiencia cotidiana de las personas intersexuales? ¿Qué tipo de violencias específicas produce esta configuración sociopolítica sobre los cuerpos intersexuales?

La investigación sitúa el análisis en el marco del capitalismo neoliberal chileno, donde el cuerpo se transforma en espacio de contradicción social, evidenciando disputas entre la autoridad médica y los feminismos que emergen en este “contexto de emergencia del

cuerpo” (Turner, 1989). Esta contextualización no es menor: el neoliberalismo chileno, instaurado durante la dictadura militar y profundizado en democracia, ha producido formas específicas de mercantilización y control de los cuerpos que se entrecruzan de maneras complejas con las intervenciones biomédicas sobre los cuerpos intersexuales. ¿Qué nuevas formas de disciplinamiento y resistencia emergen en este contexto? El estudio aspira a contribuir a la comprensión de la intersexualidad fuera del sesgo material con el que ha sido abordado, privilegiando ese cuerpo vivido por las propias personas intersexuales que habitan en Chile, el cual es “constituyente tanto de la apertura perceptiva al mundo como de la 'creación' de ese mundo” (Merleau-Ponty, 1993[1945], p.360).

Esta investigación no solo busca generar conocimiento académico, sino que se enmarca en un compromiso ético-político con la transformación social. Pretende superar tanto el estereotipo que se les ha asignado [a las personas intersexuales] como simples víctimas del sistema sexo/género o como el perfil “heroico” que les atribuye la responsabilidad de deconstruir este mismo sistema. Busca dilucidar sus propias agencias en el proceso, reconociendo la capacidad de acción y transformación de las personas intersexuales más allá de las narrativas deterministas. El enfoque narrativo desde el cuerpo asume un compromiso social, político y ético que atañe desde lo más íntimo, ese límite entre lo privado y lo público, entre lo expresado y lo 'vivido-sentido. Al privilegiar las voces de las personas intersexuales en la construcción de conocimiento sobre sus propias experiencias, la investigación contribuye a reparar lo que Miranda Fricker (2007) ha denominado “injusticia epistémica”, particularmente en su dimensión testimonial.

En síntesis, esta investigación no solo se justifica por su originalidad teórico-metodológica y relevancia empírica, sino también por su potencial contribución a una comprensión más compleja, situada y éticamente comprometida de las experiencias intersexuales en el contexto chileno contemporáneo, reconociendo la diversidad de subjetividades y corporalidades que desafían las narrativas homogeneizantes tanto médicas como activistas.

3.1 Pero ¿Antropología de la subjetividad o antropología de la experiencia?

Al aproximarme a la conclusión de esta tesis, descubrí la propuesta de la antropología de la experiencia, lo que inicialmente suscitó dudas sobre el uso del concepto de “subjetividad” como fundamento teórico de mi investigación, aspectos detallados en el Capítulo I. Sin embargo, profundizando en la literatura y descubriendo la estrecha relación entre ambas líneas analíticas para comprender la dialéctica individual-colectiva, reconocí el potencial de integrar estas perspectivas teóricas complementarias. Ambas disciplinas comparten el interés por comprender dimensiones personales, emocionales y vivenciales humanas, aunque desde enfoques ligeramente distintos.

Mientras que la antropología de la subjetividad, como plantea Paula Cabrera, indaga en cómo las normatividades y las relaciones de poder moldean las interioridades, permitiendo a los sujetos reflexionar, resistir o resignificar dichas influencias, la antropología de la experiencia, en autores como Víctor Turner (1986) y Rodrigo Díaz (1997), enfatiza cómo las vivencias concretas y situadas —particularmente en momentos críticos— actúan como espacios de transformación que conectan lo personal con lo social.

Este diálogo interdisciplinar ha enriquecido mi comprensión de las subjetividades intersexuales en Chile, permitiendo analizar tanto procesos longitudinales que configuran estas subjetividades como experiencias específicas que generan rupturas y resignificaciones en contextos marcados por desigualdades normativas y culturales.

Victor Turner en *The Anthropology of Experience* (1986) define la experiencia como situada en un plano liminal, en momentos transicionales o críticos que desestabilizan el orden normativo posibilitando la reconfiguración estructural social. Su enfoque busca entender cómo rituales, símbolos y procesos colectivos moldean experiencias individuales y cómo estas, recíprocamente, transforman la realidad social. Rodrigo Díaz, influenciado por esta perspectiva, amplía el concepto para analizar experiencias concretas en contextos desiguales, destacando cómo estas visibilizan tensiones estructurales y generan espacios de resistencia y transformación (Díaz, 2011). La experiencia no constituye meramente un evento, sino un proceso donde los sujetos construyen significado en diálogo con lo colectivo, desestabilizando categorías normativas y posibilitando nuevas narrativas.

Como he señalado, la antropología de la subjetividad se centra en cómo las personas construyen y experimentan sus vivencias internas (sentimientos, pensamientos, deseos, percepciones). Esta disciplina analiza cómo los sujetos significan su realidad mediante interioridad y agencia reflexiva en relación con contextos culturales e históricos (Ortner, 2005, 2006; Geertz, 1983). Además, examina cómo la subjetividad se configura mediante prácticas cotidianas, relaciones de poder y discursos normativos que modelan el sentido del yo y la agencia individual (Biehl, Good, & Kleinman, 2007).

Si bien la antropología de la experiencia comparte este interés por las vivencias individuales, enfatiza cómo estas adquieren significado dentro de marcos culturales más amplios, privilegiando las experiencias situadas como procesos dinámicos que conectan lo individual con lo colectivo (Díaz, 2011), elaboradas desde normas culturales pero no completamente determinadas por ellas (Bruner, 1986).

Desde la subjetividad, el sujeto se concibe como resultado de estructuras sedimentadas, donde reflexiones internas y marcos simbólicos tienen peso fundamental. Contrariamente, la experiencia se interpreta como espacio transformativo que desestabiliza categorías preexistentes, evidenciando cómo eventos inmediatos pueden reconfigurar relaciones de poder y desigualdad. La escala temporal también difiere: la subjetividad analiza procesos longitudinales, mientras la experiencia focaliza momentos específicos y su potencial transformador. Adicionalmente, los proyectos ético-políticos de ambas corrientes divergen; la antropología de la subjetividad se orienta hacia análisis académicos que exploran reproducción y transformación social (Ortner, 2006; Cabrera, 2017), mientras la antropología de la experiencia mantiene un compromiso más explícito con la acción social, visibilizando resistencias y cambios concretos (Díaz, 1997, 2011).

Ambas perspectivas coinciden en destacar la importancia de las experiencias vividas y en explorar cómo los individuos negocian y reconfiguran su sentido del yo dentro de contextos culturales y sociales. Sin embargo, en esta investigación, me he decantado por utilizar por tomar algunas influencias de la propuesta teórico-metodológica de la antropología de la subjetividad, por algunas razones fundamentales. En primer lugar, su enfoque permite analizar cómo las subjetividades se configuran en contextos marcados por relaciones de poder y normatividades corporales, lo que resulta esencial para entender las vivencias de personas intersexuales. Cabrera (2017) enfatiza la importancia de explorar cómo los sujetos, atravesados por desigualdades estructurales y expectativas normativas, negocian y resignifican su identidad desde su propia reflexividad. Este marco

resulta particularmente útil para examinar las experiencias de las personas intersexuales en Chile entrevistadas, quienes deben lidiar con normas biomédicas, culturales y sociales que intentan imponer narrativas hegemónicas sobre sus cuerpos e identidades.

Además, este ofrece herramientas para captar la dimensión histórica y sociocultural de las subjetividades, permitiendo conectar las experiencias individuales de personas intersexuales con procesos más amplios, como las luchas por derechos humanos y la visibilización de cuerpos no normativos en Chile. Esta propuesta metodológica, que integra relatos en primera persona y análisis crítico de estructuras normativas, se alinea con el objetivo de la investigación: visibilizar las voces y experiencias de las personas intersexuales, mientras se problematizan los marcos que han contribuido a su invisibilización y patologización. De este modo, la antropología de la subjetividad no solo facilita un análisis profundo de las vivencias individuales, sino que también contribuye a la producción de conocimiento situado y comprometido con la transformación social.

En el caso chileno, donde las narrativas sobre intersexualidad han sido históricamente dominadas por discursos médicos y legales, esta perspectiva permite destacar las experiencias y estrategias de resistencia que las personas intersexuales desarrollan frente a dichas imposiciones. La elección de este marco teórico-metodológico, entonces, no solo responde a un interés académico, sino también ético-político: el de contribuir a la generación de un conocimiento que dialogue con las demandas de justicia y reconocimiento de las personas intersexuales en Chile.

No obstante, integrar ambos enfoques me permitió un análisis más completo, capturando tanto narrativas internas que configuran sujetos como prácticas y vivencias que pueden reconfigurar esas narrativas y sus estructuras subyacentes. Esta síntesis ofrece una herramienta potente para comprender y transformar los modos en que desigualdades y subjetividades interactúan en contextos culturales e históricos específicos.

Aspecto	Antropología de la experiencia	Antropología de la subjetividad
Concepto central	Experiencia como proceso dinámico y transformador.	Subjetividad como construcción cultural e histórica.
Nivel de análisis	Enfoque en momentos críticos y transformadores.	Atención a los procesos de largo plazo que configuran la interioridad.
Relación individuo-colectivo	Experiencia como espacio de interacción dialéctica entre lo individual y lo colectivo.	Subjetividad como resultado y punto de partida para reproducir o transformar estructuras.

Temporalidad	Momentos específicos que desestabilizan el orden social.	Procesos continuos que moldean las identidades y reflexividades.
Metodología	Narrativas de eventos críticos y análisis procesual.	Narrativas internas y análisis estructural de normatividades.
Compromiso ético-político	Visibilizar resistencias y transformaciones en contextos de desigualdad.	Explorar cómo las estructuras moldean y son resignificadas por las subjetividades.

Tabla 7: Comparación entre Antropología de la subjetividad y Antropología de la experiencia. Elaboración propia

4. Población de estudio

Esta investigación se ha desarrollado en Chile, principalmente, en la Región Metropolitana de Santiago. En esta ciudad capital podemos encontrar variadas sedes asociaciones LGTB, y especialmente, aquellas sedes de IntersexualesChile e IntersexPacíficoSur, únicas dos agrupaciones intersexuales a lo largo del territorio nacional. Siendo IntersexualesChile, la agrupación con la que tomé contacto, y logré una participación constante que dio paso al trabajo de campo, a detallar en el capítulo siguiente.

Las personas agentes claves de esta investigación son personas con experiencias vitales vinculadas a la intersexualidad en Chile, entendida la intersexualidad como una categoría paraguas para referirnos a las variaciones corporales, hormonales y/o cromosómicas, que conllevan diferentes experiencias corporales e identitarias. De esta forma, dichas personas pueden —o no— estar adscritas a grupos activistas y/o colectivos.

En el marco de la complejidad para establecer contacto con personas con vivencias intersexuales, recurrí al método de muestreo bola de nieve. Según Salamanca & Martín-Crespo (2007), este método implica acercarse a través de recomendaciones y contactos proporcionados por otros agentes.

Siendo los criterios de inclusión y exclusión de participantes los que se muestran en la tabla:

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Vivencia y edad	Ser persona con vivencia intersexual, mayor de edad	Ser persona sin vivencia intersexual, menor de edad

Diagnóstico²⁰	Hiperplasia Suprarrenal congénita (HSC), Síndrome Insensibilidad a los andrógenos (SIA), síndrome de mayer-rokitansky-kuster-hauser, disgenesia gonadal, hipospadias. Experiencias hospitalarias específicas. Diagnósticos o informes médicos que refieran a las intersexualidades como: Trastorno de desarrollo sexual o Desorden de Desarrollo Sexual (DSD) o hermafroditismo.	Sin diagnóstico médico oficial, sin marcas corporales, experiencias hospitalarias, cirugías ni exámenes médicos que pudieran corroborarlo.
Lugar de residencia	Chile (todas sus regiones)	Residir fuera del territorio chileno.

Tabla 8: Criterios de Inclusión y Exclusión de Personas Intersexuales. Elaboración propia

Ante tamaño limitado del universo, debido en gran parte a que solo el 1,7 % de la población mundial son personas intersexuales (Blackless *et al.*, 2000), y que dicho dato en Chile es una incógnita al no existir cifras oficiales, logré gestionar trece entrevistas y una historia de vida con personas intersexuales, con quienes tomé contacto por medio de mi participación en IntersexualesChile, y en otras ocasiones, a través de un muestreo no probabilístico de cadena o bola de nieve.

	Nombre	¿Cómo se define?	Adscripción	Cómo la define su diagnóstico médico	Fecha entrevista
1	Lily	Mujer/lesbiana	No activista	Síndrome Insensibilidad a los andrógenos (SIA)	2021
2	Cami	Mujer	No activista	Síndrome Insensibilidad a los andrógenos (SIA)	2021
3	Flor	Mujer/trans/intersexual	No activista	Síndrome Klinefelter	2022
4	Pablo	Hombre/trans/intersexual	Activista	Hipospadias	2021

²⁰ Al incorporar el criterio de inclusión y exclusión relativo a “diagnósticos” estuve atenta a las situaciones comentadas por las propias personas activistas y no-activistas para comprenderse y definirse intersexuales. En un origen consideré que indagar en estos diagnósticos podía ser una exclusión en sí misma al recurrir a lo biomédico. No obstante, durante las entrevistas, parecía inevitable la validación propia de la persona entrevistada por medio de estos o a través de experiencias hospitalarias específicas que aludían a cirugías o medicalización.

5	Chuli	No binaria/intersexual	No activista	Hiperplasia Suprarrenal Congénita	2022
6	Karen	Mujer/trans	No activista	Hipospadias	2023
7	Pola	Mujer	No activista	Hiperplasia Suprarrenal Congénita	2021
8	Aldo	Hombre	No activista	Hipospadias	2022
9	Vane	Mujer/intersexual	Activista	Hiperplasia Suprarrenal Congénita	2022
10	Nico	Mujer/intersexual	No activista	Hiperplasia Suprarrenal Congénita	2022
11	Ana	Intersexual	Activista	Síndrome Insensibilidad a los andrógenos (SIA)	2023
12	Yuri	Mujer/rokitansky	Activista	Síndrome Rokitansky	2023
13	Gema	Mujer/intersexual	No activista	Síndrome Insensibilidad a los andrógenos (SIA)	2022
14	Xavi	Hombre intersexual	No activista	Hiperplasia Suprarrenal Congénita	2022

Tabla 10: Datos de personas intersexuales entrevistadas. Elaboración propia

Es importante señalar que las entrevistas realizadas para esta investigación se desarrollaron bajo estrictos protocolos éticos, considerando la sensibilidad de las experiencias narradas. Se implementaron estrategias como la posibilidad de pausar o finalizar la entrevista en cualquier momento, derivación a apoyo psicológico cuando fue necesario, y un seguimiento posterior para asegurar el bienestar de las participantes. La muestra de entrevistadas refleja diversas trayectorias vitales, incluyendo personas de diferentes edades, contextos socioeconómicos y momentos de descubrimiento de su intersexualidad, aunque con una limitada representación de personas de zonas rurales y de pueblos originarios, lo cual debe considerarse al interpretar los resultados. Esta heterogeneidad permite analizar cómo las experiencias intersexuales se configuran no solo por la condición biológica en sí, sino también por los contextos socioculturales, económicos y geográficos en que se desarrollan.

Como una estrategia ante el bajo número de la muestra, decidí entrevistar a otras agentes claves para comprender su incidencia en los procesos de subjetivación intersexual, entre ellas: profesionales médicas especialistas (endocrinología, urología, cirugía), *mapadres*, expertas académicas y experta gubernamental.

El debate terminológico respecto a la intersexualidad es una cuestión especialmente candente y refleja las tensiones, pero también similitudes entre el lenguaje biomédico y el propio, por lo que con la intención de indagar en las particularidades del discurso biomédico entrevisté a profesionales del área de la salud (endocrinólogos/as, urólogos/as, genetistas y cirujanos/as).

En este caso, los criterios de inclusión y exclusión fueron:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Trabajar o haber trabajado en áreas que impliquen conocimiento relacionado con las intersexualidades.	No trabajar o no haber trabajado en áreas que impliquen conocimiento relacionado con las intersexualidades.

Tabla 9: Criterios de Inclusión y Exclusión de Personas Profesionales. Elaboración propia

Me comuniqué con la Sociedad Chilena de Endocrinología para obtener contactos con profesionales de la salud especialistas en intersexualidad obteniendo los primeros dos nombres y contactos de médicos referentes nacionales, con quienes me comuniqué en privado por medio de una solicitud a través de correo electrónico. Posterior a estas entrevistas, utilizando también la técnica bola de nieve, logré contactar a otros tres médicos tratantes de personas intersexuales en Chile, sumando cinco profesionales en total.

	Nombre	Especialidad	Fecha entrevista
1	Dr. Lozano	Endocrinólogo	2022
2	Dra. Yanes	Uróloga	2022
3	Dr. Pérez	Urólogo	2021
4	Dr. Alarcón	Endocrinólogo	2022
5	Dr. Curiel	Urólogo	2023

Tabla 10: Datos de médicos entrevistados. Elaboración propia

En el caso de las *mapadres*, les contacté por medio de las propias personas intersexuales o por agrupaciones de apoyo a madres de infantes con hiperplasia suprarrenal congénita. Obteniendo siete entrevistas en total.

	<i>Mapadre</i>	Fecha entrevista
1	Madre 1	2022
2	Madre 2	2022
3	Madre 3	2023
4	Madre 4	2023
5	Madre 5	Grupo discusión 2022
6	Madre 6	Grupo discusión 2022
7	Padre 1	2023

Tabla 11: Datos de *mapadres* entrevistadas. Elaboración propia

Por medio de mi Universidad de origen (Universidad de Concepción) contacté a personas académicas vinculadas a temáticas de disidencias sexoafectivas y/o diversidad corporal en el país, obteniendo dos entrevistas a personas investigadoras.

Finalmente, a raíz del trabajo realizado en conjunto con el Ministerio de Salud y la respectiva etnografía institucional, logré gestar y concretar contacto con una encargada gubernamental, con quien, además de participar en las reuniones y tener conversaciones informales, pude realizar una entrevista semi-estructurada.

Es fundamental reconocer las limitaciones metodológicas de esta investigación para contextualizar adecuadamente sus alcances y establecer con transparencia los límites de sus contribuciones. El tamaño reducido de la muestra (catorce personas intersexuales), aunque significativo considerando la baja prevalencia estadística de estas condiciones, impone cautela respecto a la generalización de los hallazgos. Esta limitación numérica se intentó compensar mediante la diversificación de perfiles, incluyendo personas con diferentes diagnósticos, trayectorias vitales y posicionamientos respecto al activismo.

La concentración geográfica del trabajo de campo en Santiago constituye otra restricción importante, que deja pendiente la exploración profunda de experiencias en contextos rurales o regionales donde el acceso a información y servicios médicos presenta dinámicas específicas, ya que, si bien desarrollé desplazamientos geográficos o entrevistas vía telemática con personas de distintas regiones del país, la etnografía no se desarrolló intensamente en estos territorios. Asimismo, reconozco que existe un

inevitable sesgo de autoselección en quienes accedieron a participar, probablemente personas con mayor disposición a compartir sus vivencias o con procesos reflexivos más desarrollados sobre su experiencia. Estas limitaciones, lejos de invalidar los hallazgos, los sitúan en un contexto específico y abren líneas para futuras investigaciones que puedan abordar los aspectos menos desarrollados en este estudio.

De esta forma, los resultados de esta tesis nunca esperaron ser generalizables a todas las vivencias intersexuales de Chile, sino más bien, una aproximación a otras futuras investigaciones que permitan profundizar en el campo, obtener datos más representativos y de forma longitudinal. Con ello, hago hincapié en que no se pretende construir una definición absoluta o prescriptiva de las intersexualidades, ni abordar la subjetividad como una cosificación universal, ni tampoco exponer las demandas del colectivo intersexual como uniformes. Por el contrario, reafirmo y celebro su diversidad en cada etapa de este proceso investigativo.

4.1 Aproximación interseccional a las corporalidades intersexuales

De esta forma, resultó fundamental adoptar una perspectiva interseccional que reconociera cómo diferentes ejes de desigualdad confluyen en la configuración de sus subjetividades. Como plantea Kimberlé Crenshaw (1989, 1991), precursora de esta aproximación teórica, las diversas formas de opresión no operan de manera aislada, sino que se entrelazan creando experiencias específicas que no pueden entenderse desde un único eje de análisis.

En el contexto de esta investigación, la interseccionalidad no solo fue un marco teórico, sino también una herramienta metodológica que guio tanto la recolección como el análisis de datos. Este enfoque ha permitido visibilizar cómo la experiencia de ser las personas intersexuales entrevistadas está atravesada por múltiples dimensiones:

1. **Clase social y acceso económico:** Las narrativas recopiladas evidencian marcadas diferencias entre quienes pudieron acceder a sistemas de salud privados versus quienes dependieron exclusivamente del sistema público. Estas diferencias se traducen en desiguales posibilidades de obtener segundas opiniones médicas, acceder a especialistas o, incluso, optar por no realizar ciertas intervenciones

quirúrgicas. Como señala una de las participantes: “Si tuviera plata, quizás mi historia sería otra... habría podido elegir” (Lily, entrevista 2021).

2. **Nivel educativo:** El capital cultural, particularmente el acceso a educación superior influye significativamente en la capacidad de las personas intersexuales y sus familias para comprender, cuestionar y negociar con los discursos médicos. Quienes cuentan con mayor formación académica reportan interacciones más horizontales con los profesionales médicos y mayor autonomía en la toma de decisiones sobre sus cuerpos.
3. **Ubicación geográfica:** La marcada centralización de los servicios médicos especializados en Santiago genera profundas desigualdades territoriales. Las personas intersexuales de regiones enfrentan barreras adicionales para acceder a atención especializada, lo que en muchos casos implica largos viajes, gastos adicionales o, simplemente, la imposibilidad de acceder a ciertos tratamientos.
4. **Temporalidad y generación:** Las experiencias varían significativamente según el momento histórico en que las personas fueron diagnosticadas e intervenidas. Se observa una clara evolución en los abordajes médicos y sociales: las personas mayores tienden a reportar experiencias marcadas por un mayor secretismo y menor autonomía, mientras que las generaciones más jóvenes evidencian mayor acceso a información y posibilidades de cuestionamiento.
5. **Etnicidad:** Aunque menos representada en la muestra, la dimensión étnica emerge como relevante, especialmente en los casos de personas provenientes de pueblos originarios, donde las concepciones culturales sobre el cuerpo y el género pueden diferir significativamente del modelo biomédico hegemónico. Como señala una participante de ascendencia mapuche: “En mi cultura hay más espacio para lo que no es ni hombre ni mujer, pero la medicina no entiende eso” (Chuli, entrevista 2022).

Esta aproximación interseccional ha permitido evitar la naturalización de una “experiencia intersexual universal” y visibilizar cómo los privilegios y opresiones configuran trayectorias vitales diferenciadas incluso dentro de un grupo aparentemente homogéneo. Como señala Viveros (2016), la interseccionalidad no solo identifica categorías de diferencia, sino que analiza cómo estas se producen y articulan en contextos históricos específicos, generando posiciones sociales particulares.

En términos metodológicos, este enfoque exigió una escucha atenta a las diferentes dimensiones de desigualdad que emergían en los relatos, así como un análisis contextualizado que situara cada experiencia en sus coordenadas sociales específicas. Asimismo, implicó reconocer los sesgos en la conformación de la muestra, principalmente compuesta por personas con acceso a capital cultural y social, residentes en zonas urbanas y mayoritariamente mestizas, lo que señala la necesidad de ampliar en futuras investigaciones la representación de otras posiciones interseccionales

5. Técnicas de recogida y análisis de información

Esta investigación se sustenta en una robusta estrategia de triangulación metodológica que opera en múltiples niveles complementarios. Siguiendo a Denzin (1970), hemos implementado: 1) una triangulación de datos, contrastando narrativas de diversos actores (personas intersexuales, profesionales médicos, activistas, familiares); 2) una triangulación de métodos, combinando entrevistas en profundidad, observación participante, análisis documental y etnografía digital; 3) una triangulación teórica, interpretando los datos desde marcos conceptuales complementarios; y 4) una triangulación espacial, que articula el análisis de procesos individuales con dinámicas institucionales y globales. Esta aproximación no busca simplemente corroborar 'verdades' objetivas, sino enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado al captar sus múltiples dimensiones y las tensiones productivas entre diferentes perspectivas. Como señala Flick (2004, 2014), la triangulación metodológica resulta especialmente valiosa en contextos donde los significados son contestados y negociados, como ocurre con las experiencias intersexuales en el Chile contemporáneo.

Cabe destacar que la elección de estas técnicas metodológicas responde directamente a los objetivos de investigación planteados, por ejemplo: el análisis documental y la etnografía digital facilitaron la comprensión de las dinámicas organizativas del activismo intersexual y relaciones de poder (Objetivo 1); La observación participante y etnografía institucional contribuyeron a examinar las tensiones entre los discursos institucionales y las experiencias vividas (Objetivo 2), mientras que las entrevistas semi-estructuradas y conversaciones informales permitieron acceder a las experiencias subjetivas de las personas intersexuales (Objetivo 3 y 4). Esta articulación metodológica no solo

enriqueció la recolección de datos, sino que también fortaleció la validez de los hallazgos al permitir contrastar diferentes fuentes y perspectivas.

5.1 Entrevistas semi-estructuradas y conversaciones informales

Las entrevistas constituyeron la técnica principal de recogida de información, posibilitando no solo el acceso a datos relevantes, sino también el contraste y la complementariedad con los hallazgos etnográficos. Este enfoque metodológico, caracterizado por su flexibilidad y reflexividad, permitió profundizar en las subjetividades de los participantes, ampliando la complejidad y pluralidad de la investigación. Siguiendo las aportaciones de Agar (1996), las entrevistas se configuraron como espacios de co-construcción narrativa, donde las experiencias individuales se inscriben en un contexto cultural más amplio.

Mediante entrevistas semi-estructuradas, exploré las experiencias personales relacionadas con las relaciones sociales primarias y su vínculo con la corporalidad. Estas entrevistas comenzaban con preguntas sociodemográficas generales y una apertura narrativa diseñada para fomentar relatos espontáneos, como: “¿Cómo te definirías a ti misma?” o “¿cuándo y cómo descubriste tu vivencia intersexual?”. Este enfoque buscaba minimizar la intervención de la investigadora, alineándose con la idea de priorizar las “historias vividas” y los marcos culturales específicos en los que estas se desarrollan (Agar, 1996).

En etapas posteriores, las conversaciones se orientaron hacia temas más específicos como diagnósticos médicos, experiencias hospitalarias, procesos de medicalización y cirugías. Este enfoque balanceado entre estructura y apertura se fundamenta en las metodologías críticas de Lock & Scheper-Hughes (1987), quienes destacan la importancia de incorporar el cuerpo como objeto y sujeto de análisis antropológico. Además, como señalan Turner (1992) y Mauss (1973[1934]), los cuerpos no solo son biológicos, sino también fenómenos culturales moldeados por significados sociales, un marco teórico clave para analizar las experiencias de cuerpos no normativos.

Las narrativas obtenidas revelaron tensiones y contradicciones, pero también silencios, omisiones y momentos de resistencia, que son igualmente significativos. Estos “márgenes narrativos”, como los denomina Agar (1996), permiten explorar las dimensiones

culturales más profundas, evidenciando cómo las experiencias individuales se entrelazan con estructuras sociales, relaciones de poder y marcos simbólicos. En este sentido, las entrevistas no solo documentaron historias individuales, sino también dinámicas colectivas que cuestionan las nociones normativas sobre género, sexualidad y cuerpo.

El espacio de confianza generado durante las entrevistas facilitó la expresión libre de emociones y pensamientos, revelando tanto lo dicho como lo implícito o silenciado. Butler (1993) y Csordas (1994) subrayan que las narrativas no solo son relatos de experiencia, sino actos performativos de agencia y resistencia frente a la normatividad. En este sentido, las entrevistas se convirtieron en espacios de renegociación de identidades y subjetividades.

En el caso de agentes clave con quienes ya mantenía una relación de confianza, se generaron “entrevistas cortas” posteriores para profundizar o aclarar aspectos específicos (Vallés, 1997, 2014). Algunas de estas entrevistas se realizaron por videollamada o mediante aplicaciones de mensajería, adaptando los formatos a las circunstancias.

Dado el carácter biográfico de muchas entrevistas, estas permitieron recoger testimonios que incluyen acontecimientos vitales y valoraciones sobre la propia existencia. Este enfoque, alineado con el método biográfico descrito por Pujadas (1992), conecta los testimonios subjetivos individuales con las estructuras sociales y valores compartidos de un contexto particular. Entender el presente como parte de una trayectoria vital previa permite situar las experiencias intersexuales en un marco histórico y sociocultural más amplio.

Diseñé cuatro guiones tipo de entrevista (Anexo 1) según los perfiles de las personas participantes: personas intersexuales, sus *mapadres*, profesionales de la comunidad médica y aliadas desde las ciencias sociales. No obstante, cada guion fue adaptado a las características de la persona entrevistada y las circunstancias específicas. El uso de preguntas abiertas permitió—en gran medida— expresar libremente sus ideas, desarrollarlas y articular asociaciones temáticas, cognitivas y valorativas.

La adaptación de estos guiones no se limitó a ajustes superficiales, sino que implicó modificaciones sustanciales según las características específicas de cada participante. Por ejemplo, en el caso de profesionales médicos, el guion priorizó preguntas sobre protocolos clínicos y criterios de intervención, mientras que con activistas se enfatizaron trayectorias de politización y estrategias organizativas. Para ilustrar estas adaptaciones,

con una uróloga especializada en DSD, tras identificar en la conversación inicial su formación en bioética, incorporé preguntas específicas sobre los dilemas éticos que enfrenta en su práctica clínica: “¿Cómo equilibra usted el principio de autonomía con el supuesto beneficio médico en casos de infancias intersexuales?”. Esta flexibilidad metodológica permitió profundizar en las tensiones específicas que cada participante experimentaba desde su posición particular.

Después de cada entrevista, registré notas reflexivas en mi diario de campo. Estas notas se guiaron por preguntas transversales como: ¿Cómo fue la entrevista? ¿Qué material obtuve y cómo se relaciona con mis objetivos? ¿Qué tensiones se presentaron? Esta práctica reflexiva, inspirada en las ideas de Bourdieu & Wacquant (1995), permitió ajustar las estrategias en entrevistas posteriores y orientar la interpretación de los datos. A su vez, estas notas fueron clave para la reflexividad investigadora, guiando las decisiones en entrevistas posteriores y orientando la interpretación.

5.2 Conversación informal

La conversación informal, aunque a menudo subestimada, tuvo un valor significativo a lo largo de este proceso de investigación. Su principal ventaja es que permite recoger la información tal como se experimenta y se expresa en la vida cotidiana, sin los filtros impuestos por la postura de la investigadora en una entrevista estructurada (Hammersley y Atkinson, 1994, pp.25-126). En muchos casos, lo que comenzó como una simple conversación informal se transformó en lo que Vallés (1997, p.37) denomina una “entrevista conversacional”, que con el paso del tiempo me permitió plantear la opción de una entrevista semi-estructurada a futuro.

Algunos ejemplos fueron personas intersexuales que no se identifican como tal y que no pertenecen a grupos visibles activistas. Estas personas, sin la presencia de una grabadora, han tomado una postura más relajada en cuanto a la transmisión de sus propias estructuras y creencias, enfatizando en sus sentimientos/emociones más que cuadrar el discurso a lo “políticamente correcto” o lo esperado como objeto de estudio. Lo mismo pasó en conversaciones con profesionales institucionales o de la comunidad médica, quienes, en algunas ocasiones, preferían las “conversaciones de pasillo” como una presentación que les permitía situarse y, posteriormente, decidir si querían formar parte de la investigación.

No obstante, aquellas conversaciones que no lograron concretarse como entrevistas, fueron posteriormente traspasada a diarios de campo, lo que también me permitió la sistematización de datos recogidos.

Uno de los aprendizajes durante mi experiencia con las conversaciones informales, fue la importancia de mantener una actitud de escucha para no interrumpir el flujo natural del diálogo, evitando al mismo tiempo actitudes de excesiva reserva que podrían afectar la confianza de las personas interlocutoras. Esta actitud me permitió generar espacios de confianza en medio de una instancia casual, permitiéndome evidenciar cosas que por medio de la recogida a través de otras técnicas no fueron posibles.

5.3 Observación participante

La observación participante fue la técnica clave utilizada durante el trabajo de campo, ya que permitió recolectar la información esencial para el desarrollo de la investigación. Según Pujadas & Comas d'Argemir (2004, p.70), esta metodología facilita la exploración de los contextos donde ocurren los eventos etnográficos, permitiendo analizar las interacciones entre los discursos y las prácticas, así como observar la manera en que se manifiestan las representaciones ideológicas dentro de un marco histórico, político, social y cultural específico. La combinación de observación y participación me brindó la posibilidad de adentrarme en la subjetividad de los participantes, capturando aspectos que no siempre se verbalizan (Ingold, 2021), lo cual fue fundamental para entender los motivos y significados subyacentes en las prácticas sociales y la vida cotidiana de los individuos.

El propósito principal de esta técnica es reducir la brecha social entre la investigadora y las personas participantes, al involucrarse activamente en un contexto social distinto, lo que permite acceder a la perspectiva de las personas observadas (Guasch, 1997, p.37). Sin embargo, el acto de observar y participar en un entorno diferente no solo permite interpretar las realidades ajenas, sino que también abre un espacio de reflexión que posibilita reconocer las propias identidades y marcos de referencia de la investigadora. Además, esta técnica expande el horizonte semántico y categorial del observador (Sanmartín, 2003, p.55), enriqueciendo y complementando la información obtenida

mediante otras metodologías, como las entrevistas, al servir como una herramienta de contraste y triangulación de datos.

He utilizado la observación participante en diversas instancias activistas y gubernamentales. El elemento testimonial de las personas presentes, que participaban en su espacio seguro, me permitió observar lo más íntimo de sus vivencias, dolores y angustias durante diferentes etapas de su vida, lo cual posibilitaba contextualizar las demandas de su participación al activismo actual. En el caso de las instancias gubernamentales, pude evidenciar el discurso institucional como un bloque de lineamientos estratégicos, recitados y practicados por el funcionariado.

He prestado especial atención a cómo las personas participantes se relacionaban, el posicionamiento tanto en el lenguaje corporal, así también el no verbal, ropa y símbolos utilizados, entre otros factores contextuales. Otras instancias donde he utilizado esta técnica han sido congresos, seminarios, encuentros, entre otras.

También he adoptado una posición observadora en las entrevistas, para poder capturar la información que no está explícita en las narrativas y en el discurso explícito.

En el caso de esta investigación, la “observación participante”, se basó en equilibrar la participación activa y desde “dentro” (como aliada y voluntaria de una agrupación intersexual) y entender el estar, también, constantemente “fuera”, exigiendo una conciencia constante de mi implicación. Esta perspectiva, según Ortiz (1998, p.133), aboga por una “antropología implicada” que no renuncia a intervenir en los procesos sociales estudiados.

Sin lugar a duda, esto no fue fácil, pero intenté sostenerme en metodologías como el “trabajo de campo-colaboración” (Ortiz, 1998, p.136), que me permitió preguntar ¿hasta dónde llega esta implicación? En prácticas de escritura como la “autoetnografía” (Esteban, 2004; Scribano 2009b; Tilley Lubbs, 2014; Denzin, 2017) o entender lo que Enrico Mora (2019) propone como “percepción flotante situacional”, aquel instrumento que nos permite atender a la dimensión emocional y, así, reivindicar la importancia de ser consciente en cada proceso, situándome a mí misma, pero con conciencia de aquellos conflictos y tensiones propias de estar “dentro” y “fuera”.

5.4 Fuentes documentales

Durante la búsqueda de fuentes secundarias, he encontrado una amplia variedad de textos y documentos, como bibliografía académica, informes, documentos legales, medios de comunicación y material audiovisual. Esta búsqueda exhaustiva ha sido necesaria para contextualizar el objeto de estudio en diferentes marcos históricos, políticos, sociales y culturales, complementando así nuestras fuentes primarias y proporcionándonos una comprensión más completa de los eventos etnográficos.

Si bien, la mayor parte de la literatura está disponible en inglés, he optado por organizar literatura y referentes anglosajones, así como también referentes hispánicos, lo que me ha permitido evidenciar similitudes y diferencias propias de los territorios y lenguaje.

Analicé páginas webs, comunicados de Facebook y publicaciones de Instagram de las organizaciones internacionales, tales como: OII (Unión Europea), INIA (Unión Europea), GrapSIA y Kaleidos (España), IHRA(Australia) Brújulaintersex (México y países de habla hispana), ProyectoIntersex (México), OrquideaIntersex (Argentina), JusticiaIntersex (Argentina), Asociación Peruana de Personas Intersexuales (Perú), ABRAI (Brasil), entre otras. En Chile, comencé las comunicaciones a través de Organización Trans-Diversidades (OTD) continuando con IntersexualesChile e Intersexpacíficosur, con el fin de investigar el activismo, consignas, posición ideológica, proyecto social y simbología que transmiten al público mediante el discurso colectivo y formalizado, tanto a nivel internacional como nacional.

Así también, otra fuente documental utilizada fue el “Sistema Nacional de Transparencia”, por medio del cual solicité a los Ministerios, Subsecretarías y Hospitales Públicos la entrega de información respecto a las intervenciones quirúrgicas a niños y niñas intersexuales o con diagnóstico *Desarrollo Sexual Diferente* (DSD)²¹ por motivos de modificación genital, así como el equipo profesional asignado a cada caso. Hice una solicitud anual, no obstante, inclusive la solicitud realizada el año 2025, en el marco de la nueva Circular n.15, la ausencia de una respuesta formal evidenció la inexistencia de estos datos en los registros oficiales y la falta de difusión y práctica de dicho documento institucional (Capítulo V).

²¹ Terminología utilizada por los hospitales clínicos en registros asociados a “pacientes intersexuales”.

El análisis de estas fuentes documentales se realizó mediante técnicas de análisis crítico del discurso (Van Dijk, 2016), prestando especial atención a las estructuras argumentativas, las elecciones léxicas y las relaciones intertextuales entre documentos médicos, legales y activistas. Este enfoque permitió identificar cómo se construyen discursivamente las corporalidades intersexuales desde diferentes posiciones institucionales y cómo estos discursos legitiman o cuestionan determinadas prácticas. Particularmente reveladora fue la comparación entre la terminología empleada en protocolos clínicos ('ambigüedad genital', 'trastorno', 'corrección') y aquella privilegiada en documentos activistas ('variación corporal', 'integridad', 'autodeterminación'), evidenciando paradigmas epistemológicos en conflicto.

5.5 Grupo de discusión

Opté por la técnica del grupo de discusión como herramienta metodológica debido a su capacidad para explorar la construcción social de las representaciones, considerando tanto su contenido como su estructura y proceso (Gómez *et al.*, 2006). Esta técnica, ampliamente utilizada en las ciencias sociales, permite analizar cómo las interacciones grupales generan significados compartidos y revelan tensiones entre discursos dominantes y experiencias individuales (Kitzinger, 1994). A diferencia de las entrevistas individuales, los grupos de discusión fomentan un entorno dialógico donde las participantes no solo comparten sus experiencias, sino que también negocian y resignifican sus perspectivas en función de las interacciones con el resto del grupo.

En este contexto, las discusiones grupales ofrecen ventajas clave: por un lado, permiten captar la dinámica social que surge en la interacción, lo que revela jerarquías, acuerdos y discrepancias que podrían no manifestarse en un entorno individual; por otro, posibilitan la identificación de datos complementarios y la validación de información obtenida en entrevistas previas. Según Flick (2004), estas interacciones grupales constituyen una fuente rica para analizar cómo los sujetos producen sentido de manera colectiva, enmarcados por los discursos normativos y las prácticas culturales que influyen en sus percepciones.

En esta investigación, logré organizar un grupo de discusión con tres madres de personas intersexuales. Aunque la muestra fue limitada, la sesión proporcionó un espacio

invaluable para explorar cómo estas mujeres conceptualizan y enfrentan la intersexualidad de sus hijos, hijas, hijes. La sesión comenzó con una reflexión sobre el concepto de “enfermedad rara”, término que algunas madres emplearon para describir la “condición” de sus infantes. Este punto de partida me permitió observar cómo la noción de rareza opera como un marco interpretativo influido por discursos biomédicos, pero también resignificado por las experiencias particulares de cada madre.

La sesión se realizó de forma telemática y tuvo una duración de una hora y media. Durante este tiempo, evidencíé cómo las participantes navegaban entre la incertidumbre y sus creencias personales al compartir sus historias en un espacio colectivo. Este entorno permitió identificar patrones de agencia y responsabilidad que recaen, en gran medida, sobre las madres, quienes asumen un rol protagónico al abogar por el bienestar y futuro de sus infancias. Desde una perspectiva antropológica, esto resalta el género como una dimensión estructurante en las prácticas de cuidado y en la forma en que se construye la visibilidad social frente a condiciones médicas estigmatizadas (Lock & Scheper-Hughes, 1987).

Es relevante señalar que, aunque la muestra del grupo de discusión fue limitada, la decisión metodológica de mantenerlo con tres participantes se sustenta en el concepto de “pequeños grupos” propuesto por Turney y Pocknee (2005), quienes destacan el valor de los grupos reducidos cuando se abordan temas sensibles que requieren confianza y profundidad. La intensidad emocional y la riqueza narrativa obtenidas justificaron esta decisión, permitiendo un nivel de intimidad reflexiva que difícilmente se hubiera logrado en un grupo más numeroso. Además, siguiendo a Krueger (2014), implementé técnicas de facilitación específicas para pequeños grupos, como la utilización de materiales visuales (fotografías de campañas médicas y activistas) que estimularon reflexiones comparativas entre las participantes.

Además, el grupo de discusión sirvió para observar procesos de negociación identitaria. Las madres no solo compartieron experiencias, sino que también reconstruyeron narrativas en un esfuerzo por otorgar sentido a la intersexualidad en un contexto social que, a menudo, medicaliza y patologiza las diferencias corporales. Este ejercicio de resignificación colectiva refuerza la idea de que las representaciones sociales no son estáticas, sino que se producen y transforman en función de las relaciones sociales y los marcos culturales que las condicionan.

De esta forma, el grupo de discusión no solo permitió recopilar información valiosa, sino que también evidenció las dinámicas de poder, género y normatividad que atraviesan la experiencia de las madres de personas intersexuales.

5.6 Etnografía digital

Aunque la etnografía digital trasciende ser una mera técnica de recolección de información, al constituirse como una metodología completa, decidí detallarla en este capítulo debido a su pertinencia para investigar cómo las comunidades intersexuales se organizan, representan y comunican en espacios virtuales, tanto a nivel internacional como chileno. Este enfoque ha resultado especialmente adecuado para observar y analizar las prácticas activistas intersexuales en contextos digitales, permitiendo examinar cómo se construyen y difunden las narrativas en línea, así como su impacto en el cambio social y en la sensibilización pública.

Comencé con la identificación de las plataformas digitales más relevantes para las actividades del activismo intersexual. Esto incluyó redes sociales como Twitter, Facebook e Instagram, además de foros especializados vinculados a la comunidad intersexual. Este primer paso fue crucial para delimitar el espacio digital en el que se producen las dinámicas activistas. Posteriormente, desarrollé una observación digital, una práctica que implica tanto el análisis de contenido público como la participación limitada y discreta en actividades, como seminarios online, encuentros internacionales, entre otras, siempre desde un enfoque ético y respetando la privacidad de las personas participantes (Hine, 2015).

Siguiendo la perspectiva de Ardévol (2012), la etnografía digital no se limita a trasladar métodos etnográficos tradicionales al ámbito online, sino que redefine las formas de observar, interactuar y comprender las dinámicas culturales en espacios digitales. En este sentido, las prácticas activistas intersexuales no solo se desarrollan en estos entornos, sino que también los transforman, generando nuevos espacios de agencia y visibilidad para sus demandas.

Dada la coyuntura de la pandemia de COVID-19, una de las primeras instancias clave en mi observación dentro del contexto chileno fue mi participación en el *Primer Encuentro de Personas Intersexuales: Vivir la I*, realizado en mayo de 2021. Este evento me permitió

identificar la incipiente articulación del movimiento intersexual en Chile, aspecto que desarrollaré en detalle en el Capítulo IV.

Posteriormente, en septiembre del mismo año, asistí a la *Organisation Intersex International Europe Online Public Conference 2021*, un encuentro que reunió a organizaciones intersexuales de diversas partes del mundo con el objetivo de sistematizar discursos y demandas colectivas. Durante la conferencia, tomé notas y analicé interacciones en tiempo real, lo que me permitió comprender con mayor precisión cómo se estructuran las estrategias activistas en un entorno globalizado.

En 2022, continué mi observación participando nuevamente en la versión anual de la *Organisation Intersex International Europe Online Public Conference*. Además, en julio de ese mismo año, asistí a *Cuerpos Intersex, Alianzas del Sur Global*, un evento en el que activistas intersexuales debatieron sobre las problemáticas de la comunidad a nivel regional. Estas experiencias despertaron mi interés en profundizar en el análisis de las redes de activismo intersexual en América Latina.

A partir de estas observaciones, centré mi atención en las redes sociales de agrupaciones intersexuales latinoamericanas, realizando un análisis detallado del contenido digital compartido en estas plataformas. Examinar publicaciones, comentarios y campañas visuales me permitió identificar temas recurrentes, narrativas clave y las formas en que se abordan conceptos como la identidad, los derechos humanos y la representación intersexual. Complementé este trabajo con la revisión de hashtags populares y tendencias relevantes dentro del activismo intersexual, siguiendo las recomendaciones de Kozinets (2015) sobre el análisis de comunidades virtuales.

Para el registro sistemático de observaciones en entornos digitales, diseñé una matriz de análisis multidimensional fundamentada en los aportes teóricos de Pink *et al.* (2016) sobre etnografía digital y Lupton (2016) sobre la sociología digital aplicada a la salud y el cuerpo. Esta herramienta metodológica integra cinco dimensiones clave:

1. Narrativas visuales: análisis de representaciones iconográficas, simbología y patrones estéticos predominantes.
2. Estrategias discursivas: examen de hashtags, consignas movilizadoras y marcos interpretativos que estructuran el mensaje activista.
3. Redes de interacción: cartografía de alianzas estratégicas, espacios de debate y dinámicas de confrontación entre actores.

4. Temporalidades activistas: identificación de ciclos de movilización, prácticas conmemorativas y capacidad de respuesta ante coyunturas emergentes.
5. Concepciones de salud: análisis de posicionamientos frente a la despatologización, medicalización y hormonización.

La implementación de esta matriz, mediante un riguroso protocolo de capturas de pantalla codificadas y notas de campo digitales, permitió identificar tanto las continuidades como las rupturas entre las manifestaciones activistas en espacios online y offline, revelando la compleja interrelación entre ambas dimensiones.

Esta metodología me permitió identificar debates, movilizaciones y momentos clave de visibilización, lo que a su vez sirvió como base para centrarme en las dinámicas específicas de las agrupaciones chilenas. Por lo que, este enfoque me permitió no solo documentar las prácticas y discursos activistas intersexuales en contextos digitales, sino también analizar cómo estos espacios se convierten en plataformas para la resistencia, la negociación de identidades y la generación de cambios sociales significativos. En línea con Ardévol (2012), la etnografía digital no solo revela las dinámicas visibles en la red, sino que también permite comprender cómo los sujetos configuran narrativas en un entorno mediado por la tecnología, integrando sus experiencias virtuales y offline en una continuidad sociocultural.

Por otra parte, el contexto COVID, pero también la articulación del movimiento intersexual chileno por medio de redes sociales propició que las reuniones de coordinación con IntersexualesChile, en el marco de mi voluntariado, se realizaran a través de Zoom, lo que me permitió asistir a todas y cada una de ellas en los momentos que me encontré residiendo en España (Capítulo IV). Así también, posibilitó la gestión de algunas entrevistas a través de medios digitales como videollamadas, mensajes directos y correos electrónicos, lo que derivó la realización de estas de acuerdo con las preferencias de las personas participantes y respetando el nivel de anonimato deseado.

En todo momento, prioricé la aplicación de principios éticos fundamentales en la etnografía digital, como el consentimiento informado, la protección de datos personales y la sensibilidad cultural. Aunque no se utilizaron documentos físicos debido a la modalidad digital, establecí acuerdos claros con las personas participantes sobre el uso de la información recopilada, siguiendo las directrices propuestas por Markham y Buchanan (2012) para investigaciones en entornos en línea.

6. Cronología del trabajo de campo

El trabajo de campo de esta investigación se desarrolló en tres fases diferenciadas que reflejan tanto la evolución de la comprensión del objeto de estudio como las adaptaciones metodológicas requeridas por el contexto pandémico. La primera fase (octubre 2020-Dic 2021) estuvo marcada por aproximaciones exploratorias principalmente a través de medios digitales, participando en el Primer Encuentro de Personas Intersexuales 'Vivir la I' e iniciando un voluntariado en IntersexualesChile que me permitió establecer relaciones de confianza con activistas clave. La segunda fase (agosto 2022-diciembre 2022) constituyó el período más intensivo del trabajo de campo presencial en Santiago, donde realicé entrevistas en profundidad con personas intersexuales activistas y no-activistas, profesionales médicos y madres/padres, complementadas con observación participante en actividades organizativas y etnografía institucional en instancias gubernamentales. La fase final (agosto 2023-dic 2024) se centró en las últimas entrevistas y en entrevistas complementarias para profundizar aspectos específicos y en procesos de validación con informantes clave para contrastar interpretaciones preliminares. Esta cronología revela un proceso investigativo dinámico que fue adaptándose tanto a las circunstancias contextuales como a los hallazgos emergentes.

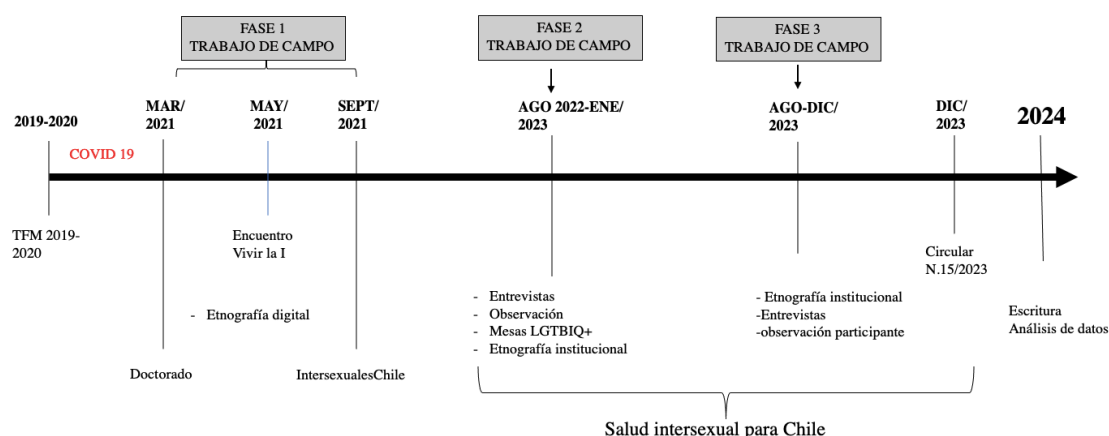


Figura 12. Línea de tiempo del trabajo de campo. Elaboración propia

Hitos relevantes para cada fase

FASE 1: EXPLORACIÓN Y PRIMEROS CONTACTOS

|-- Oct 2020: Contacto inicial por redes sociales

- |-- Dic 2020: Primeras conversaciones informales con activistas
- |-- Feb 2021: Inicio de etnografía digital de organizaciones intersexuales latinoamericanas
- |-- May 2021: Participación en el Primer Encuentro “Vivir la I”
- |-- Jul 2021: Primeras entrevistas exploratorias
- |-- Sept 2021: Inicio del voluntariado en IntersexualesChile
- |-- Dic 2021: Inicio historia de vida con persona intersexual

FASE 2: TRABAJO DE CAMPO INTENSIVO

- |-- Ago-Oct 2022: Entrevistas a profundidad con personas intersexuales
- |-- Nov 2022: Primeras conversaciones con profesionales médicos
- |-- Ene 2022: Grupo de discusión con madres de personas intersexuales
- |-- Mar-May 2022: Inicio Etnografía institucional (Mesa LGTBIQ+)
- |-- Jun -Dic2022: Participación en elaboración de Circular N°15
- |-- Jul-Sep 2022: Entrevistas con personas intersexuales
- |-- Sep-Dic 2022: Entrevistas con médicos
- |-- Nov-Dic 2022: Análisis preliminar y validación inicial
- |-- Ene 2023: Reuniones “Salud intersexual para Chile”

FASE 3: PROFUNDIZACIÓN Y VALIDACIÓN

- |-- Ago 2023: Entrevistas a profundidad personas intersexuales
- |-- May-Sept 2023: Reuniones revisión Circular N.15
- |-- Jun-Jul 2023: Retorno a informantes clave para validación
- |-- Dic 2023: Cierre del trabajo de campo presencial

7. Dimensiones cuantitativas del trabajo etnográfico

La envergadura del trabajo de campo puede dimensionarse a través de los siguientes indicadores:

Participantes directas e indirectas: Si bien las entrevistas formales involucraron a 30 personas (14 personas intersexuales, 5 profesionales médicos, 7 madres/padres, 2 académicas, 1 funcionaria gubernamental, 1 activista internacional, 1 pareja sexoafectiva) el universo de interacciones se extendió a aproximadamente 180 personas durante el período de investigación. Esto incluye participantes en eventos activistas, profesionales de la salud en formación, funcionariado público, estudiantes, académicas y aliadas del movimiento LGTBIQ+.

Horas de observación participante: Se registraron aproximadamente 340 horas de observación participante directa, distribuidas en:

- 96 horas en reuniones organizativas de IntersexualesChile (reuniones mensuales durante 48 meses)
- 45 horas en eventos públicos y manifestaciones (marchas del orgullo, conmemoraciones, charlas)
- 55 horas en espacios institucionales (Mesa LGBTIQ+ del MINSAL, reuniones ministeriales, Salud intersexual para Chile)
- 40 horas en conferencias y seminarios especializados (nacionales e internacionales)
- 35 horas en espacios informales de socialización (cafés, comidas, celebraciones)
- 70 horas en etnografía digital activa (participación en webinars, grupos de chat, redes sociales, encuentros, seminarios, entre otras)

Conversaciones informales documentadas: Se registraron más de 50 conversaciones informales de diversa duración e intensidad, desde intercambios breves en pasillos hospitalarios, ministerios o instituciones públicas hasta largas sobremesas familiares. Estas conversaciones, meticulosamente documentadas en el diario de campo, resultaron fundamentales para comprender las dimensiones cotidianas y menos performativas de la experiencia intersexual.

8. Descripción de los procedimientos de sistematización y tratamiento de la información recogida

El proceso analítico desarrollado en esta investigación siguió una lógica circular y recursiva, caracterizada por un diálogo constante entre la recolección de datos, el análisis preliminar y el refinamiento teórico. Esta aproximación, fundamentada en los principios de la teoría fundamentada (Charmaz, 2006), permitió que el análisis comenzara desde las primeras entrevistas y observaciones, posibilitando que los hallazgos iniciales informaran y reorientaran las subsiguientes etapas de recolección.

Esta metodología, que Alonso (1998) denomina “pragmática de la investigación social”, facilitó una integración constante entre teoría y empiria, evitando tanto el deductivismo rígido que impone categorías predefinidas como el inductivismo ingenuo que pretende aproximarse al campo sin presupuestos teóricos.

Respecto al análisis de contenido cualitativo de las entrevistas realizadas, y su posterior transcripción, empleé el software Nvivo y ATLAS.TI. Ambos me permitieron la clusterización de conceptos, sensaciones y percepciones de las personas entrevistadas, volviéndose atingente para el análisis de discursos de los agentes claves. En el caso de Nvivo, vacié contenidos del diario de campo, como otros documentos tipo textos médicos, contenido de foros o noticias, para el procesamiento, análisis y la posterior exploración de resultados. Con ATLAS.TI, me enfoqué en la clusterización de conceptos, sensaciones y percepciones de las personas entrevistadas.

Es fundamental destacar que el material etnográfico rebasó lo capturado por estos softwares. Las observaciones de campo registraron actitudes, gestos y expresiones corporales que conformaron un corpus interpretativo significativo, meticulosamente documentado en el diario de campo. Este material etnográfico permitió acceder a dimensiones de la experiencia intersexual que no siempre se verbalizan en las entrevistas formales, capturando así las complejidades del lenguaje corporal, las dinámicas espaciales y las interacciones cotidianas que constituyen elementos cruciales para comprender la vivencia intersexual en su totalidad.

La construcción del marco analítico partió de una reflexión teórica profunda sobre cómo aproximarse a un fenómeno complejo como la intersexualidad, donde convergen dimensiones biológicas, sociales, políticas y subjetivas. Siguiendo el enfoque de Gregori (2015), quien enfatiza la importancia de examinar las intersecciones entre poder, subjetividad y agencia en el estudio de la intersexualidad, establecí tres ejes fundamentales de análisis que responden a vacíos identificados en la literatura existente y a la necesidad de generar un abordaje integral del fenómeno:

1. Relaciones de poder y saber en los discursos sobre intersexualidad

Exploro cómo distintos actores con diferentes cuotas de poder influyen en la definición de la intersexualidad, moldeando las formas dominantes de abordarla y gestionarla. Abordo referencias históricas médicas, feministas y activistas respecto a las estructuras de desigualdad sociocultural, política y económica que

inciden en las experiencias de los sujetos, determinando sus posibilidades de vida, modelo de atención médica y agencia.

2. Relación entre experiencias intersexuales y dimensiones estructurales:

Analizo cómo estas experiencias se inscriben en un marco histórico de relaciones entre el Estado, la medicina y la sociedad civil, evidenciando las políticas públicas y discursos institucionales que han configurado la percepción de la intersexualidad en Chile. A través de una etnografía institucional, estudio las prácticas médicas y la relación entre activismo y políticas de salud.

3. Procesos de conformación y estrategias de reconfiguración subjetiva:

Examino cómo las personas intersexuales construyen su subjetividad a partir de sus experiencias corporales y sus interacciones con el entorno social. Parto del supuesto de que la subjetividad es una construcción intersubjetiva en constante diálogo con las normas y expectativas de la sociedad.

Estos ejes de análisis no solo responden directamente a los objetivos planteados en esta investigación, sino que también se reflejan de manera estructural en la organización de los capítulos que componen esta tesis. De esta forma, el desarrollo del estudio ha sido diseñado en función de una progresión lógica que permite comprender la intersexualidad desde sus bases teóricas hasta su manifestación en el contexto específico de Chile.

El material etnográfico fue particularmente valioso para los últimos ejes (etnografía institucional para el eje N.2, etnografía intersexual para el eje N.3), ya que permitió observar in situ prácticas cotidianas de resistencia y resignificación que no siempre eran verbalizadas en las entrevistas formales. Los desbordamientos emocionales, las interrupciones en los relatos, los silencios y las expresiones corporales capturadas en el diario de campo constituyeron un corpus interpretativo fundamental para comprender la complejidad de los procesos de subjetivación.

A partir de estos tres ejes, en diálogo con los códigos que emergían de la etnografía, desarrollé un conjunto de categorías analíticas que funcionaron como herramientas conceptuales para interpretar el material empírico:

- **Disposiciones encarnadas:** Esquemas de percepción y acción interiorizados que estructuran la forma en que los sujetos experimentan y reproducen el mundo social.

- **Actos de legitimación o subversión:** Prácticas reiteradas que instituyen significados y refuerzan o desafían estructuras de poder.
- **Tramas de poder y afecto:** Configuraciones vinculares que articulan jerarquías, alianzas y resistencias dentro de una red social.
- **Reconfiguración corporal:** Modos de transformación material y simbólica del cuerpo, desde intervenciones médicas hasta performances identitarias.
- **Prácticas de autoconstrucción:** Estrategias de subjetivación mediante la apropiación, resignificación o resistencia a discursos normativos.

Es importante señalar que las categorías analíticas propuestas no emergen en un vacío teórico, sino que dialogan críticamente con tradiciones específicas del pensamiento social: las disposiciones encarnadas retoman la noción bourdieusiana de *habitus*, pero la reelaboran para captar las particularidades de cuerpos que desafían las expectativas normativas; la reconfiguración corporal se nutre del *embodiment*, pero trasciende sus formulaciones convencionales al centrarse en las experiencias específicas de modificación y adaptación corporal en contextos clínicos y sociales situados; las prácticas de autoconstrucción se nutren de los trabajos foucaultianos sobre “tecnologías del yo”, pero atienden especialmente a las condiciones de posibilidad y restricción que experimentan los sujetos intersexuales; los actos de legitimación inspirada en la performatividad butleriana, examina las prácticas reiteradas que instituyen significados y refuerzan o desafían estructuras de poder, mientras que la categoría de tramas de poder y afecto articula la dimensión relacional de la experiencia intersexual, permitiendo examinar tanto la operación de los dispositivos institucionales como las alianzas afectivas que los sujetos construyen para navegar estas estructuras.

Un aspecto metodológico fundamental en esta investigación fue el reconocimiento y valoración de lo que denominé “desborde etnográfico”: aquellos elementos que excedían las categorías iniciales, pero que constituían material interpretativo de primer orden.

Así, las categorías analíticas empleadas fueron construyéndose a través de este diálogo permanente, generando nuevos marcos interpretativos que respetaran tanto la singularidad de las experiencias narradas como su inscripción en procesos sociohistóricos más amplios.

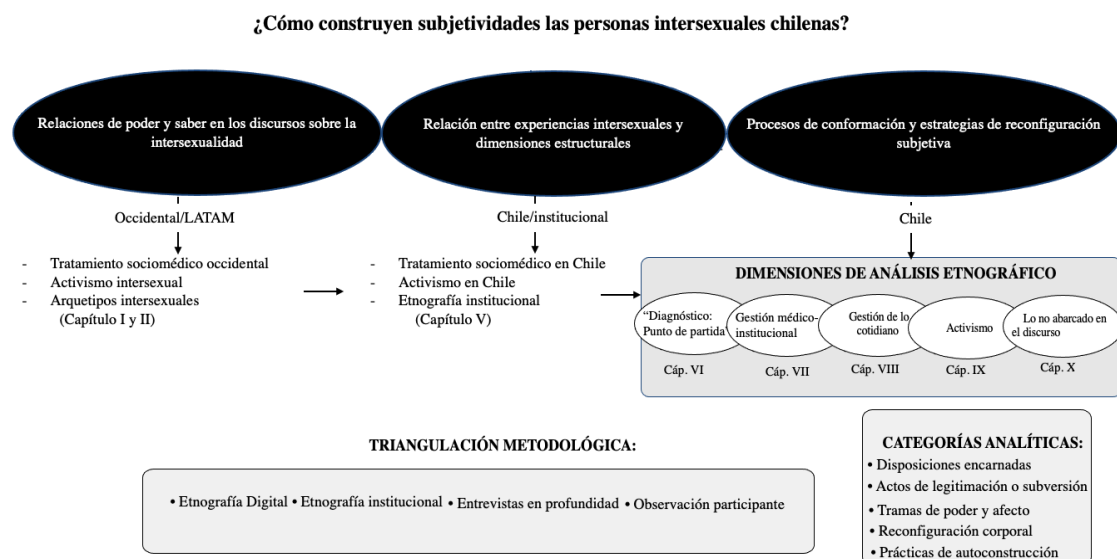


Figura 13: Ejes, dimensiones y categorías análisis de la tesis. Elaboración propia.

9. Análisis de datos

El análisis de los datos recogidos durante esta investigación siguió un proceso sistemático basado en los principios de la teoría fundamentada constructivista (Charmaz, 2006). Todas las entrevistas fueron transcritas íntegramente y, junto con las notas de campo, los documentos institucionales y los registros de la etnografía digital, fueron sometidas a un proceso de codificación en tres fases: abierta, axial y selectiva (Strauss y Corbin, 2002).

Durante la codificación abierta, identifiqué unidades significativas de información (fragmentos de texto, expresiones recurrentes, silencios significativos) que posteriormente agrupé en categorías preliminares. Este proceso inicial fue deliberadamente inductivo, permitiendo que emergieran temas no anticipados desde los propios datos. Utilicé el software ATLAS.ti (versión 9) como herramienta auxiliar para organizar este volumen considerable de información, lo que facilitó la identificación de 76 códigos iniciales que abarcaban desde experiencias corporales específicas hasta interacciones institucionales (Anexo 2).

En la fase de codificación axial, establecí relaciones entre los códigos preliminares, identificando jerarquías, conexiones causales y temporales. Este proceso reveló cinco ejes temáticos principales: (1) experiencias corporales y subjetividad intersexual; (2) trayectorias de medicalización; (3) dinámicas familiares y redes de apoyo; (4) estrategias

activistas y resistencias; y (5) transformaciones institucionales y marcos normativos. Durante esta fase, elaboré mapas conceptuales para visualizar estas conexiones, lo que permitió detectar patrones y contradicciones en los datos, que posteriormente se transformaron en las cinco categorías analíticas de los resultados (disposiciones encarnadas, actos de legitimación, tramas de afecto o poder, reconfiguración corporal y prácticas de autoconstrucción).

La codificación selectiva consistió en la integración de los ejes temáticos en torno a estas categorías centrales que articulan la interpretación global de los datos. Este proceso no fue lineal sino iterativo, requiriendo revisiones constantes y contrastación con la literatura existente. Siguiendo a Flick (2014), complementé este análisis con un enfoque de “análisis de casos negativos”, identificando deliberadamente ejemplos que desafiaban los patrones emergentes, lo que enriqueció la complejidad del análisis y previno simplificaciones excesivas.

También utilice durante el proceso la codificación manual, la cual permitió una mayor flexibilidad en la organización de los datos y en la construcción de mapas conceptuales. Estos mapas se convirtieron en una herramienta crucial, ya que permitían visualizar la organización temática de los datos, incorporando códigos, intuiciones y teorías. Esta estructura visual facilitaba el proceso de escritura al proporcionar una representación gráfica que guiaba la comprensión y organización del análisis.

Los mapas conceptuales, a pesar de ser un recurso visual, no eran estáticos; por el contrario, eran objetos en constante transformación, donde podía borrar, reorganizar y reinterpretar las ideas a medida que avanzaba en el análisis. Este enfoque de la reescritura continua de los mapas reflejaba la naturaleza flexible del proceso de investigación, que no solo se construía a partir de los datos, sino también de las reflexiones constantes, las emociones y los recuerdos que se generaban durante el trabajo de campo.

Durante todo el proceso analítico, mantuve sesiones regulares de discusión con colegas investigadores en estudios de género y corporalidad, lo que contribuyó a una “triangulación de investigadores” (Denzin, 1970) que enriqueció las interpretaciones y mitigó posibles sesgos analíticos. Además, implementé un proceso de “validación comunicativa” (Kvale, 1996) con algunas personas participantes clave, compartiendo interpretaciones preliminares para obtener su retroalimentación, lo que fortaleció la validez de las conclusiones y promovió una construcción más colaborativa del conocimiento.

A medida que avanzaba en el análisis, recurrí al análisis discursivo apoyado en la concepción de las entrevistas como un archivo textual. Siguiendo el enfoque de los Estudios de Ciencias Sociales Contemporáneas (ECTS) y la retórica como parte integradora del quehacer científico, el análisis fue más allá de la pura estructura de los discursos, considerando también los actos de comunicación que los rodean y las emociones que emergen en las entrevistas.

9.1 Limitaciones metodológicas y estrategias de mitigación

Como toda investigación, este estudio presenta limitaciones metodológicas que es necesario reconocer y explicitar. La principal limitación radica en la dificultad para acceder a personas intersexuales no vinculadas a espacios activistas o médicos, lo que podría generar un sesgo hacia experiencias más politizadas o medicalizadas. Para mitigar este riesgo, como mencioné previamente, implementé una estrategia de muestreo en bola de nieve, a través de redes personales no directamente relacionadas con el activismo, lo que permitió incorporar algunas perspectivas menos visibles, aunque sin lograr una representatividad completa.

Otra limitación significativa fue la concentración geográfica de participantes en zonas urbanas, particularmente en la Región Metropolitana de Santiago. Si bien esta distribución refleja en parte la centralización de los servicios médicos especializados y las organizaciones activistas invisibiliza las experiencias intersexuales en contextos rurales o en regiones con menor acceso a información y recursos. Como estrategia complementaria, incorporé entrevistas telemáticas con personas de regiones de distintas partes del país, donde, posteriormente me desplazé, estas experiencias revelaron dimensiones adicionales vinculadas al aislamiento geográfico y las dificultades de acceso.

En cuanto a la producción de datos en contextos institucionales, enfrenté resistencias significativas por parte de algunos centros hospitalarios, que limitaron el acceso a profesionales o documentación. Esta situación, analizada como dato en sí mismo, revela las tensiones que rodean la temática intersexual en ámbitos biomédicos. Para compensar parcialmente esta limitación, recurrí a plataformas institucionales, como el portal de Transparencia, o conversaciones informales con profesionales en formación, quienes ofrecieron perspectivas menos constreñidas por discursos institucionales oficiales.

Finalmente, es importante señalar las limitaciones temporales del estudio. Al tratarse de un fenómeno en rápida transformación, tanto en términos activistas como normativos, algunas de las dinámicas observadas pueden haberse modificado durante el proceso de análisis y escritura. Para abordar esta limitación, mantuve contacto con informantes clave hasta las etapas finales de la investigación, incorporando actualizaciones relevantes y señalando en el análisis el carácter situado y provisional de algunas interpretaciones.

Estas limitaciones, lejos de invalidar los hallazgos, invitan a considerar esta investigación como una contribución parcial y situada a un campo de estudios emergente que requerirá futuros abordajes complementarios desde diversas perspectivas metodológicas y disciplinares.

10. Cierre del capítulo

Este capítulo ha detallado el andamiaje metodológico que sustenta la presente investigación, evidenciando un diseño flexible y reflexivo que ha evolucionado en respuesta tanto a los desafíos del campo como a las necesidades emergentes del proceso investigativo. La articulación entre teoría y metodología no ha sido lineal ni predeterminada, sino que se ha construido mediante un proceso iterativo de ida y vuelta entre marcos conceptuales, técnicas de investigación y análisis de datos. La aproximación etnográfica adoptada permitió captar las experiencias intersexuales en su complejidad, situándolas tanto en sus contextos biográficos personales como en marcos socioculturales e históricos más amplios. Esta doble escala de análisis resultó fundamental para comprender cómo las subjetividades intersexuales se configuran en la intersección entre experiencias encarnadas singulares y estructuras normativas de género y corporalidad. La multiplicidad de técnicas empleadas responde a la necesidad de triangular diferentes fuentes y perspectivas, reconociendo que ninguna aproximación metodológica aislada puede captar completamente la complejidad del fenómeno estudiado. El enfoque interseccional adoptado permitió, además, situar las experiencias intersexuales dentro de estructuras más amplias de desigualdad y diferencia, evitando perspectivas universalistas que ignoran cómo factores sociales, económicos y culturales moldean las vivencias de manera diferencial.

Asimismo, el análisis de las tensiones entre discursos activistas globales y experiencias locales chilenas ha permitido identificar complejos procesos de traducción, adaptación y contestación cultural que revelan la agencia de los sujetos frente a marcos interpretativos importados. Las consideraciones éticas han constituido no un mero requisito formal, sino un eje vertebrador que ha modelado todas las decisiones metodológicas. El respeto por la autonomía de las personas participantes se ha materializado en un consentimiento informado procesual, en estrategias de devolución y validación, y en un compromiso constante con generar beneficios concretos para las comunidades involucradas. Las limitaciones reconocidas en este capítulo, lejos de debilitar la investigación, la fortalecen al explicitar las condiciones de producción del conocimiento presentado y abrir espacios para futuras aproximaciones complementarias.

En los capítulos siguientes, este enfoque metodológico permitirá desarrollar un análisis que honre tanto la singularidad de las experiencias intersexuales como su inscripción en tramas sociohistóricas específicas. El Capítulo IV examinaré el activismo intersexual en Chile desde dentro, exponiendo mi participación como aliada e investigadora, instando a la reflexión en el campo y mostrando cómo las metodologías etnográficas revelan las complejas dinámicas de un movimiento emergente. El Capítulo V analizaré el tratamiento sociomédico de las intersexualidades en el contexto chileno, evidenciando cómo la triangulación de fuentes institucionales y narrativas personales permite comprender las contradicciones y fisuras en los discursos oficiales. Finalmente, los Capítulos VI, VII, VIII, IX, X profundizaré en las experiencias y subjetividades de las personas intersexuales, demostrando cómo la aproximación etnográfica multisituada y reflexiva posibilita acceder a dimensiones experienciales frecuentemente invisibilizadas en los estudios previos sobre esta temática.

Capítulo IV

Reflexiones etnográficas: Repensar la investigación entre la academia y el activismo

Convencer a los lectores de que se ha estado allí realmente es necesario tanto para acreditar que los textos antropológicos son resultado de un verdadero trabajo de campo como para manifestar una sensibilidad genuinamente antropológica. Pero, convencerlos de que el estar allí nos da autoridad es otro procedimiento diferente y mucho más difícil

(Geertz, 2004[1988], p.32).

1. Cuerpos y poderes en diálogo: La construcción situada del conocimiento etnográfico

Si bien las cifras anteriormente expuestas proporcionan una dimensión cuantitativa del trabajo etnográfico realizado, resulta fundamental subrayar que la verdadera riqueza de esta investigación reside en la densidad cualitativa de los encuentros, en esos momentos donde —como señala Geertz (2004[1988])— la presencia etnográfica trasciende la mera recopilación de datos para convertirse en un espacio de construcción dialógica del conocimiento.

El trabajo de campo etnográfico desarrollado en esta investigación se caracterizó por una inmersión profunda que fue mucho más allá de la cuantificación de horas, eventos o participantes.

Las 340 horas de observación participante, las 50 conversaciones informales registradas y la interacción con más de 180 personas representan apenas la superficie visible de un proceso etnográfico que se caracterizó por una constante negociación de posicionamientos, resistencias institucionales, dilemas éticos y transformaciones subjetivas tanto de las personas participantes como de la investigadora. Como he expuesto, mi doble rol como investigadora y activista generó tensiones productivas que, lejos de constituir obstáculos metodológicos, se convirtieron en espacios privilegiados para comprender las dinámicas de poder que atraviesan el campo de las intersexualidades en Chile.

La verdadera densidad etnográfica de esta investigación se encuentra en esos momentos limítrofes donde emergen las contradicciones, los silencios, las resistencias y las complicidades que estructuran la experiencia intersexual contemporánea. En las lágrimas que interrumpían las narrativas de las madres, en los silencios estratégicos de las personas intersexuales ante preguntas sobre su corporalidad, en las tensiones lingüísticas con los profesionales médicos, en los debates internos del activismo sobre representación y legitimidad. Estos “datos etnográficos densos” no pueden cuantificarse, pero constituyen el núcleo interpretativo de esta investigación, revelando las dimensiones menos visibles, pero estructuralmente significativas de cómo se viven, resisten y negocian las intersexualidades en el Chile contemporáneo.

Este apartado surge del cuestionamiento sobre mi propia experiencia en el campo: cómo me he aproximado a él, cómo he recogido y analizado los datos etnográficos y de qué manera los he transformado en producción científica. Siguiendo la perspectiva de Lila Abu-Lughod (1990), desde el inicio de este trayecto doctoral asumí un posicionamiento específico, analítico, político y emocionalmente situado, por lo que, comprendí que mi proceso investigativo no podía llevarse a cabo bajo la ilusión de la neutralidad u objetividad.

En la misma línea, y retomando la postura reflexiva de Bourdieu & Wacquant (1995), consideré metodológicamente imprescindible identificar y explicitar las posiciones que emergen en un campo determinado, entendido como un sistema estructurado de prácticas y expresiones de los agentes. Este campo, núcleo de la investigación, es el espacio donde los agentes se presentan como individuos biológicos, actores y sujetos activos, cuyas acciones están atravesadas por relaciones de poder. A su vez, este campo se inscribe dentro de otro campo de poder en el que diversas instituciones compiten entre sí. Cada campo y sus agentes poseen su propio sistema de disposiciones (*habitus*), adquiridos a través de la interiorización de un estatus y una trayectoria particulares. Estos *habitus*, en su dimensión material y simbólica, estructural y fenomenológica, condicionan la práctica investigativa. Por ello, sostengo que la relación entre “la observadora” y “el mundo” en esta investigación se inscribe en una suerte de “complicidad ontológica” atravesada por dichos *habitus*.

De esta forma, en los siguientes puntos quisiera dirigir la atención al cumplimiento meticuloso de mi rol como investigadora en la generación del conocimiento, al mismo tiempo que se enfoca en las circunstancias asociadas con su creación. Esto implica una

suerte de supervisión epistemológica y, desde mi perspectiva, una vigilancia metodológica esencial. La importancia de dicha atención, adoptando la perspectiva de Spivak (2008[1985]), se basa en considerar los riesgos inherentes al trabajo intelectual que, consciente o inconscientemente, puede contribuir a la dominación de la persona subalterna al mantenerlo en silencio, sin proporcionarle un espacio o posición desde el cual pueda expresarse. Reflexionar sobre esto sugiere que la investigadora no debe, ni puede, hablar “por” las subalternas, ya que esto conlleva a preservar y reforzar la “subalternidad” y la opresión sobre ellas (p. 299). Este aviso me instó a ampliar mi perspectiva crítica en relación con el proceso y su documentación, considerando las contradicciones y sutilezas de posibles dinámicas de poder en un contexto donde la conexión y la complicidad fueron intensas.

Este marco —teórico y práctico— sustenta mi práctica etnográfica y me impulsa a abordar los análisis atendiendo a la “experiencia corporal reflexiva” (Connell, 1995, 2010[1997]), tanto de las personas agentes involucradas como de la propia investigadora. De esta forma, la Figura 14 representa cartográficamente el campo etnográfico de esta investigación, mostrando los diversos actores, las relaciones entre ellos, los espacios de interacción y la evolución temporal del trabajo de campo entre 2020 y 2024. Este mapa visual permite apreciar la centralidad de mi posición como investigadora en relación con los distintos grupos, así como las tensiones y colaboraciones que emergieron a lo largo del proceso.

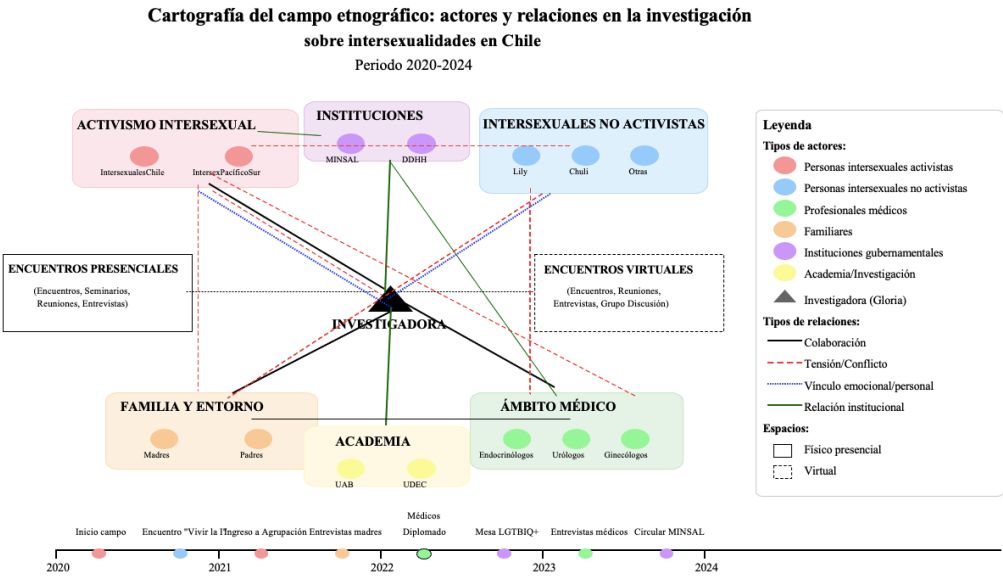


Figura 14: Cartografía del campo etnográfico: actores y relaciones en la investigación. Elaboración propia.

1.1 Entrada y delimitación del campo

A partir de la entrada en el campo y de la consiguiente delimitación de la investigación, pretendo “desmantelar” algunas limitaciones analíticas que, con el tiempo, se han convertido en elementos claves de la propia investigación.

Durante el primer año de doctorado, no tenía claro cómo acceder a contactos en un nuevo contexto sociocultural, ya que al haber realizado la primera investigación sobre intersexualidades para el máster en Antropología en España, y queriendo mantener contacto con las personas intersexuales entrevistadas en esa ocasión y, a su vez, seguir aportando a la Agrupación con la que había gestado la primera incursión en el campo, proyecté mantener el lugar ligado a los afectos que había desarrollado con las personas y el activismo intersexual de dicho país. No obstante, y de acuerdo con lo señalado en el Capítulo III “Lugar de realización y justificación de estudio”, decidí levantar este proyecto doctoral en mi país de origen: Chile.

Me parece relevante exponer algunos puntos que guiaron esta decisión, dada la comparación respecto a la entrada al campo que se gestaron en ambos contextos socioculturales estudiados. Como expuse anteriormente, si bien la entrada al campo para la investigación realizada en el Trabajo de Final de Máster fue relativamente fácil debido a lo fortuito que significó ser invitada a participar en el *1er Encuentro estatal de intersexualidades en España* y de generar contacto de inmediato con las personas participantes, tanto personas intersexuales, como académicas e investigadoras, muchas de las conversaciones que se dieron en esta instancia fueron dirigidas a explicar por qué, yo una persona extranjera, me encontraba analizando la realidad de personas intersexuales españolas y no chilenas, cuestionamientos que repercutían constantemente en el desarrollo de mi investigación.

Así, varias veces me vi expuesta a justificar mi elección, y en cierta forma, también generar una investigación en paralelo y personal respecto a la situación de las intersexualidades en Chile, ya que era recurrente la solicitud de información que me demandaban las personas entrevistadas respecto a la contingencia en mi país de origen.

Gran parte de las justificaciones para otras personas, pero también para mí, estuvieron sustentadas en las imposibilidades logísticas de realizar trabajo de campo en Chile residiendo en España. No obstante, la situación COVID-19 abrió paso a la posibilidad de

realizar etnografía digital desde *cualquier lugar* hacia *cualquier lugar*, por lo que, emocionalmente, esta situación generó uno de los primeros cuestionamientos y crisis personales con mi propio proyecto de investigación doctoral.

Cuando tuve las herramientas para decidir realizar la investigación en mi país, opté por considerar el territorio nacional en su totalidad y no centrarme en una ciudad en particular de Chile. Esta decisión me permitía atender su carácter situado y, a la vez, reflejar la perspectiva con la que Wacquant (2013[2007]) aborda los espacios urbanos, considerando el enclave de ciertas personas y colectivos que se forman en ellos. Este enfoque reconoce una construcción histórica y política cuyas razones no pueden ser comprendidas al reducir la observación a un solo barrio o región, sino más bien al mirar el panorama nacional. Una vez decidido el ámbito de estudio, comencé a planificar el itinerario para viajar a Chile, dado que resido en España desde 2019.

Con fecha 9 de octubre 2020 llegué a Santiago y comencé de inmediato a planear alguna estrategia para generar el primer contacto. A pesar de que conocía a varias personas pertenecientes a agrupaciones LGTB debido a mi trayectoria laboral ligada a políticas públicas con enfoque de género y, también, por activar constantemente en grupos feministas locales, no encontraba en mi entorno próximo personas intersexuales chilenas, así que decidí acercarme a las instituciones intersexuales por la vía formal.

Si bien inicialmente percibí la virtualización forzada como un obstáculo para establecer vínculos significativos, pronto se reveló como un catalizador inesperado que facilitó ciertos aspectos de la investigación. Las reuniones virtuales eliminaron las barreras geográficas, permitiendo la participación de personas intersexuales de regiones remotas que difícilmente habrían accedido a encuentros presenciales en Santiago.

Para las agrupaciones activistas, la pandemia aceleró procesos de internacionalización que ya estaban en curso. Las alianzas con organizaciones intersexuales latinoamericanas se intensificaron a través de webinarios conjuntos y estrategias de incidencia coordinadas. Sin embargo, también profundizó brechas preexistentes: las personas de mayor edad o con menos recursos tecnológicos quedaron progresivamente marginadas de estos espacios.

En este contexto, a través de las redes sociales, comencé a seguir a las dos únicas agrupaciones, IntersexualesChile e IntersexPacíficoSur, sistematicé la historia, misión y equipo de trabajo de ambas instituciones como punto de partida. Ambas se presentan

como agrupaciones sin fines de lucro, que a pesar de considerar al mismo “público”, tienen objetivos y financiación distinta.

En el caso de IntersexPacíficoSur, esta agrupación estaba²² alojada dentro de una organización mayor, nombrada Organización Trans Diversidades (en adelante, OTD), la cual se funda en enero de 2015 y surge como un proyecto político de transformación cultural con visión de futuro respecto de los objetivos de la comunidad trans, no binaria e intersexual, a través de la promoción y defensa de sus derechos humanos. Dentro de las actividades más relevantes de esta organización, se encuentran la tramitación de la Ley de identidad de género, promulgada durante el año 2018, y otras actividades de índole educacional y reportes nacionales e internacionales respecto a la situación de las personas trans en Chile²³. Respecto a las intersexualidades, durante una marcha del orgullo, personas pertenecientes al equipo OTD observan una pancarta con la consigna “¿Dónde está la I en LGTBIQ?” situación que da paso a la postulación de fondos StoneWall de Reino Unido, cuyo objetivo fue realizar el primer encuentro entre personas intersexuales, y que pudiesen decidir la continuidad de aquel proyecto a través de investigaciones e intervenciones sociales. De esta forma, se crea un subequipo de personas intersexuales y personas aliadas endosexuales destinado a levantar dicho proyecto, quienes inicialmente se bautizaron como IntersexChile durante el año 2018, pero generaba duplicación y confusión con el otro grupo existente en paralelo, por lo que se renombra IntersexPacíficoSur durante el año 2020.

La otra organización, IntersexualesChile, se creó en el año 2016 bajo la dirección de Ale, el primer intersexual visible en Chile, junto a Laurainter, fundadora de BrújulaIntersexual (organización mexicana, definida como punto de encuentro para personas intersexuales hispanohablantes). Al comienzo, IntersexualesChile se dedicó a brindar información a personas intersexuales chilenas, a través de Facebook y correos electrónicos donde se respondían las solicitudes y/o dudas. Con el paso del tiempo, se amplían tanto las funciones como su presencia en redes sociales, siendo una de las organizaciones a nivel internacional con mayor cantidad de personas seguidoras en Instagram (aproximadamente 8.000 seguidores durante el año 2024)²⁴. Esta organización se mueve

²² Escribo en pasado, ya que durante el trayecto de la investigación, específicamente finales del año 2023, esta Agrupación de desintegró.

²³ Para más información, <https://otdchile.org>

²⁴ Para más información <https://intersexualeschile.cl>

con postulación a fondos nacionales, como Fondo Alquimia, destinado a potenciar el activismo feminista nacional y apoyar en la implementación de sus planes de trabajo.

Con toda esta información disponible en internet, realicé una etnografía digital de ambas organizaciones durante los primeros meses de mi estadía en Chile, evidenciando sus consignas, discursos, auto-definiciones, entre otras. No obstante, consideré que no era suficiente y decidí enviarles un mensaje virtual exponiendo mis propósitos. La comunicación era excesivamente burocrática (o lenta) para solicitar información específica, y más aún para solicitar posibles contactos o entrevistas. Al tiempo comprendí que la solicitud de reuniones o exponer la posibilidad de colaboración para realizar la investigación era casi imposible si no eras parte del equipo o de alguna otra agrupación LGTB.

En la página web de IntersexPacíficoSur había unas publicaciones que hacían mención al equipo que trabajó levantando información durante un fallido encuentro de personas intersexuales realizado durante el año 2019. Uno de ellos era Feña, un joven antropólogo con quien compartíamos ciudad natal y *alma mater* (Universidad de Concepción). Decidí escribirle por mensaje privado a su cuenta de Instagram.

Con fecha 16 de enero 2021 logré concretar una llamada con Feña, quien se mostró muy cordial y dispuesto a comentarme toda su experiencia vivida en dicho encuentro, así también, las metodologías utilizadas y las barreras enfrentadas. Un ejemplo de esto fue la convocatoria y el tamaño de la muestra, la cual no sobrepasó las cinco “personas intersexuales” participantes a nivel nacional. Según él, este “fracaso” era debido al miedo de ser “visibles” o por la dificultad de acceso a la información propia que involucra el devenir intersexual.

Mucha gente tiene miedo a ser intersex, como que se acomodan a lo que van entendiendo en el momento, por ejemplo: muchas de ellas, en verdad eran trans, o quizás eran intersex, pero se identificaban como trans, porque lo trans ya lo entendían un poco, o les era más común, pero intersex era totalmente desconocido para quienes asistieron (Feña. Entrevista, enero 2021)

En consideración de este primer diagnóstico, y sumado a los debates sobre la frecuencia estimada de la intersexualidad en el mundo, entendida por Fausto Sterling (2006[2000]) como el 1,7 % de la población mundial o 1 de cada 2000 nacimientos según Blackless *et al.*, (2000), en tanto que otros han cuestionado esta cifra, y han propuesto una frecuencia más baja, tales como 1 cada 4500 nacimientos (Michala *et al.*, 2014), o incluso, la menos

optimista, 1 cada 10.000 nacidos vivos (Woodward 2020), divisé las primeras dificultades que supondría conseguir una muestra óptima.

Si tomamos como referencia la estimación más comúnmente citada en Chile —1 de cada 2.000 nacimientos— y la aplicamos a los datos actualizados del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) según el Boletín Demográfico Anual de Estadísticas Vitales del año 2023, el país habría registrado aproximadamente 85 nacimientos de personas intersexuales. Este cálculo se basa en un total de 171.992 nacimientos en 2023, de los cuales 87.713 fueron hombres y 84.262 mujeres.

Sin embargo, el mismo boletín indica que solo 17 recién nacidos fueron clasificados como “sexo indeterminado”²⁵ debido a una genitalidad que impide asignar un sexo al nacer. Esta discrepancia en las cifras podría deberse al método de clasificación empleado, el cual se basa en un diagnóstico macroscópico y externo, considerando únicamente las intersexualidades visibles a través de la genitalidad. En consecuencia, se excluyen aquellas variaciones cromosómicas, gonadales u hormonales, que rara vez son detectadas o registradas en el momento del nacimiento.

A esta dificultad se suma el hecho de que encontrar personas “visibles” que enuncien o encarnen su intersexualidad sigue siendo poco frecuente. Un ejemplo de esto es que, en Chile, solo tres personas activistas visibilizan abiertamente su intersexualidad como parte de su identidad, mientras que otras personas que se reconocen como activistas prefieren mantenerlo en reserva y anonimato.

Además, existen personas intersexuales que nunca han tenido acceso a su diagnóstico médico, lo que les impide identificarse como tales. Otras, a pesar de contar con un diagnóstico, no se reconocen dentro de la vivencia intersexual, pues lo consideran únicamente una condición de salud que afecta sus cuerpos. Por estas y muchas otras razones que quizás no estoy abordando, las personas intersexuales siguen siendo un grupo difícil de identificar, heterogéneo y altamente diverso.

²⁵ Según Resolución exenta N.913 del año 19 diciembre 2013 relativa a “Comprobante de atención del parto del recién nacido vivo” donde se explica que por medio de la revisión macroscópica se registrará como: HOMBRE aquel que presenta genitales externos masculinos, MUJER genitales externos femeninos e INDETERMINADO no permite constatación de genitalidad masculina o femenina. Hasta la fecha, este registro era el único que permitía la contabilidad de posibles personas intersexuales.

En consecuencia, delimité el campo de estudio lo menos posible y decidí entrevistar a todas las personas intersexuales a las que tuviera acceso, fueran activistas o no, siempre respetando los criterios de inclusión y exclusión estipulados previamente (Capítulo III).

1.2 Surgimiento del contacto: ¿Eres intersexual o endosexual?

Con el paso de algunos meses, exactamente el 28 de abril 2021, IntersexPacíficoSur informa a través de sus redes sociales, el llamado al primer encuentro virtual de intersexualidades en Chile *Vivir la I* que, a su vez, contaba con la participación y apoyo de IntersexualesChile.

Queridos compañeros y amigos intersexuales

Estamos en casa, pero no por eso *separades*, ¡hoy tenemos internet y eso de algún modo nos acerca! Por eso desde la querida Comunidad Intersex Pacifico Sur (CIPS), queremos invitarles al Encuentro Comunitario Virtual de Personas Intersexuales, *VIVIR LA I*. Somos muchos más de les que imaginamos, les invitamos a conocernos, conectarnos y abrazarnos virtualmente, compartir nuestras experiencias, nuestras historias y dudas en un espacio creado por y para nosotros.

VIVIR LA I es un espacio para personas intersexuales y aliadas ¿Cuándo?, nuestra primera cita es el martes 18 de mayo a las 19:00 hrs (horario de Chile) ¡Solo tienes que llenar el formulario para inscribirte y te responderemos lo antes posible con toda la información! (Instagram IntersexPacificoSur, 2021)

Evidentemente, interpreté esta instancia como una oportunidad, por lo que escribí a la organización solicitando mi inscripción. La respuesta que obtuve casi un mes posterior fue: “Hola Gloria ¿eres una persona intersex o endosex?” Al responder que soy una persona endosexual, me contestaron que analizarían la situación, pero el mismo día recibo un correo informando que han cambiado los requisitos de participación:

Queremos comunicarte que ha habido algunas modificaciones sobre la marcha y creemos importante que los encuentros sean exclusivamente para personas intersexuales, principalmente por motivos de afinidad, experiencias y diálogo entre pares, al menos en unas primeras instancias, no queremos cerrarnos a otras comuniones.

Ante esto consideramos pertinente crear una instancia y encuentro paralelo para comunidades, personas, familiares, amistades y afectos cercanas a personas intersexuales. Imaginamos que debe haber mucho por querer compartir, aprender, reflexionar. En cuanto tengamos una fecha vamos a anunciarlo y te lo haremos saber inmediatamente (Correo electrónico, 17 mayo 2021).

Decidí insistir exponiendo mis motivaciones, pero también mis contactos con el activismo español a raíz de mi investigación anterior. Esta vez consideraron mi participación, me respondieron que enviarían el correo y link destinado a todas las personas participantes, pero que, en mi caso, no podía intervenir ni prender la cámara a lo largo de la sesión.

El encuentro es mañana martes 18 de mayo a las 19.00 horas, te enviaremos por este mismo medio el link de acceso unos 15 minutos antes. Estimamos aproximadamente una hora y media de encuentro, que según los ánimos puede extenderse un tanto más. Ojalá puedas encontrarte en un espacio cómodo y seguro para ti, para poder dialogar con tranquilidad, además de ser lo más puntual posible.

En otros asuntos, muchos de quienes postularon nos han solicitado que sea un *espacio seguro*, creemos lo mismo, pero también creemos que esas condiciones se construyen en conjunto, por lo que proponemos definir eso durante nuestro encuentro, mientras tanto puedes ir pensando: *¿qué es un espacio seguro para mí?, virtualmente ¿cómo sería mi espacio seguro ideal?* Partiendo desde ahí, vamos a pedirte que al iniciar la reunión tengas la cámara prendida y el micrófono silenciado (para que no se acoplen los sonidos) y así poder vernos las caras, desde la virtualidad es la única certeza que tenemos de saber entre quienes nos observamos y compartimos (Correo electrónico, 17 mayo 2021).

Con fecha 18 de mayo del 2021, con una participación de ocho personas que se percibían como intersexuales, se inició la reunión que duró aproximadamente tres horas. Inicialmente, dos personas pertenecientes a la agrupación IntersexPacíficoSur se presentaron como moderadores de la sesión.

La metodología implementada por los facilitadores consistió en la presentación de narrativas cronológicas de sus trayectorias vitales, estableciendo paralelismos entre sus respectivas experiencias. Este enfoque biográfico comparativo permitió identificar hitos significativos comunes entre los participantes, incluyendo: experiencias perinatales y procedimientos quirúrgicos tempranos, dinámicas familiares caracterizadas por ocultamiento de información, desafíos específicos durante el período adolescente, manifestaciones de disforia corporal, y el proceso de autoidentificación como personas intersexuales.

El encuentro continuó con la solicitud de que las personas presentes contaran, de forma resumida, sus ciclos vitales de la misma forma que las personas moderadoras²⁶. Algunas

²⁶ En el boletín enviado por la agrupación respecto al Encuentro, se explicó que se generaban estas dinámicas para “comprobar” la veracidad de la vivencia intersexual, debido a que mucha gente no entiende en su totalidad lo que es, una forma de “comprobarla” es las experiencias vividas en el sistema médico. Ante la imposibilidad de exigir un diagnóstico o ficha médica, debido a que no existe un formato oficial, se recurren a este tipo de actividades a modo de filtro.

personas mostraron resistencias a exponer su vida e hicieron hincapié en que era la primera vez que hacían pública su intersexualidad a otras personas.

Una de las personas presentes enunció que no prendería la cámara web por el dolor que le causaba hacerse “visible”, otra no quiso decir su nombre. Esto generó algunos momentos incómodos por parte de la organización del encuentro, ya que insistían en la “transparencia” que ameritaba ese tipo de instancias.

El resto de las personas participantes se presentaron sin problemas, algunas de forma más extensas que otras. Se hicieron analogías o comparaciones de ciertos rituales a lo largo de sus vidas, principalmente, cirugías, instancias o secretismo familiar, el momento de enterarse de su diagnóstico, entre otras. En su totalidad, mostraron gratitud por la instancia, ya que expusieron la necesidad de contar con un “espacio seguro” donde encontrar alguna experiencia similar a la vivida propia.

Mi presencia en la jornada se basó en realizar observación participante siguiendo las claras indicaciones por parte de la organización de permanecer en silencio, no intervenir y no encender la cámara durante la sesión. Esta situación generó curiosidad en Lily, quien me envió un mensaje privado por interno, al cual respondí rápidamente excusando mi presencia, ya que creí generarle incomodidad. Esto dio paso a una larga conversación donde compartimos nuestros contactos para continuar la comunicación a través de otra vía.

En términos metodológicos, la etnografía digital me obligó a desarrollar nuevas sensibilidades: aprender a 'leer' los silencios en las videollamadas, interpretar la participación a través del chat, o analizar cómo las condiciones materiales de cada hogar se filtraban en el encuadre de las cámaras. Estas adaptaciones no constituyen simples notas al margen del proceso investigativo, sino transformaciones sustanciales en la forma de producir conocimiento etnográfico sobre realidades corporales e íntimas en un contexto de distanciamiento físico, lo que pude hacer evidente en este encuentro.

Si bien el análisis reflexivo es fundamental para comprender mi posicionamiento en el campo, es igualmente importante destacar los datos etnográficos concretos que emergieron durante el encuentro 'Vivir la I'. En esta instancia, más allá de las dificultades de acceso, pude observar cómo las personas intersexuales negociaban sus narrativas personales, resistían a la presión grupal por 'hacerse visibles', y construían códigos compartidos basados en experiencias médicas similares. Estos patrones reflejan no solo

las dinámicas internas del activismo, sino también las estrategias de supervivencia desarrolladas ante la medicalización de sus cuerpos.

Posteriormente, se realizaron un par de sesiones más, en las cuales no se permitió mi participación debido a que eran sesiones terapéuticas diseñadas y guiadas por un psicólogo de OTD. No obstante, esta primera instancia y toma de contacto me permitió entender los “pro” y los “contra” de estar dentro de instancias formales de activismo, tales como los discursos hegemónicos que operan desde dentro, y la reproducción de estos discursos por las personas que lo integran o que quieren integrarlo, lo cual fue evidente a lo largo de la sesión, y que pesquise inmediatamente.

Así me lo explicaba Lily, con quien luego de este Encuentro logramos establecer un vínculo íntimo. En una de nuestras primeras conversaciones, ella me expuso que no se sentía del todo cómoda con los discursos emitidos desde el incipiente activismo intersexual en Chile, considerándose a sí misma como una especie de “impostora”, al no presentar un historial médico en los cuales se expongan diversas “cirugías normalizantes” o “mutilaciones genitales” (Lily, conversación informal, mayo 2021). Esto me llevó a plantear la necesidad de profundizar en aquello que quizás no había observado con total detención: la comunidad intersexual desde lo más íntimo, ya no solo como observadora participante en Encuentros, Seminarios o solicitando contactos o entrevistas, sino que la inmersión en lo propio, en lo personal. Así se inició un nuevo periodo.

Nuevamente, y en una situación casi “caída del cielo”, con fecha 22 de agosto 2021, la otra agrupación, IntersexualesChile, publica en sus redes sociales un llamado a captar *voluntaries* para su equipo de trabajo. Inmediatamente me pongo en contacto, expongo mi interés y mi experiencia con temáticas relacionadas con la intersexualidad, trabajos y contactos previos. La respuesta fue favorable, concretándose una propuesta de reunión virtual para la semana subsiguiente.

Es metodológicamente relevante consignar que, para este período, mi relación interpersonal con Lily se había consolidado, aunque ella había optado por distanciarse de iniciativas activistas, manteniendo una posición periférica respecto a dichas actividades.

La conceptualización propuesta por Nieto (1993) respecto a los factores socioculturales que determinan la ubicación de la sexualidad predominantemente en el ámbito privado, y los criterios demarcatorios entre las esferas pública y privada, proporciona un marco

interpretativo aplicable a la experiencia etnográfica documentada en esta fase del trabajo de campo.

Las dinámicas de presión implícita ejercidas por un colectivo con características de alta cohesión y exclusividad, como el constituido por personas intersexuales, generaron un dilema epistemológico y ético respecto a la pertinencia de mantener mi vínculo con Lily en la esfera privada o, alternativamente, visibilizarlo como elemento legitimador de mi aproximación emocional y académica a la intersexualidad. Esta decisión no solo incidía potencialmente en mi integración y aceptación dentro del colectivo, sino que también podía constituirse en un factor facilitador para el establecimiento de relaciones de confianza dentro de la Agrupación.

Después de enfrentar estos conflictos éticos y emocionales y tras conversar con Lily, ella expresó su deseo de permanecer en el anonimato, pero, al mismo tiempo, me permitió exponer nuestro vínculo como una forma de evidenciar cómo yo había sido “tocada” por la intersexualidad, sin ser yo misma una persona intersexual. Desde su perspectiva, esta relación sería un elemento que me acompañaría a lo largo de toda la tesis.

Durante la primera reunión con IntersexualesChile, en la que participamos cinco personas interesadas en ser *voluntaries*, la dinámica consistió en una exposición inicial a cargo de la coordinadora, quien relató la historia de la agrupación. Luego, nos invitó a responder la pregunta: *¿por qué me interesa ser parte de IntersexualesChile?*

Cada una de nosotras compartió su nombre, profesión y motivación para participar. En mi turno, decidí exponer mi rol como investigadora, pero también enfatizar cómo este había sido transformado por el vínculo emocional que había desarrollado en el proceso. La coordinadora valoró especialmente mi cercanía con Lily, así como mi comprensión tanto técnica como emocional de su diagnóstico.

De este modo, participé desde dentro, estableciendo un paralelismo entre investigación y activismo, sin perder de vista la importancia de conectar también con personas que no estuvieran adscritas a la Agrupación. A partir de esta premisa, decidí delimitar y mantener siempre presente que mi etnografía se desarrollaría tanto *dentro* como *fuera* del grupo. Es decir, por un lado, consideraría la percepción de la intersexualidad desde este espacio activista, lo que ya representaba un gran avance y privilegio; por otro, asumiría el desafío de encontrar y comprender vivencias que emergieran fuera del grupo, reconociendo la

complejidad adicional que ello implicaba. No obstante, ambos esfuerzos eran esenciales para construir una visión más holista y fiel a la diversidad de experiencias intersexuales.

1.3 Relaciones de poder dentro y fuera: “Nada de *nosotrxs*, sin *nosotrxs*”

Habiendo analizado el surgimiento del contacto inicial con las personas intersexuales y las agrupaciones, es necesario examinar cómo estas interacciones preliminares configuraron las subsecuentes relaciones de poder dentro y fuera del campo. La transición desde una observadora externa a una participante activa no fue lineal ni exenta de tensiones; por el contrario, reveló las complejas negociaciones de legitimidad y representación que caracterizan al activismo intersexual en Chile.

Después de un mes de activismo en Chile, y con el compromiso de continuar mi participación de forma virtual, en diciembre del 2021 me vi obligada a retornar a España en el marco de lo requerido por mi beca²⁷. A partir de ese momento, el trabajo de campo pasa a realizarse casi en su totalidad a través de etnografía digital, por medio de reuniones mensuales o bimensuales con la Agrupación, dependiendo de las necesidades surgidas en el proceso.

Dichas instancias me sirvieron para realizar observación participante, generar lazos dentro del circuito y concretar vínculos necesarios para las entrevistas, recoger información diversa y analizar la organización desde dentro, evidenciando tanto las fortalezas como las contradicciones personales y/o colectivas.

Es pertinente exponer que, desde mi entrada a la Agrupación hasta agosto del 2022, varios casos de participación de personas intersexuales en la Agrupación se fueron difuminando, ya que la brecha de acceso a la tecnología o los discursos radicales respecto a la contingencia política nacional, o la cercanía hacia el discurso *queer*, parecía ser anacrónico o distantes de las demandas originales de la Agrupación, lo que además tampoco parecía ser una postura de las generaciones más antiguas. Esto dio paso a que se lanzara un nuevo llamado convocando no solo a personas voluntarias, sino solo a nuevas personas intersexuales, ya que las demandas por charlas o exposiciones en esferas

²⁷ BecaChile Doctorado en el extranjero exige estar casi la totalidad del tiempo en el país del desarrollo del programa, pudiendo estar solo el 20% de la duración total del programa en Chile.

públicas fueron *in crescendo*, pero también se comenzó a cuestionar que la única persona intersexual visible y que, además, lideraba la Agrupación, fuese la coordinadora.

Sorpresivamente, ante la urgencia sobrevenida y en el marco del desconocimiento casi transversal de las personas aliadas voluntarias, el equipo propuso una votación para elegir a una persona que apoyase a la coordinadora en instancias de difusión, para lo cual fui elegida. En estas instancias, y debido a que aún quedaban retazos del COVID 19, las actividades se realizaban casi en su totalidad de forma virtual, lo que facilitaba la participación de ambas.

Durante nuestro trabajo en la Agrupación, compartimos varias reuniones y encuentros en los que ambas íbamos en representación de la organización. Sin embargo, debido al uso de tecnicismos políticos y académicos, así como a mi enfoque en el abordaje histórico de la intersexualidad, diversas instituciones públicas y privadas comenzaron a enviarme invitaciones solo a mí, sin copia a la coordinadora. Al notar esta situación, se lo comuniqué de inmediato, lo que generó cierto disgusto. Como consecuencia, ella envió un correo masivo estableciendo que toda comunicación o solicitud dirigida a la Agrupación debía canalizarse exclusivamente a través del correo institucional.

Ante esto, procuré ser cuidadosa y le reiteré que yo no podía hablar en representación de la organización sin su autorización, ya que, como mencioné al inicio, era fundamental no desplazar la voz de las personas intersexuales dentro del proceso investigativo. A pesar de mis constantes explicaciones y de haberme apartado de diversas instancias para mantener su liderazgo y el vínculo con la Agrupación, el proceso estuvo marcado por un vaivén de emociones, tensiones y contradicciones que se reiteraron a lo largo del tiempo.

En este contexto, el 31 de mayo del 2022, la coordinadora nos convoca a reunión para informar que se nos ha solicitado realizar clases online para un diplomado de profesionales de la salud. Un par de días después, nos reunimos con el director de la Fundación Juntos Contigo quien lideraba esta instancia. Realizado el curso, y ante estos resultados, la institución gestora del diplomado, específicamente su director, empezó a mostrar interés en mi trabajo debido al cariz académico, por lo que me contactó en privado para presentar en una futura instancia, sin la Agrupación.

Lo comuniqué a la coordinadora, siendo la primera vez que aprecié un conflicto respecto a las relaciones de poder vinculadas a la potestad de hablar temas en los cuales hay una autoridad que determina que mi cuerpo endosexual—al menos en ese momento— no era

legítimo para hablar sobre intersexualidades, ni siquiera desde la plataforma de investigadora, rol que me correspondía dentro y fuera de la Agrupación. Ante lo cual obtuve como respuesta: “Nada de *nosotrxs*, sin *nosotrxs*” (conversación por WhatsApp con coordinadora, 30 agosto 2022).

Después de varios momentos sin saber cómo gestionar estas tensiones, logré evidenciar que mi finalidad era internalizar que estos afectos y efectos, mis emociones y frustraciones, estaban también ligadas al proceso investigativo, y que los propios conflictos podrían permitirme observar conductas desde una reflexión encarnada, en tanto atravesada por emociones que impactan el proceso investigativo y, a la vez, mantenerme aliada (Esteban, 2004)²⁸.

Así, decidí tomar un poco de distancia y retomar la motivación inicial por conocer a personas intersexuales ajenas al activismo. Esta vez, en la segunda fase del trabajo de campo (agosto 2022 - enero 2023), aprovechando mi estadía en Chile, decidí volver a consultar a antiguas amistades de la diversidad sexual. Después de algunos intentos erróneos²⁹, contacté con Chuli.

Con expedita confianza compartimos nuestro primer encuentro de casi tres horas, como si nos conociéramos de toda la vida. Inició preguntándome por qué me interesaba la intersexualidad, a lo que le expliqué algunas cosas de mi cuerpo que siempre me hicieron dudar de ser “mujer” desde una perspectiva hegemónica, también le comenté de Lily. Ella comenzó a explicarme las “dudas” sobre su cuerpo, haciendo alusión a lo que yo le comentaba. Posterior a eso, hablamos sobre cómo se enteró de su diagnóstico de intersexualidad, vivencias alojadas en esta experiencia y algunas influencias. Lo interesante de esto, es que, a pesar de yo ser una persona endosexual, en muchos puntos coincidíamos con la forma de habitar nuestros cuerpos en ciertos ciclos de la vida, lo que parecía ser más relevante para ella, quien enfatizó varias veces en el hecho de “habitar” el sur, específicamente, Concepción, mi ciudad natal.

Chuli estaba al tanto de mi participación en la Agrupación, pero también fue clara en exponerme su desaprobación a esta misma. Hace un par de años había tomado contacto y

²⁸ Esteban (2004: 38) destaca la noción del “cuerpo como agente”, heredera de la noción de agencia de la teoría feminista de la práctica. Subraya su dimensión potencial, intencional, intersubjetiva y relacional, que se expresa preciso, a través de su resistencia y vulnerabilidad.

²⁹ Varios de los contactos que obtuve eran de personas que pertenecen al colectivo LGTB, en su mayoría eran personas trans que tenían alguna idea o sospecha respecto a la intersexualidad, pero fueron descartadas al ser solo falta de información al considerar la intersexualidad como una orientación sexual, una identidad de género o una expresión.

participado en alguna reunión, pero no comulgaba con las prioridades o con lo que ella entendía como una forma de organización vertical. Esta toma de contacto, cercana y local, fue una ayuda decisiva para este momento de tensiones etnográficas, ya que, abrió y reafirmó otros posibles caminos y, a su vez, expuso emociones alojadas en el proceso, el de las relaciones personales construidas en la mutua confianza, donde la experiencia corporal de los sujetos y objetos se afectan mutuamente (Caicedo, 2003:170).

No obstante, este creciente vínculo con personas ajenas al activismo comenzó a generar tensiones que se sumaban a las que ya arrastraba desde mi participación en el diplomado. La coordinadora, al notar la baja participación en la Agrupación en ese momento, me preguntaba los nombres de las personas que entrevistaba e insistía en que las invitara a unirse.

Ante esta solicitud, respondí que, por razones de ética y confidencialidad, no podía compartir dicha información. Sin embargo, esta negativa provocó una serie de situaciones en las que las relaciones de poder se hicieron cada vez más evidentes, añadiendo una nueva capa de complejidad a mi trabajo de campo.

Uno de los momentos más conflictivos de mi proceso etnográfico surgió en el marco de una charla que impartiría un ex estudiante de Ciencias Políticas, actual jefe del Departamento del Sistema Universal de DDHH. Reconocido en Chile por su tesis sobre intersexualidad y derechos humanos³⁰, presentaría los avances en la materia dentro del país en el *Equal Rights Coalition*.

Esto generó descontento tanto para las personas representantes de IntersexualesChile como para IntersexPacíficoSur, lo que desembocó en algunas estrategias para cancelar el evento. Ambas enviaron un correo solicitando a la institución gubernamental que cualquier instancia sobre intersexualidad contara previamente con una especie de autorización de las agrupaciones activistas.

Más tarde, la coordinadora de IntersexualesChile me contactó por mensaje privado y preguntó si podía ser yo quien expusiera en la charla, argumentando que mi presencia como parte de la Agrupación y responsable de enunciar los avances estatales era más “válida”. Me cuestioné qué requisitos definían a alguien como intersexual y quiénes validaban esa identidad, más allá de un diagnóstico médico. También reflexioné sobre el hecho de que, si aceptaba asistir a dicho evento, quedaría atrapada en una identidad

³⁰ Más información en Capítulo III.

“desacreditada” y “desacreditable” (Goffman 2008[1963]), algo con lo que no me sentía cómoda. Ante la incertidumbre, pedí consejo a mis directoras de tesis.

Ambas coincidieron en que debía tomar distancia. Decidí entonces no abandonar el campo, pero sí dejar claro en cada instancia que soy una persona endosexual, aliada e investigadora. Opté por entenderme a mí misma como una “extranjera” en el campo, alguien que entra y sale, que está lejos y cerca a la vez, pero que en ningún caso deviene en nativa (Simmel 2012[1908]).

Reconocer mi rol en la investigación ha sido fundamental y, siguiendo la definición de Taylor (2011), me sitúo como una *intimate insider*, es decir, alguien que goza de una “posición privilegiada e íntima” dentro del proceso investigativo. Sin embargo, aunque esta cercanía ofrece ventajas, también se presentan momentos en los que dicho privilegio se diluye, especialmente por la ausencia de una vivencia intersexual compartida.

A pesar de esto, las relaciones de “amistad” y los vínculos sexoafectivos han sido aspectos clave en el desarrollo de la investigación, facilitando mi validación dentro del campo. Esta cercanía me ha permitido acceder a ciertos beneficios: una comprensión más profunda del contexto y de las jergas, una comunicación más fluida con las personas involucradas, un conocimiento detallado sobre sus ubicaciones dentro del fenómeno cultural y un mejor acceso a información clave.

Las tensiones y conflictos derivados de estas dinámicas se mantuvieron hasta el final de mi trabajo de campo, con fluctuaciones en su intensidad. No obstante, durante mi última fase presencial en Chile (agosto – diciembre de 2023), la coordinadora solicitó mi participación activa en la elaboración de nuevas directrices gubernamentales. Entre ellas, la circular trabajada junto al Ministerio de Salud, impulsada en conjunto durante el 2022 en las instancias gubernamentales de la Mesa LGTBIQ+. Este trabajo alcanzó su punto álgido en 2023 y culminó a inicios de 2024 (Capítulo V).

1.4 Dinámicas corporales, negociaciones y reconocimiento (o menos-reconocimiento) en el campo

En esta sección, abordo las complejas dinámicas del contacto corporal y el papel fundamental de la “sexualidad” en la experiencia del trabajo de campo etnográfico. Estas

dinámicas han funcionado como herramientas epistemológicas que me han permitido recopilar, preservar y describir información a través de percepciones corporales, facilitando así la comprensión de datos que, mediante aproximaciones metodológicas más tradicionales, resultarían inaccesibles, difíciles de captar, asimilar y organizar dentro del marco interpretativo de la investigación.

Este enfoque fenomenológico-corporal resulta particularmente relevante para abordar la complejidad inherente a la definición del valor sociosimbólico y sexual en la investigación etnográfica. Estos valores no operan como categorías estáticas, sino como amalgamas dinámicas de opresiones y privilegios tanto para la investigadora como para los sujetos de estudio, los cuales se redefinen local y temporalmente durante las interacciones que emergen en el trabajo de campo. Así, busco trasladar al ámbito público y académico una “intimidad etnográfica” que revela la esencia del terreno sociopolítico en el que se inscriben las experiencias intersexuales.

Siguiendo la perspectiva de Ahmed (2004, 2006), es crucial subrayar que no estoy proponiendo un enfoque radical de subjetivismos desconectados de las realidades materiales, sino que destaco que el “cuerpo sexuado” opera como un elemento crucial y mediador en la producción del conocimiento científico, lo que resalta la importancia epistemológica y metodológica de incorporar la corporalidad como dimensión analítica.

Una de las manifestaciones más evidentes de las dinámicas corporales en la etnografía intersexual—quizás la más común y problemática— se constata en la persistencia de dinámicas de categorización y teorización heteronormativa cisgénero en el ámbito de la investigación social y antropológica. Esto se materializa en el uso irreflexivo de terminologías y asunciones respecto a la identidad de género de las personas entrevistadas, como han señalado críticamente Califia (2003[1997]) y Namaste (2000), perpetuando así marcos interpretativos que distorsionan las realidades vividas por las personas intersexuales.

En el extremo opuesto, en numerosos textos pertenecientes al campo discursivo queer, se observa una utilización metafórica y a menudo desencarnada de la figura de la persona intersexual como símbolo o emblema de una ruptura subversiva con el binarismo de género, presentándola como una realidad transversal e inherente a esta vivencia (Cabral & Benzur 2005; Holmes 2008). No obstante, esta visión reduccionista no solo invisibiliza las experiencias vividas de estas personas en toda su heterogeneidad, sino que también

las coloca en un pedestal simbólico que las deshumaniza y no refleja la complejidad de sus vidas cotidianas, sus luchas políticas y sus estrategias de adaptación y resistencia.

En esta investigación, me esforcé meticulosamente por capturar estas realidades en toda su profundidad y complejidad multidimensional, evitando simplificaciones teóricas que pudieran distorsionar la comprensión de las dinámicas corporales y de género. A lo largo del trabajo de campo, encontré un espectro diverso de experiencias y posicionamientos identitarios: por un lado, personas intersexuales que articulaban su lucha política en torno a la deconstrucción del sistema binario a través de la reivindicación de una identidad no binaria, instancia que me permitió evidenciar las diversas demandas y tensiones que subyacen a esta postura, tales como las disputas por la visibilidad en ámbitos registrales o no, las complejas relaciones entre corporalidad e identidad (¿es el cuerpo intersexual lo que determina esta identidad no binaria o es la identidad no binaria la que resignifica y reconoce a ese cuerpo intersexual?), entre otras problemáticas.

Paralelamente, también documenté las experiencias de personas con cuerpos intersexuales que se identifican firmemente como hombres o mujeres dentro de un marco heterocisnormativo, lo cual me llevó a problematizar las posibles reconfiguraciones del sistema binario de género desde estas categorías hegemónicas: ¿qué materialidad corporal sexuada constituye legítimamente una mujer? ¿qué corporalidad sexuada define a un hombre dentro de los marcos normativos contemporáneos? (Cabral & Benzur, 2005). Además, observé cómo estas identificaciones binarias representaban para algunos sujetos la posibilidad estratégica de afirmar su existencia y derechos dentro de la sociedad según los discursos institucionales establecidos, revelando las complejas negociaciones entre agencia individual y condicionamientos estructurales.

Estas autoafirmaciones identitarias resultaron cruciales para comprender las dinámicas corporales en la etnografía, ya que revelan cómo las identidades de género son vividas y percibidas de manera situada, contingente y a menudo ambivalente. La diversidad corporal y la reflexión crítica sobre las categorizaciones tradicionales ofrecen una rica fuente de datos y perspectivas que pueden enriquecer sustancialmente la comprensión antropológica y sociológica de las dinámicas de género y sexualidad, desestabilizando presupuestos teóricos arraigados en la disciplina.

Es importante señalar que, como investigadora, mi propio cuerpo sexuado también entró en juego como variable significativa en la producción de conocimiento, así como también mi identidad de género y orientación sexual. En diversos contextos de interacción durante

el trabajo de campo, logré evidenciar la ausencia de una reflexión explícita por parte de algunas informantes, quienes asumían implícitamente la intersexualidad de mi cuerpo de etnógrafa como condición de legitimidad para abordar el tema. Por otro lado, experimenté los juicios, resistencias y cuestionamientos al exponerme explícitamente como una persona “endosexual” interesada en la temática, lo que me obligó a negociar constantemente mi posición en el campo y a desarrollar estrategias metodológicas para navegar estas tensiones.

En el desarrollo contemporáneo de las “escrituras de la intersexualidad” o “intersex studies”, diversos autores han resaltado la importancia de reflexionar sobre las temáticas intersexuales no solo para y por las personas intersexuales, sino como problemática que interpela a toda la sociedad en su conjunto. Como señala Cabral (2009:7) con particular lucidez, “la intersexualidad no es algo que solo afecta a quienes nacieron con cuerpos que varían respecto al promedio corporal femenino o masculino, sino que es un fenómeno que nos afecta a todas las personas, en cada paso”. Abrazo esta perspectiva crítica al “negociar” mi implicancia como aliada política con este fenómeno social y, simultáneamente, reconocer y exponer reflexivamente mi vivencia de cuerpo endosexual atravesado por un vínculo sexoafectivo intersexual, dimensión que complejiza mi posicionalidad en el campo.

Blackwood (1995), en su análisis de las dinámicas de género en el trabajo de campo etnográfico, señala acertadamente que la experiencia etnográfica implica necesariamente una “re-construcción recíproca” de las subjetividades en relación dialógica con las personas estudiadas, destacando los momentos de malestar, incomodidad y disonancia como parte constitutiva de este proceso transformador. Este “malestar etnográfico” no debe ser obviado o minimizado, sino reconocido como un componente esencial de la experiencia fenomenológica del trabajo de campo (Csordas 1994: 10) y requiere una negociación teórica y práctica permanente que enriquece el análisis.

El análisis etnográfico contemporáneo, particularmente desde perspectivas feministas, reconoce la relevancia epistemológica de las emociones y afectos en la investigación, aunque no existe un consenso metodológico sobre su uso e interpretación. Rosaldo (1980), desde su enfoque pionero, subraya que las emociones intensas son elementos clave para comprender las dinámicas culturales en las etnografías, mientras que Probyn (1993), desde una postura más crítica, cuestiona el potencial egocentrismo inherente a

ciertos modos de reflexividad antropológica que privilegian la experiencia de la investigadora sobre la de los sujetos estudiados.

Por su parte, Cesara (1982), en su innovadora etnografía, exploró de manera explícita y sin precedentes sus propias experiencias emocionales y sexuales en el campo, influyendo decisivamente en los debates posteriores sobre la naturaleza de los vínculos que se establecen en el trabajo de campo etnográfico. Este enfoque corporeizado ha sido retomado y desarrollado en reflexiones metodológicas posteriores, como las de Esteban (2004, 2007, 2008, 2011), quien ha elaborado una sofisticada propuesta de antropología encarnada.

Cesara introduce el concepto extremadamente fértil de *risked involvement* (1982: 217), que resalta el riesgo inherente y la vulnerabilidad estructural asociados a la implicación profunda con las personas investigadas, especialmente en estudios sobre sexualidad y género, donde las fronteras entre lo personal y lo académico se difuminan constantemente, generando dilemas éticos y metodológicos particulares.

En mi caso específico, la puesta en juego de ciertas dimensiones de mi subjetividad –que he percibido durante el trabajo de campo simultáneamente como un riesgo metodológico, pero también como única posibilidad de acceso a ciertas realidades–, me ha generado sensaciones de pérdida, de choque cognitivo y emocional, y consiguientemente, una transformación radical de mis posicionamientos, también analíticos. Esta experiencia me ha permitido comprender vivencialmente cómo el “género” y las prácticas sexuales implican una posición particular y situada en la producción del conocimiento etnográfico y en la consiguiente gestión, interpretación y presentación del mismo (Butler, 1994).

Mi posición como bio-mujer, bisexual y endosexual fue determinante por múltiples motivos interrelacionados: me conectaba de una forma particular y privilegiada al campo, me obligaba a mantenerme constantemente alerta al manejo de discursos heterosexuales y heteronormativos que podían “atacar” o contrariar mi propia identidad y posicionamiento político. Y, simultáneamente, esta posicionalidad se manifestaba como un monitor interno que me orientó heurísticamente hacia los márgenes y las disyuntivas culturales (Blackwood, 1995), permitiéndome identificar rupturas, contradicciones y espacios de resistencia que podrían haber pasado desapercibidos desde otras coordenadas identitarias.

Otra dinámica corporal y negociación explícita significativa fue aquella situación, comentada en apartados anteriores, donde se me ofreció la posibilidad de presentarme como una persona intersexual para facilitar determinados accesos o legitimidades en el campo. La falta de entendimiento y comunicación entre antropóloga y personas estudiadas, especialmente en relación con la corporalidad, sexualidad y el género, venían a enunciar la necesidad imperativa de problematizar las categorías establecidas y reconocer el impacto profundo que tienen en la configuración del conocimiento producido en la investigación etnográfica.

Esta dimensión conflictiva me obligó a reflexionar críticamente sobre cómo mis silencios estratégicos y respuestas ambiguas camuflaban lo que Kulick ha denominado “el temor de que, por lo tanto, la reacción pueda ser interpretada como una reacción exagerada socialmente destructiva” [traducción por la autora] (1995: 7). Es decir, experimentaba un temor paralizante a que mis reacciones sinceras fueran interpretadas como “destructivas” de la intersexualidad como movimiento político y de su activismo, lo que me colocaba en una posición de constante autocensura y negociación identitaria.

A medida que avanzaba el trabajo de campo, gradualmente comencé a perder el miedo y a comprender que poner los conflictos éticos y metodológicos abiertamente sobre la mesa no solo no afectaba negativamente mi “compromiso” político con las personas intersexuales, sino que paradójicamente fortalecía el vínculo con algunas de ellas, profundizando relaciones basadas en la honestidad y el reconocimiento mutuo de diferencias y similitudes. Este proceso también consolidó mi compromiso teórico con una epistemología situada y reflexiva, que intento ejemplificar a lo largo de esta tesis.

Me mantuve fiel a esta última postura de transparencia y reflexividad crítica, lo que me permitió, simultáneamente, avanzar metodológicamente y tomar estas dinámicas y negociaciones corporales no como obstáculos a superar, sino como parte esencial y productiva del proceso investigativo, como datos en sí mismos que revelaban estructuras profundas en las relaciones de poder y conocimiento que atraviesan el campo de estudio de la intersexualidad.

1.5 Otras relaciones de poder: Asimetría, lenguaje y emociones

Finalmente, para exponer las complejidades multidimensionales que emergieron en la interacción con diversos agentes sociales, es imprescindible analizar las limitaciones y obstáculos metodológicos que caracterizaron la etnografía con la comunidad médica. Esta fase de la investigación estuvo marcada por dificultades significativas, desde la identificación inicial de referentes nacionales en materia de intersexualidad hasta el arduo y prolongado proceso para concertar entrevistas con dichos especialistas, quienes frecuentemente operaban como “gatekeepers” (guardianes) del conocimiento biomédico legitimado.

Mi posición como mujer relativamente joven y, especialmente, como estudiante de Antropología —no de Medicina o disciplinas biomédicas consideradas “afines”— constituyó un factor determinante que configuró una relación profundamente asimétrica y vertical en estos espacios de interacción (usualmente hospitales o clínicas), instituciones que, como señala Foucault (1983[1975]), funcionan como dispositivos disciplinarios donde el saber-poder médico se materializa y reproduce cotidianamente.

Al iniciar las entrevistas, numerosos profesionales médicos manifestaban diversos grados de incomodidad, desde sutiles gestos corporales de distanciamiento hasta cuestionamientos explícitos sobre la pertinencia y legitimidad del tema para una investigación antropológica, revelando lo que Bourdieu (1991) denominaría un ejercicio de violencia simbólica en la defensa de los límites disciplinarios. De las cinco profesionales especialistas entrevistadas, cuatro son hombres adultos y referentes consolidados en su especialidad, ocupando posiciones de máxima autoridad institucional. Varios desempeñan cargos como directores de clínicas o presidentes de sociedades científicas (Sociedad Chilena de Endocrinología, por ejemplo), lo que configuraba una constelación de capitales simbólicos (Bourdieu, 1991) que potenciaban su posición dominante en la interacción. Durante las entrevistas, pude identificar una actitud inicial sistemática caracterizada por respuestas pasivo-agresivas, como si mis preguntas constituyeran un cuestionamiento implícito a su práctica profesional y autoridad epistémica, revelando las inseguridades que subyacen a la defensa del paradigma biomédico hegemónico.

En múltiples ocasiones, se repitió un patrón interaccional consistente en interrupciones deliberadas que me impedían concluir mis preguntas, redireccionamientos autoritarios hacia temáticas que ellos consideraban relevantes, o explicaciones impartidas con una condescendencia masculina característica del fenómeno sociológico conocido como “mansplaining” (Dular, 2021), evidenciando la intersección entre jerarquías profesionales y dinámicas de género que estructuraban nuestros encuentros.

El caso de la única médica mujer entrevistada merece un análisis diferenciado pero igualmente crítico. Si bien algunas de las actitudes defensivas mencionadas estuvieron presentes, ella inició significativamente la entrevista con una declaración estratégica: “yo estoy del lado de los activistas”, estableciendo desde el principio un posicionamiento aparentemente favorable a las demandas de la comunidad intersexual. Sin embargo, al responder mis preguntas, observé un meticuloso cuidado discursivo y una elaborada reflexión, formulaciones claramente emitidas desde los parámetros de lo “políticamente correcto”. Este fenómeno ilustra lo que Goffman (1959) denominaría “manejo de impresiones” en la interacción social. Al concluir nuestro encuentro, solicitó explícitamente que le reenviara la transcripción de la entrevista para eliminar determinadas frases con las que no se sentía conforme, evidenciando un intento de controlar su representación en el estudio.

Este proceso de negociación textual planteó desafíos metodológicos significativos para analizar objetivamente si su práctica clínica se alineaba efectivamente con el “correcto” tratamiento sociomédico de las intersexualidades que me había descrito tan meticulosamente. Un acontecimiento revelador ocurrió posterior a la entrevista, cuando esta doctora participó en la Jornada que analizaré detalladamente en el capítulo siguiente. En dicho contexto público y colectivo, su discurso frente a las demandas de las personas intersexuales mostró un carácter radicalmente distinto: mucho más directo, defensivo y alineado con el paradigma biomédico tradicional, evidenciando lo que Scott (1990) denominaría la diferencia entre “discursos públicos” y “discursos ocultos” en el ejercicio del poder.

Otra actitud generalizada y sintomática entre los profesionales del área médica fue una marcada resistencia epistemológica a responder la pregunta aparentemente simple: “¿qué es para ti la intersexualidad?”. Esta reticencia emergía fundamentalmente porque dicho concepto no se ajustaba a las categorías taxonómicas de su repertorio discursivo médico, revelando las tensiones entre saberes expertos y contra-saberes activistas (Foucault,

2007[1976]). Recordando la máxima metodológica de Malinowski (2001[1922]), resulta imprescindible ingresar respetuosamente a las constelaciones de sentidos de nuestros sujetos de estudio, adaptándonos a sus códigos y valores lingüísticos, por lo que estratégicamente decidí incorporar la terminología “Desórdenes del Desarrollo Sexual” (DSD), categoría patologizante empleada en numerosas publicaciones científicas de los entrevistados (Escala *et al.* 2009; Yankovic, 2018).

A pesar de esta adaptación estratégica a sus repertorios terminológicos, persistieron limitaciones significativas para desarrollar entrevistas en profundidad, ya que la incomodidad inicial derivada de las disputas lingüísticas imposibilitó el establecimiento de condiciones óptimas para generar un *rapport* genuino con los entrevistados. Esta barrera preliminar obstaculizó sistemáticamente el acceso a espacios de confianza interpersonal o el desarrollo de dinámicas empáticas que hubieran permitido realizar múltiples sesiones, con mayor extensión temporal, explorando opiniones diversificadas o percepciones más íntimas sobre la temática (Taylor & Bogdan, 1998). Esta situación revela cómo las negociaciones lingüísticas constituyen no solo aspectos formales de la investigación, sino verdaderos campos de batalla donde se disputan legitimidades epistémicas.

En contraste significativo, en el caso de las madres de menores intersexuales, el empleo del término “intersexualidad” también representaba una limitación metodológica, aunque por motivos radicalmente distintos. La totalidad de ellas empleaban consistentemente un vocabulario medicalizado para referirse a las condiciones de sus hijos e hijas, enunciando que sus criaturas “sufrían” síndromes, condiciones de salud o “enfermedades raras”, utilizando específicamente diagnósticos como Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) o Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (SIA), entre otros. Esta incorporación del discurso biomédico en sus narrativas personales evidencia lo que Foucault (2007[1976]) denominaría la “capilarización” del poder médico en la subjetividad cotidiana.

Estas entrevistas con madres estuvieron invariablemente marcadas por intensas manifestaciones emocionales —sentimientos de culpa, episodios de llanto, expresiones de desesperanza y angustia— lo que generó complejos dilemas éticos que no siempre logré manejar con la pericia metodológica ideal. Esta dimensión emocional forma parte intrínseca de trabajar con una temática excesivamente íntima, socialmente silenciada y emocionalmente cargada, lo que me situaba en un espacio radicalmente distinto al experimentado con los médicos. Paradójicamente, en estas interacciones con madres,

parecía yo ocupar una posición de mayor poder al dirigir la entrevista y gestionar los sentires propios de dicho contexto, responsabilidad de la cual debía mantener una conciencia crítica permanente.

Como acertadamente señala Tilley-Lubbs (2014), resulta imperativo reconocermé reflexivamente como miembro de una herencia cultural específica inscrita en una cultura académica dominante, donde la reflexividad e introspección de estos sentires que “tocan la fibra” no son meramente reacciones espontáneas, sino que se presentan como una manifestación de poder y privilegio que posteriormente se materializan en mis acciones y actitudes investigativas. Es decir, la vulnerabilidad manifiesta de las personas en estudio simultáneamente expone y me confronta con mi propia vulnerabilidad como investigadora, generando lo que Behar (1996) denominaría una “antropología vulnerable”.

En cuanto al respeto y gestión de la emocionalidad en el campo, se manifestaron dinámicas similares pero distintivas en las entrevistas con personas intersexuales adultas. A menudo, la trayectoria emocional de estas conversaciones describía un arco complejo, transitando desde momentos de profunda tristeza, rabia o indignación hasta concluir la entrevista con expresiones catárticas de risas, complicidad y alivio emocional. Numerosos entrevistados me expresaron explícitamente su gratitud por el espacio reflexivo proporcionado, señalando que el proceso de compartir sus narrativas autobiográficas les permitía reinterpretar y resignificar sus experiencias vitales desde una perspectiva renovada y potencialmente emancipadora.

Esta experiencia dialógica se alinea con lo que Crapanzano (1984) describe lúcidamente como el poder reflexivo inherente a la entrevista etnográfica: un espacio privilegiado de enunciación en el que la persona entrevistada no solo transmite información factual, sino que simultáneamente resignifica su propia historia en el acto performativo de narrarla, evidenciando el potencial transformador de la investigación cualitativa cuando opera desde parámetros éticos y horizontales.

Significativamente, en estos encuentros con personas intersexuales adultas no emergió un conflicto explícito con el uso del término “intersexualidad” como categoría analítica. La mayoría comprendía conceptualmente el término y no manifestaba incomodidad al utilizarlo como concepto paraguas que abarcaba eficazmente diversas experiencias y diagnósticos, adaptándose flexiblemente a cada proceso identitario particular. Sin embargo, cabe señalar que, procedimentalmente, antes de cada entrevista, expliqué

detalladamente en qué consistía mi investigación (utilizando deliberadamente el concepto “intersexualidades” en la presentación metodológica), lo que indudablemente pudo establecer un marco epistemológico previo que potencialmente influyó el uso subsecuente del lenguaje durante nuestras conversaciones.

Analizando transversalmente estas experiencias diversas, resulta evidente que el uso de términos como “intersexualidad” o “DSD” (Disorders/Differences of Sex Development), entre otros conceptos empleados estratégicamente por las distintas categorías de personas entrevistadas, ha generado un espectro heterogéneo de respuestas, efectos y contraefectos discursivos. El lenguaje, como demuestra este análisis, no opera meramente como un medio neutral de comunicación interpersonal, sino que funciona fundamentalmente como un sofisticado dispositivo de poder (Foucault, 2007[1976]), influenciando decisivamente la construcción de subjetividades y participando activamente en la regulación biopolítica de cuerpos e identidades.

En este sentido, las categorías taxonómicas utilizadas para nombrar la intersexualidad distan radicalmente de ser neutras u objetivas; están estructuralmente atravesadas por complejas relaciones de poder institucional, disciplinario y social que determinan qué experiencias corporales son socialmente validadas y legitimadas, y cuáles permanecen sistemáticamente invisibilizadas, patologizadas o marginalizadas (Butler, 1993).

Así, más que una simple categoría descriptiva de análisis, el lenguaje se configura epistemológicamente como un objeto de estudio en sí mismo, evidenciando las disputas simbólicas y materiales en torno a la clasificación, el reconocimiento y la legitimidad de determinadas identidades y corporalidades. Las tensiones, conflictos y disputas discursivas observadas entre los distintos actores sociales durante la práctica etnográfica permiten revelar las relaciones de poder inscritas en los regímenes discursivos y la manera específica en que se controla, gestiona y regula este complejo hecho social. Como señala incisivamente Bourdieu (1991), el lenguaje constituye un poderoso instrumento de dominación simbólica que puede ser estratégicamente empleado para reforzar jerarquías establecidas o para desafiarlas subversivamente, dependiendo del contexto específico y de quienes detentan la autoridad legítima para definir sus términos y condiciones de uso.

En el caso particular de la intersexualidad, esta disputa lingüística trasciende ampliamente lo meramente terminológico, pues afecta directa y profundamente la autopercepción identitaria de quienes la experimentan corporalmente y las políticas públicas e institucionales que buscan regular su reconocimiento social y jurídico. La preferencia

sistemática por ciertos términos patologizantes, como DSD, en contextos biomédicos responde fundamentalmente a una lógica medicalizadora que patologiza y normativiza las variaciones naturales en el desarrollo sexual (Karkazis, 2008), mientras que la reivindicación política del término intersexualidad en espacios activistas —y no activistas— busca deliberadamente resignificar estas experiencias desde una perspectiva de derechos humanos, autodeterminación y autonomía corporal (Holmes, 2008).

Este análisis crítico de las disputas terminológicas nos permite comprender cómo el lenguaje opera simultáneamente como campo de batalla y como instrumento de resistencia en las luchas contemporáneas por la despatologización de la diversidad corporal, recordándonos que nombrar nunca es un acto neutral sino profundamente político (Butler, 2004). Como investigadora, mi propio uso del lenguaje en este trabajo constituye inevitablemente un posicionamiento ético-político en estas disputas, una toma de postura consciente que rechaza la pretendida neutralidad científica y reconoce la dimensión inevitablemente política de toda producción de conocimiento antropológico sobre cuerpos e identidades.

1.6 Consensos, coincidencias y concordias etnográficas

A pesar de haber relatado las complejidades del proceso etnográfico, es fundamental destacar los diversos puntos de convergencia y armonía que enriquecieron esta investigación. Mi doble posición como investigadora y activista generó espacios significativos de confianza con las personas entrevistadas, permitiendo un diálogo fructífero entre la academia y el activismo intersexual chileno.

Un primer consenso emergió a través del riguroso proceso de *feedback* mantenido con la Agrupación, que permitió identificar formas de resistencia cotidiana que trascienden el discurso político explícito: desde el humor y la ironía hasta narrativas corporales alternativas que desafían los discursos médicos hegemónicos. Este enfoque fue progresivamente valorado e incorporado por el activismo chileno, evidenciándose en la reestructuración organizativa de la Agrupación y en el desarrollo de investigaciones autogestionadas por las propias personas intersexuales al término de esta tesis.

Una segunda coincidencia significativa surgió al documentar cómo las experiencias intersexuales se entrelazan con otros ejes de desigualdad social (clase, racialización,

acceso a salud, entre otros), complejizando las formas en que se vive y resiste la intersexualidad. Esta dimensión interseccional, no contemplada inicialmente en los marcos conceptuales de la Agrupación, enriqueció sustancialmente su comprensión del fenómeno y sus estrategias políticas.

La etnografía también reveló una diversidad de experiencias intersexuales que no necesariamente se identificaban con el discurso queer predominante en ciertos sectores del activismo. Este hallazgo, compartido posteriormente con la Agrupación, generó una importante reflexión colectiva que culminó en la inclusión explícita de personas heterocis como participantes legítimos del activismo intersexual, ampliando significativamente su base social y perspectivas políticas. Esta apertura resultó especialmente valiosa, pues facilitó la aproximación de personas intersexuales que inicialmente se mantenían distantes del activismo por no reconocerse en sus lineamientos discursivos.

Finalmente, emergió un consenso transversal sobre la necesidad urgente de implementar políticas públicas que protejan efectivamente los derechos de las personas intersexuales. Mientras el activismo ha logrado visibilizar la intersexualidad en las agendas de derechos humanos, presionando por reformas legales y sanitarias, la investigación etnográfica ha contribuido a la producción de conocimientos situados, generando materiales educativos y documentando relatos que desafían los discursos patologizantes. Ambas esferas concuerdan en la importancia crucial de situar el devenir intersexual en el centro del debate público contemporáneo.

2. Del silencio a la palabra: Desafíos lingüísticos y éticos en la codificación etnográfica

2.1 Revelar “el secreto”: Algunas tensiones y contradicciones respecto a tratamiento de datos etnográficos

En los latidos intermitentes de esta etnografía, he percibido el zumbido de un cuerpo que contiene su respiración mientras decide cómo revelarse. Este proceso de conocer, sentir y escribir sobre el “secreto” de la intersexualidad ha constituido no solo el núcleo metodológico de mi investigación, sino también su mayor desafío ético.

La propuesta de Taussig (2010) sobre “la labor de lo negativo” y el “secreto público” ha iluminado mi camino etnográfico. Me he sumergido en la paradoja de un conocimiento que simultáneamente sostiene y desestabiliza las instituciones sociales. Los cuerpos intersexuales existen como ese secreto público que todos “saben que no deben saber”, un secreto que vertebra nuestra comprensión del género, la medicina y la normalidad. Cada entrevista, cada encuentro, me enfrentó a la pregunta que Taussig planteó: ¿revelar este secreto lo destruye o lo fortalece?

“Nadie quiere hacer visible su diagnóstico”, me confesó Lily explicando la escasa participación en la Agrupación. Este diagnóstico, como me recordó Coni durante el Encuentro Vivir la I, está constantemente reducido en el imaginario social a una cuestión de “genitalidad ambigua”, desembocando invariablemente en la intrusiva pregunta: “¿qué es lo que tienes entre las piernas?”. Esta reducción anatomista despoja a las personas intersexuales de la complejidad de sus experiencias vividas, convirtiéndolas en meros cuerpos a descifrar (Kessler, 1998).

Entre mis entrevistadas, he escuchado el anhelo recurrente de transformar sus cuerpos en “campos de batalla” contra un sistema binario que les ha modificado sin su consentimiento. Sin embargo, el abismo entre este deseo y su materialización es profundo. Quienes logran habitar ese espacio público lo hacen sostenidas por redes de apoyo o impulsadas por un activismo que brinda herramientas políticas inaccesibles para muchas personas intersexuales (Cabral, 2009). He sido testigo de cómo, en la soledad de la decisión, el peso asfixiante del “secreto” frecuentemente eclipsa la promesa liberadora de la visibilidad.

Mi metodología se vio constantemente reconstruida por estas tensiones. Algunas personas limitaron nuestras conversaciones al discurso activista cristalizado, ofreciéndome definiciones casi calcadas de referentes como Mauro Cabral (2005) o materiales de BrújulaIntersexual, como expuse en el Capítulo II. Otras, ajenas al activismo, trazaron fronteras precisas: “sin nombres”, “sin grabadora”, “sin cámara encendida”. Cada negación no era simplemente un obstáculo técnico, sino un acto político que me obligaba a repensar mi posición como investigadora.

Anonimizar no fue suficiente. Eliminé nombres, edades, regiones, datos biográficos reconocibles, pero seguía sintiendo el peso de dos tensiones fundamentales. Por un lado, la responsabilidad de escribir sobre experiencias profundamente íntimas, atravesadas por el silencio médico y familiar. Por otro, mi doble pertenencia a la Agrupación y a la

academia, que me situaba en una lealtad dividida, bajo una mirada evaluadora constante, lo que Scheper-Hughes (1995) denominaría el conflicto entre el “compromiso” y el “distanciamiento” etnográfico.

Esta tensión cristalizó durante mi participación en la elaboración de políticas públicas para una “Salud intersex para Chile”. Mientras contribuía desde la Agrupación, una voz interior me cuestionaba: ¿Estamos representando todas las experiencias? ¿Qué ocurre con aquellas voces que recogí bajo promesa de anonimato, aquellas que nunca pisarían un ministerio? ¿Están sus necesidades reflejadas en estos documentos que pretenden ser inclusivos?

Avanzaba en el terreno institucional mientras sentía que traicionaba algo esencial. La imagen que me devolvía el contacto con personas fuera del circuito activista evidenciaba que yo estaba escuchando solamente el secreto que se proclama en espacios públicos, el secreto colectivo, mientras otros secretos permanecían en la sombra. Me sentí suspendida entre múltiples lealtades, como una marioneta cuyos hilos tiraban en direcciones opuestas, experimentando lo que Turner (1988) describiría como una condición liminal.

Cada “revelación” que recibí —y cada “semi-revelación”, esos fragmentos que me pedían modificar— reconfiguraba mi comprensión del campo. Recordé a Pitt-Rivers (citado en Taussig, 2010, p.89): “cuando el saber se convierte en algo que podemos dar o que podemos negar nos damos cuenta de su verdadero valor (...) el cambista es el único que puede reconocer una moneda falsa”. En cada entrevista, mis informantes decidían qué mostrarme y qué ocultarme, conscientes del valor incalculable de su testimonio.

En esta danza de ocultamiento y revelación, he llegado a comprender que lo que aparece en esta tesis no es “el secreto” en su totalidad —una pretensión imposible y éticamente cuestionable— sino apenas “la cara de la moneda que se ha permitido exhibir”. Una cara que, sin embargo, constituye una historia legítima en sí misma, tejida con los hilos de confianza que mis informantes decidieron entregarme y que he intentado honrar en cada palabra escrita, asumiendo lo que Haraway (1988) llamaría la responsabilidad de producir “conocimientos situados”.

2.2 Información susceptible y producción científica

Varias incertidumbres teóricas y etnográficas se me abrían de estas confidencias ¿Emergen estas informaciones como una situación analítica que me ayudaban a comprender las dinámicas propias del campo? ¿Cómo explicar la atención y cuidado que tenían en la preservación de las informaciones? ¿Cómo explicar la angustia en la revelación del secreto contado por ellas y expuesto por mí? ¿Es una contradicción escribirlo y analizarlo? ¿Revelar el “secreto” o el modo en que lo hago, influencia en la definición y constitución de las intersexualidades? En definitiva: ¿cómo revelarlo sin exponerlas? Mi objetivo era comprender el motivo sociopolítico del Secreto, un Secreto alojado en los cuerpos, unos cuerpos que, a su vez, componían ese espacio sociopolítico, estuviesen adscritas al activismo o no.

Durante largo tiempo la cuestión de la confidencialidad me preocupó especialmente, después de haber enfrentado una situación de incesante exigencia del documento físico durante una conversación informal en un café con la académica y dirigente de la Agrupación IntersexIreland en medio de mi pasantía en dicho país³¹. Luego de este aprendizaje, decidí tener siempre conmigo el Informado y el de Confidencialidad, con el objetivo de salvaguardar la protección de datos personales en entendimiento de lo sensible de la información transmitida en cualquier situación, sumado a la rigurosidad con la que me había propuesto abordar los posibles dilemas éticos.

No obstante, no bastó con contar con el documento físico, ya que debí elaborar distintas estrategias como argumento a la realización de etnografía digital (comunidad virtual, COVID-19 y distancias geográficas), lo cual trajo consigo el desafío de buscar nuevas formas más idóneas para la obtención del consentimiento informado que, en algunos casos, fue enviado en formato digital a través de correo electrónico y, en otros, he procedido a enunciarlo por medio de la oralidad. Este último, ha sido utilizado mayormente para la realización de observación participante en instancias internas y externas bajo la representación de la Agrupación. Durante las diversas reuniones exponía mi situación de investigadora, el objetivo de mi tesis y mi rol de aliada, sumado a que en cada una de las reuniones solicitamos el consentimiento oral de grabación al inicio de esta. Todo esto ha remarcado la necesidad de mantener en ejercicio lo que estipula el

³¹ Pasantía informal desarrollada en Dublín.

Código de Buenas Prácticas (2020, p.9) y otros repositorios institucionales respecto al Consentimiento Informado y Confidencialidad, pero también ha evidenciado las lagunas que se gestan en la práctica que no se ajustan a todas las realidades de la investigación cualitativa (Denzin & Giardina 2008).

En el caso de las entrevistas presenciales o virtuales realizadas fuera de la Agrupación, estas también cuentan con la información necesaria sobre la investigación y el consentimiento escrito/digital u oral directo a la investigadora, dependiendo de la preferencia de la persona agente clave, lo que preguntaba al iniciar la interacción.

Por su parte, y en consideración con la “Etnografía emocional” (Esteban, 2004) utilizada en esta investigación, he velado por conservar esta “perspectiva ética”, a la que refiere Hammersley y Atkinson (1994): “Es importante mantener una perspectiva ética sobre todo el Proyecto y ser un profesional reflexivo cuando se trata de trabajar tan de cerca con otra persona que ha dado un regalo, una confianza tal, como una historia de vida”[Traducción por la autora] (p.39), por lo que he respetado la confidencialidad de la información recogida. Esto se traduce en que todas las personas que aparecen en esta investigación lo hacen bajo seudónimos, tal como recomienda la Comisión de Ética y Experimentación Humana y Animal (CEEHA – UAB), salvo en casos en los que se ha explicitado la conveniencia del uso del nombre por razones activistas y de visibilidad (Anexo 3 y 4).

Sin embargo, en el análisis de los datos me he enfrentado al dilema de que utilizar un seudónimo no siempre es suficiente para evitar delatar la identidad de algunas de las personas agentes claves, esto debido a que los espacios en los cuales participan tienden a ser muy reducidos e íntimos, por lo que alguna información específica o determinadas confidencias podrían delatarlas frente al resto. Frente a esta situación, he optado por cruzar la información y modificar el contexto, de tal manera que no se pueda desvelar la identidad, pero que tampoco se perdiera solidez ni veracidad. La interpretación es la misma y el relato no pierde potencial explicativo ni emotivo.

Por la susceptibilidad de los datos recogidos, y de acuerdo con el tratamiento de los datos (preservar y compartir información recogida), he decidido gestionar los datos encriptados en plataformas de almacenamiento digitales confiables, como Outlook, bajo el exclusivo uso de la investigadora. A la vez, he seguido con el modelo de “Guia per elaborar un pla de gestió de dades per a doctorands” del Consorci de Serveis Universitat de Catalunya.

2.3 Riesgos de re-victimizar al sujeto y de la interpretación de las emociones implicadas

Otra dificultad encarnada durante la recogida de información con estas agentes claves ha sido la emocionalidad traducida muchas veces en llanto a lo largo de las entrevistas o conversaciones informales. Esto, debido a lo sensible y susceptible que son las vivencias, las cuales, muchas veces, me he sentido incapacitada de manejar o, inclusive, responsable de desenmarañar.

Las diversas expresiones de dolor, culpa e incomodidad que me transmiten durante las entrevistas, tanto las madres como personas intersexuales, ha significado una posibilidad de que la instancia de traspaso de información se geste como un espacio propicio para reiterar el trauma.

Sumado a este riesgo, la complejidad de interpretar correctamente dichas emociones me mantuvo alerta y ansiosa ante la posibilidad de tomar posiciones erróneas o extremas, tales como la indiferencia ante la emoción o una actitud maternalista ante las mismas. Esto significó estar alerta a todas las dimensiones que involucran expresar “una emoción” —tanto de ellas, como mías—, pero también, entender qué tan “útil” era inmiscuirme en este campo del saber, en el contexto de mi investigación.

Partí analizando de que no siempre estuve presente físicamente en las entrevistas, pero que mi trabajo de campo se desarrolló en un contexto más amplio, donde se reiteraban estos comportamientos. En este contexto, compuesto por relaciones, emociones y conversaciones, fui moldeando mi sensibilidad y percepción de la realidad tanto dentro como fuera de la investigación. Esteban aborda este enfoque al describir sus entrevistas sobre el amor desde una perspectiva que va más allá de lo académico, aludiendo a “una tormenta de búsquedas, sensaciones... y observaciones en sitios variopintos” (2011, p.28).

Me atrajo esta ampliación del enfoque, porque permite explorar el “sentir-pensar” y el “co-razonar” (Fernández, 2021), conceptos que reflejan una sensibilidad etnográfica tanto personal como compartida. Esta sensibilidad se forma en diálogo con otros, lo cual es útil para entender el trabajo de campo como “matrices de resonancias”, espacios físicos que resuenan con el entorno y nos ayudan a interpretar las experiencias de los agentes.

Un desafío al trabajar con resonancias en la etnografía y el tratamiento de esos datos recogidos es evitar ver lo que sentimos como algo aislado de las interacciones con los

informantes. Enrico Mora utiliza la “percepción flotante situacional” y la contratransferencia para identificar estas resonancias dentro de un estudio, señalando que “el impacto de lo sentido es clave para entender y construir nuevos niveles de análisis de la realidad social” (Mora en Fernández-Garrido & Alegre-Agís, 2019, p.99).

Esta propuesta me permitió la observación de mis reacciones internas, como las respuestas ante posturas homofóbicas, sexistas, patologizantes o heteronormativas que me causaban malestar, así como el análisis de su significado. Aunque no utilicé el “emo-diario-de-campo-situacional” que Mora sugiere (2019, p.97), reflejé mis impresiones emocionales en mis notas de campo, como mencioné en el Capítulo III.

Además, algunas de mis auto-observaciones se trataron en sesiones terapéuticas, lo que me ayudó a distinguir entre lo útil para la investigación y lo personal. Este uso de herramientas de auto-observación y autoanálisis—entendido como la observación de uno mismo en relación con otros—implica un cambio en cómo tratamos el cuerpo y la atención corporal, algo valioso para las epistemologías feministas.

Por un lado, estaba comprendiendo la “utilidad” metodológica, pero también personal de este uso de herramientas de auto-observación y autoanálisis. Situar mis emociones en esta “contratransferencia”³² con las personas agentes implica un cambio en cómo tratamos el cuerpo y la atención corporal, algo valioso para las epistemologías feministas. Pero, por el otro, sentía que yo podía expresar y reflexionar mis propias emociones en el marco de mi cuerpo vivido bajo el análisis de mis experiencias, pero ¿cómo interpretar las de un otro? ¿era capaz de interpretar algo fuera de mi propio marco de interpretación sin una especie de proyección?

Inicialmente, ni siquiera podía conceptualizar dichas emociones, ya que las entendía como un hecho meramente fisiológico y de clasificaciones universales, tal como lo exponía Ekman (1980a y 1980b). Decidí recurrir a referencias provenientes de la “antropología de las emociones” buscando algunas luces.

La antropología de las emociones se desarrolló para reincorporar las emociones y sentimientos en la teoría cultural, considerándolos significados culturales socialmente producidos. Este campo dismanteló dicotomías tradicionales sobre la naturaleza de las emociones, como social versus natural o biológico versus cultural. Los estudios

³² Según Mora (en Fernández-Garrido & Alegre-Agís, 2019), citando a Echegoyen (2014), la contratransferencia remite a la respuesta emocional de la analista a los estímulos que provienen de la persona en análisis.

destacaron la complejidad de las emociones, señalando que incluyen sensaciones corporales, significados culturales, sentimientos subjetivos e interpretaciones culturales, abarcando tanto el cuerpo como la mente (Geertz, 2000[1973]; Leavitt, 1996).

Considerando este marco de estudio, puse atención a la emoción expresada verbalmente, pero también a través del cuerpo, expresada físicamente, por lo que la presencialidad sumó en variadas ocasiones, ya que las expresiones corporales en presencialidad me permitían reforzar, contradecir, ampliar o expresar lo que no puede decirse con palabras. Según Freire (2011), los gestos emocionales no son simples adornos retóricos; son formas de comunicación que trascienden las palabras.

En palabras de Surrallés (1998), “las emociones son elementos fundamentales en las relaciones interpersonales que se emplean para caracterizar, justificar y persuadir a1 otro: las emociones son, en consecuencia, sociales y culturales; no naturales. Hablar de emociones es hablar de la sociedad y, particularmente, de poder y de política” (p.295). De esta forma, intentar comprenderlas involucra un análisis compuesto por las emociones y del contexto social y sistema moral de una cultura. Performativas, las emociones emanan de la sociedad al mismo tiempo que la forjan. Lo que me permitió dirigir la mirada sobre los dispositivos sociales de configuración que están inscritos en el contexto sociocultural chileno (Capítulo V).

Este desafío metodológico fue considerable, y debo admitir con honestidad, que nunca logré encontrar un espacio en el que, como antropóloga, interpretase ciertas emociones desde mi propia perspectiva emocional (Geertz, 2000[1973]), lo que complicó constantemente el proceso investigativo. Por lo tanto, consideré que la única vía posible era sopesar la experiencia emocional personal como una fuente de conocimiento, donde la propia conmoción se convirtió en un componente esencial del trabajo antropológico. Llegué a la conclusión de que la implicación emocional no es un aspecto secundario del análisis, sino una de las muchas relaciones que configuran el campo. La conmoción es un resultado esperado del encuentro etnográfico, lo que intenté reflejar en los resultados presentados en el Capítulo VI, porque, tomando algunas de las conclusiones de Mora (2019), que me sirvieron para concluir mi propio proceso “El proceso de investigación no solo implica poner en discusión y contraste los elementos teóricos y los empíricos que vamos recabando en nuestro estudio, sino también su triangulación con las emociones que sentimos mientras investigamos respecto al objeto de estudio” (pp.100).

2.4 Hablar, escribir y codificar: ¿Salir del binario?

Como ya mencioné en los párrafos precedentes, ser bio-mujer, bisexual y cisgénero me ha llevado a abordar las asimetrías y dinámicas de poder de la investigadora. Esta autocrítica es necesaria, pero destaca un problema: pensar en la propia posición de poder de la investigadora nos lleva a seguir viéndola en una posición hegemónica, en una relación opositiva no dinámica con el sujeto de la investigación. En estos casos ¿es siempre la investigadora un sujeto hegemónico?

Hasta ahora, las innovaciones metodológicas han adoptado una postura “políticamente correcta”, revelando el falso objetivismo y la “objetificación” de los sujetos de investigación, buscando entender jerarquías de opresión (Brah, 1992). Esta postura complica los análisis al compartimentar las formas de opresión y no permite crear estrategias basadas en cómo se interconectan y articulan los vectores de clase social, edad, género, entre otras, a partir de sus relaciones dialécticas en el campo (Brah, 1992; Hill Collins, 1990).

Muchas ambivalencias me asaltaron desde el comienzo, la primera de ella tiene que ver con el uso del lenguaje durante las entrevistas o conversaciones informales como expuse previamente, pero, se potenció en el momento de la escritura.

Desde la observación y análisis del uso de terminologías y representaciones visuales patologizantes en la bibliografía científica (Capítulo I), que describen a los cuerpos intersexuales como 'ambigüedad', 'anomalía' o 'malformación', autores intersexuales y personas aliadas reflexionan sobre el efecto patologizante del lenguaje y las posibilidades de su resignificación subversiva (Cabral 2009, 2010; Cabral & Benzur 2005; Holmes 2008, 2009; Namaste 2000; Stryker 2006[1994], 2008).

No obstante, si bien este lenguaje ha sido cuestionado por el activismo de acuerdo con lo que enuncian como lenguaje patologizante, este es utilizado en algunos casos y no de forma subversiva, por las propias personas intersexuales y sus familias. Mauro Cabral señala la dificultad de romper con “el mismo vocabulario que nos ha dado existencia” (Cabral 2010, s.p.), observando rastros de un lenguaje medicalizado incluso en los discursos por la despatologización intersexual.

Ante esta situación, he recurrido primero a escuchar y desde ahí decidir qué lenguaje utilizar y cómo llegar a la experiencia. Por ejemplo, en el caso de comunicarme con personas intersexuales activistas, la experiencia intersexual está dada por una vivencia específica, que

es la que narran como aquella violencia emanada desde lo biomédico. En el caso de otras personas intersexuales quienes entienden su experiencia atravesada por una enfermedad o condición, aludo a dicha experiencia utilizando el lenguaje que ellas mismas utilizan para percibirse intersexuales. De esta forma, en algunos casos encontraremos a una persona que se identifica intersexual a secas y, en otros, por ejemplo, una mujer que enuncia “vivir” con Síndrome de insensibilidad a los Andrógenos (SIA)³³.

Para evitar estos posibles errores, he decidido iniciar las entrevistas con una pregunta general y libre:

Como sabes, estoy estudiando las intersexualidades en Chile. Vamos a iniciar con algunos datos personales, en el caso de que me quieras compartir alguno de estos, por ejemplo: nombre, edad, lugar de residencia, sexo, identidad de género, etcétera, y, que me cuentes lo que quieras y sientas respecto a experiencias ligadas a esta vivencia (Introducción de la entrevista).

Para poder sistematizar los datos recurrí a esta distribución, a modo general, de la información recabada. Donde, con mayor o menor dificultad, se enunció el diagnóstico médico de la persona entrevistada. En otros casos, muy pocos, no fue necesario que me lo dijiesen, ya que por las narrativas era posible evidenciar el diagnóstico atravesado por dicho cuerpo. Recoger las distintas posiciones de estas narrativas que llegaban al mismo punto, me reveló que la medicalización se ha internalizado, y la resistencia a este vocabulario, que ha definido la intersexualidad, y que le ha dado la posibilidad de “existir”, evidencia una imposibilidad de nombrarla sin invocar la patología (Cabral 2010, s.p.), como exprese en el Capítulo I.

Otra de las delicadas elecciones tomadas a la hora de redactar los resultados de este trabajo se relaciona con la escritura del género gramatical. En 2009, Cabral proponía en su libro *Interdicciones: Escrituras de la intersexualidad en castellano*, la utilización política del asterisco, evitando así la dicotomía en la escritura del género gramatical:

Podríamos escribir siempre los/as

Podríamos escribir las y los

Podríamos escribir las, los y les.

³³ Es necesario aclarar los términos empleados en esta investigación. Utilizo 'intersexualidades' como concepto paraguas para referirme a la diversidad de experiencias corporales que varían respecto a los estándares médicos binarios (hombre/mujer). Por otra parte, reservo el uso de 'Desórdenes del Desarrollo Sexual' (DSD) o 'Variaciones de las Características Sexuales' (VCS) para contextos específicos donde estos términos son empleados por los propios actores, principalmente en el ámbito médico o institucional.

Podríamos usar una arroba.

Podríamos usar una x.

Pero no. Usamos un asterisco.

¿Por qué un asterisco?

Porque no multiplica la lengua por uno.

Porque no divide la lengua en dos.

Porque no divide la lengua en tres.

Porque, a diferencia de la arroba, no terminará siendo la conjunción de una “a” y una “o”.

Porque, a diferencia de la “x”, no será leído como tachadura,

como anulación,

como intersex.

Porque no se pronuncia.

Porque hace saltar la frase fuera del renglón.

Porque es una tela de araña, un agujero, una estrella.

Porque nos gusta. ¡Faltaba más!

Ahora bien,

El asterisco

No aparece siempre y en todas partes.

No se usa para todo, ni tod*s lo usan.

En este libro, la gente escribe como quiere y puede.

El asterisco no se impone.

De todas las cosas,

Esa.

Esa es la que más nos gusta.

(Cabral, 2009, p.14)

Aunque la propuesta es interesante y pertinente, he decidido no usar el asterisco en esta investigación, para así evitar la presunción de que la construcción de género de las personas intersexuales entrevistadas como atípica, no dicotómica o no binaria, lo que podría contribuir a la transversalización de estereotipos falsos. He intentado evitar el género gramatical cuando es posible, en otros casos, me focalizo en utilizar únicamente el femenino aludiendo al adjetivo de “persona”, y en otros casos, he usado la barra con masculino y femenino, alternando el orden para criticar la construcción sexista del lenguaje. En el menor de los casos, he recurrido al genérico masculino, salvo en aquellos casos donde era

representativo, como en el caso de los médicos, donde solo conté con la participación de una profesional.

Respecto al uso de “intersexualidades” versus “Desordenes del Desarrollo Sexual o Variaciones” (DSD) o de Variación de las Características Sexuales”, he utilizado mayoritariamente el concepto “intersexual” para referirme a las personas e “intersexualidades” para referirme a las vivencias. Esto, consciente de que esta terminología surge del ámbito biomédico y que ha sido reapropiado por el activismo mundial como una reivindicación de la diversidad corporal, pero, al mismo tiempo, he evidenciado que las personas no activistas reconocen su “intersexualidad”, aunque, en algunos casos, no se identifiquen como “intersexuales”. El uso del DSD ha sido mayormente utilizado en el caso de intercambios con profesionales médicos o *mapadres*, y el VCS, solo en espacios activistas y gubernamentales.

La escritura académica sobre intersexualidades no es meramente descriptiva sino inherentemente política. Cada decisión sobre cómo nombrar, clasificar o teorizar los cuerpos intersexuales contribuye a legitimar ciertas realidades y oscurecer otras. Como señala Clare (2013), los textos académicos no solo reflejan realidades preexistentes, sino que participan activamente en su constitución al proporcionar marcos interpretativos que posteriormente son apropiados, rechazados o transformados por diversos actores sociales. En este sentido, esta tesis doctoral es simultáneamente un producto académico y una intervención política que dialoga con —y potencialmente influye en— los debates sobre derechos intersexuales en Chile. Reconocer esta dimensión política de la escritura académica implica asumir la responsabilidad por sus efectos potenciales, sin que esto signifique abandonar el rigor analítico. Por el contrario, exige un mayor compromiso con la precisión conceptual, la transparencia metodológica y la honestidad sobre las limitaciones y sesgos de la investigación.

3. Cierre del capítulo

Para concluir este capítulo de reflexiones etnográficas, es necesario problematizar radicalmente la propia empresa etnográfica en el contexto de poblaciones históricamente patologizadas y marginalizadas.

Las tensiones, contradicciones y negociaciones descritas no son meramente datos etnográficos, sino síntomas de las profundas asimetrías de poder que subyacen a la producción de conocimiento académico sobre cuerpos y experiencias intersexuales. La oscilación entre visibilidad e invisibilidad, entre secreto y revelación, entre discursos activistas y narrativas personales, revela no solo la complejidad del campo social estudiado, sino también los límites inherentes a la mirada antropológica como dispositivo de conocimiento/poder.

La posición que he ocupado como investigadora-activista, lejos de representar una solución metodológica, constituye en sí misma un espacio de contradicciones irresolubles que cuestionan los fundamentos epistemológicos de la disciplina antropológica. Este análisis crítico nos obliga a confrontar varias problemáticas:

Primero, la ilusión de la flexibilidad metodológica como respuesta a la complejidad del campo. Si bien he abogado por métodos adaptables a las condiciones cambiantes, debemos reconocer que incluso las metodologías más “flexibles” continúan operando dentro de marcos académicos que privilegian ciertos tipos de conocimiento y modos de producirlo. La flexibilidad metodológica, por tanto, no resuelve —y a veces enmascara— las relaciones de poder que estructuran el encuentro etnográfico. ¿Hasta qué punto nuestros métodos, por más adaptables que sean, pueden superar la violencia epistémica inherente a la categorización y análisis de vidas ya sometidas a excesivo escrutinio médico y social?

Segundo, la persistencia de la objetividad como fantasma disciplinario. Aunque explícitamente rechazamos la falsa dicotomía entre objetividad científica y compromiso político, nuestras prácticas académicas —desde los protocolos de investigación hasta los formatos de publicación— continúan reproduciendo implícitamente jerarquías de legitimidad que privilegian la distancia y la neutralidad. Explicitar posicionamientos no es suficiente si no cuestionamos simultáneamente los mecanismos institucionales que reproducen estas jerarquías epistemológicas. La antropología crítica debe ir más allá de

la mera declaración de posicionalidad para interrogar las condiciones materiales e institucionales que hacen posible —o imposible— ciertos tipos de conocimiento.

Tercero, la persistente colonialidad del saber antropológico. Las aproximaciones etnográficas que aspiran a crear condiciones “dialógicas” para la articulación de diferentes saberes se enfrentan a obstáculos estructurales que trascienden las intenciones individuales. El proyecto de una etnografía verdaderamente dialógica choca con realidades institucionales donde la legitimación académica continúa requiriendo la transformación de saberes experienciales en “datos” que puedan ser procesados según lógicas disciplinarias. ¿Es posible una etnografía que no subsuma las experiencias intersexuales bajo categorías analíticas predeterminadas, cuando estas categorías son precisamente las que legitiman la investigación ante la academia?

El desafío para futuras investigaciones no puede limitarse a refinar técnicas o cultivar sensibilidades éticas sin confrontar las contradicciones fundamentales de la empresa etnográfica en contextos de desigualdad estructural. La pregunta no es simplemente cómo desarrollar mejores métodos para estudiar las experiencias intersexuales, sino si y bajo qué condiciones la investigación académica sobre estas experiencias puede evitar reproducir las mismas lógicas de objetivación y patologización que históricamente han violentado estos cuerpos.

Encuentro en Geertz (2004[1988]) una referencia ineludible pero insuficiente. Su obra *El antropólogo como autor* ilumina la dimensión literaria y constructiva de la escritura etnográfica, pero no llega a cuestionar radicalmente las relaciones de poder que hacen posible que ciertas personas se conviertan en “autores” de las experiencias de otras. La reflexividad geertziana, aunque valiosa, puede convertirse en un mecanismo de legitimación que, paradójicamente, refuerza la autoridad etnográfica al exhibir sus propias limitaciones. El acto de “estar allí” no solo no garantiza autenticidad, sino que puede reproducir lógicas extractivistas cuando no está acompañado de una redistribución efectiva del poder de representación.

Habiendo “estado allí” y habiendo expuesto críticamente los conflictos y contradicciones de ese *estar*, los capítulos siguientes desarrollan una etnografía institucional y una etnografía de las experiencias intersexuales que no pretende resolver estas tensiones, sino mantenerlas visibles como parte constitutiva del análisis. Esta aproximación no busca una imposible reconciliación entre las lógicas académicas, activistas y experienciales, sino

que mantiene estas fricciones como espacios productivos desde donde cuestionar los límites y posibilidades de un conocimiento antropológico que aspire a ser no solo crítico sino también transformador. La validez de este análisis no reside en su capacidad de superar estas contradicciones, sino en su compromiso con hacerlas explícitas como condiciones ineludibles de la producción de conocimiento en contextos atravesados por múltiples formas de violencia epistémica y material.

TERCERA PARTE

**TRATAMIENTO SOCIOMÉDICO DE LAS
INTERSEXUALIDADES EN CHILE**

¿Dónde y qué se dice allí?: Intersexualidad(es) en Chile

La etnografía institucional comienza en la experiencia de las personas y analiza cómo esta experiencia es organizada a través de procesos textuales e institucionales que extienden las relaciones de dominación.

(Smith, 2005, p.36)

1. Configuración de “la intersexualidad” en el contexto chileno: Abordajes, paradigmas y dispositivos que definen la(s) experiencia(s)

Como mencioné en los capítulos anteriores, mi participación como voluntaria y aliada de una agrupación intersexual en Chile me permitió observar diversas instancias políticas en las que se discutía la cuestión intersexual. En este contexto, consideré fundamental abordar el tratamiento sociomédico de las personas intersexuales en Chile, situando la investigación en su marco sociocultural específico y analizando los discursos que configuran estas experiencias.

Para ello, recurrí a la etnografía institucional como metodología de investigación, entendida como un enfoque que permite examinar cómo las instituciones organizan la vida cotidiana de los sujetos (Smith, 2005). Esta perspectiva considera no solo las estructuras formales, sino también las prácticas, interacciones y discursos que atraviesan a los individuos en su relación con el Estado y el sistema médico. Es decir, explorar los dispositivos sociomédicos que regulan la intersexualidad implica analizar cómo estas instituciones producen y reproducen categorías de clasificación que impactan directamente en las subjetividades intersexuales.

Reflexionar sobre la conformación de subjetividades en contextos hegemónicos implica analizar tanto los aspectos ideológicos como materiales del poder. Desde una perspectiva que combina coerción y consenso, este enfoque permite pensar la formación del Estado como un proceso relacional y en constante disputa.

Asimismo, los aportes de Cris Shore (2010, 2012) resultan clave para esta etnografía. Shore estudia las políticas públicas como formas de gubernamentalidad e instrumentos

de poder que configuran categorías de subjetividad y definen los márgenes de acción de los sujetos. Desde esta perspectiva, el estudio antropológico de las políticas estatales no solo debe considerar las regulaciones impuestas, sino también la manera en que estas son interpretadas y resignificadas por quienes las viven en su cotidianidad (pp.33).

En este sentido, sostengo que las relaciones de poder pueden analizarse en dos niveles: por un lado, en las disputas dentro de campos de fuerza determinados por relaciones hegemónicas; por otro, en el control social sobre los cuerpos y poblaciones, especialmente a través de las ciencias médicas (Foucault 2007[1976]). De esta forma, consideré central analizar las políticas públicas en salud, ya que estas establecen clasificaciones y regulaciones sobre los procesos de salud-enfermedad y la atención médica en un marco de poder en constante negociación.

He optado por articular los avances teóricos con los hallazgos derivados del trabajo de campo. A continuación, propongo una exploración histórica y etnográfica de las categorías sociales y políticas empleadas para definir a las personas intersexuales, con el fin de responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las propiedades discursivas de los dispositivos médicos, legales y activistas? ¿De qué manera estas propiedades condicionan las experiencias intersexuales? (Casanova 2023b, 2025).³⁴

1.1 Aproximación histórico-crítica a la construcción del discurso sociomédico en Chile

La intersexualidad, como categoría médica y social, ha sido objeto de múltiples conceptualizaciones a lo largo de la historia, generando un corpus bibliográfico diverso y fragmentado. Si bien en el Capítulo I abordé la evolución histórica de esta categoría en el contexto occidental, el presente apartado se centra específicamente en analizar cómo se ha construido, interpretado y gestionado la intersexualidad en el contexto chileno, examinando críticamente la evolución de los marcos epistemológicos que han condicionado tanto las prácticas médicas como las experiencias subjetivas de las personas intersexuales.

³⁴ Este capítulo contiene información que ha sido publicada en los artículos señalados.

En el ámbito hispanohablante, la figura de Gregorio Marañón emerge como referente primordial en la conceptualización de la intersexualidad durante la década de 1920. Sus postulados, fundamentados en teorías sobre secreciones internas y diferenciación sexual, establecieron un paradigma determinista que vinculaba inexorablemente las diferencias biológicas con los roles sociales atribuidos a hombres y mujeres (Bolea, 2013).

La penetración del discurso marañoniano en Chile se evidencia tempranamente en los trabajos del endocrinólogo Puelma, quien en “Nociones recientes de endocrinología sexual” (1924) adopta una perspectiva marcadamente patologizante, proponiendo la castración como intervención correctiva para casos de “genitalidad ambigua”. Este enfoque refleja la temprana instauración de un régimen biopolítico sobre los cuerpos intersexuales en el contexto nacional, donde la medicina asume la potestad de intervenir para “normalizar” aquello que transgrede las fronteras del dimorfismo sexual hegemónico.

La consolidación del paradigma patologizante se refuerza en 1929, cuando Marañón publica en la Revista Médica de Chile su controvertido artículo “La homosexualidad como estado intersexual”. En este texto, establece una problemática equiparación entre intersexualidad y homosexualidad, afirmando que “en la actualidad no puede negarse que la homosexualidad es un fenómeno condicionado por la bisexualidad del organismo en que se presenta: un verdadero estado intersexual” (p.416). Esta asociación discursiva no solo patologiza simultáneamente ambas condiciones, sino que legitima intervenciones corporales extremas, como la sustitución testicular, bajo un supuesto marco terapéutico.

El desarrollo de la endocrinología chilena durante este período estuvo marcado por la influencia directa de estos postulados. Investigadores como Aliaga y Lipschutz contribuyeron a consolidar, aunque con matices diferenciados, este paradigma patologizante. Resulta particularmente significativo el trabajo de Lipschutz en “La intersexualidad en el cuy” (1929), donde su hipótesis sobre la anormalidad del tejido periférico como origen de la intersexualidad desafió parcialmente el determinismo gonadal predominante. Este desplazamiento epistemológico, aunque sutil, representa uno de los primeros cuestionamientos al reduccionismo biologicista imperante, anticipando debates contemporáneos sobre la complejidad multifactorial del desarrollo sexual.

No obstante, la publicación en 1936 de “La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales” de Marañón marca un punto de inflexión que refuerza la hegemonía del paradigma patologizante en Chile. En este texto, la intersexualidad queda definitivamente

enmarcada como una condición anómala, caracterizada por la coexistencia de “estigmas físicos o funcionales de los dos sexos” en un mismo individuo (p.14). Particularmente reveladora resulta la ambivalencia conceptual que atraviesa la obra: mientras Marañón intenta normalizar la intersexualidad al presentarla como un “mal de la especie, no un mal del individuo” (p.239), simultáneamente la califica de “monstruosidad” en seres humanos (p.86), estableciendo así una jerarquización especista que naturaliza la diversidad corporal en especies “inferiores” mientras la patologiza en humanos.

La transición desde el marco teórico patologizante hacia la intervención corporal concreta se cristaliza en 1944, cuando Marañón publica en la Revista Médica de Chile “Sobre la intersexualidad química y sus aspectos clínicos terapéuticos”. Este trabajo representa un punto crítico en la genealogía del tratamiento sociomédico de la intersexualidad en Chile, pues no solo refuerza la concepción gonadocéntrica de la diferenciación sexual, sino que además legitima la hormonización como mecanismo de normalización corporal.

El caso presentado por Marañón de una adolescente cuya amenorrea primaria justificó su clasificación como “fenotípicamente masculina” y su consecuente tratamiento hormonal ilustra paradigmáticamente la imbricación entre intervención médica y reproducción de normas de género. Resulta revelador que el éxito del tratamiento se midiera no solo en términos fisiológicos (regularización del ciclo menstrual), sino fundamentalmente en la adecuación comportamental a los roles de género hegemónicos: “evoluciona claramente hacia la feminidad; se hace mucho más sensible y afectuosa, pierde su energía y se hace tímida ante el público” (1944, p.11).

Este enfoque clínico puede interpretarse, siguiendo a Emily Martin (1991), como un mecanismo donde la intervención médica opera simultáneamente en dos niveles: el corporal y el sociocultural. Martin sostiene que tales prácticas no se limitan a modificar la materialidad biológica, sino que simultáneamente refuerzan y reproducen estructuras normativas de género, mediante la deliberada alineación entre características morfológicas y comportamientos socialmente prescritos según el dimorfismo sexual.

La evolución del discurso sociomédico sobre intersexualidad en Chile refleja la constante tensión entre determinismo biológico y construcción social de la identidad sexual. El estudio publicado en 1949 por Téllez, Araya y Yáñez, “Relación de un caso clínico de pseudohermafroditismo masculino externo”, evidencia esta tensión al señalar la problemática derivada de la asignación sexual basada en características genitales externas: “frecuentemente son clasificados como niñas por sus características sexuales

externas. Educados como tales, su psicología es corrientemente femenina; aunque algunos de ellos revelan, a partir de la pubertad, instintos, gustos y aptitudes de su verdadero sexo” (1949, p.450).

Este planteamiento resulta particularmente significativo pues, aunque reconoce la influencia de la socialización en la configuración de la identidad (“su psicología es corrientemente femenina”), simultáneamente apela a un esencialismo biologicista al referirse a “instintos, gustos y aptitudes de su verdadero sexo”. Esta contradicción discursiva refleja la compleja dialéctica entre naturaleza y cultura que ha caracterizado históricamente el abordaje de la intersexualidad, y que persistiría durante las décadas siguientes.

Durante la década de 1960, la conceptualización de la intersexualidad en Chile continúa firmemente anclada en un marco normalizador, pero con un énfasis creciente en su dimensión sociopolítica. Los planteamientos del doctor Cádiz resultan paradigmáticos al vincular explícitamente la normalización corporal con la reproducción del orden social y económico. Su definición de masculinidad como predisposición “para el trabajo físico productor y creador que le permitirá acumular riqueza y bienestar para él, su hembra y su cría” (Cádiz, 1958, p.82) revela la instrumentalización del discurso médico al servicio de la reproducción de un orden heteropatriarcal y capitalista. Su contundente afirmación de que “en la especie humana, el hermafroditismo es una monstruosidad que debe ser erradicada” (p.104) evidencia cómo la patologización de la intersexualidad trasciende lo puramente médico para constituirse en un dispositivo de control biopolítico orientado a preservar estructuras sociales hegemónicas.

Un hallazgo particularmente significativo en esta genealogía corresponde a las publicaciones del doctor Atria, referente contemporáneo que atendió a personas entrevistadas durante el trabajo de campo. Sus planteamientos representan un sutil pero importante desplazamiento epistemológico al cuestionar el determinismo cromosómico en favor de criterios fenotípicos y sociales: “el sexo cromosómico no puede ser la condición que decida sobre el sexo social. Debe mantenerse el sexo aparentemente en su condición inicial prescindiendo del tipo de la gónada” (1963, p.591).

Esta transición hacia la primacía del “cuerpo visible” y el “sexo social” sobre el determinismo cromosómico o gonadal anticipa los postulados que posteriormente desarrollaría John Money, quien ejercería una influencia decisiva en el abordaje de la intersexualidad a nivel global. La adopción de este enfoque en el contexto chileno marca

el inicio de un paradigma que, si bien continúa patologizando la intersexualidad, desplaza el foco de intervención desde la “corrección” de una biología considerada anómala hacia la “adecuación” de los cuerpos a identidades socialmente asignadas.

Para la década de 1970, las publicaciones médicas chilenas consolidan este giro epistemológico, enfatizando cada vez más la importancia del factor psicosocial en el abordaje de la intersexualidad: “Si se considera que, junto al sexo cromosómico, al gonadal, y al genital, existe un sexo legal y psíquico, este último adquiere una importancia fundamental para un paciente” (Michaud *et al.* 1972, p.668). Esta conceptualización reflejaba la creciente influencia de las teorías de Money sobre la maleabilidad de la identidad de género y la preponderancia de la crianza sobre las disposiciones congénitas, paradigma que orientaría la intervención médica hacia la adecuación corporal al género asignado socialmente³⁵.

Un aspecto particularmente revelador en este recorrido histórico es el modo en que la intersexualidad ha sido discursivamente vinculada con otras categorías diagnósticas relacionadas con el género y la sexualidad. Si durante las primeras décadas del siglo XX se estableció una directa asociación entre intersexualidad y homosexualidad, resulta significativa la ausencia de referencias a la transexualidad como diagnóstico yuxtapuesto en las publicaciones médicas chilenas hasta bien entrado el siglo. Esta ausencia puede comprenderse, como señala Fausto-Sterling (2006[2000]), porque “el transexual no emergió plenamente como un tipo especial de persona hasta mediados del siglo XX” (p. 134).

En el contexto chileno, la emergencia de la categoría diagnóstica de transexualidad se materializa significativamente durante la década de 1970, con el emblemático caso de Marcia Alejandra, considerada la “primera” transexual del país, quien accedió a una cirugía de reasignación sexual durante el gobierno de Salvador Allende. Este caso resulta paradigmático para comprender las complejas intersecciones entre las categorías de intersexualidad y transexualidad en el discurso médico chileno.

Paradójicamente, aunque socialmente reconocida como mujer trans, Marcia Alejandra fue médicamente categorizada como un caso de “pseudo-hermafroditismo”, sometiéndola a diversos exámenes bajo la hipótesis de “una alteración del orden cromosómico”

³⁵ Acorde al panorama internacional, donde la propuesta de investigadores norteamericanos situó la teoría del *Sex of rearing*, proceso en el cual todo individuo nace “neutro” y era introducido a la femineidad o masculinidad a través de la socialización, sin importar su corporalidad inicial.

(González, 2007, p.6). Este diagnóstico no respondía necesariamente a criterios clínicos objetivos, sino que operaba como estrategia discursiva para legitimar una intervención quirúrgica que, de otro modo, habría resultado moralmente cuestionable en el contexto sociohistórico de la época. Como agudamente analiza Cabral (2005), “en la intersexualidad se encontraba el fundamento que reingresaría en la moral” (p.286), permitiendo justificar intervenciones sobre cuerpos que, bajo otros marcos interpretativos, habrían sido considerados “sanos”.

Este caso ilustra cómo las categorías diagnósticas no constituyen entidades neutras derivadas de la observación empírica, sino construcciones discursivas que operan como dispositivos de poder. La reclasificación de una experiencia transexual bajo el marco interpretativo de la intersexualidad permitió legitimar prácticas médicas que, simultáneamente, abrieron un nuevo “nicho de intervención médica en Chile: el transexual” (Barril, 2015). Se evidencia así la instrumentalización estratégica de las categorías diagnósticas en función de objetivos biopolíticos específicos (Coll-Planas, 2010).

Este recorrido genealógico por la construcción del discurso sociomédico sobre intersexualidad en Chile revela que, a pesar de ciertos desplazamientos epistemológicos, persiste una continuidad fundamental en la premisa normalizadora que ha orientado tanto la conceptualización como el abordaje terapéutico de las corporalidades intersexuales. Si bien los fundamentos teóricos han transitado desde un determinismo gonadal hacia enfoques que reconocen la influencia de factores psicosociales, la intersexualidad continúa siendo concebida como una condición que requiere intervención correctiva.

Resulta particularmente significativo que, mientras el discurso contemporáneo ha modificado parcialmente su retórica, abandonando términos explícitamente patologizantes como “monstruosidad” (Marañón) o “anormalidad” (Cádiz), la lógica normalizadora permanece intacta bajo nuevas formulaciones aparentemente más neutrales. La persistencia de esta lógica pone de manifiesto cómo el discurso médico, en interacción dialéctica con otras instituciones de poder, ha operado históricamente como un dispositivo biopolítico orientado a preservar un sistema sexo-género binario y heteronormativo (Rubin, 1975).

1.2 Los Derechos Humanos como catalizador: Antecedentes jurídicos de un Estado declarado responsable

En el transcurso de mi investigación orientada a obtener una perspectiva no exclusivamente biomédica de la intersexualidad, procedí a efectuar una búsqueda bibliográfica sistemática vinculada a diversas disciplinas de las ciencias sociales que pudieran proporcionar un marco analítico crítico.

Entre la documentación consultada, destaca el “Informe del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales” (2009), documento que constituye la primera aproximación a la intersexualidad desde el paradigma de los derechos humanos en el contexto chileno. Dicho informe sostiene que la intersexualidad permanece en un estado de invisibilidad social generalizada en Chile, fenómeno atribuible al monopolio epistemológico y práctico ejercido por el discurso médico-científico. Esta invisibilización, según se constata, trascendía incluso al colectivo LGTB a nivel nacional hasta época reciente.

El texto académico analiza un caso paradigmático cuya resolución jurisdiccional se emitió en 2008. La causa concernía a un neonato intersexual nacido en el Hospital de Talca en 1993, donde el facultativo responsable (bajo la dirección del doctor Atria, previamente mencionado) determinó la realización de una intervención quirúrgica de “normalización” con el propósito de asignar características fenotípicas femeninas a los genitales del infante. Posteriormente, durante el período de la adolescencia, las pruebas genéticas evidenciaron que el sujeto poseía una constitución cromosómica masculina, lo que reveló el carácter fallido del procedimiento quirúrgico.

Tras un prolongado proceso judicial, se dictaminó una compensación económica por el daño moral infligido. Diversas entrevistas difundidas por medios de comunicación aportan elementos contextuales sobre este caso, donde la progenitora del neonato explicita las coacciones experimentadas y el “error” determinado por la sentencia:

Yo autoricé que operaran unas hernias, pero después de operar me dijeron que lo que habían encontrado eran testículos inmaduros. Recién ahí el doctor nos dijo: “oye, sabes que, mira, tu *guagüita* [bebé] vino con un problema, que es bastante común. Se llama sexo ambiguo y le acabo de extirpar los testículos y sacarle varias cosas que tenía adentro”. Me dijeron: “Pinta su pieza rosada, cómprale hartos vestidos y muñecas”. (Guzmán, 2016. Cambiados de sexo al nacer. El Mercurio).

En otra declaración, el progenitor expone cómo la feminización corporal del neonato fue considerada por el equipo médico como la alternativa óptima, fundamentada en que las características fálicas de su hijo no cumplirían con las expectativas sociales normativas (Stolcke, 2003):

Explicaron que todos los bebés que nacen con este problema finalmente se quedan como niñas, porque como hombres no tendrían una sexualidad plena, que el pene no le crece lo suficiente y que criarla como niña era mejor. (Paula, 2013. *Identidad forzada*. La Tercera)

El informe académico de la Universidad Diego Portales concluye que, si bien la resolución judicial no contempló aspectos socioculturales relativos a la intersexualidad —omitiendo consideraciones sobre la asignación inconsulta y unilateral, los derechos fundamentales de la infancia, o la insuficiencia informativa proporcionada por la institución hospitalaria, lo cual evidencia la marginalización de lo social en el veredicto— este fallo constituye un hito significativo al revelar las dinámicas de poder y control ejercidas por el estamento médico en los casos de intersexualidad en Chile (UDP 2009, p.293).

Ante la escasez de literatura que analizara específicamente esta temática desde una perspectiva antropológica, opté por profundizar en el seguimiento de este caso para determinar la existencia de precedentes en materia institucional y/o emanados de organismos estatales.

A partir de dicho informe y caso jurisdiccional, y hasta el año 2023, la documentación oficial se limitaba a dos circulares emitidas por el Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL), que establecían protocolos exclusivamente para las prácticas médicas y el abordaje sociomédico de las intersexualidades en Chile, ambas redactadas y promulgadas durante la segunda administración de Michelle Bachelet (2014-2018).

1.2.1 Circular N.18/ 2015: ¿Prohibición de la cirugía genital?

La primera disposición normativa emerge en el contexto de la explícita señalización de deficiencias estatales contenidas en el informe del Comité de los Derechos de la Niñez, emitido el 30 de octubre del 2015. Este documento se fundamentó en el informe de la Universidad Diego Portales previamente referido, pero a diferencia de los antecedentes precedentes, este texto oficial constata la existencia de casos documentados de

“intervenciones irreversibles e innecesarias” (World Health Organization, 2015, p.27). En consecuencia, por primera vez se visibiliza esta práctica mediante “evidencias” y se reconoce como sujeto de vulneración a la infancia intersexual, formulando a Chile la siguiente recomendación:

Que acelere el desarrollo y la aplicación de un protocolo de atención de la salud basado en los derechos para los niños intersexo, en el que se establezcan los procedimientos y los pasos que deben seguir los equipos sanitarios para que ninguna persona sea sometida a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos innecesarios en la infancia o la niñez; se proteja el derecho de estos niños a la integridad física y mental, la autonomía y la libre determinación; se ofrezcan a los niños intersexo y a sus familiares apoyo y asesoramiento adecuados, también de personas en su misma situación; y se aseguren recursos efectivos a las víctimas, incluidas medidas de reparación e indemnizaciones (CDN, 2015).

En respuesta a este informe, y en el marco de los tratados internacionales de Derechos Humanos firmados y ratificados por el Gobierno de Chile, particularmente la “Convención de los Derecho de la Niñez” (CDN, 1989), el MINSAL emite la circular N.18 con fecha 22 de diciembre de 2015 (MINSAL, 2015). Esta disposición normativa, representa un intento aparentemente rupturista con las prácticas médicas tradicionalmente normalizadoras, pero revela, bajo un examen crítico, profundas inconsistencias paradigmáticas y estructurales.



Figura 15: Circular N.18. Fuente: MINSAL, 2015.

Al examinar el discurso institucional plasmado en el documento, resulta reveladora la ambivalencia entre el reconocimiento de derechos y la persistencia de marcos conceptuales patologizantes. Como señala el texto ministerial:

Nos hemos visto enfrentados a varias situaciones que nos tienen preocupados, en relación a procesos resolutivos vinculados a niños y niñas con sexo indeterminado [...] Siendo así, se instruye que se detengan los tratamientos innecesarios de 'normalización' de niños y niñas intersex, incluyendo cirugías irreversibles hasta que tengan edad suficiente para decidir sobre sus cuerpos (MINSAL, 2015).

Esta declaración, que manifiesta una disposición afectiva por parte de la institucionalidad (sin especificar el sujeto institucional concreto), podría interpretarse como un avance significativo, presenta inmediatamente una contradicción fundamental cuando establece: “Sin desmedro de lo anterior, señalamos que la asignación de sexo registralmente hablando se debe realizar en función de las mejores expectativas” (MINSAL, 2015).

Esta yuxtaposición discursiva evidencia cómo el mismo documento que prohíbe intervenciones corporales irreversibles simultáneamente reproduce la obligatoriedad del binarismo sexual a nivel registral, sin cuestionar las estructuras normativas que subyacen a la categorización sexual. Tal contradicción se alinea con lo que Cabral (2005) ha denominado “violencia normalizadora”, donde incluso las iniciativas aparentemente progresistas continúan operando desde lógicas que consideran la diferencia corporal como “anomalía” que requiere clasificación y regulación.

La continuidad entre el caso jurídicamente paradigmático de 1993 en Talca y la emisión de esta circular veinte años después resulta particularmente significativa. Mientras el tribunal que falló en favor del adolescente intervenido sin consentimiento reconocía el “daño moral” causado, evitó abordar “aspectos sociales relativos a la intersexualidad, ni la asignación inconsulta y unilateral, ni los derechos de la niñez” (UDP, 2009, p.293). De forma análoga, la Circular N.18 evita mencionar explícitamente “los derechos humanos violentados, tales como: derecho a consentir, la autonomía, la honestidad y el principio de beneficencia” (Dreger, 1999). Esta omisión perpetúa lo que podríamos denominar una “retórica de invisibilización selectiva”, donde ciertos aspectos críticos permanecen innombrados para evitar el reconocimiento pleno de responsabilidades institucionales históricas.

La persistencia del término “sexo indeterminado” en el documento ministerial refuerza esta lectura crítica. Como subraya el texto de la OII (Organización Internacional de

Intersexuales), existe la necesidad imperativa de “promover la consideración de los cuerpos intersexuales como elementos diversos dentro del amplio espectro que son los cuerpos humanos y no como cuerpos inacabados, alterados o equivocados” (s/p). La elección terminológica del MINSAL revela la persistencia de marcos epistemológicos que conciben la intersexualidad desde la carencia, la indefinición o la incompletud, reproduciendo así la “angustia” y “peligro” que estos cuerpos representan para el ordenamiento sexual normativo.

Las deficiencias estructurales de la circular se evidencian adicionalmente en su implementación práctica. Si bien el documento “instaba a crear mesas de trabajo multidisciplinarias para desarrollar protocolos específicos para la atención de infantes intersexuales y sus familias”, la ausencia de mecanismos de participación efectiva para personas intersexuales, la falta de representación de las familias afectadas, y la carencia de sistemas de seguimiento y evaluación, transformaron esta disposición en un ejercicio predominantemente simbólico. Este vacío participativo constituye una continuidad con el paradigma que se observa en el caso talquino de 1993, donde las decisiones médicas se tomaron sin consulta significativa con la familia.

Esta circular, más que constituir una ruptura paradigmática con prácticas medicalizadoras previas, representa un reajuste discursivo que mantiene intactas las estructuras fundamentales de poder biomédico sobre los cuerpos diversos. El documento opera como lo que Foucault denominaría una “tecnología de normalización” que, paradójicamente, bajo la apariencia de protección de derechos, reinscribe la diferencia intersexual en el ámbito de lo excepcional que requiere especial manejo institucional.

En síntesis, la Circular N.18/2015 ejemplifica las tensiones no resueltas entre el reconocimiento formal de derechos humanos y la persistencia de marcos conceptuales y prácticos normalizadores. El documento, lejos de constituir una respuesta integral a las recomendaciones del Comité de los Derechos de la Niñez que instaba a Chile a garantizar “el derecho de estos niños a la integridad física y mental, la autonomía y la libre determinación” (CDN, 2015), reproduce las mismas lógicas que permitieron la intervención quirúrgica no consentida del caso talquino.

1.2.2. Circular N.7/ 2016: “No es intersexualidad, es Desórdenes del Desarrollo Sexual”

La evolución de la postura institucional chilena respecto a la intersexualidad experimentó un giro regresivo apenas ocho meses después de la emisión de la Circular N.18. El 23 de agosto de 2016, la Circular N.7 del Ministerio de Salud (MINSAL, 2016) materializó una contrarreforma discursiva y práctica significativa, reinstaurando la hegemonía del modelo biomédico patologizante en el abordaje de las diversidades corporales sexuales. Este nuevo documento ministerial estableció explícitamente la proscripción del término “intersexual” —categoría reivindicada por el activismo internacional de derechos humanos— y la imposición del término “Desorden del Desarrollo Sexual” (DSD), traducción literal derivada del Consenso de Chicago de 2006³⁶.

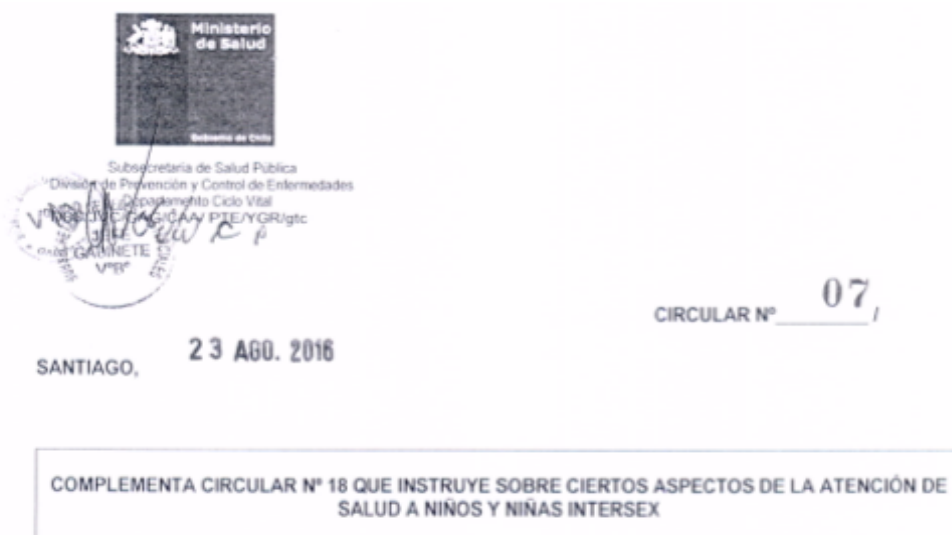


Figura 16: Circular N.7. Fuente: MINSAL, 2016.

La persistencia de visiones médicas tradicionales en Chile, representadas por figuras como Marañón, cuya influencia se percibe en la elaboración de la Circular N.7, evidencia cómo ciertos actores institucionales han logrado mantener su hegemonía interpretativa sobre la intersexualidad en el territorio, a pesar de los avances internacionales en materia de derechos humanos.

³⁶ Instancia en la se reunieron varias sociedades médicas y que aspiraba a la descripción lo más científica posible sobre la clasificación de la intersexualidad, definiéndolas vivencias como *Disorder of Sex Development*, la cual ha sido progresivamente considerada como peyorativa por las ciencias sociales y activismo intersex (Capítulo I).

Otras formas de DSD/intersexualidad, con potencialidad hacia ambas líneas de asignación de sexo, deberán informarse claramente a la familia. La asignación de sexo y las cirugías en estos pacientes tales como gonadectomía y/o cirugía genital, deberán efectuarse de común acuerdo entre padres y el equipo multidisciplinario (MINSAL, 2016)

Este punto demuestra que la única vía, aceptable y esperable, para la comunidad médica y asesores será la de la cirugía sobre los cuerpos, y que ésta debe ser aprobada, seguidamente, por las personas progenitoras, quienes, en dicho contexto, estarían condicionadas por las diversas coerciones médicas, sociales y jurídicas (Fausto-Sterling, 2006[2000]; Semler, 2010).

La emisión de la Circular N.7 provocó una reconfiguración significativa del activismo intersexual chileno. IntersexChile, que previamente se dedicaba principalmente a la difusión informativa, se transformó en IntersexualesChile, adoptando una postura de confrontación directa contra lo que denominaron “Mutilación Genital Intersex”. Esta radicalización terminológica evidencia la percepción de las intervenciones médicas como formas de violencia institucionalizada, equiparables a otras prácticas de modificación corporal no consentida condenadas internacionalmente.

No obstante, un elemento particularmente revelador del documento ministerial es la mención a “la presión ejercida por un grupo de madres de neonatos intersexuales, quienes, de forma anónima, expresaron la 'necesidad y urgencia' de realizar cirugías o medicalización en sus hijos recién nacidos”. Esta referencia, sin aportar evidencia documental verificable sobre la magnitud o representatividad de dicho grupo, funciona discursivamente para legitimar el retorno a prácticas normalizadoras. Esta apelación a la “angustia parental” refleja la priorización institucional de aliviar el malestar social frente a cuerpos que desafían el binarismo hegemónico, por encima del derecho a la integridad corporal y la autonomía de las personas intersexuales que exige el activismo (Casanova 2023b, 2025).

1.3 Transparencia sin transparencia: “Sin datos, no existe”

Finalmente, respecto a este proceso de revisión bibliográfica específica, en este periodo (2022-2023) realicé solicitudes de datos institucionales a través de “Transparencia”³⁷ respecto a la cantidad de cirugías realizadas por año, codificación de patologías asimiladas a la intersexualidad en el sistema de salud, centros de referencia y profesionales asignados en territorio nacional.

Las respuestas recibidas siempre fueron un vacío, negación o un desorden de datos que no aludían a las vivencias intersexuales, lo que derivó en un reclamo público ante el Consejo de Transparencia y a continuar exigiendo datos, los cuales no se consiguieron en el periodo de trabajo de campo (Anexo 5) Este ejercicio, sumado al vacío y no sistematización de informaciones dejaba entrever, de forma oficial, la invisibilidad del tratamiento sociomédico de las intersexualidades en Chile.

Esta falta sistemática de datos sobre la intersexualidad en Chile no constituye simplemente una carencia administrativa, sino que representa lo que Tuana (2006) denomina “ignorancia cultivada”: una forma de no-conocimiento activamente producida que sirve a intereses específicos. La ausencia de registros, codificaciones claras y estadísticas sobre intervenciones realizadas a personas intersexuales opera como un mecanismo de invisibilización que protege al sistema biomédico de posibles escrutinios y cuestionamientos.

En términos de gobernanza, esta opacidad informativa también puede interpretarse como una tecnología del poder biopolítico (Foucault, 1983[1975]). Paradójicamente, mientras el Estado chileno despliega sofisticados sistemas de registro y cuantificación para otras poblaciones y condiciones de salud, la intersexualidad permanece en un limbo estadístico. Esta selectividad en la producción de datos no es neutral, sino que refleja jerarquías de visibilidad y reconocimiento dentro del aparato estatal. Como argumenta Bowker y Star (1999), los sistemas de clasificación y registro nunca son meros instrumentos técnicos, sino infraestructuras que materializan valores, prioridades y exclusiones.

³⁷ El portal de Transparencia es una plataforma a través de la cual el Estado pone a disposición cualquier tipo de información pública. Se garantiza dicho acceso a toda la ciudadanía, el cual es entendido como derecho constitucional.

El reiterado fracaso en obtener información a través de los canales oficiales de transparencia revela, además, las limitaciones inherentes a los mecanismos de rendición de cuentas cuando estos se enfrentan a temas que desafían las categorías normativas establecidas. Esto crea un círculo vicioso: sin datos no hay políticas efectivas, y sin el reconocimiento institucional que estas políticas podrían proporcionar, la recopilación de datos sigue siendo deficiente o inexistente.

2. Etnografía institucional 2022-2024: Nuevos procesos en búsqueda de un problema y de una solución

A pesar de que la intersexualidad institucionalizada se manifiesta de manera contundente sobre los cuerpos y las vidas cotidianas de las personas intersexuales, la información recopilada —o la falta de ella— me planteó la dificultad de localizar materialmente a la institución de la intersexualidad. Por ello, consideré necesario buscar una metodología que permitiera mantener la distinción entre experiencia e institución, y al mismo tiempo, analizar sus relaciones.

Consciente del privilegio de ser una *intimate insider* (Taylor, 2011): investigadora y aliada de una agrupación intersexual chilena, pude acceder a espacios sumamente herméticos y privados ligados al activismo. Además, mi experiencia previa como *policy maker* en Chile (elaboradora de políticas públicas) me otorgaba un espacio validado de opinión, basado en la experiencia. Esto me permitió prever un trabajo colaborativo con distintos agentes socializadores que influían en las vivencias intersexuales. Por tanto, decidí interesarme por la etnografía institucional como metodología para la recolección de información.

Smith (2005) define este tipo de etnografía como aquella que visibiliza cómo el orden institucional crea las condiciones de la experiencia para fenómenos sociales, comenzando por definir qué constituye dicha experiencia y cómo debe ser expresada socialmente. La autora sostiene que los objetivos de esta metodología son dos: en primer lugar, producir mapas de las relaciones de poder presentes en los espacios institucionales, los cuales “perfilan” las experiencias de las personas, orientándolas a moverse dentro de un margen de maniobra y decisión. En segundo lugar, explorar cómo estos poderes y prácticas pueden ser “generalizadores” sobre escenarios locales y específicos. En otras palabras,

permite analizar los procesos de institucionalización en los que las experiencias particulares—con sus contradicciones, diferencias y tensiones—se convierten en equivalentes para el desempeño de la institución, que, a su vez, se entiende como un aparato de dominación en las sociedades capitalistas.

En este tipo de etnografía, los recursos textuales —sean leyes, estatutos, protocolos, etcétera— se entienden como una relación entre palabras o imágenes con características fijas y replicables en masa, que estandarizan prácticas, símbolos y significados. Este proceso garantiza que los agentes que lean estos textos estén unidos por un vocabulario común, con una estructura sujeto-objeto y entidades e interrelaciones fijas (Smith, 2005, p.110). Además, movilizan el discurso institucional, haciendo que la representación e interpretación de las realidades concretas de las personas sean generalizadas, restringidas, cosificadas y formalizadas.

En cuanto al análisis de la información recabada, utilicé la técnica de *Coaliciones Discursivas* propuesta por Hajer (2002, 2005). Elegí esta técnica por su capacidad para analizar estrategias dentro de contextos sociohistóricos y prácticas institucionales específicas, ya que indaga sobre cómo diversos actores y prácticas organizacionales pueden perpetuar o desafiar sesgos, sin necesidad de compartir valores fundamentales.

Por razones de confidencialidad, los nombres de las personas intersexuales, las representantes institucionales y de la comunidad médica, han sido modificados o son ficticios. Además, se han omitido o alterado algunos datos biográficos no relevantes para el análisis.

Participante	Pertenencia
Pabla	IntersexualesChile (ACT)
Tedy	IntersePacíficoSur (ACT)
Xime	IntersePacíficoSur (ACT)
Rafaela	Equipo Institucional (INST)
Gabriel	Equipo Institucional (INST)
Teresa	Equipo Institucional (INST)
Yanes	Comunidad Médica (C.M)
Aguilar	Comunidad Médica (C.M)
Meyer	Comunidad Médica (C.M)

Tabla 12: Seudónimos utilizados y pertenencia. Elaboración propia

2.1 De activismo en la calle a activismo en La Moneda

Después de un año de investigación y voluntariado inserta en IntersexualesChile³⁸, en agosto del 2022 decidí volver a Chile para realizar trabajo de campo. De inmediato comencé a participar en actividades de distinta índole que eran organizadas por la agrupación, lo que me permitió concretar vínculos y gestar nuevos contactos (Capítulo IV).

Como resultado de este trabajo, un par de semanas posterior a mi llegada ya era “conocida” entre el mundo institucional y validada por la agrupación, por lo que fui asignada como representante del “Área de Investigación”, con el fin de asistir a todo tipo de instancias gubernamentales. En dicha época ya se habían ejecutado algunas reuniones de las “mesas de trabajo LGTBIQ+”³⁹, por lo que yo venía a unirme a mitad del proceso. Las primeras reuniones a las que asistí revelaron que, a pesar de ser un espacio seguro para y por la comunidad, la intersexualidad era un tema que no se había abordado y parecía estar invisibilizada por los otros colectivos, ya que gran parte de los debates fueron monopolizados por colectivos históricos, como el colectivo gay y trans.

No obstante, después de muchas frustraciones por intentar posicionar la temática, logré —en conjunto con la coordinadora de la agrupación⁴⁰— exponer algunos antecedentes sobre el tratamiento sociomédico de las intersexualidades en Chile para los demás colectivos e instituciones invitadas (Ministerio de la Mujer, Trabajo, Salud, Educación, ente otras.). Esto permitió que se levantara la necesidad urgente de gestionar una mesa de trabajo específico sobre la intersexualidad entre el activismo y el equipo institucional del Ministerio de Salud (MINSAL), puesto que se sumaba a los informes de denuncias contra el Estado emanados por organismos internacionales (CDN, 2015), de los que estaban en conocimiento de las autoridades presidenciales presentes.

³⁸ Durante el año 2021, se realizó un llamado a personas voluntarias, situación en la que fui aceptada como aliada e investigadora. El contacto inicial se gestó de forma presencial y continué de forma telemática con reuniones bimensuales, de acuerdo con las necesidades de la agrupación (para más información: Capítulos III y IV).

³⁹ Una de las prioridades del gobierno era la resolución de demandas LGTBIQ+, por lo que se gesta esta mesa ampliada cuyo objetivo era identificar las inequidades, brechas y barreras que enfrentan los colectivos y proponer soluciones para cada área (salud, educación, etc.). A través de metodologías participativas, las personas representantes de colectivos históricos y nuevos exponían sus demandas.

⁴⁰ Escribo “logré”, ya que la coordinadora no pudo participar en gran parte de las sesiones mensuales. Sólo pudimos presentar juntas en una sesión del mes de septiembre.

2.2 La problemática: Cosificando la vivencia intersexual por parte de la institucionalidad

De manera casi precipitada y con escaso margen temporal entre actividades, comencé a participar en la instancia denominada “Salud Intersexual para Chile”, junto con IntersexualesChile, IntersexPacíficoSur y el equipo institucional del MINSAL.

El trabajo se inició con intercambios tensos durante la primera sesión. La delegación ministerial estaba integrada por tres profesionales: un médico perteneciente a la comunidad LGTBIQ+, una médica y una funcionaria pública especializada en salud. Estas representantes institucionales gestionaban simultáneamente otra instancia similar, “Salud Trans para Chile”, hecho que expusieron como credencial de experiencia:

Quisiera exponerles—para su tranquilidad— que nosotros conocemos esto, hemos trabajado con distintos especialistas de adecuación corporal trans, tenemos historia en eso. Hemos presentado distintos proyectos para que se pueda aprobar una serie de prestaciones y presupuestos para abordarlo desde el tema médico (Rafaela (INST), reunión octubre 2022)

Esta intervención generó reacciones entre las personas intersexuales presentes, quienes, aunque se conocían previamente entre sí, eran desconocidas para el equipo institucional y viceversa.

Las dos únicas agrupaciones intersexuales existentes en Chile —IntersexualesChile e Intersex Pacífico Sur— habían sido convocadas. Una representante de IntersexualesChile interrumpió, enfatizando que no se trataba de la misma temática ni se abordarían idénticos problemas. Una persona intersexual de Intersex Pacífico Sur profundizó en esta distinción:

No todas las personas trans son intersex, pero sí pasa mucho de que muchas personas intersex son trans, que es mi caso. Hay que hacer un gran trabajo ahí de entender que no es lo mismo, a pesar de que podemos tener putos en común. Técnicamente, nosotros intersexuales no existimos en los registros, muchas veces accedemos a los hospitales identificándonos como trans porque sabemos que es más conocido, pero no somos lo mismo, aunque crucemos vivencias, no es lo mismo hormonal a un cuerpo trans que a un cuerpo intersex, porque nuestra base es distinta (Tedy (ACT), reunión octubre 2022)

Ante el desconocimiento de la vivencia intersexual por parte del equipo institucional, así también, la ignorancia respecto a las circulares anteriores, y del exceso de tecnicismo y burocracia reprochado por parte de las agrupaciones intersexuales en esta primera

reunión, propuse que ambas partes expusieran los puntos que considerasen relevantes para el proceso en la próxima reunión.

Aceptada mi sugerencia, en la segunda reunión la representación institucional comenzó con un saludo protocolario y situó lo discutido previamente, enfocándose en los límites de la mesa de trabajo:

Después de lo expuesto en la reunión anterior, queremos exponer que hemos “hecho la tarea” y reconocemos que tenemos una visión sesgada desde acá (institucionalidad), pero hemos recabado información de los procedimientos previo en materia intersex. Si se nos va algo, ustedes nos dicen. Nosotros también queremos saber hasta dónde ustedes se quieren involucrar en esto, porque es importante señalar que esto tiene una visión clínica, a pesar de que ustedes sean el usuario directo (Rafaela (INST), reunión noviembre 2022)

Inmediatamente, intentó explicar la problemática desde la perspectiva institucional, aunque admitió carecer de claridad sobre cómo definirla, inicialmente abordándola como una ineficiencia de los textos institucionales previos (circulares N.18 y N.7), dada la ausencia de datos oficiales:

Si bien, entendemos este como el problema, debemos hacer énfasis en que quizás los procedimientos o protocolos médicos no son ni están mal diseñados, sino que el problema es que no se le consultó a la persona. También queremos exponer que no podemos dar una sola instrucción, o sea, no se puede decir “ya no se hacen cirugías”, porque no sabemos cuánta gente intersexual sí estaría enfrentando un riesgo vital (Rafaela (INST), reunión noviembre 2022)

Ante esta contextualización por parte de la institucionalidad, y algunas caras de desaprobación por parte de las agrupaciones activistas, la representante de IntersexualesChile interrumpió la presentación replicando:

Nosotros como agrupación luchamos por la prohibición total de las cirugías. No queremos que se arreglen nuestros cuerpos en ninguna edad, ni en la infancia ni en la adultez y eso es lo que tiene que cambiar socialmente (Pabla (ACT), reunión noviembre 2022)

Una representante médica del equipo institucional respondió que, aunque comprendían la decepción que generaría a las agrupaciones, no podían comprometerse con medidas inviables desde la perspectiva médica. La funcionaria a cargo continuó desarrollando el punto sobre la “sobre-difusión de violaciones a los derechos humanos”:

No tenemos casuística. Estamos tratando de levantar dónde y cuántas violaciones a derechos humanos se han realizado, porque no sabemos si son cientos de violaciones sistemáticas o son cinco, y eso es importante para actuar. Así que necesitamos empezar a delimitar el problema (Rafaela (INST), reunión noviembre 2022).

A continuación, la coordinadora de IntersexualesChile presentó su definición de intersexualidad, demandas y expectativas de esta instancia. Los temas centrales fueron la despatologización, la prohibición de cirugías normalizantes y la derogación de circulares anteriores, enfatizando en responder a la exposición previa del funcionariado:

Nosotros tampoco tenemos los datos, pero sí contamos con la experiencia. Recibimos personas en la agrupación que nos cuentan sobre sus vivencias y sí sabemos que pasa. El hecho es que, aunque fuera sólo una persona que enfrentó este tipo de violación, hay que actuar. No entiendo por qué sería más importante contar con los datos, si sabemos que pasa. A mí me pasó y siempre me tengo que enfrentar a que digan que esto no pasa, que no es real (Pabla (ACT), reunión noviembre 2022)

La paradoja de la cuantificación en la experiencia intersexual merece un análisis crítico. Por un lado, la institucionalidad reclama constantemente la falta de datos cuantificables como impedimento para la acción (“sin datos, no existe”), evidenciando lo que Scott (1998) denomina “legibilidad estatal”: la necesidad del Estado de hacer legibles las realidades sociales complejas mediante su reducción a categorías medibles y administrables. Como expresó la representante institucional: “No tenemos casuística. Estamos tratando de levantar dónde y cuántas violaciones a derechos humanos se han realizado, porque no sabemos si son cientos de violaciones sistemáticas o son cinco” (Rafaela (INST), reunión noviembre 2022).

Sin embargo, esta demanda de cuantificación revela una contradicción fundamental: mientras se exigen datos para legitimar la existencia de la problemática intersexual, simultáneamente se han omitido sistemáticamente los mecanismos para su registro. Esta ausencia no es casual, sino que refleja lo que Boyle (2000) denomina “ignorancia estratégica”: una forma de desconocimiento institucionalizado que sirve a intereses específicos.

La inexistencia de datos no es meramente un vacío técnico, sino el resultado de un sistema clasificatorio que históricamente ha negado la posibilidad misma de contabilizar aquello que desestabiliza sus categorías fundacionales. Frente a esta contradicción, el testimonio de la activista intersexual adquiere particular relevancia. Su declaración constituye una crítica epistemológica profunda a los fundamentos positivistas que privilegian la evidencia cuantitativa sobre el conocimiento experiencial, cuestionando no solo qué cuenta como dato válido, sino también quién tiene la autoridad para determinarlo.

La tensión entre la exigencia de cuantificación y la resistencia a crear mecanismos efectivos de registro revela así el doble vínculo al que se enfrentan las personas

intersexuales: se les exige demostrar numéricamente su existencia dentro de un sistema que sistemáticamente ha borrado las categorías que permitirían su contabilización. Esta circularidad perversa—necesitamos datos para actuar, pero no implementamos sistemas para recopilarlos—funciona como un mecanismo de dilación que preserva el *status quo* mientras aparenta preocupación institucional.

Por su parte, la otra agrupación, liderada por dos personas que se autodefinen como “intersexuales y trans”, abordó temáticas similares, pero con un énfasis particular en criticar el sistema sexo/género binario como estructura que dirige estas prácticas.

Una de las situaciones que me sorprendió fue la evidente tensión entre los representantes de ambas agrupaciones respecto a este último punto. Las divergencias se mantuvieron a lo largo del tiempo, como se evidenció en una discusión sobre la propuesta de incluir una tercera casilla en los registros, que implicaba un proceso de identificación y categorización, que se sumaba a la complejidad de la existencia de datos:

Debido a la excesiva intervención médica que hemos tenido las personas intersex a lo largo de la vida, solemos llegar a la adultez con algún tipo de discapacidad, y ello también conlleva problemas de todo tipo. En cuanto a la violencia en la salud, hay muchas que no pasan desapercibidas, y es algo muy fácil de solucionar. Nada más te doy el ejemplo que en ninguna ficha médica está la opción de decir que tu sexo es intersexual, y eso podría sumar en una atención médica de urgencia (Tedy (ACT), reunión noviembre 2022).

A lo que la representante de IntersexualesChile respondió:

¿Te puedo interrumpir un momento? Es por una cosa que dijiste recién, que no quiero que se pase, es que desde Agrupación Intersexual 1 no queremos que exista una tercera casilla, esa es nuestra lucha. Yo no quiero que me digan “sexo intersexual”. Yo soy una mujer, nací mujer y seguiré siéndolo (Pabla (ACT), reunión noviembre 2022).

Esta falta de acuerdo generó expresiones de confusión por parte del equipo institucional, sumadas a las muestras de desaprobación ante la crítica que ambas personas activistas expusieron por el histórico manejo estatal y registral. La institucionalidad respondió argumentando que el anterior gobierno, encargado de elaborar los textos institucionales (circulares anteriores⁴¹), albergaba otros lineamientos, muy distantes al discurso institucional actual, considerado como “gobierno feminista y disidente” (Güemes, 2023, p.103).

⁴¹ Circular N.18/2015, prohíbe cirugías normalizantes en infantes. Circular N.7/2016, deroga la anterior y patologiza la vivencia enuncianéndola como Desorden del Desarrollo Sexual y valida intervenciones médicas.

Durante la tercera reunión, el equipo institucional inició la exposición con un “Análisis de involucrados” y “Árbol de problemas” según su perspectiva (Figura 17 y 18), focalizado en lo que nombraron como “procedimientos innecesarios en la infancia intersexual”, cuya causa sería la carencia de normativa explícita y, como consecuencia, la ignorancia de casos e impactos:

Análisis de involucrados

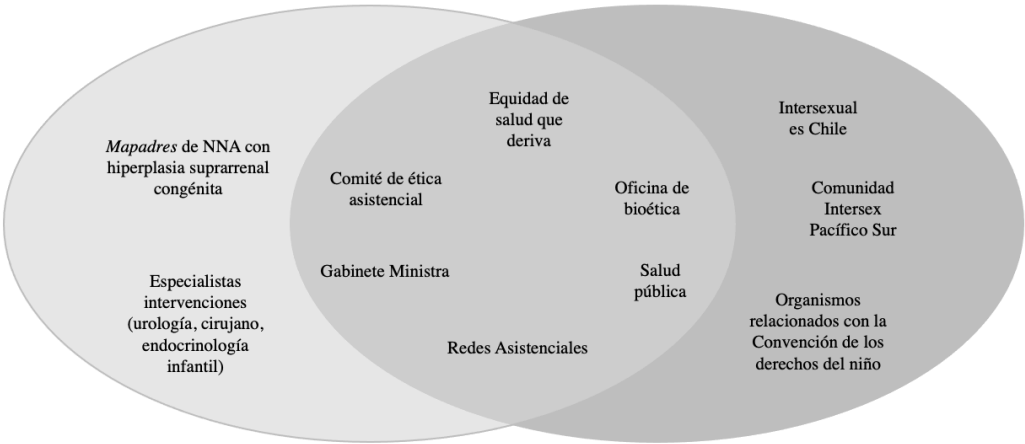


Figura 17: “Análisis de involucrados”, MINSAL dic. 2022

Respecto a esta imagen, si bien se presentan distintos actores, el diseño de la instancia fue ambicioso, ya que no se logró la participación en las mesas de trabajo. Al momento de esta exposición, solo se contaba con la presencia de IntersexualesChile e IntersexPacíficoSur.

EFECTOS	Ignorancia de casos e impacto	Problemas de salud	Toma de decisión desconocida	Consecuencias en el curso de vida / crisis no normativas	
		Procedimientos extras futuros			
	Ignorancia de casos e impacto	Mal enfrentamiento de consecuencias		Flujo o proceso o derivación desconocido	Identidad de género no conforme de sexo seleccionado al nacer
	Efectos desconocidos de circular	Apurar procedimientos o decisión		Proceso no formal de consulta	Violación de DDHH
PROCEDIMIENTOS INNECESARIOS EN CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE VARIABILIDAD Y SIN CONSENTIMIENTO DE USUARIO/A INTERSEX					
CAUSAS	Carencia de normativa aplicada	Percepción de trauma futuro de variabilidad de genitales	Preponderancia de opinión médica	Subordinación del consentimiento o derecho a la autodeterminación NNA	
	Carencia de instrucciones de seguimiento de casos	Desconocimiento de padres	Opinión de comité de ética asistencial no vinculante	Hegemonía de lo binario	

Figura 18: “Árbol de problemas”, MINSAL dic. 2022

En cuanto al árbol de problemas, aunque enunciaron múltiples causas y consecuencias más allá de lo legal, insistieron en la inexistencia de “información real/cuantificable” para

dimensiones adicionales, salvo la extraída de las exposiciones activistas previas: exclusión social, imposición del sistema binario, daño psicológico por intervención médica, entre otras.

Una persona representante de IntersexPacíficoSur cuestionó la exposición por parte de la institucionalidad enunciando que se estaba “caricaturizando” la vivencia intersexual. Según Smith (2005) esto sería el inicio de la “problemática”, entendida como una separación entre la experiencia y su abstracción en algo distinto. Se trata del punto crítico, en que un individuo se da cuenta que lo que está sucediendo, está siendo traducido en otra cosa, sin considerar la experiencia de quienes se habla. De esta forma, la participante expuso:

Las mesas de trabajo sobredimensionan el problema con las cirugías normalizantes durante la infancia y se está ignorando los dolores enfrentados en la adultez, donde no existe reparación ni acompañamiento. Es como si la intersexualidad se viviera sólo cuando uno es niño (Xime (ACT), reunión diciembre 2022).

Esto derivó en una crítica directa a la cosificación e infantilización de la experiencia intersexual por parte del equipo institucional. Las personas intersexuales de la agrupación argumentaron que, si bien algunas de sus integrantes no habían sido sometidas a cirugías al nacer, sí habían sufrido diversas formas de violencia estructural sobre sus cuerpos, las cuales estaban siendo invisibilizadas, como la hormonización forzada, la discriminación en ámbitos educativos y laborales, entre otras. Esto, en su opinión, no aportaba en los objetivos de Intersexpacíficosur, por lo que esta sesión marcó la última participación de dicha agrupación en el proceso.

En la cuarta sesión, pude identificar otro sesgo en el tratamiento sociomédico de la intersexualidad en Chile: el hermetismo y la autosuficiencia de la institucionalidad para abordar problemáticas que ni siquiera saben definir con precisión. La falta de diálogo y escucha activa con las partes implicadas evidenciaba esta dinámica. Un ejemplo concreto ocurrió en esta reunión, cuando se informó que un grupo de profesionales del Ministerio había elaborado, de manera unilateral, un documento de alcance nacional con el que pretendían “poner fin a las problemáticas intersexuales”. Para darle un carácter “participativo”, se solicitó a IntersexualesChile—la única agrupación aún presente en el proceso—que validara el documento. Sin embargo, esto no pareció incomodar a su representante, quien, a esas alturas, ya había generado alianzas con los representantes

institucionales como una estrategia ante la falta de participación de más personas intersexuales en el proceso.

Ante esta situación, solicité intervenir y animé tanto a la Agrupación como a las personas voluntarias endosexuales a cuestionar la metodología utilizada por la institucionalidad. Propuse rechazar la propuesta, fundamentando mi postura en los errores del pasado, y en su lugar, sugerí organizar una jornada extensa en la que se escucharan todas las voces involucradas: personas intersexuales, comunidad médica, familias e instituciones. Todas las personas presentes estuvieron de acuerdo en asumir este esfuerzo, por lo que la jornada se programó para inicios de 2023.

2.3 Todas las voces en juego: Tensiones y conflictos entre personas intersexuales, institucionalidad y comunidad médica.

Esta jornada se llevó a cabo el día 5 de enero de 2023, contó con la presencia de la comunidad médica, personas intersexuales de la agrupación y la institucionalidad. Por razones de anonimato, las familias no quisieron participar en este evento. No obstante, y al ser de cobertura nacional (presencial y telemática), la instancia fue totalmente fructífera para evidenciar en la praxis los puntos de consenso y disenso entre las tres perspectivas presentes.

El equipo institucional inició exponiendo y reconociendo las barreras para definir el problema, tales como la falta de datos a nivel nacional, la inexistencia de registros respecto a cuántas personas intersexuales han nacido en Chile, dónde están, quiénes son las personas profesionales a cargo. A la vez que dejaba claro cuál era su margen de acción:

Chile no cuenta con investigaciones a largo plazo para poder definir el problema. Tenemos casos aislados, eso nos genera muchos problemas a la hora de decir cuál es nuestro problema como uno solo. También quiero hacer hincapié en que nosotros no buscamos hacer activismo, por lo que nuestro objetivo es regular, no luchar (Rafaela (INST). Jornada MINSAL).

Según Smith (2005), esto sería un ejemplo de cómo la falta de datos y de generalización de una vivencia se presentó como el principal problema para la institucionalidad. Es decir, la traducción de lo real (o de lo cuantitativo; números cómo sinónimo de cuerpos intervenidos), era un paso esencial para hacer que lo “real y concreto” sea accionable institucionalmente.

Después de exponer el problema, y delimitar sus aportes y lo que se esperaba del trabajo en conjunto con los agentes presentes en la jornada, describieron las expectativas sobre el proceso, basado en 3 hitos: derogación de circulares previas, creación de un nuevo documento regulatorio acorde con derechos humanos y recomendaciones técnicas para salud intersexual (Figura 19).

Política Pública

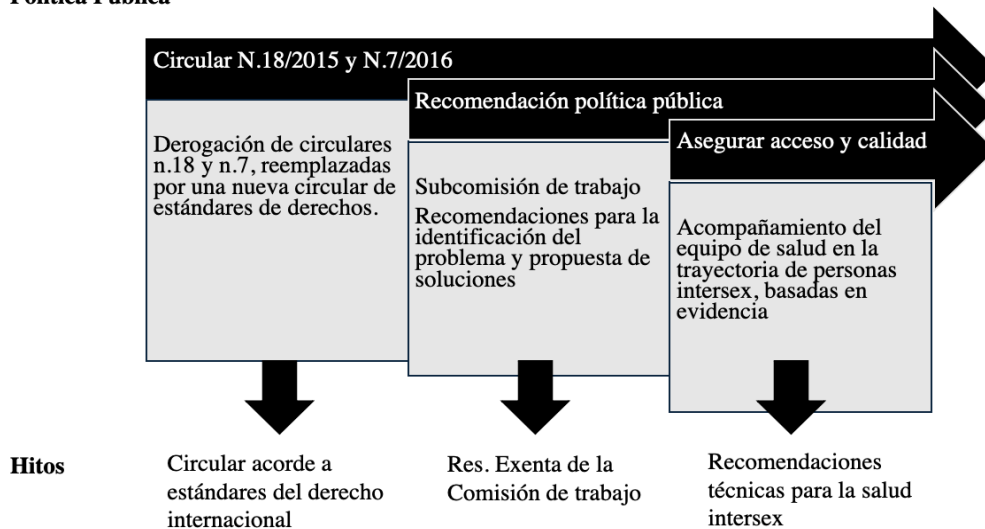


Figura 19: “Procesos e hitos de la institucionalidad”. MINSAL ene.2023

Una de las principales diferencias en las opiniones y discursos durante esta sesión giró en torno al proceso y las prioridades establecidas para abordar “el problema”, cuya definición resultaba esquivada en el marco de una política pública. Mientras la institucionalidad centraba sus esfuerzos en la creación de una nueva circular y el activismo parecía estar en sintonía con esa prioridad, la comunidad médica ponía el énfasis en que dicho documento no implicaría cambios reales en la práctica clínica. Argumentaban que la circular solo establecería lineamientos gubernamentales y teóricos, pero no modificaría el actuar médico. Según su visión, el cambio “real” debía enfocarse en el “acompañamiento del equipo de salud”, lo que en la práctica significaba inversiones públicas para desarrollar *expertise* médica en la materia:

No sé si le pondría tanta importancia a lo de la circular. Yo siento que lo de las circulares no tienen real importancia, eso no se usa en la práctica. (Dra. Yanes (CM). Jornada MINSAL).

Según Smith, los textos que constituyen y regulan las actividades institucionales establecen la capacidad de acción (agencia), es decir, las capacidades “especificadas textualmente” de controlar y movilizar el trabajo de otras personas (2005, p.183). Y así lo defendió la representante institucional del MINSAL:

Ahí podemos tener diferencias. Para mí, que no soy intersex, las circulares sí significan una forma de hacer el trabajo, para otros una forma de saltarse ese mismo trabajo. Lo que sí, las circulares establecen una línea de acción de cómo debe ser (Rafaela (INST). Jornada MINSAL).

Otro de los conflictos —quizás el más importante durante esta instancia—, se generó entre las personas intersexuales presentes y la representante de la comunidad médica. Según la visión de esta última, las personas intersexuales exponen a la comunidad médica como “los malos de la película”, lo cual no sería una representación justa para las personas “especialistas”, ni tampoco sería correcto enunciar la prohibición de cirugías como una solución óptima para el activismo:

Hay muchos profesionales que no tienen idea de este tema, se sienten con potestad de manejar estos casos a su criterio. Obviamente, que toda la vuelta cultural creo que es muy importante, pero, para mí, el prohibir que se atiendan pacientes es una estupidez (Dra. Yanes (CM). Jornada MINSAL).

Esto lo argumentó como un posible “exceso” de importancia a la regularización desde la perspectiva de los derechos humanos por parte del gobierno y activismo, y donde la propuesta de despatologización de las vivencias intersexuales acogida en este marco, podrían causar un “abandono del paciente”. Es decir, que el proceso médico asociado a posibles condiciones subyacentes dejase de existir, lo que expondría diversos riesgos vitales.

Es que yo siento que esto puede caer en un abandono de estos niños y niñas, porque si tú dices: “esto que está aquí es una condición natural, la naturaleza es intersexual” la naturaleza también es, por ejemplo: una cardiopatía congénita, pero resulta que hay muchos niños y niñas que tienen condiciones intersexuales que tienen patologías que pueden amenazar su vida, y tú decirle de frente: “sabes, en realidad tú eres distinto. ¡Perfecto!, pero eso ya sería responsabilidad suya (Dra. Yanes (CM). Jornada MINSAL)

De acuerdo con Grau y Gómez (2022) citando a Moira Pérez (2019), esta última resume los fundamentos del paradigma biomédico de la siguiente manera:

1. Divide el cuerpo en sano y enfermo, sin permitir combinaciones ni superposiciones, incluso en enfermedades que afecten funciones específicas sin impactar al resto del cuerpo.
2. Considera la salud como el estado normal, deseado y esperado por y para todas las personas, definiéndola según parámetros culturales de lo sano.

3. Concibe la enfermedad y el cuidado como situaciones temporales y puntuales. La salud se asume como el estado por defecto, por lo que el apoyo y la asistencia, tanto privada como estatal, se destina a ese fin.

En este caso, se puede evidenciar que la doctora sitúa toda vivencia intersexual en la lógica de lo enfermo, donde existe una obligación por parte de la comunidad médica y del Estado a intervenir y hacer seguimiento hasta que dicha “enfermedad” sea resuelta. El “abandono del paciente” es arriesgado desde la perspectiva de la comunidad médica, ya que estarían siendo contraproducentes con su labor. A la vez, que advierte que si se “naturaliza” la intersexualidad y la comunidad ya no puede intervenir en sus cuerpos, la responsabilidad o la “irresponsabilidad” recae en las propias personas intersexuales, entendidas como culpables.

La tensión respecto a este punto se hizo notar con la respuesta de una persona intersexual:

Hay una respuesta bien simple que nos hemos planteado los grupos de activistas, y que es muy cierto que debemos ver cómo trabaja esto la medicina, aquí se responde con una pregunta ¿un embarazo es una patología? El embarazo no es una patología de por sí, pero tiene atención médica. Es decir, se puede desarrollar patologías, como cualquier persona puede desarrollar en potencia un montón de causas patológicas y muchas otras por causas ambientales. Pero nacer intersex no debería por qué ser una de ellas, solo por nacer (Tedy (ACT). Jornada MINSAL).

Otro hecho relevante en esta intensa discusión fue el aporte de una médica que, además, es representante institucional. Ella trabajó en las circulares anteriores y criticó el abordaje biomédico que, desde su experiencia, prescinde de la dimensión social. Aludió a que la comunidad médica sabe que no sabe, pero tampoco quiere saber, lo que Tuana (2006) entiende como una “decisión de no saber” vinculada al privilegio de la ignorancia.

Para nosotros fue muy difícil trabajar con la comunidad médica, porque no tiene una formación en género ni en derechos humanos, y eso les impide mirar a la intersexualidad como una vivencia, como experiencias. De hecho, algunos de nosotros tomamos clases de derechos humanos y enfrentamos a algunos médicos que salieron en El Mercurio (periódico) criticando el tema de la circular N. 18. Médicos que todavía están en ejercicio y que simplemente no les interesa saber. También una organización de padres de personas con Hiperplasia Suprarrenal que decían que sus hijos no eran intersexuales, y que no nos metiéramos con ellos. Entonces, es difícil poder aunar todas estas corrientes, pero debemos insistir en el bienestar de estas personas (Teresa (INST). Jornada MINSAL).

El testimonio de esta médica/funcionaria fue esencial para comprender los conflictos propios de lo que significa definir el devenir intersexual en Chile entre los distintos

agentes que se relacionan, interactúan e impactan de cerca en la vivencia. Así también, cómo el “bienestar” imbricado en ese devenir se presenta contradictorio para todas las personas representantes.

A pesar de que en esta jornada se “priorizó” el escuchar las voces intersexuales, el poder de la comunidad médica se posicionó por encima de las narrativas experienciales de las personas activistas. La producción y reproducción del discurso relativo a que las intersexualidades son “enfermedades que pueden y deben ser corregidas” (Fausto-Sterling, 2006[2000]), es difícil de extraer de una realidad nacional donde el conservadurismo y la religiosidad sigue siendo parte del cotidiano con índices especialmente altos⁴². Inclusive, se necesitó del apoyo de la “aliada” de la comunidad médica/institucionalidad, para que las denuncias contra la comunidad médica expuestas por activistas y aquellos saberes “legos” expuestas por las propias personas intersexuales fuesen consideradas “creíbles”.

2.4 Fin del proceso con una “nueva” circular: pero, ¿el fin la lucha intersexual?

Si bien la realización de esta jornada tenía como objetivo lograr un trabajo más profundo, participativo e inclusivo, durante la última fase de mi trabajo de campo presencial en Chile (agosto-diciembre de 2023) presencié las reuniones finales en las que se presentó el documento definitivo. Sin embargo, este parecía responder más a una necesidad institucional de resolución rápida que a una reflexión crítica sobre el tratamiento sociomédico en el país.

El equipo institucional seguía siendo el mismo, pero cada vez participaban menos personas intersexuales. Las razones de esta autoexclusión fueron diversas. Algunas de las que me señalaron posteriormente incluían: la falta de consenso en los objetivos de trabajo con las propias personas intersexuales participantes, la complejidad del asunto al tratarse de un documento de alcance nacional, la exposición de sus vivencias como únicas y generalizables, el desgaste emocional de debatir constantemente con la comunidad médica y la institucionalidad, entre otras.

⁴² De acuerdo con la información obtenida por el estudio World Values Survey, Chile queda ubicado en el quinto lugar en cuanto a índice de creencias religiosas.

Esta disminución de participantes suponía una dificultad para la validación del documento final, aunque en la práctica esto no pareció ser relevante para el equipo institucional. Para justificar su aprobación, argumentaron que Pabla era la persona indicada para dar el visto bueno, pese a que nunca participó en la redacción del documento.

La nueva Circular N.15/2023 es, en esencia, una repetición del primer documento (Circular N.18/2015), el cual estaba redactado exclusivamente desde la perspectiva de derechos humanos y prohibía las “cirugías normalizantes”. Sin embargo, una diferencia clave parece responder a la necesidad de evitar conflictos con *mapadres* que exigen cirugías para sus hijos, así como con médicos que insisten en la “urgencia vital” de estas intervenciones. En este nuevo documento, la prohibición se limita únicamente a aquellas cirugías consideradas con “fines estéticos”, a diferencia del primer documento, que planteaba una prohibición total.

Las intervenciones médicas que se consideran como vulneraciones en la infancia son aquellas que no son asentidas, innecesarias e irreversibles, de carácter cosmético y que no poseen evidencia de beneficio para la niñez (MINSAL, 2023)

No obstante, aunque el documento hace una alusión explícita a los derechos humanos desde la autodeterminación de los cuerpos, en el párrafo siguiente se establece que el “criterio clínico debe ser aplicado basado en la evidencia actual”. Según los propios médicos representantes, esta formulación representa una “puerta abierta” para que las intervenciones sigan realizándose, dado el poder biomédico que sustenta los diagnósticos. Sin una sensibilización real de la comunidad médica, las decisiones continuarán estando influenciadas por prácticas hegemónicas que refuerzan una acción “biopolítica normalizadora” (Foucault, 1983[1975]).

Otra modificación en este nuevo documento es el cambio en la terminología utilizada para referirse a las vivencias intersexuales. Se reemplaza el término tradicional “Desorden del Desarrollo Sexual (DSD)” por “Variaciones de las Características Sexuales (VCS)”, usándolo como sinónimo de intersexualidad. Este cambio se refleja en el propio título de la circular: *“Instruye a equipos de salud a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el interés superior de niños, niñas y adolescentes con variaciones de las características sexuales – intersexualidades”*.



CIRCULAR N° 15
SANTIAGO, 7 NOV 2023

**INSTRUYE A EQUIPOS DE SALUD A ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA
ASEGURAR EL INTERÉS SUPERIOR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON
VARIACIONES DE LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES**

I. ANTECEDENTES

Desde el año 1990 Chile suscribe a la Convención de los Derechos del Niño promulgada del mediante Decreto N°830 del Ministerio de Relaciones Exteriores, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, por lo que, los Estados que la han ratificado tienen la obligación de respetar los derechos enunciados, y se comprometen a tomar todas las medidas para garantizar su aplicación, de acuerdo con el resultado de exámenes periódicos universales

Figura 20. Nueva Circular N.15. MINSAL, nov. 2023

El activismo afirmó dicho cambio de terminología, pero la comunidad médica dirigió el debate hacia los efectos del lenguaje en lo identitario. Según la visión médica, se estaba imponiendo el concepto de “intersexual” a personas que no se sienten identificadas como tal, aludiendo a que es más identitario que científico.

Yo tengo este miedo, porque no todos mis pacientes se identifican como intersex. Son personas que se consideran cis y que crecieron así. Quitarle esa identidad de mujer, a una mujer de 21 años y decirle “sabes, ahora eres VCS/intersex” me parece duro (Dr. Meyer (CM), reunión septiembre 2023).

Ante este miedo expresado por el médico, la representante del activismo responde con efervescencia y exaltación.

Hay que dejar de pensar en que el miedo de los médicos es más importante que el entenderse intersex. O sea, basta. Yo creo que si empezamos a decirle a la gente o a familias de que su bebé es intersexual sin el peso de que es algo negativo, las personas se lo van a empezar a tomar mejor y no va a ser un *shock*. El cambio parte ahí (Pabla (ACT), reunión septiembre 2023).

El debate se mantuvo en extenso, la comunidad médica insistió en que el uso de “VCS” no está en concordancia con lo que la medicina necesita para protocolizar patologías y hacerles seguimiento práctico (como, según él, si lo hacía el histórico concepto biomédico “DSD”), pero finalizó aceptando la necesidad de consensos lingüísticos, luego de lo argumentado por el representante institucional:

Mantendremos esta nomenclatura, porque consideramos que seremos pioneros en el mundo en utilizar estos conceptos, iremos en consecuencia con los acuerdos de derechos humanos y eso es lo que busca nuestro gobierno: innovar y proteger (Gabriel (INST), reunión septiembre 2023).

Respecto al uso del lenguaje y sus efectos, es relevante señalar que esta nueva circular intenta distanciarse del concepto de “sexo ambiguo” utilizado por los documentos previos y criticado por el activismo por su connotación peyorativa y heterocis. No obstante, el texto no logra reflexionar críticamente sobre las urgencias sociales, médicas y jurídicas que subyacen a un sistema binario, instruyendo:

Frente a la sospecha de VCS al momento del examen físico del recién nacido/a, se instruye al equipo de Salud registrar con una I (de indeterminado) en el comprobante de atención de parto, hasta que se realicen estudios complementarios que permitan entregar una recomendación de asignación en base a las mejores expectativas, según corresponda (MINSAL, 2023).

Es posible evidenciar que, a pesar de que en un inicio la coordinadora de IntersexualesChile no apoyaba la tercera casilla, aceptó la inscripción neonatal en documentos registrales con una “i” (inicialmente la propuesta fue una “i” de “intersexual”, pero ante el rechazo del activismo y de la comunidad médica se cambió a “indeterminado”, algo que ya se había propuesto en la primera circular). Esto se realizó como un consenso para que los dispositivos institucionales pudiesen categorizar y cuantificar la intersexualidad. Sin embargo, esta categorización de “indeterminado” es inclusive peor que la clasificación previa de “sexo ambiguo”, ya que viene a presentarse como un dispositivo explícito y oficial que agiliza los recursos para asignar un sexo según las “mejores” expectativas sociales acorde al sistema sexo-género. Incluso en este contexto administrativo del gobierno feminista y disidente que promulga Boric, no parece cuestionarse lo suficiente aquellos supuestos tradicionales de estas categorías, particularmente la linealidad y el determinismo que subyacen en las mismas (Butler, 2007[1990]; Haraway, 1991).

Las siguientes reuniones contaron con baja participación. Por una parte, IntersexualesChile (Pabla y yo) y Equipo institucional (Rafaela y Gabriel), basadas en revisar versiones finales de documento. En diciembre 2023 la nueva circular fue emitida a lo largo del territorio nacional.

Al término de esta tesis (segundo semestre 2025), IntersexualesChile había realizado charlas y capacitaciones en distintas instancias, donde se evidenció el desconocimiento

de esta nueva circular, la inutilidad en la práctica y la falta de seguimiento por parte de la institucionalidad, inclusive un año posterior a su promulgación⁴³.

Al reunirnos con el equipo institucional para alertar sobre estos hechos, la respuesta fue: “Nosotros estábamos llamados a trabajar sobre el documento. Sabemos que seguirán pasando cosas en la clandestinidad o que habrá descontentos, pero no podemos controlar todo” (Gabriel (INST), reunión enero 2024).

Esta declaración evidenciaba la ausencia de un marco de reflexión sobre los discursos y prácticas disciplinares en torno a los cuerpos intersexuales y sus efectos. A pesar de que, en teoría, la representante del activismo intersexual en Chile había logrado los consensos necesarios para posicionar este documento como un “triunfo”—fruto de la alianza entre el activismo y la institucionalidad—, en la práctica, su impacto real parecía limitado.

Para contrastar esta situación, recurrí a una solicitud de acceso a la información a través de transparencia. A marzo de 2025, el MINSAL no pudo entregar una respuesta, argumentando la dificultad de recopilar los datos solicitados. Esto dejaba en evidencia la ineficacia del documento y la falta de seguimiento real sobre su aplicación.

3. Análisis de las Coaliciones Discursivas durante la etnografía institucional

Obtuve cuatro dimensiones que generan Coaliciones Discursivas entre protagonistas del Activismo Intersexual (ACT), Comunidad Médica (C.M) e Institución Gubernamental (INST), expuestas en sus discursos. Estos se entienden aquí como un conjunto de ideas, conceptos y categorías a través de los cuales se da sentido a la experiencia intersexual.

⁴³ Durante el mes de abril 2024, voluntarias de Agrupación Intersexual 1 del sur del país, enunciaron que en los centros de salud de la región no existe ningún indicio de que la circular se encuentre en conocimiento de los profesionales de salud. Se generó una consulta formal al MINSAL, cuya respuesta fue una confusión con el programa de identidad de género.

1. Patologización

Esta coalición responde a significados o asociaciones atribuidas a la intersexualidad por las propias personas intersexuales activistas, la comunidad médica participante y la institucionalidad en relación con la experiencia intersexual. En su totalidad, son términos asociados con enfermedades o anormalidad corporal. Tanto la enfermedad como la anomalía se presentan como condiciones en las cuales la “corrección” de los cuerpos por parte de la medicina es la respuesta social.

Desde el activismo intersexual (ACT), se configura una coalición discursiva que denuncia la patologización y medicalización de los cuerpos intersexuales como mecanismos de exclusión social. En esta narrativa, la intervención médica, especialmente las cirugías irreversibles en la infancia, se conceptualiza como “mutilaciones genitales”, lo que supone una violación a los derechos humanos y una negación de la autonomía corporal. La estrategia discursiva de esta coalición radica en la re-significación de la intersexualidad como parte de la diversidad corporal humana y en la exigencia de políticas que garanticen el reconocimiento y la autodeterminación de las personas intersexuales.

Por otro lado, la comunidad médica (C.M) conforma una coalición discursiva centrada en la noción de corrección corporal como una necesidad médica. Desde esta perspectiva, la intersexualidad se inscribe en un marco biomédico que justifica la intervención temprana bajo el argumento del bienestar del paciente. La medicina, concebida como una disciplina orientada a “arreglar” aquello que no funciona correctamente, defiende la vigilancia y el ajuste de los cuerpos intersexuales con base en evidencia científica. Un ejemplo de esta postura se refleja en la intervención de la representante de la comunidad médica en la Jornada MINSAL:

Las hernias inguinales deben operarse en todos los niños, tienen indicación quirúrgica al diagnóstico, porque puede pasar a una tripa y esta tripa puede traducirse en que finalmente te mueres y ya, es necesaria la supervisión desde que nace (Dra. Yanes (CM) Jornada MINSAL).

El discurso se tensiona aún más con la reflexión en torno a la despatologización. Esta se argumenta desde la perspectiva de los derechos humanos respecto a la autonomía e integridad corporal y el reconocimiento de la diversidad corporal como una realidad humana, lo que sería sinónimo de bienestar para las personas intersexuales presentes, y una obligatoriedad, en el marco de tratados firmados y ratificados por Chile, para la institucionalidad. Respecto a esta noción, la comunidad médica enuncia que, al

despatologizar la experiencia intersexual, se “naturaliza” una enfermedad, lo cual sería una rotunda e injustificada irresponsabilidad médica, estatal y social⁴⁴.

Por su parte, la institucionalidad (INST) se encuentra en una posición de crisis discursiva, pues oscila entre dos narrativas en tensión. Por un lado, desde un discurso moral y normativo, se alinea con la perspectiva del activismo intersexual al reconocer la obligación del Estado de garantizar los derechos humanos, la autonomía corporal y el reconocimiento de la diversidad. Sin embargo, en la práctica, su postura también se ve influida por el temor a las consecuencias advertidas por la comunidad médica, como el abandono del paciente ante la falta de intervenciones correctivas.

Esta disputa discursiva evidencia cómo las coaliciones construyen marcos de interpretación que buscan legitimar sus posiciones dentro del debate público. Mientras el activismo intersexual impugna la lógica biomédica a través de una narrativa de derechos y autonomía, la comunidad médica refuerza la necesidad de intervención a partir de argumentos científicos y técnicos. En este escenario, la institucionalidad enfrenta la dificultad de articular un discurso coherente que concilie estas posiciones en conflicto, lo que genera ambigüedades en la formulación e implementación de políticas públicas.

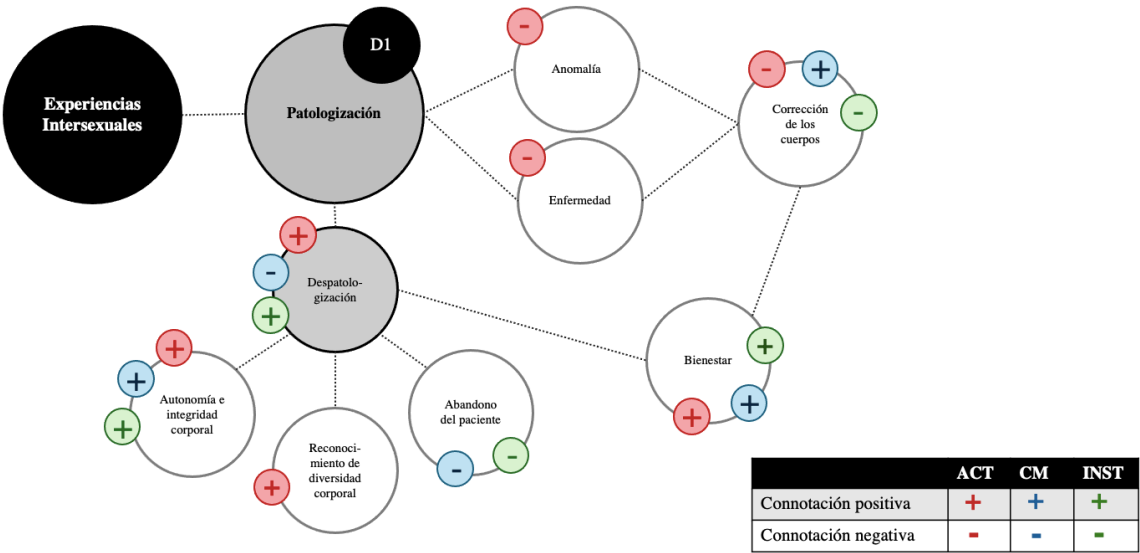


Figura 21: C.D “Patologización”. Fuente: Etnografía institucional 2022-2024. Elaboración propia.

⁴⁴ García (2019) enuncia el término “biopolítica social” donde se entiende que cada persona es responsable de su cuerpo y, en gobiernos neoliberales, se entiende como “empresario de sí mismo”. Cualquier ejecución o abstención de gestiones propias a la salud serán deberes y obligaciones personales. En este caso, no optar por el seguimiento sanitario, sería una especie de “culpa” que para la comunidad médica debe asumir la propia persona intersexual.

2. Violencia en tratamiento sociomédico

Esta coalición surge a partir de la denuncia contra el Estado de Chile por la violación sistemática de estos derechos, una acusación respaldada por organismos internacionales y reconocida tanto por el activismo como por sectores de la institucionalidad e, incluso, por algunas partes de la comunidad médica.

Desde la perspectiva del activismo (ACT), la urgencia por resolver la angustia familiar ante el nacimiento de un “cuerpo ambiguo” ha legitimado la conformación de redes institucionales —biomédicas y legislativas— orientadas a reducir la incertidumbre lo antes posible (Semler, 2010). Los testimonios de activistas intersexuales evidencian cómo estas redes han operado históricamente para “borrar” la intersexualidad desde el ámbito biomédico, con el respaldo de las familias, quienes validan dichas intervenciones. Como resultado, en la mayoría de los casos, se produce una falta de reconocimiento familiar de la identidad intersexual.

Otro tipo de violencia se manifiesta en la interacción de las personas intersexuales con el sistema de salud en la edad adulta. Muchas veces, sus vivencias son categorizadas erróneamente bajo la identidad “trans”, lo que refleja una deficiencia en la formación profesional sobre salud intersexual. Además, el uso excesivo de un lenguaje técnico, en muchos casos incomprensible para quienes buscan atención, profundiza la exclusión y dificulta el acceso a una atención adecuada.

Frente a la presión de organismos internacionales para reconocer esta violencia biomédica, la respuesta institucional (INST) ha consistido en la emisión de circulares ministeriales destinadas a regular las prácticas médicas. No obstante, estas medidas resultan insuficientes tanto para el activismo como para la comunidad médica. Desde una perspectiva antropológica, Cris Shore (2010, 2012) advierte que las políticas públicas no son solo instrumentos normativos, sino también artefactos culturales que reflejan relaciones de poder y producen efectos discursivos. En este caso, al no tener carácter coercitivo ni rango de ley, las circulares quedan sujetas al criterio del equipo médico tratante, sin garantizar un cambio estructural en la práctica. Así, en ausencia de mecanismos efectivos de sensibilización y seguimiento, persiste el modelo sociomédico tradicional como discurso hegemónico.

Estas dinámicas generan contradicciones dentro del propio campo médico (C.M). Aunque algunos profesionales reconocen que en el pasado ciertos médicos pudieron haber ejercido violencia sobre las personas intersexuales, insisten en que actualmente estas prácticas han desaparecido, debido a un cambio de paradigma impulsado por casos emblemáticos como el “caso Talca”⁴⁵. Sin embargo, simultáneamente, muchos de estos mismos actores defienden la continuidad de las cirugías de normalización.

Finalmente, la redacción de una nueva circular ministerial encuentra un punto de consenso y, por ende, una reconfiguración del discurso (Hajer, 2002, 2005), al adoptar un cambio terminológico: la intersexualidad pasa a ser denominada “variaciones de las características sexuales”. Este cambio textual, si bien busca responder a las demandas de reconocimiento, no garantiza por sí solo una transformación en la práctica, lo que refuerza la importancia de analizar las políticas públicas no solo en su dimensión normativa, sino en su impacto real sobre las vidas de las personas afectadas (Shore, 2012).

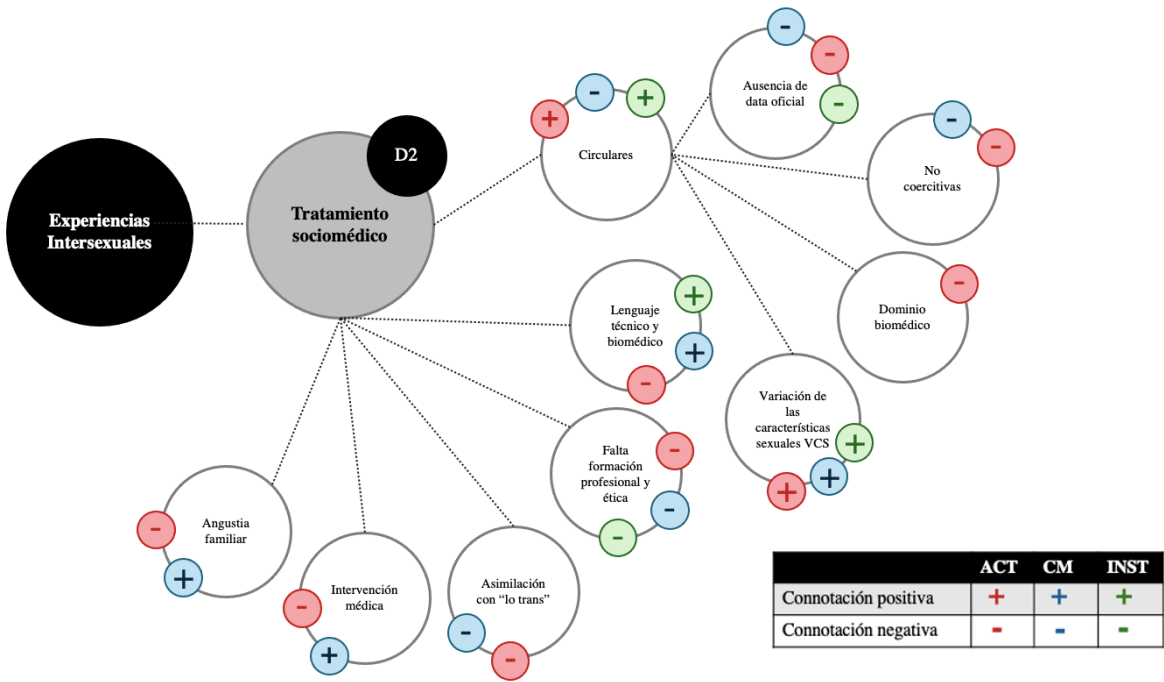


Figura 22: C.D “Violencia sociomédica”. Fuente: Etnografía institucional 2022-2024. Elaboración propia

⁴⁵ Caso de denuncia internacional por cirugía realizada a neonato sin consentimiento en 1993. Tras años de litigios, se otorgó una indemnización económica por daño moral al afectado.

3. Imposición del sistema binario sexo-género

La imposición de una lógica binaria de sexo y género constituye uno de los discursos más arraigados y con mayor impacto negativo para las personas activistas intersexuales. Desde su perspectiva, la interconexión entre la familia y el sistema sanitario genera un ecosistema que se refuerza y legitima mutuamente, ejerciendo una presión constante sobre sus cuerpos para encajar dentro del binomio hombre/mujer.

Desde la perspectiva del activismo (ACT), la experiencia del cuerpo diverso está marcada por situaciones de connotación negativa que evidencian un proceso de toma de conciencia sobre la distancia entre el cuerpo propio y las expectativas sociales. Los testimonios expuestos durante las sesiones destacan emociones como la angustia, así como mecanismos de defensa que incluyen la vergüenza y el ocultamiento de la diversidad corporal. Este proceso de subjetivación se da en un contexto donde la normatividad biomédica y social actúa como un dispositivo de regulación de los cuerpos.

Por su parte, la comunidad médica (C.M) no reconoce explícitamente la imposición del sistema sexo/género en el diagnóstico y tratamiento biomédico. Sin embargo, esta negación se contradice con sus propias prácticas. Un ejemplo señalado por el activismo es la priorización de la capacidad reproductiva en la construcción de los cuerpos intersexuales, por encima del derecho al placer y la autodeterminación corporal. Ante esta crítica, la comunidad médica justificó su enfoque con argumentos normativos, como lo expresa la Dra. Yanes durante la Jornada MINSAL (enero 2023): “Nosotros no estamos aquí para fines estéticos, estamos aquí para resolver lo de la funcionalidad. Por ejemplo, que, si una persona quiere ser madre, pueda serlo. Eso no se le puede negar a una mujer”.

Esta afirmación evidencia cómo la medicina sigue operando bajo una lógica binaria y reproductivista, donde la intervención sobre los cuerpos intersexuales no responde a una necesidad médica objetiva, sino a una normatividad social que dicta qué cuerpos son válidos y funcionales (Martín, 1987, 1991).

Desde el ámbito institucional (INST), se reconoce la dicotomía sexo/género (hombre/mujer) como un sistema de categorías presente en los documentos registrales oficiales. Esta estructura es fundamental para la elaboración de políticas públicas, ya que permite su diseño en función de lo cuantificable. Sin embargo, esta misma lógica ha invisibilizado históricamente a las personas intersexuales. Como respuesta, se ha

propuesto la creación de una tercera casilla de “indeterminado” al momento del nacimiento.

No obstante, esta medida genera una contradicción evidente dentro del discurso institucional. Por un lado, se plantea como un esfuerzo para garantizar la autonomía e integridad corporal; por otro, su implementación facilitaría la intervención médica temprana en función de lo que los organismos de salud consideren las “mejores expectativas” para estos cuerpos, lo que en la práctica refuerza la normalización binaria. Como advierte Hajer (2002, 2005), las soluciones burocráticas no son neutrales, sino que están enmarcadas en discursos preexistentes que delimitan lo que es posible dentro de las instituciones. En este caso, la casilla de “indeterminado” es una propuesta que, aunque parece reconocer la diversidad corporal, sigue operando bajo la lógica de la clasificación estatal, reproduciendo el poder institucional sobre los cuerpos intersexuales.

Por su parte, tomando a Smith (2005) enfatiza que las instituciones no solo organizan prácticas, sino que también producen discursos y regulan la vida cotidiana a través de textos, procedimientos y normativas. En este sentido, la propuesta de una casilla de “indeterminado” puede analizarse como parte de una lógica institucional que, bajo la apariencia de reconocimiento, sigue inscribiendo los cuerpos intersexuales dentro de marcos administrativos que perpetúan la vigilancia y la intervención.

De esta forma, esta propuesta institucional generó tensiones tanto en el activismo intersexual como en la comunidad médica. Mientras que dentro del activismo no existe consenso sobre la implementación de esta categoría registral, desde el ámbito médico se percibe como una imposición identitaria para los pacientes. Esta postura revela cómo el poder médico distingue selectivamente entre las formas de intervención que considera legítimas (las realizadas desde el ámbito clínico) y aquellas que percibe como injerencias externas (las provenientes del ámbito político-administrativo).

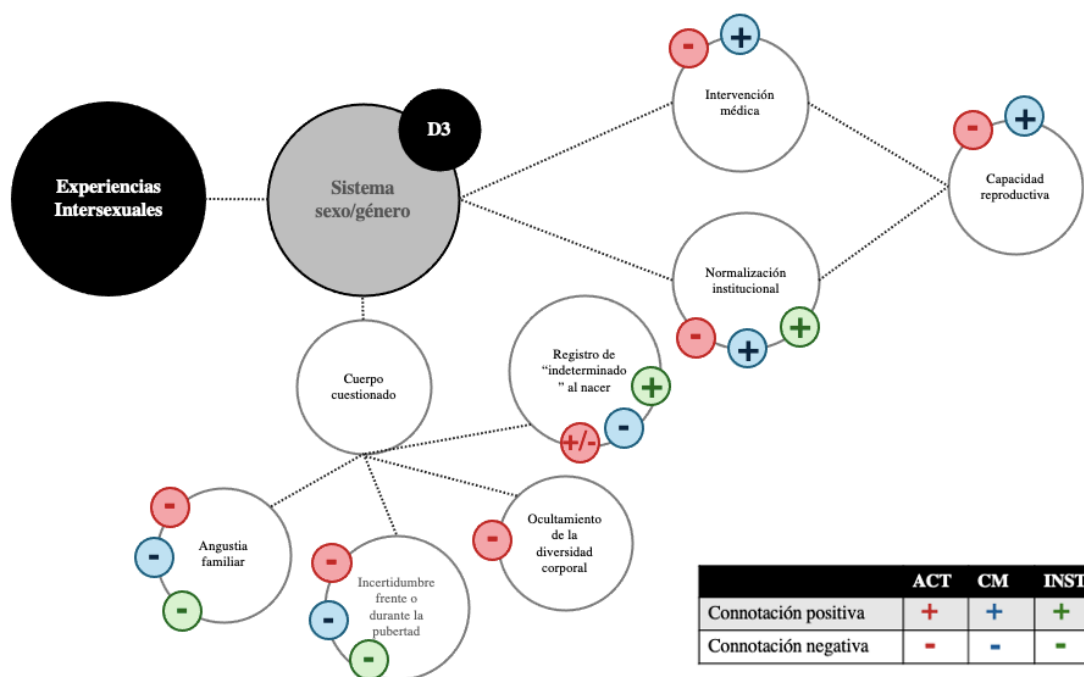


Figura 23: C.D “Imposición sistema sexo/género”. Fuente: Etnografía institucional 2022-2024. Elaboración propia

4. Activismo intersexual

A diferencia de otras coaliciones discursivas previamente analizadas, el activismo intersexual presenta narrativas predominantemente positivas en términos de identidad y comunidad, al menos en lo que se manifiesta públicamente. Para las personas activistas (ACT), el activismo no solo representa una plataforma de lucha política, sino también un espacio de reconocimiento mutuo, donde encontrar a otros “iguales” facilita la construcción de una identidad colectiva y una comprensión más profunda de sí mismas.

Sin embargo, en términos de coaliciones discursivas (Hajer, 2002, 2005), el activismo intersexual no es monolítico, sino que está compuesto por distintas agrupaciones que, aunque comparten objetivos generales como la autonomía corporal y la despatologización, difieren en sus estrategias y demandas específicas. Estas diferencias han dado lugar a la consolidación de una coalición discursiva dominante dentro del activismo, en la que una de las agrupaciones y su representante han adquirido mayor visibilidad y legitimidad en la interlocución con el Estado. Como resultado, otras voces dentro del activismo han ido perdiendo espacio, evidenciando los desafíos de representación y poder dentro de los movimientos sociales.

Otro aspecto clave dentro de estas coaliciones discursivas es el costo emocional de la participación activista. La exposición pública de la experiencia intersexual en espacios políticos, aunque necesaria para incidir en políticas públicas, ha generado desgaste en muchas personas, llevándolas a abandonar el activismo debido a la carga emocional que implica la constante exposición y negociación con instituciones y actores que cuestionan sus demandas.

Desde el ámbito médico (C.M), si bien el activismo denuncia la imposición del poder biomédico sobre los cuerpos intersexuales, la etnografía institucional (Smith, 2005) sugiere que la coalición discursiva médica no se posiciona directamente en oposición al activismo, sino que emplea una estrategia de legitimación científica. En este sentido, la comunidad médica cuestiona la validez científica de las demandas activistas, presentándolas como “poco rigurosas” y argumentando la baja prevalencia de la intersexualidad en Chile como un factor que relativiza la urgencia de estas reivindicaciones dentro del sistema de salud.

Por su parte, la institucionalidad (INST) ha mostrado una actitud ambivalente frente a las demandas del activismo intersexual. Si bien reconoce y valida la existencia de problemas asociados a la atención médica y el reconocimiento legal de las personas intersexuales, su discurso y accionar están moldeados por una lógica burocrática que prioriza la administración de los conflictos sobre la transformación estructural (Shore, 2010, 2012). De este modo, más que “activar” el cambio social, la función del Estado se limita a analizar la factibilidad técnica de implementar soluciones dentro del marco normativo existente, lo que muchas veces resulta en medidas insuficientes o en la reproducción del status quo.

En este contexto, la producción de circulares ministeriales y otros mecanismos administrativos para abordar la situación intersexual en Chile ejemplifica cómo las instituciones utilizan el lenguaje burocrático para enmarcar los problemas de manera que sean gestionables dentro de los límites del sistema, sin desafiar de manera efectiva las estructuras de poder que sostienen la patologización y normalización de los cuerpos intersexuales.

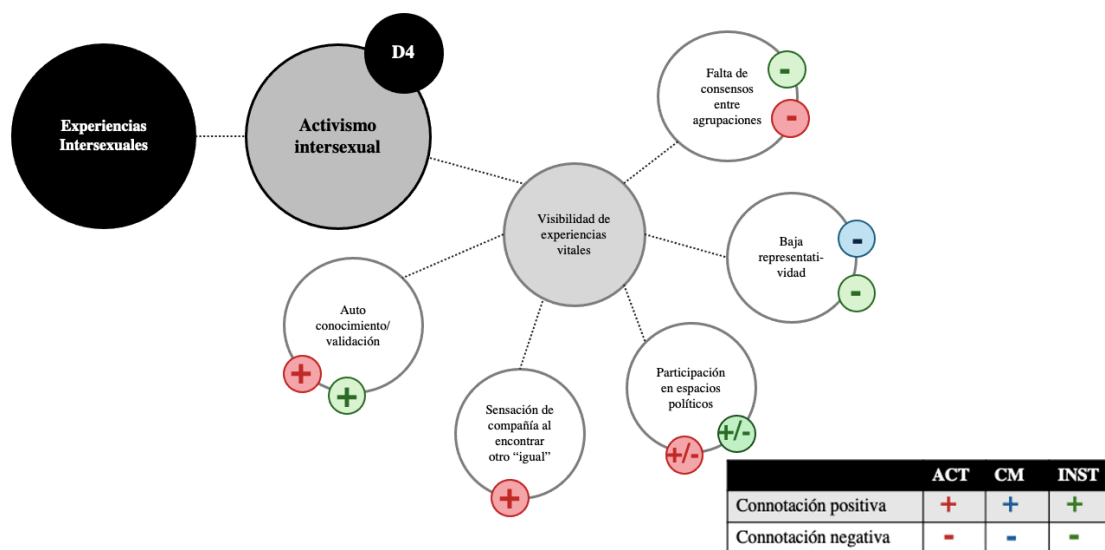


Figura 24: C.D “Activismo”. Fuente: Etnografía institucional 2022-2024. Elaboración propia.

4. Cierre del capítulo

Al escribir este capítulo, me acompañó la lectura de *Los anormales* de Foucault (2001[1975]), lo que me permitió identificar similitudes y continuidades en la historia chilena del tratamiento sociomédico de la intersexualidad. Un caso paradigmático que expone el autor es el del hermafrodita de Rouen en el siglo XVII. Foucault señala que esta persona intersexual fue “descubierta” debido a su presunta “mala” elección de género, es decir, una identidad considerada contraria a su “sexo verdadero” o sexo de nacimiento. Como consecuencia, su destino quedó en manos del veredicto médico.

Este caso marcó un punto de inflexión en el discurso médico, que hasta entonces había permanecido impermeable al tema de la sexualidad. Según Foucault, con este episodio se abre por primera vez un espacio para hablar sobre sexualidad dentro del ámbito médico, aunque de manera ambigua y contradictoria (pp. 77). La intersexualidad, en este contexto, no solo introduce un nuevo objeto de estudio, sino que también genera incertidumbre y tensión en el saber médico, reafirmando la estructura binaria de género y sexualidad (heterosexual y cisgénero).

Si bien podría pensarse que el reconocimiento de los cuerpos intersexuales y la apertura de la medicina a hablar de sexualidad contribuirían a una mayor aceptación de estas vivencias, en realidad ocurrió lo contrario. En el caso expuesto por Foucault, la

intersexualidad fue teorizada bajo la noción de monstruosidad: un cuerpo condenado a ser moldeado y corregido (pp. 78). Tres siglos después, Gregorio Marañón continuaría con esta lógica al “experimentar” con cuerpos intersexuales, consolidando así un discurso biomédico patologizante que perduró en Chile durante décadas.

Las primeras regulaciones del tratamiento sociomédico (circulares N.18/2015 y N.7/2016), fueron dominio exclusivo del conocimiento parcial de personas consideradas expertas (comunidad médica y MINSAL), generándose una preocupación entre el ámbito público debido a que diversos agentes se presentaron como insatisfechos ante las decisiones tomadas y, por ende, con la práctica⁴⁶. En este marco, emergía un nuevo actor: el activismo intersexual.

En la actualidad, la *cuestión intersexual* ha cobrado relevancia debido a las presiones de organismos internacionales que abogan por el derecho a la autonomía e integridad corporal. Este contexto ha propiciado la movilización de personas intersexuales adultas en busca de cambios legislativos e institucionales, señalando a la comunidad médica como un actor históricamente opresor. En este campo de disputa, el activismo, la comunidad médica y la institución gubernamental se presentan como únicos protagonistas del debate.

El problema central del debate fue la patologización de la intersexualidad. Inicialmente, la prohibición de intervenciones médicas innecesarias parecía la solución más adecuada para los nuevos discursos emergentes. Sin embargo, el activismo intersexual no logró posicionar la práctica biomédica como una forma de violencia estructural dentro del sistema binario de género. A medida que avanzaban las negociaciones, el discurso activista se fue moderando y perdiendo su radicalidad, hasta convertirse en un discurso más conciliador y menos desafiante para el orden social establecido. Esto confirma la advertencia de Foucault (2001[1975]) sobre la capacidad de los sistemas de poder para asimilar y reconfigurar las resistencias, incorporándolas en nuevos dispositivos de normalización más sofisticados, pero igualmente efectivos.

Así, activistas, tecnócratas y médicos llegaron a un consenso: si bien el sistema cultural no podía modificarse únicamente mediante instrumentos institucionales, sí era posible generar cambios simbólicos en el lenguaje. Como resultado, se adoptó el concepto de

⁴⁶ En el caso de la primera circular N°18, fue la comunidad médica y familias quienes solicitaron su revocación. Para la circular N°7, fue el activismo e instancias internacionales quienes ejercieron presión para su eliminación.

“Variaciones de las Características Sexuales” en documentos oficiales, mientras que se mantuvo la expresión “Desarrollo Sexual Diferente” dentro del ámbito médico. Esta paradoja puede explicarse desde dos perspectivas.

En primer lugar, las presiones internacionales situaron el tema en la agenda gubernamental, exigiendo una respuesta inmediata. Sin embargo, estas presiones no establecían lineamientos claros sobre cómo proceder ni hasta qué punto intervenir. Esto llevó a la generación de un producto normativo (una nueva circular) que cosificó la experiencia intersexual sin abordarla en profundidad. Como señala Shore (2012), las políticas públicas suelen responder a imperativos globales sin cuestionar los marcos normativos preexistentes, lo que perpetúa estructuras de poder en lugar de transformarlas.

El segundo elemento se refiere a la acción estratégica que influyó en la construcción social del problema de la intersexualidad. La controversia sobre el tratamiento sociomédico no solo reflejó las diferencias entre el discurso médico, el institucional y el inicialmente desafiante discurso del activismo, sino que también evidenció las negociaciones entre los actores para delimitar ‘el problema de la intersexualidad’ dentro de parámetros claros y manejables.

Estas negociaciones fueron posibles porque la comunidad médica buscaba demostrar que sus argumentos se basaban en una ciencia ‘adecuada’ y no en intereses políticos propios; el activismo intentaba evitar ser percibido como radical o utópico, y la institucionalidad deseaba mantener una imagen de ‘objetividad’ y eficiencia.”

No obstante, el limitado y contradictorio núcleo de reflexión dentro de la institucionalidad privilegió los recursos médicos sobre los sociales, al aceptar categorías del discurso disciplinario que incorporaban valores culturales y evidenciaban estructuras de poder inherentes (Van Dijk, 2006, 2011a, 2011b).

Por ejemplo, aunque el equipo del MINSAL pertenece al funcionariado público, sus integrantes son médicos de profesión, lo que favoreció alianzas discursivas con la comunidad médica. Estas alianzas se manifestaban en el uso de un lenguaje técnico compartido, en el cuestionamiento de la representatividad del activismo debido a la falta de datos oficiales y en la justificación de argumentos médicos en la práctica, como la realización de cirugías ‘urgentes’ o la prevención del ‘abandono del paciente’.

Dicha dinámica no se replicó con el activismo intersexual, salvo por la alianza de su representante con la institucionalidad, cuyo objetivo era promover una nueva circular ‘en

contra' de la comunidad médica. Sin embargo, esta última nunca aparece como responsable en los textos, ya que la redacción estratégica institucional la presenta como un ente despersonificado y pasivo, evitando así una confrontación directa con el dispositivo médico.

Finalmente, este proceso demuestra cómo las coaliciones discursivas estructuran y limitan el debate sobre la intersexualidad. En este caso, el mantenimiento de paradigmas biomédicos tradicionales tuvo un efecto discursivo (Iñiguez & Antaki, 1994) que restringió la legitimidad de las narrativas intersexuales, desacreditando sus saberes y experiencias (Tuana, 2006). Así, el debate se redujo a un simple status quo de diálogo cerrado y vertical entre dispositivos médicos y gubernamentales.

Para comprender mejor estas dinámicas, es útil examinar el caso español. Platero (2020) y Suess (2018) han analizado cómo el activismo intersexual ha influido en la legislación, introduciendo conceptos como “despatologización” y “autodeterminación”. Ambos autores aceptan que existe un evidente avance en el reconocimiento, pero para lograr ese avance se ha propiciado una homogenización que excluye a, por ejemplo, personas intersexuales más vulnerables, presas, pobres, racializadas o ancianas, lo que presenta limitaciones significativas en la redistribución.

En el caso de Chile, si bien el territorio parece abrirse a la posibilidad de un ‘devenir intersexual’ —como consecuencia de que el poder institucional permitirá su conteo oficial y, por ende, su *existencia*—, surge la pregunta: ¿de qué experiencia intersexual estamos hablando?

Según Smith (2005), es fundamental mantenerse alerta ante el discurso institucional, ya que este puede desplazar y reprimir a aquellos agentes que no encajan en sus categorías. Asimismo, tiene el poder de ubicar sujetos descorporizados, incluso cuando el eje central de los documentos son las intervenciones sobre sus cuerpos (p. 165).

A través de este análisis del corpus compuesto por documentos de repositorios institucionales, etnografía y avances textuales he pretendido evidenciar cómo las prácticas institucionales tienden a borrar la singularidad de las experiencias con el fin de controlarlas. Por esta razón, los resultados obtenidos se presentan como herramientas clave para restituir una visión integral y visibilizar aquellos márgenes de participación y representatividad que parecen difusos. En este sentido, el análisis de las circulares ministeriales como tecnologías de gubernamentalidad revela no solo el carácter

performativo de la política pública, sino también las formas específicas en que el Estado chileno adopta y reconfigura conceptos y categorías transnacionales para ajustarlos a marcos normativos locales, generando así una apropiación selectiva de narrativas despatologizantes que, paradójicamente, puede reforzar prácticas normalizadoras.

En la siguiente parte abordaré el análisis de las narrativas intersexuales, tanto de quienes se adscriben al activismo como de quienes no, explorando el impacto de estos discursos en sus vivencias. Este enfoque permitirá captar la textura del relato vivido y evitar la homogenización de la experiencia.

CUARTA PARTE

LO QUE ELLAS DICEN (Y NO DICEN):
ANÁLISIS DE LA ETNOGRAFÍA
INTERSEXUAL

Procesos de conformación y estrategias de reconfiguración subjetiva

De todas las secciones que componen esta tesis, esta ha sido, sin duda, la más desafiante. La escritura trascendió la mera búsqueda bibliográfica o teórica, obligándome a revivir cada palabra y gesto experimentado durante el trabajo etnográfico. En este proceso, situé mi propia subjetividad, comprendiendo las tomas de posición y decisiones que emergieron en este campo específico (Bourdieu & Wacquant, 1995).

Probablemente por esta razón, de manera consciente y casi deliberada, dejé este capítulo para el final, tanto en el orden de la tesis como en el proceso de escritura. Lo hice esperando adoptar una postura reflexiva sobre todo el material recopilado, así como recordar y procesar las diversas emociones que implicó el “estar allí” (Geertz, 2004 [1988]).

Mi recorrido etnográfico estuvo guiado por premisas fundamentales. Por un lado, me interesaba comprender cómo las experiencias individuales reflejan las estructuras y relaciones sociales subyacentes. Por otro, buscaba un enfoque analítico singularizado que me permitiera explorar las agencias en su dimensión tanto estructural como individual, centrándome en cómo las personas negocian sus trayectorias según sus posiciones sociales, recursos disponibles y estrategias específicas.

Tenía claro mi interés en trabajar con personas visibles e involucradas en el activismo, pues esto permitía entender los itinerarios, “arquetipos intersexuales” y posturas colectivas características de ciertos sujetos con discursos y prácticas derivados de la experiencia activista (Capítulo II). Sin embargo, al iniciar esta investigación, comprendí que, dentro del universo de personas intersexuales, quienes son activistas constituyen una minoría. Aunque suelen ser quienes tienen menos inconvenientes para hablar del tema —lo que facilitaba el acceso y el inicio del trabajo de campo—, también me interesaba conocer las experiencias de quienes, desde el silencio y muchas veces desde el anonimato, transitan su vida cotidiana encarnando un cuerpo intersexual.

En este contexto, decidí integrarme a una agrupación intersexual, lo que me brindó acceso a espacios privilegiados, como reuniones exclusivas donde desarrollé etnografía institucional (Capítulo V). Esta experiencia resultó clave para comprender el funcionamiento de los movimientos intersexuales y analizar, desde una perspectiva

contemporánea, la articulación de los dispositivos institucionales y las estructuras que configuran las experiencias intersexuales en Chile.

Paralelamente, procuré aproximarme a discursos diversos y heterogéneos de personas intersexuales no activistas ni visibles. Aquí, la perspectiva de la antropología de la subjetividad resultó fundamental, pues me permitió reconocer y valorar la multiplicidad de voces y realidades. Esto facilitó la triangulación del material etnográfico a partir del análisis de los ejes que configuran a los sujetos y amplió mi comprensión, brindándome una mirada más rica y plural de la realidad social estudiada.

Fue esencial comprender que las subjetividades intersexuales constituyen un proceso y una trayectoria vital, donde la “intersexualización” se revela como un fenómeno dinámico, orientado a alinear la expresión visible del cuerpo con la manera en que es imaginado, significado, socializado y experimentado. El cuerpo aquí emerge como una construcción cultural tanto colectiva como íntima: se aprende y se sufre, se asigna y se resiste. Es también un producto del lenguaje y sus significados, un organismo que requiere ser inscrito en las redes del discurso, transformándose en un cuerpo “hablado”.

A continuación, presento el análisis y los resultados de la investigación etnográfica sobre experiencias intersexuales en Chile. Este capítulo profundiza específicamente en los “Procesos de conformación y estrategias de reconfiguración subjetiva”, aunque dialoga constantemente con los hallazgos previos sobre las “Relaciones de poder y saber en los discursos sobre la intersexualidad” y la “Relación entre experiencias intersexuales y dimensiones estructurales” desarrollados en los Capítulos I, II y V.

Mi análisis emerge de cinco dimensiones fundamentales identificadas como significativas para las personas entrevistadas, organizadas en capítulos: el diagnóstico como “punto de partida”, la “gestión médico-institucional”, la “gestión de lo cotidiano”, el “activismo” y “Lo no abarcado en el discurso”. Estas dimensiones iluminan el “devenir intersexual” a través de experiencias vividas en distintas etapas, incorporando perspectivas de *mapadres* y profesionales médicos involucrados en este proceso.

Cada capítulo finaliza con un análisis estructurado mediante cinco categorías analíticas detalladas previamente: *Disposiciones encarnadas, actos de legitimación o subversión, tramas de poder y afecto, reconfiguración corporal y prácticas de autoconstrucción.*

Estas dimensiones etnográficas y categorías analíticas se entrelazan formando una matriz interpretativa que captura la complejidad del devenir intersexual en sus múltiples temporalidades y espacialidades. Las disposiciones encarnadas, por ejemplo, se manifiestan distintamente en el momento diagnóstico —donde predominan los discursos médicos— respecto a la gestión cotidiana, donde estos esquemas se transforman mediante experiencias alternativas. Similarmente, las prácticas de autoconstrucción evolucionan desde respuestas iniciales al diagnóstico hasta elaboraciones complejas en contextos activistas. Mi enfoque no pretende aplicar estas categorías de manera rígida, sino exponer sus desbordes teóricos y limitaciones etnográficas, generando reflexión crítica sobre las mismas.

El análisis propuesto navega tensiones ineludibles: reconocer la agencia sin romantizarla e identificar estructuras de poder sin reducir a los sujetos a meros productos de estas. Aunque categorías como “actos de legitimación o subversión” podrían interpretarse desde una mirada excesivamente politizada, esta investigación ha sido sensible a la diversidad de posicionamientos subjetivos, incluyendo aquellos no articulados explícitamente como resistencias, evitando imponer narrativas heroicas sobre experiencias fundamentalmente complejas y ambivalentes.

Mediante la triangulación de datos, busco contribuir a una comprensión matizada de las subjetividades intersexuales, visibilizando tanto desafíos como estrategias desarrolladas para habitar y redefinir estas experiencias. Este abordaje responde a cómo se encarnan las subjetividades intersexuales en Chile desde múltiples perspectivas: como procesos históricos atravesados por discursos médico-jurídicos, como experiencias íntimas de negociación con normas corporales hegemónicas, y como posicionamientos políticos diversos que abarcan desde la adaptación estratégica hasta la transformación de los marcos de inteligibilidad corporal y genérica.

Capítulo VI

Polifonías del devenir intersexual

Subjectivity is the basis of 'agency', a necessary part of understanding how people (try to) act on the world even as they are acted upon.

(Ortner, 2005, p. 34)

1. Construcción/transformación de subjetividades intersexuales: El punto de partida

El punto de partida para comprender qué significa para los sujetos intersexuales la propia experiencia intersexual, implica reconocer que la vivencia está sujeta a un hito revelador; el momento específico en el que se recibe un “diagnóstico” o se confiesa el secreto familiar, el cual es recepcionado, entendido e internalizado por la propia persona, marcando así el comienzo de diversas formas de encarnar la intersexualidad.

Si bien, antes de este hito, la persona intersexual ya lo era desde un punto de vista biológico; la revelación de esta información constituye un momento disruptivo en la gestión de su propia subjetividad. Esto debido a que este hito revelador es una vivencia profundamente sensible y encarnada, donde nuevas sensaciones se arraigan en el cuerpo como fuente de experiencia y como base para ser y estar en el mundo de manera práctica.

Toda experiencia, además de su dimensión sensible, posee una dimensión interpretativa, a partir de la cual se busca comprender y dar sentido a la propia existencia y acciones. Aquí, entonces, la experiencia de recibir esta nueva información no se limita al ámbito subjetivo de quien la vive; es también un fenómeno discursivo que implica la reproducción o cuestionamiento de estructuras de poder y normatividades donde es “disputada”, porque lo que se define como una experiencia válida o legítima depende de las relaciones de poder que determinan qué voces son escuchadas y cuáles son silenciadas (Scott, 2001).

Los momentos en que se recibe esta información es variada, pero logré sistematizarla en tres grandes circunstancias. La primera, está dada por un momento en la adolescencia donde se revela el diagnóstico, el cual viene a enunciar las intervenciones no consentidas durante la infancia y a explicar las cicatrices y dudas corporales de la pubertad. La

segunda circunstancia está dada por un diagnóstico que llega en la adultez, sin antecedentes médicos, ni secretos, ni sospechas previas. Esto puede deberse a la falta de acceso a exámenes específicos, al tipo de intersexualidad (no evidente en la genitalidad) o porque no se percibió como un “problema” significativo en su cuerpo durante las distintas etapas de la vida. Y, la tercera, los casos minoritarios en esta investigación, fueron cuerpos no sometidos a intervenciones por decisión familiar, como una especie de consenso donde las razones varían. Sin embargo, en todas las circunstancias, recibir dicha información e internalizarla, implica agenciar el “devenir intersexual” y, con ello, un entramado de estrategias propias que transforman sus subjetividades.

Desde esta perspectiva, la experiencia de “devenir intersexual” implica una búsqueda de reconocimiento y legitimidad dentro de las condiciones históricas y discursivas de cada sociedad. La subjetividad intersexual, por tanto, no es solo un efecto de estos marcos, sino también un acto de apropiación de la propia experiencia, donde lo vivido se inscribe en los modos de narrarla y resignificarla dentro de los marcos sociales disponibles.

De esta manera, las reacciones inmediatas ante el conocimiento de su diagnóstico de intersexualidad suelen estar marcadas tanto por dinámicas familiares (preguntas, resistencias, búsqueda de contención y malestares), como por interacciones en el ámbito médico. En este último, las personas deben aprender a entender lo que la comunidad médica les presenta como una “enfermedad”, junto con su evolución, control, tratamiento y posibles efectos. Estos “aprendizajes” se desarrollan principalmente dentro de la relación médico-paciente, donde los discursos biomédicos cobran protagonismo. Sin embargo, también existen otros aprendizajes que trascienden esta relación y que están relacionados con aspectos más amplios de la vida cotidiana, como la gestión de recursos y las estrategias que se despliegan día a día para lidiar con las demandas, expectativas y desafíos que conlleva la experiencia intersexual.

Aunque las experiencias “después del diagnóstico” son diversas y heterogéneas, todas comparten la gestión de encarnar un diagnóstico que implica enfrentar situaciones emocionalmente intensas y variadas, con un constante intento de darle sentido a la experiencia, buscando respuestas al inevitable “¿por qué a mí?”

El objetivo de este capítulo es explorar las trayectorias de las personas intersexuales a partir de sus propios relatos, prestando especial atención al momento inicial del diagnóstico y las reacciones ante esta revelación, especialmente durante la infancia y adolescencia, así como los distintos procesos, decisiones, oportunidades que constituyen

el momento posterior a la revelación de dicha información, como expongo en la siguiente figura.

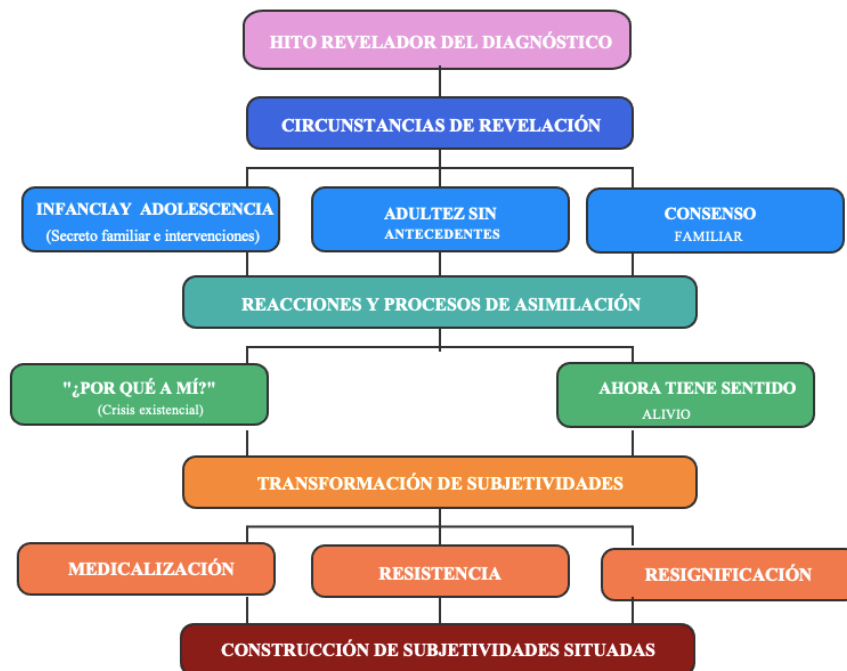


Figura 25: Construcción de subjetividades intersexuales: elementos y procesos clave. Elaboración propia

1.1 ¿Cómo descubriste tu intersexualidad?: Un pasado que explica el presente

Al inicio de las entrevistas, al preguntarles cómo habían “descubierto” su intersexualidad, un pensamiento persistente me asaltaba: “¿Lo estaré haciendo bien? ¿Será esta la pregunta correcta?”. Sin embargo, lo que encontré en la mayoría de las respuestas fueron expresiones de aceptación y relatos cuidadosamente estructurados que reconstruían hitos pasados para explicar su presente.

La primera persona que entrevisté, quien me hizo comprender lo “necesaria” que parecía esta pregunta para abordar su “devenir intersexual” y con quien, además, desarrollé el vínculo más fuerte a lo largo de este proceso, me relató detalladamente cómo un contexto de experiencias médicas previas le habían parecido algo “normal” hasta el momento en que las “personas adultas competentes” decidieron que era el tiempo adecuado para revelar el secreto. En su testimonio, esa revelación marcó un punto de inflexión que desencadenó una resignificación de su identidad y una relectura de sus experiencias pasadas a la luz de una nueva comprensión sobre sí misma.

Cuando niña, te tocan estas citas con los pediatras... las de siempre, o al menos eso era o que entendía yo en mi mente de niña sobre esas citas de seguimiento. Como era costumbre, llegó el día de mi cita y yo pensé que era el pediatra que me veía siempre, pero como ya había cumplido 12 años, me da una sorpresa enorme, ¡lo recuerdo como si hubiese sido ayer! Fueron demasiadas emociones en un mismo día.

Bueno, llega mi turno y el doctor se aparece, lee mi ficha médica y me mira de reojos primero, y después fijamente, me dice: “no es fácil, pero haremos todo lo posible. Te vamos a ayudar, tú tranquila”. Me llene de mucho miedo. Mis pensamientos se direccionaron a que tenía una enfermedad mortal, que me quedaba muy poco tiempo de vida o que tenía algo contagioso. No sé, me pasaron mil cosas por la cabeza, cual de todas peor.

Creo que en ese mismo momento el doctor se percata de mi ansiedad o de mi cara de confusión, y le pregunta a mi mamá “¿ustedes hablaron con ella?” como si yo no estuviese ahí, y mi mamá con ganas de llorar dice: “no, doctor”. Acto seguido, el doctor le dijo a mi mamá que era tiempo de contarle, que era importante, así que tomó mi ficha y dejó la sala. Cuando salió le pregunté a mi mamá que pasaba, pero bueno, como nuestra relación no era de lo mejor, recuerdo que con sus ojos de enojo y pena me miró como entre retándome y retándose a ella misma, y me dio a entender que ese no era el momento, lo que me dio más ansiedad aún.

Volvió el doctor después de un rato. Mi madre y yo en silencio, así que creo que él entendió que no me habían dicho nada. Bueno, el tema es que él me empieza a hablar de soluciones, hormonas, terapia, no sé, un montón de cosas que venían como que a concretar que yo estaba enferma e iba a morir pronto. Esa fue mi sensación. (Lily, entrevista 2021)

Muchas ideas emergen de este relato, pero quiero detenerme en algunas de las primeras que logré sistematizar. Recuerdo que, mientras escuchaba a Lily, reflexionaba extensamente sobre la subalternidad de la infancia frente a las figuras adultas que son consideradas “completas y competentes” en temas relacionados con el cuerpo y la sexualidad intersexual (Casanova, 2023b). Esta subalternidad remite a la forma en que se administra la información sobre el cuerpo y la experiencia intersexual, donde la adultez asume el papel de guardianes del conocimiento y de la autoridad en la toma de decisiones. La segunda idea es la perpetuación del secreto por parte de las familias, lo que refleja un “sentido común” en torno al manejo del tema, reproduciendo silencios y omisiones que configuran las experiencias de las personas intersexuales.

Ambas dimensiones aparecían de manera recurrente en la mayoría de las entrevistas, como si los itinerarios individuales pudieran señalar un recorrido colectivo (Esteban, 2004). Esto sugiere la existencia de patrones compartidos y de prácticas culturales que estructuran las experiencias intersexuales de manera similar, subrayando la importancia

de no solo observar las trayectorias individuales, sino también las lógicas sociales que las enmarcan y les dan forma.

1.2 “No me lo dijeron hasta que tuve la edad suficiente”: Infancia subalterna

El concepto de “infancia subalterna” que he desarrollado en este trabajo se inspira en los estudios de Spivak (2003 [1988]) y busca analizar críticamente cómo las voces de las infancias intersexuales son sistemáticamente silenciadas dentro de un entramado de relaciones de poder. Este análisis implica examinar no solo la negación de su agencia, sino también cómo sus experiencias son interpretadas, narradas y administradas a través de un marco ideológico adulto que prioriza las decisiones de profesionales de la salud y familias sobre la voluntad de quienes viven estas realidades en la infancia (Casanova, 2023b).

En su análisis del subalterno, Spivak enfatiza que las personas en posiciones marginalizadas no solo son excluidas de la toma de decisiones, sino que también carecen de los medios para expresar sus propios intereses y perspectivas dentro de los sistemas de poder dominantes.

Desde esta perspectiva, el concepto de “persona adulta completa y competente”, en el contexto de la infancia subalterna y, en particular, de las experiencias intersexuales en la niñez, hace referencia a la figura adulta que, desde una visión socio-jurídica y cultural, es considerada capaz de tomar decisiones de manera racional y autónoma. En contraste, la niñez suele ser concebida como un grupo de sujetos “incompletos”, cuya capacidad de agencia y autodeterminación se asume limitada.

Dentro de esta lógica adultocéntrica, las personas adultas detentan la autoridad y legitimidad para definir lo que es mejor para la infancia, especialmente en asuntos complejos como la identidad de género y la integridad corporal. Esto refuerza una estructura de poder donde las decisiones sobre los cuerpos y experiencias de las infancias intersexuales se toman sin su participación activa, perpetuando así su condición subalterna.

En las narrativas de las personas entrevistadas, se evidencia un marcado adultocentrismo basado en la idea de proteger a las infancias de posibles problemas de identidad o

discriminación. Sin embargo, esta postura no considera su capacidad de agencia sobre sus propios cuerpos desde un marco distinto al adulto. Esta situación se extiende hasta que se considera que han alcanzado la madurez suficiente para ejercer dicha agencia, reforzando así la noción de que la infancia intersexual solo puede acceder a un estado de competencia plena al llegar a la adultez.

Cuando este momento se aproxima, las decisiones familiares suelen estar condicionadas a la revelación de información, muchas veces enmarcada en justificaciones o explicaciones sobre cuerpos que no responden a las expectativas sociales. Tal es el caso de Gema, Nico, Ana y Cami, quienes enfrentaron preguntas en torno a la ausencia de menstruación (amenorrea primaria).

Al final [después de insistir], un día me llevaron al doctor, porque no me llegaba la regla, y el doctor me dice “bueno, ya sabemos lo que es. Tranquila, que se puede arreglar... todo se puede arreglar” y yo “¿qué me está hablando?” empecé a pensar que tenía cáncer. Así que asumí el diagnóstico desde ahí, como una enfermedad. Bueno, mis papás no sabían cómo explicarme eso, así que no me enteré hasta los 16 años, cuando consideraron que estaba preparada para la noticia (Gema, entrevista 2022)

Este relato evidencia, no solo el contexto de un secreto que ya no pudo postergarse, sino cómo la joven asume el diagnóstico “como una enfermedad”, evidenciando cómo la forma de comunicación médica moldea su autopercepción. Una experiencia similar, es la que comparte Nico y Ana:

Cuando yo tenía como 13 años me contó, porque yo no me estaba desarrollando. A todas mis compañeras les llegaba la regla y a mí no, entonces yo me estresaba por eso, y mi mamá ahí me dijo todo. Yo recuerdo que quedé un poco igual, porque no entendía lo que me decía. (Nico, entrevista 2022)

Bueno, esto con 15 años no es muy algo típico [ausencia de menstruación], así que tenía miedo, pero más que nada me sentía confiada en que se podía operar o que había solución para lo que tenía. Mi familia en ese momento me intentó tranquilizar diciendo que nadie se enteraría si lo dejaba en secreto ¡claro! Como lo hicieron ellos *po'*. (Ana, entrevista 2023)

En estos casos, observamos cómo la revelación viene acompañada de mensajes que refuerzan el secretismo y la vergüenza. La sugerencia familiar de mantener su condición en secreto perpetúa la estigmatización de la diversidad corporal. La respuesta de Ana expone críticamente esta cultura del silencio intergeneracional, cuestionando su validez con su comentario irónico final. El “secreto constitutivo” (Das, 2007) se transmite como una herencia tóxica entre generaciones, como una estrategia de supervivencia social que paradójicamente refuerza el estigma que pretende evitar.

Después, ya más consciente, a los 13 años me dicen que me operaron para extraerme las gónadas. Como ya era grande y yo hacía preguntas de qué es lo que pasaba, me dijeron primero que eran hernias. Claro, con el

paso del tiempo me doy cuenta de que las cicatrices coinciden más o menos con la zona donde deberían estar mis ovarios y útero, así que le pregunté a mi mamá si esto no tendría algo que ver con que no me haya venido la regla todavía, porque estaba un poco ansiosa por tener la regla igual que mis amigas, pero a mí no me llegaba nunca. Es ahí cuando tenemos la primera conversación en la cual me dice que no voy a tener la regla nunca, porque no tengo ovarios ni útero ni nada. Me entró el pánico. (Cami, entrevista 2021).

Este testimonio es particularmente revelador sobre la ocultación sistemática de intervenciones médicas. Las explicaciones médicas simplificadas o directamente falsas crean una realidad paralela que eventualmente colapsa, generando crisis de confianza que podrían evitarse con comunicación honesta.

Es importante señalar, que si bien la mayor parte de los relatos hacen referencia a la ausencia de menstruación como principal “sospecha”, también existen otras situaciones en las que el desarrollo corporal genera cuestionamientos, como la virilización en mujeres —caracterizada por un crecimiento excesivo de vello facial—, el desarrollo de mamas en varones o la hematuria cíclica y ocasional en niños, manifestada en sangrados abundantes mensuales, entre otras experiencias (Hughes *et al.*, 2006), las cuales fueron menos pesquisadas en los relatos de las personas entrevistadas.

Sin embargo, las narrativas expuestas sirven para evidenciar una concepción de la infancia como una etapa incapaz de tener una voz válida sobre cuestiones que les afectan profundamente. La vivencia de las infantas se define enteramente por adultos considerados “completos y competentes”, quienes establecen un consenso entre el “adulto - médico” y “adulto - familia”. Este acuerdo delimita tanto la experiencia como la construcción identitaria de la niñez (Casanova, 2023b).

Según Agamben, esto radica en que el problema de la experiencia estaría relacionado con el lenguaje (entendido como incomprensible durante la infancia), pero, donde, además, “la experiencia no tiene su correlato en el conocimiento, sino en la autoridad” (2007[1979], p.9). Maneiro (2012) añade algo relevante a la reflexión de Agamben, al replantear que la limitación de la experiencia parece no ser única consecuencia de la imposibilidad del infante en el lenguaje, ya que al “devenir intersexual” y poder hablar por sí misma y decidir sobre su propio diagnóstico, “el adulto otorga el lenguaje y, cuando lo otorga, se impone, coloniza” (p. 8), como expone Flor:

El hecho es que mi familia sí sabía lo que me pasaba de *cabra chica*, pero nunca me lo dijeron hasta ahora, que fue casi por obligación para que me tome los medicamentos, porque yo no quería

seguir con las pastillas, me tenían *chato*⁴⁷. Si yo hubiese sabido, *pucha*⁴⁸, hubiese crecido como mujer, como lo que debía haber crecido (Flor, entrevista 2022).

Estos consensos entre personas adultas generan lo que personas intersexuales describen como una “conspiración de silencio” (Morris, 1998), en la que tienden a descubrir la verdad en circunstancias traumáticas, percibiendo la falta de transparencia como una fuente de profundo sufrimiento. Dreger (1998, 1999) sostiene que esta práctica ha llevado a muchas personas intersexuales a crecer sin conocer la realidad de su situación, lo que luego ha generado sentimientos de traición, vergüenza y aislamiento, un tema que profundizaré en los siguientes puntos.

Esta “infancia subalterna” se refuerza, además, mediante discursos y dispositivos institucionales, como expuse en el Capítulo V. En Chile, la situación de la niñez intersexual ha sido regulada mediante tres circulares emitidas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, el enfoque limitado y contradictorio de estas normativas privilegia los recursos médicos sobre los sociales, posicionando al “adulto completo” a la comunidad médica y las familias (o tutores, en el caso de la última Circular N.15/2023) como autoridades únicas.

Los emisores (la institucionalidad) enfocan su observación en las circunstancias y en la niñez intersexual como receptora de las acciones, sin identificar claramente a los actores responsables de los “procesos de normalización”. La utilización de un lenguaje impersonal y recursos de atenuación buscan evitar confrontaciones con la comunidad médica. A la vez, estos últimos, son presentados como solucionadores en equipos de trabajo, lo cual minimiza su responsabilidad en prácticas médicas imprudentes y reproduce este imaginario social ligado a esta subalternidad de la infancia.

En resumen, en el proceso institucional, ambas entidades (comunidad médica y familia) se presentan como un colectivo despersonificado, pero legitimado a tomar decisiones, mientras que el sujeto en cuestión —la infancia intersexual— es representada como un cuerpo objeto, pasivo y sin relevancia.

Desde la perspectiva antropológica, se ha criticado esta visión adultocéntrica argumentando que la infancia posee formas de agencia propias, aunque estas no siempre se expresen de manera similar a las de la adultez. Por lo tanto, la agencia infantil debe ser

⁴⁷ Cansado, hartó.

⁴⁸ Expresión de sorpresa, disgusto, etcétera.

entendida no solo en términos de capacidad para tomar decisiones informadas, sino también como la habilidad para resistir, adaptarse y negociar su lugar en el mundo. Algo, que, según los relatos, se encuentra sin cuestionamientos aparentes en el contexto chileno.

Alderson (2006), señala que la teoría del desarrollo infantil nos ha llevado a pensar en estereotipos de edad bastante rígidos, que priorizan nuestras propias interpretaciones sobre los diferentes grupos etarios y desatienden a la niñez que no se ajusta a esos prejuicios. Según la autora, si realmente escucháramos a la infancia, sería necesario cuestionar las teorías sobre las etapas madurativas. Esto implicaría asumir el riesgo de escuchar a la infancia de manera genuina, en lugar de encasillarla en una etapa de desarrollo, reconociendo que sus voces podrían tener un carácter propio y no necesariamente “adulto”.

Al no ser este el panorama hegemónico, ni relatado por las personas entrevistadas, la constante negación de la agencia de la infancia intersexual en decisiones sobre su cuerpo e identidad se convierte así en una forma de injusticia epistémica, debido a la imposibilidad de ser escuchadas y reconocidas como agentes de su propia vida (Fricker, 2007).

1.2.1 El “sentido común” de las familias perpetuando del secreto

Aunque Lily, Gema, Nico, Ana, Cami y Flor recibieron su diagnóstico en lo que se consideró el “momento adecuado”, sus familias, principalmente sus madres, obtuvieron esta información mucho antes, generalmente poco después del parto o durante los primeros años de vida del bebé. En ese período, los diagnósticos de intersexualidad suelen estar relacionados con observaciones sobre la estructura, el tamaño o la forma de los genitales, o la presencia de bultos en la ingle o el abdomen.

En el caso de las madres entrevistadas, el diagnóstico se entregó en un contexto de presión, tensión y conflicto, lo que desembocó en esta especie de “alianza” entre las familias y la comunidad médica como la única alternativa. Las razones para mantener este diagnóstico en secreto hasta lo que ellas consideraron la “edad adecuada” se basaron siempre en la idea de garantizar el bienestar del niño o la niña, siguiendo marcos interpretativos influenciados por el “sentido común” (Geertz, 1983).

Es relevante detenernos en el concepto de “sentido común” descrito por Geertz, ya que nos ayuda a entender cómo las familias se ven influenciadas por las normas culturales dominantes cuando enfrentan la intersexualidad. Este conjunto de creencias y percepciones compartidas culturalmente se transmite de generación en generación, consolidando ideas sobre lo que se considera “normal” o “natural” en relación con el sexo y el género. En muchas sociedades occidentales y occidentalizadas, como la chilena, el sentido común establece que el sexo de un recién nacido debe ser claro y asignado de inmediato. Esta norma se refleja en la práctica de registrar al niño o niña como “hombre” o “mujer” en los documentos de identidad poco después del nacimiento.

De esta forma, para comprender el estigma relacionado con las intersexualidades, es fundamental analizar los conceptos de familia y parentesco. Las emociones de los sujetos intersexuales y las de sus madres pueden entenderse como resultado de las interacciones y expectativas sociales derivadas de un modelo específico de familia y parentesco. González Echeverría (1994) define el parentesco como la organización social de la reproducción y el control de la sexualidad, lo que implica que la familia no solo es un grupo de personas unidas por lazos de sangre o afecto, sino también un mecanismo que regula la reproducción y la sexualidad, impactando en las normas culturales sobre género. Rubin (1975), al analizar el sistema sexo/género, sostiene que, si la reproducción y la sexualidad estructuran las relaciones de parentesco, y estas a su vez organizan la estructura social básica, entonces ambas son la base de cualquier sociedad, influyendo en los roles de género y en la percepción de lo que se considera “normal”.

Así, las intersexualidades no se presentan únicamente como una “anomalía empírica” que desafía los conocimientos médicos, sino como un verdadero reto cultural que exige reorganizar la comprensión social del cuerpo, el género y la identidad que parten en el núcleo familiar, con el fin de integrar estas experiencias que no encajan en las normas tradicionales o en el “sentido común”.

Lev (2006) describe la experiencia de las familias al recibir un diagnóstico en los primeros años de vida como traumática, señalando que las *mapadres* pueden experimentar shock y desorientación al enfrentarse a la ruptura de sus expectativas sociales y personales sobre la diferencia sexual. Por lo tanto, la presión por “normalizar” el cuerpo de un infante intersexual mediante cirugías podría estar más relacionada con la incomodidad, el miedo y el desconocimiento de la adultez frente a la ambigüedad corporal, que con las necesidades reales del niño o la niña.

En los relatos de las madres entrevistadas, el momento inmediato posterior al parto revela una confianza absoluta en el saber biomédico. La falta de espacios de diálogo y apoyo a las familias en este proceso puede llevar a una toma de decisiones precipitada y condicionada por el miedo y la ansiedad, como describe Semler (2010), y ejemplifica una madre entrevistada.

Bueno, yo me enteré a los 10 días de que mi hijo tenía esta enfermedad, porque se realiza este estudio gratuito al momento de nacer. Son unos exámenes de sangre que se llevan a analizar y detectan 7 enfermedades o algo así, en realidad hay muchísimas más, pero no me acuerdo. El tema es que nos llaman de neo y dicen que tenemos que ir urgente. La verdad es que no puedo quejarme de atención que tuvimos en el hospital, pero sí del acompañamiento y el no saber de esta enfermedad, porque nadie nos dijo lo que estaba pasando... Lo primero que nos dijeron fue “tienen que esperar que venga la jefa de neonatología para que pueda explicarles”, después de eso nos dicen el diagnóstico, pero fue muy rápido y todo muy técnico y... había que tomar decisiones (Madre 1, entrevista 2022)

Este testimonio ilustra cómo el sistema biomédico opera con urgencia, pero sin transparencia informativa. Esta experiencia no es aislada. Se observa un patrón en el que la medicina actúa con eficiencia técnica, pero falla en el aspecto humano de la comunicación, creando un desequilibrio de poder que deja a las familias en posición vulnerable, así también lo evidencia Madre 2:

En ese momento tú confías en todo lo que diga el médico. Cuando el endocrino vio sus genitales, yo sentí que su cara cambió y me preocupé. Nos envió a hacer análisis, y tardó algo así como un mes en recibir los resultados. Hoy sé que esta es una enfermedad rara, y que esta enfermedad genera una intersexualidad, pero a mí lo que me dijeron es que mi hijo tenía una malformación, era deforme y que eso puede traer consecuencias. Yo era jovencísima, no podía hablarlo con nadie, porque además el médico me dice: “bueno, tampoco lo comentas mucho con los familiares, porque esto es una malformación. Te pueden catalogar como tienes un bebé raro”. Tenía miedo, sumado a la ignorancia. (Madre 2, entrevista 2022)

La patologización de la diferencia corporal se convierte así en un mecanismo de control social que opera desde el discurso médico. Este fenómeno se extiende más allá del consultorio médico, influyendo en cómo las madres interpretan y comunican la realidad de sus hijas, hijos, hijes:

Al final, el endocrino tomó la decisión. Si es verdad que a mí me pone en conocimiento de todo lo que se va a hacer, pero yo no entendía. Sin tratar de excusarme, yo debo admitir que estaba completamente ciega en ese momento, confiaba 100% en la opinión del doctor. En mi cabeza, yo tenía muy claro que todos estábamos haciendo lo correcto, porque se me dijo que era una

enfermedad y que se podía curar, yo quería salvar a mi hijo, sacarlo de ahí pronto, presentarlo a la familia... así que firmé el consentimiento. (Madre 4, entrevista 2023)

Este testimonio revela el extremo de la delegación de decisiones basada en la confianza absoluta en el saber médico. La madre reconoce su falta de comprensión (“yo no entendía”) y su confianza ciega (“confiaba 100% en la opinión del doctor”), describiendo su estado como de “ceguera”. La presentación de la condición como “enfermedad curable” enmarca la intervención médica como salvación, llevando a la madre a firmar un consentimiento que, según reconoce, no estaba verdaderamente informado.

De esta forma, en la mayoría de los casos, las *mapadres* no cuentan con la información completa y objetiva para tomar decisiones verdaderamente informadas, lo que permite cuestionar este estatus de “competentes” para garantizar la protección y el bienestar del infante en la que se sustenta y justifica la práctica:

Yo soy una persona, pues me ves, así como más de toma de decisiones. El padre es más sereno, le cuesta más tomar las decisiones. Entonces, sí es verdad que yo tomé las riendas de todo en todo momento. Y un poco soy yo también quien digo, “oye, hay que hacerlo, hay que tirar para adelante con estas cirugías” ¿Por qué? porque va a ser la felicidad de la niña, ¿no? Me autoconvencía, sin saber mucho. (Madre 4, entrevista 2023)

Un caso interesante es el que compartió el único padre entrevistado. Al haber estudiado enfermería, tenía algunos conocimientos previos que le generaron dudas durante el parto. Las ecografías previas indicaban que sería un niño, pero al nacer, la genitalidad del bebé no se ajustaba a lo que él consideraba características penianas correctas. A pesar de su información, enfrentó una situación de angustia familiar ante la posibilidad de que la madre rechazara al recién nacido:

Recuerdo que le dije “te dije que la ecografía puede equivocarse”, riéndome, porque nos habían dicho que sería un niño. Pero, cuando nos mostraron a Dani parecía ser una niña, solo que con un clítoris enorme que parecía un pene. Esperamos ver un niño, habíamos comprado todo para niño, fue un *shock*. Se llevaron a Dani a otra sala, donde limpian a los bebés. Me llamaron para lo del corte del cordón umbilical y ahí ya miré más de cerca. En ese momento entendí que tampoco era una niña. La miré lo mejor que pude, porque la ansiedad me devoraba en ese momento, no vi testículos ni nada parecido, así que en ese punto estaba tratando de gestionar mis temblores y encontrar la manera de decirle a mi esposa lo que estaba casi seguro de que estaba sucediendo con nuestra... hasta ese momento, hijo. Estaba muy nervioso sobre cómo se lo iba a tomar ella, pensé que podía darle depresión post parto o sentir algún tipo de rechazo a la *guagua*. Empecé a entrar en pánico respecto a lo que se nos venía desde ahí en adelante, si se venía una serie de procedimientos, si necesitaría esto o esto otro, cómo íbamos a pagarlo, qué le diríamos a nuestras

familias. En ese momento se me vino el mundo encima, y no sabía cómo iba a gestionarlo (Padre 1, entrevista 2023)

Chiland (2014), expone que “encontramos que madres y padres son incapaces de criar a un ‘neutral’” [traducción por la autora] (pp.167). Esta imposibilidad de criar a un neutral y de romper las expectativas sociales binarias posteriores al parto, se hace presente en las respuestas de las madres:

Yo si elegí ser mamá, pero yo no elegí que mis hijos nacieran con esta patología. Una no sabe cómo actuar ante algo que no es *ni fú ni fá*. Y yo quería una niña, yo compraba todo rosado, después todo celeste, todo rosado y entonces como que estaba confundida, no sabía qué hacer. Y finalmente compré todo blanco y verde. Finalmente, cuando ya tenía 7 meses, yo decidí que sería niña. Yo la inscribí como niña, porque había esperado 7 meses y no tenía nombre. Era mucho tiempo y eso me generaba problemas en todos lados, no podía llevarlo así como así. (Madre 3, entrevista 2023)

La expresión “ni fú ni fá” refleja cómo la madre experimenta la intersexualidad de su hijo como un limbo identitario. Su confusión se manifiesta en las oscilaciones entre colores culturalmente codificados (rosado-celeste) hasta refugiarse en tonalidades supuestamente neutras (blanco y verde). La presión administrativa y social para definir el género se hace insostenible a los siete meses, forzando una decisión. Así también lo señala Madre 5:

A mí lo de lo de que a las personas intersex cuando nazca se le catalogue como género neutro o sin género, es para para mí personalmente es un error muy grande, porque estás encasillando, etiquetando, estigmatizando, señalizando una serie de cosas a una personita que no lo está decidiendo, porque mi hija es una niña, que es lo que nos ha contado. Entonces, que tenga que ir a la escuela o a cualquier sitio y que tú tienes que presentar un documento, y que ponga que esa persona es un sin género ¿de qué sirve? En la adultez se puede hacer. Bueno, eso ya es otra cosa, es una cosa donde tú puedes elegir, pero señalar así a tu hijo, hija, hije es demasiado, o sea tú eres madre y a ver cómo aguantas ese *jarro de agua fría* que te cae cuando encima te dicen que encima es género neutro. (Madre 5, grupo de discusión, 2022)

Estos testimonios revelan una paradoja: mientras las madres buscan proteger a sus hijos e hijas de la estigmatización, se encuentran navegando en un sistema que parece ofrecer únicamente opciones binarias o etiquetas que perciben como potencialmente estigmatizantes. Así también lo comparte Madre 6:

Yo coincido con la compañera de que incorporar una casilla que diga género neutro, no binario o la casilla de indeterminado, lo que genera es mayor estigma y discriminación para nuestras poblaciones. (Madre 6, grupo de discusión, 2022)

Este breve pero contundente testimonio refuerza la oposición a categorías alternativas como “género neutro”, “no binario” o “indeterminado”, percibiéndolas como fuentes de

“mayor estigma y discriminación”. Es significativo que esta opinión se exprese en el contexto de una reforma administrativa (Circular N.15/2023) que propone marcar con una “i” de indeterminado a las personas nacidas intersexuales, una medida que recibe el rechazo unánime de las madres participantes.

Por ello, distintas instancias jurisdiccionales —al menos hace una década atrás— han dado prioridad a las “cirugías normalizantes” y la pronta asignación de sexo biológico y social, con el fin de evitarle a *mapadres* aquellas situaciones que puedan parecer insufribles (Gorduza *et al.*, 2010; Casanova, 2023b).

Estas prácticas ejemplifican lo que al inicio de este punto exponía como aquellas normas culturales que dictan lo “normal” y lo “anormal” dentro del sentido común. La noción de dimorfismo sexual, que establece dos sexos opuestos y complementarios, ha sido fundamental para estructurar la comprensión de la sexualidad y la identidad. Kessler y McKenna (1978) y Bourdieu (1997[1994]) explican cómo estas normas se interiorizan a través de instituciones como la familia, la medicina y la educación, enseñando a las personas a identificar y clasificar los cuerpos según expectativas binarias, como señala Madre 2:

Cuando era bebé no teníamos claro lo que veíamos en su genitalidad, o sea que no podíamos decir que era una vagina y catalogarlo como niña, ni tampoco un pene, al menos como lo conocíamos. Ahí entró en juego lo que es la intersexualidad. Esa fue la primera vez que yo escuché de esto. Esto lo supe un par de días después del parto. Lo primero que se notó es que su clítoris era como un poco más desarrollado. Le hicieron algunas revisiones, esperaron unos días para ver si no era una inflamación propia del parto, pero cuando se descartó, nos enviaron al endocrino y ahí comenzó una odisea. (Madre 2, entrevista 2022)

Este testimonio ilustra el momento de confrontación entre la expectativa binaria y la realidad corporal diversa. Es significativo que la madre menciona este momento como su primer contacto con el concepto de intersexualidad, revelando cómo la terminología médica entra a nombrar lo que el lenguaje cotidiano no logra categorizar. El lenguaje médico aparece así como un mediador entre la experiencia corporal diversa y los marcos interpretativos disponibles para las madres.

Esta imposición afecta la construcción de la identidad de género y la sexualidad de la niñez intersexual, ya que se les fuerza a alinearse con la matriz heterosexual dominante, incluso en momentos tempranos, como el parto o los primeros años de vida. Judith Butler (2007[1990]) critica esta imposición al destacar que la normativa binaria es una

construcción que fuerza a los cuerpos a ajustarse a moldes predefinidos, ignorando la diversidad humana.

En una de las citas a una doctora, yo le preguntaba qué tenía la Nico en su vagina, porque yo le veía que tenía como una colita. Entonces me decía, “no, no hay nada, mamita, no te preocupes” Yo me preocupaba, porque sabía que había algo que no estaba bien. Así que le pregunté a otro doctor...y ahí, cuando la Nico tenía 2 años descubrí que era genéticamente un niño. Que tenía gónadas y todo el tema de que no tenía ovarios, no tenía útero, o sea que no era mujer...Mire, yo como mamá, como que acepté todo lo que me dijeron los médicos desde ahí en adelante (Madre 3, entrevista 2023).

Esta narrativa expone el proceso gradual de medicalización. El punto de inflexión llega cuando se le informa que su hija “era genéticamente un niño”, revelando una concepción determinista del sexo. Su conclusión (“no era mujer”) y su posterior actitud (“acepté todo lo que me dijeron los médicos”) muestran cómo el discurso médico redefine completamente su comprensión del cuerpo de su hija.

De esta forma, la ambivalencia de las familias se manifiesta en su deseo de “proteger” a sus bebés de la discriminación social, mientras que al mismo tiempo sienten la presión de hacerles encajar en las expectativas normativas de género y sexualidad según lo que entienden como “normal” y “sano”. Feder (2006) señala que esta tensión puede resultar en un comportamiento contradictorio por parte de *mapadres*, que pueden recurrir a intervenciones médicas con la esperanza de mejorar la vida de sus infantes, pero que a la vez pueden dañar la identidad y el bienestar emocional de los mismos. Esta dualidad refleja la difícil posición de las familias, que aspiran al bienestar de sus infantes en un contexto donde han internalizado normas sociales rígidas dentro del entramado simbólico que condiciona su percepción y acción en este contexto dado (Geertz, 1983; Chase, 2000).

Entonces, la decisión de proceder a las cirugías se justifica frecuentemente con la presencia de alguna enfermedad. Muchas madres entrevistadas mencionan el riesgo de un posible cáncer como una amenaza adicional expuesta por parte de la comunidad médica:

De ahí, él [doctor] determinó que había que sacarlas [gónadas], porque tenía micro litiasis en el interior. Me dijo que se iba a desarrollar un cáncer, bueno, eso que les dicen a todos. La verdad que lo realmente no sé, yo tengo toda la carpeta de Nico, y en ningún momento dice que tiene cáncer ni nada, pero se le podía haber desarrollado, eso sí. Pero es lo que te dicen, sacarlo todo para normalizar el género. (Madre 3, entrevista 2023)

Esta estrategia retórica transforma una decisión compleja con implicaciones identitarias en una simple cuestión de supervivencia. Los testimonios subsiguientes muestran

variaciones del mismo patrón: la presentación del cáncer como una amenaza inminente que requiere intervención urgente. La Madre 4 recuerda el dramatismo con que se le comunicó. La Madre 2 explica cómo esta información condicionó su consentimiento, mientras que la Madre 5 expone claramente la coerción implícita en este tipo de comunicación.

Llego a recordar que me dice que es una enfermedad incurable y que le puede costar la vida porque no se ha actuado bien y se ha sabido muy tarde, que hay que actuar rapidísimo. Ahí lo siguiente es que salgo, lloro, no sé, el mundo se caía a pedazos. Los médicos ¿qué es lo primero que dicen? es que va tu hijo a tener cáncer, sumado a todo esto de las mediciones. (Madre 4, entrevista 2023)

Bueno, nos dijeron que podía generarse un cáncer si no operábamos. Yo creo que, como madre, todas harían lo mismo, tratar de evitarlo. Así que, como en ese momento ese médico era todo lo que podía salvar a mi hijo, entonces decidimos que hay que hacer la operación. Desde ese momento se prepara una serie de quirófanos, una serie de operaciones y con eso desaparecería la malformación. Todo eso los dos primeros años de vida. (Madre 2, entrevista 2022)

En aquel momento no tenemos historia clínica ni sabemos hasta qué punto eso era verdad, entonces aceptamos. Es cierto que después de utilizar la palabra malformación, cáncer, muerte instantánea, muerte súbita, no te quedan muchas cosas por hacer siendo madre. (Madre 5, grupo de discusión 2022)

Esta dinámica de poder puede llevar a que las madres sientan que deben confiar en los médicos para asegurar el bienestar de sus hijos, hijas, hijos, incluso si tienen dudas o reservas sobre los tratamientos propuestos. De esta forma, la creencia de una situación fatídica que tiene “sanación” por medio de la medicina, genera que algunas madres hayan experimentado alivio al realizar las cirugías, comprendiendo estas como la única vía a la “normalidad” y al “cuerpo sano” de sus criaturas. La cirugía como método que borra la incertidumbre y garantiza un futuro prometedor de aquello que, también el discurso biomédico, ha calificado como monstruoso e inútil, presenta por medio de esta práctica la posibilidad de “resurgir”:

Son muchísimas horas de quirófano, a mí se me hizo aquello interminable. Pero claro, yo es que si te digo que viví aquello con felicidad. Y es que no te puedo mentir, yo era feliz, porque mi hija, él quien hasta ese momento era monstruoso, aquello que tenía, iba ser normal y lo iban a dejar perfecto. (Madre 4, entrevista 2023)

Además, Lev (2006) explica que en aquellos casos donde se realizan cirugías de vaginoplastia, el éxito está condicionado a las siguientes rutinas de dilatación de la apertura vaginal post intervención. Un procedimiento que resulta doloroso y, a menudo, frustrante. Cuando estas cirugías se llevan a cabo en la infancia, la responsabilidad recae

frecuentemente en las madres. Es razonable imaginar el impacto traumático de estas rutinas diarias en la relación madre-hija y el efecto que pueden tener en el desarrollo sexual de las niñas.

Pretendían que nosotros, la familia, una vez la vagina construida, la calibramos con un dildo. Con un aparato circular de 2 a 15 centímetros para la vagina construida de un bebé. Esto pasó a ser un fuerte impacto emocional para nosotros (Madre 6, grupo de discusión 2022)

Este testimonio expone crudamente la violencia implícita en estos procedimientos. La descripción del instrumento dilatador y su impacto emocional en la familia revela la invasión de la esfera íntima con instrumentos y prácticas de connotación sexual adulta aplicados a cuerpos infantiles. La instrumentalización del cuerpo infantil para fines médicos genera situaciones donde las fronteras entre cuidado y violación de la intimidad se difuminan, provocando un profundo malestar emocional en las familias.

Cada 6 meses después, yo recuerdo que una vez al año teníamos que hacer el proceso con una especie de consolador para para dilatar la vagina. Un proceso que creo bloqueé de mi mente (Madre 2, entrevista 2023)

La periodicidad de estos procedimientos y la referencia a un proceso que la madre “bloqueó” de su mente sugieren un trauma significativo asociado a esta práctica. Este bloqueo mental indica un mecanismo de defensa frente a una experiencia que transgrede profundamente los límites habituales del cuidado maternal.

En esta línea, como algo relevante desde un primer momento para el saber biomédico, pero muy posterior a las intervenciones en el caso de las familias, se presenta la angustia respecto al comportamiento sexual ligado a las prácticas consideradas aceptables y cuáles no. La búsqueda de cuerpo fértil o de reproducción futura está presente en casi todos los discursos médicos al momento de justificar una intervención, reflejando una visión reduccionista de la sexualidad humana.

Sabemos que debemos garantizar mayormente la reproducción humana, que es nuestro objetivo como personas, pero más allá, no nos cuestionamos lo que salen en los protocolos (Dr. Curiel, entrevista 2023)

La declaración de que la reproducción humana es “nuestro objetivo como personas” revela una normalización extrema de la heterosexualidad reproductiva como destino universal. Su admisión muestra una aceptación acrítica de directrices establecidas, sin considerar sus implicaciones éticas más amplias.

Lo que es el objetivo final para nosotros es evitar cuartar la capacidad de reproducción de estas futuras personas. O sea, por eso hoy nosotros no retiramos gónadas, porque en un futuro eventualmente puede querer ser mamá o papá (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Este testimonio muestra una aparente evolución en los protocolos justificada por la preservación de la fertilidad futura. Sin embargo, la premisa subyacente sigue siendo la misma: la valoración del cuerpo intersexual principalmente en términos de su potencial reproductivo.

O sea, lo que tú quieres es restablecer una anatomía. Que la paciente pueda menstruar, restablecer una función biológica: la menstruación, para que algún día pueda ser madre. O cuando tú operas a un niño que tiene Hipospadias Proximal, lo que tú quieres es que al niño se le erecte el pene y que no le duela, que pueda tener una erección sin que el pene lo tenga incurvado completamente hacia abajo, y que, si el día de mañana quiere tener relaciones sexuales penetrativas, que tenga la opción de hacerlo. No que sea: “*pucha*, en verdad tu naciste con el pene como camarón y en verdad no *podí* tener relaciones sexuales penetrativas”. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Este último testimonio es particularmente revelador en su lenguaje explícito sobre la “normalización” anatómica. El lenguaje utilizado expone cómo ciertas formas de intimidad sexual (penetrativa, heterosexual, reproductiva) son priorizadas en la toma de decisiones médicas, estableciendo una jerarquía implícita de expresiones sexuales “deseables” versus “indeseables”.

Mientras que, para las familias es más simbólico, presentándose la heteronormatividad como la suposición de que la heterosexualidad es la norma y la única forma válida de relación sexual y afectiva.

Yo no podía pensar que esa persona iba a tener sexo, pero es lo que me decían ¿cómo iba a pensar en todas esas cosas? me insistían en que era lo importante. Recién en ese momento me paré a pensar en el futuro y en lo que sería su familia. (Madre 4, entrevista 2023)

Este concepto está intrínsecamente vinculado con la manera en que las familias y las estructuras de parentesco se han formado y perpetuado a lo largo del tiempo. Rubin (1975) y otras autoras han descrito cómo la heteronormatividad no solo define lo que es una familia, sino que también determina las expectativas de comportamiento para sus miembros, al situar al coito heterosexual como la norma simbólica del sistema de parentesco, se establece una jerarquía que coloca a las relaciones heterosexuales y a las identidades cisgénero en el centro de la vida social. La sociedad tiende a privilegiar la familia nuclear heterosexual como el modelo ideal, relegando a quienes no se ajustan a este modelo a una posición de vulnerabilidad y exclusión (Pichardo, 2009).

Bueno, una de las cosas que hacen es el famoso falómetro que es el que decide si ese clítoris o pene será útil. O sea, va a decidir si en un futuro esta persona podrá penetrar y dejar embarazada a una mujer. Si es así, se va a dejar el pene y se genera una documentación para asignarle el sexo masculino. Y, si ese falómetro me dice que en un futuro eso será un micropene y nunca podrá penetrar, o sea, imagínate el pensamiento en frente de un recién nacido, yo solo pensaba en que fuera algo como lo conocemos, ¿no?, si podrá formar familia, pero bueno, me decían que, si no puede penetrar, lo más fácil es cortar. Entonces, mi hijo pasa por este proceso en aquel momento asignado mujer al nacer, porque sus características principales sexuales eran un poco más femeninas que masculinas. Pasa por aquel falómetro y el doctor me dice “oye que no, que esto en un futuro ni *pa’ lante ni pa’ tras*, aquí con esto no vas a poder hacer nada”. También te dicen que si no operas, será lo peor que puede pasarle una persona, te dicen “a ver, cómo tú llevas esto a un jardín y para un cambio de pañal, vas a enseñar esa monstruosidad”, todo esto te genera una sensación de querer corregirlo ya (Madre 4, entrevista 2023)

En Chile, como en la mayoría de los países del mundo, la herencia de los protocolos generados por Gregorio Marañón en la década de los 30s y John Money en la década de los 50s⁴⁹, los cuales sugerían realizar las cirugías de “normalización” genital en la primera infancia con el fin de alinear el cuerpo con lo que se consideraba un modelo aceptable de genitalidad lo más rápidamente y continuarlo por medio de la crianza, caló hondo en las prácticas médicas del territorio nacional⁵⁰. La creencia arraigada de que el “éxito” de la intervención estaría solo garantizado con la ayuda de las familias a mantener dicho secreto y potenciar el sexo asignado (Money & Ehrhardt, 1982) se presentó en la totalidad de las experiencias vividas por *mapadres* entrevistadas.

Varias de ellas enunciaban que posterior a estos rituales normativos figurados por el diagnóstico y la toma de decisión de las intervenciones de asignación de sexo, el mantenimiento del secreto por parte de ellas se debió a instrucciones claras por parte de la biomedicina, las cuales estaban marcadas por una política estricta de secretismo y ocultamiento de la información:

Nos fuimos a casa muy asustados y la recomendación médica fue “no se lo cuentes a nadie, no busques nada en internet, no hables con ninguna persona”. (Madre 5, grupo de discusión 2022)

La estrategia del aislamiento informativo permite a la institución médica mantener el monopolio del conocimiento y las decisiones sobre los cuerpos intersexuales.

A mí me gusta siempre a decir que en el año 2002 el internet no estaba tan avanzado, entonces no solo los médicos te decían que no buscaras información y no se lo dijeras a nadie, sino porque

⁴⁹ Más información en Capítulo II.

⁵⁰ Más información en Capítulo V.

nosotros no estábamos tan informatizados ni informados. Entonces, es verdad que en silencio mantengo todo mi letargo, mi duda, mi dolor, solo lo hablo con mi mamá. (Madre 6, grupo de discusión 2022)

Esta madre contextualiza históricamente el secretismo, señalando las limitaciones tecnológicas de la época que facilitaban el control de la información. Aquí, el control informativo es más efectivo cuando se combina con limitaciones tecnológicas que dificultan el acceso independiente a información alternativa.

Yo era jovencísima, no podía hablarlo con nadie, porque además el médico me dice: “bueno, tampoco lo comentes mucho con los familiares, porque esto es una malformación, te pueden catalogar como tienes un bebé raro”. Tenía miedo, sumado a la ignorancia. No había internet como ahora, poco podía googlear o comunicarme con otras personas que hubiesen pasado por la experiencia de un hijo intersexual. (Madre 2, entrevista 2022)

En este caso, la juventud de la madre y su autodeclarada “ignorancia”, junto con las limitaciones tecnológicas de la época, refuerzan su vulnerabilidad frente al discurso médico autoritativo.

Era muy importante no hablar con las familias, porque así sería más fácil, que nadie supiera nada, me decían. (Madre 3, entrevista 2023)

Los miedos están ligados a las discriminaciones y múltiples violencias que puedan enfrentar sus infantes en otros espacios de socialización al exponer el secreto dentro de su visión “inocencia”, como el espacio público, el colegio o el jardín infantil. Así profundiza Madre 3:

Entonces, las familias son complicadas, a veces a mí me preguntan puras estupideces ¿Qué es lo que son? o si el niño tiene pene/vagina, así que preguntas que por curiosidad son invasoras, y que mi hijo respondía sin pensar mucho, desde su ingenuidad. Yo le respondí que es una cosa íntima, algo que ni siquiera es mío. Si usted me pregunta a mí, yo le digo si me hago, pero yo no le voy a responder algo que respecta a mi hijo, y tampoco le pregunten a él, exijo respeto. (Madre 3, entrevista 2023)

Él sufre abusos sexuales en el colegio, porque su cuerpo llamaba la atención. Entonces, lo tocaban así sin más, buscando algo. Es verdad que cuando eres pequeño, pues vas y le dices la verdad de porque no vienes a clases, “pues, porque me operaron de la vagina” decía él ingenuamente. (Madre 4, entrevista 2023)

Este testimonio escalofriante describe cómo la diferencia corporal puede provocar violencia directa motivada por la curiosidad invasiva. La revelación ingenua del niño sobre su cirugía vaginal ilustra el contraste entre la naturalidad infantil para hablar de su cuerpo y el tabú social que rodea la intersexualidad.

Así, la violencia sistémica que se manifiesta en el acoso o abuso hacia los cuerpos intersexuales —principalmente en el contexto de la normalización del manejo clínico de los mismos en el pasado— se refleja en las narrativas de las madres. Ellas expresan la falta de cuestionamiento que mostraron en esos momentos respecto a cómo fueron moldeados, controlados y vigilados (Foucault, 1983[1975]). Sin embargo, con el tiempo y un mayor acceso a la información, han podido reflexionar sobre estas experiencias.

Yo vengo de una cuna de familia católica, que te dicen que los médicos siempre tienen la razón, un pensamiento muy en que el médico es dios, y que, claro, yo en ese momento lo entendía así, pero es que son seres humanos que han estudiado una carrera y que, como todos, también cometen errores. Llegamos al endocrino. Yo en ese momento lo veía bien todo, hoy por hoy lo veo con otros ojos, porque claro en ese momento llego y desnudaron al bebé, que hasta en ese momento decían que era una niña. Y lo primero que hicieron fue llamar a todos los médicos que estaban allí alrededor, enfermeros, cámaras de fotos, de estás desde que había antes, le sacaron fotos, le abrían, le miraban. Me acuerdo de que había unas bolas de varios tamaños y llegaron a introducir dos bolas de unas de las más pequeñas. Pero claro, yo aquello lo veía todo normal, y todavía yo seguía sin tener un nombre a lo que le estaba pasando. (Madre 4, entrevista 2023)

Esta descripción detallada de la exhibición médica del cuerpo de su bebé revela prácticas profundamente invasivas normalizadas dentro del contexto médico. La madre reconoce su aceptación inicial de estas prácticas, evidenciando un proceso de despertar de la conciencia crítica.

Bueno, no nos dijeron y no sabíamos que después la operación hay que poner dilatadores a un bebé después de la de las operaciones. O sea, es que no es todo tan con una varita mágica como te lo pintan “Va a salir bien, no se va a enterar ni ella ni nadie”. No es así. (Madre 5, grupo de discusión 2022)

La contradicción entre la promesa de una solución donde el bebé “no se va a enterar” y la realidad traumática de los dilatadores postquirúrgicos revela cómo la información crucial sobre los procedimientos invasivos es sistemáticamente omitida durante el proceso de consentimiento, lo que comienza a generar las primeras incongruencias en las familias que incipientemente generan cuestionamientos a las prácticas.

A ver, estamos hablando de una persona de meses. Lo que hacen es levantar la vagina, intentar ponerlo como unos dilatadores para que vaya creciendo, no les parece suficiente. Y ven que, en los labios, no hay labio y que quedaría más estético hacer unos labios, entonces se decide hacerle ambos labios. Y se la construyen de la nada con piel, entonces sale de una operación enorme con miles de cirugías y con una reconstrucción total al sexo femenino. (Madre 6, grupo de discusión 2022)

El contraste entre la mirada retrospectiva crítica de estas madres y su aceptación inicial de estas prácticas evidencia cómo el acceso a información alternativa puede transformar radicalmente la comprensión de experiencias que inicialmente fueron aceptadas como “normales” o “necesarias”, abriendo caminos para resistencias y cuestionamientos que antes parecían impensables.

Como expuse en el punto anterior, gran parte de estas reflexiones comienzan a manifestarse al evidenciar que durante el paso de la infancia a la adolescencia se presentan cuestionamientos respecto a su propio cuerpo o “incongruencias” entre su identidad de género, orientación sexual y el sexo asignado, de acuerdo las expectativas sociales:

Él me decía que era un chico, él siempre fue muy afeminado. Siempre se sintió como uno, yo no lo quería ver, porque me recordaba que había tomado una decisión por él, y que quizás era la errónea, me había equivocado. Hoy, no sabemos realmente si quiere ser un él o un ella, tendrá que ir experimentando como su cuerpo. Es difícil para todos y para él más aún. Mi subconsciente esperaba que él hablara y mi subconsciente sabía que estábamos esperando a que él dijera algo, entonces automáticamente tomamos la decisión de ir a un especialista a alguien que nos pudiera ayudar, porque aquel cuerpo que se le había creado no era el de él. Ahora estamos luchando por conseguir ese cuerpo que siempre le correspondió y que le arrebataron (Madre 2, entrevista 2022)

Para algunas madres, la adolescencia funciona como un espejo que refleja las consecuencias de decisiones médicas tempranas, generando en las madres una dolorosa reevaluación de su papel en estos procesos.

Aquello sí que hay que corregirlo, y bueno, yo siempre digo para no es quitarme culpa, pero es la verdad y era muy ignorante de todo esto. Ojalá hubiera tenido todas las experiencias que tengo ahora. Yo confíé en los médicos como seguramente confiamos la mayoría de las personas porque para eso estudian. Decidí firmar la documentación para para hacerle todas las cirugías (Madre 4, entrevista 2023)

Algunas madres negocian internamente la distribución de responsabilidad entre sus decisiones individuales y las presiones sociales e institucionales que limitaron sus opciones, buscando una conciliación que les permita procesar la culpa sin paralizarse, como también expone Madre 3:

Mira, yo también me siento un poco culpable, porque no debería haber tomado la decisión de haberle escondido sus gónadas. Las debí haber dejado como estaban, donde estaban. Me siento un poco responsable de que le van a tener que hacer una cirugía ahora porque con yo se las quise esconder. Pero, todo lo que hice fue porque yo no quería que, en el jardín, las tías estuvieran hablando cuando lo mudarán, que hablan que tenía testículos y todo eso. Entonces fue como un tema que yo quise, yo quería que no me preguntaran qué pasaba con Diego [hijo]. Me equivoqué. Yo siento que me

equivoque, pero culpable, culpable, creo que no soy, porque esto yo no lo elegí. (Madre 3, entrevista 2023)

Gran parte de estas transformaciones en el sentido común estuvieron dado por el acceso a internet, es decir, este sentido común no es estático ni homogéneo, sino que varía según el capital cultural, el acceso a información y las redes de apoyo disponibles. A medida que los movimientos sociales, como el movimiento LGTBIQ+, ganan visibilidad y logran reformas legales (como la prohibición de intervenciones no consentidas en algunos países, incluso en Chile con la primer y la última circular), el sentido común comienza a cambiar. Esto impacta en algunas familias, quienes empiezan a ver la intersexualidad como una forma válida de ser en lugar de una condición que debe ser corregida:

Él la primera vez que me dice, fue cuando tenía 8 años y yo le digo “ok, que sí” y sigo, y él se quedó como cohibido. Yo me imagino que él pensaba “como mi madre no me va a escuchar, no se lo voy a decir” Yo tenía que haberlo escuchado antes, la importancia siempre de escuchar a la infancia, que siempre decimos bueno, como son pequeños, no se están enterando de nada. Después de par de años después, yo ya veo que se muestra como hombre. Entonces, yo digo “Pues bien, ok, vale eres un hombre, perfecto” Ahora vamos a buscar aquí ayuda porque estoy muy perdida, ni siquiera sabía que podía existir un hombre trans. Yo tenía una ideología, la idea en mi mente de que una mujer transexual era sinónimo de prostitutas. Esa era mi idea, no podía imaginarme nunca en la vida que pudiera existir un hombre transexual. Entonces, empiezo a buscar a través de los trabajadores sociales alguien que me pueda ayudarnos en esto. Busqué activismo trans, no era tan similar a lo de mi hijo, pero acepté algunas cosas que decían, como la diversidad y eso. (Madre 4, entrevista 2023)

Así, también el cuestionamiento de las hijas, hijos o hijes sobre su identidad impulsa en las madres procesos de búsqueda que trascienden los marcos médicos tradicionales, llevándolas a conectar con comunidades activistas y perspectivas alternativas.

Yo empecé a buscar cada palabra en el diccionario, buscaba en Wikipedia, empecé a conocer a GrapSIA en España, entonces ahí conocí a Paula y a su pareja que tenían una historia similar a la mía. Me explicaron un poco y empecé a leer cuentos que me mandaban. Cuentos acerca de los niños intersex y cómo explicarles que son intersex y en qué momento. (Madre 3, entrevista 2023)

El encuentro con otras familias con “una historia similar” proporciona no solo información sino también comunidad y sentido compartido, recursos cruciales para manejar la incertidumbre.

Existe mala práctica en temas de intersexualidad, al compartir las experiencias propias el sector médico estigmatiza la vivencia, y la culpa se dirige a nosotras, las madres. En mi experiencia el abordaje fue un comité médico del hospital donde di a luz quien dispuso que mi *guagua* era una niña en los documentos registrales, primero me dijeron que era provisional. Después de eso, a

partir de los 10 meses empezaron las cirugías, y en la pubertad, después de tener una asignación de sexo femenina, inició con su crecimiento de mamas, todo normal. Hoy, él me dice que no se siente mujer, pero ¿quién es realmente el culpable?, para mí todo el sistema de salud, en eso concuerdo con el activismo intersex. (Madre 2, entrevista 2022)

El contacto con perspectivas activistas permite a algunas madres redistribuir la carga de responsabilidad, reconociendo el papel sistémico de las instituciones médicas en las decisiones que antes asumían como puramente individuales.

De esta manera, los itinerarios corporales que experimentan sus hijos, hijas, hijes llevan a un momento de conversación sobre la revelación del secreto, el cual no está exento de tensiones y conflictos. En este proceso, las familias buscan apoyo, nuevamente, en la medicina, pero esta vez en el ámbito de la psicología.

Hay un momento donde ya hay que mantener una conversación, entonces esa conversación se mantiene con un psicólogo. Entonces, con 13 años, a 1 año más o menos de haber escuchado por primera vez todos sus cuestionamientos, nos sentamos todos, le dijimos. Y, bueno, él simplemente me miró y me dijo “qué quieres que te diga ahora” Yo me rompí a llorar, porque para mí es que como que me rechace como madre por haber tocado su cuerpo. (Madre 4, 2023)

La descripción de la conversación facilitada por un profesional de la psicología y la respuesta de su hijo revela el impacto emocional de estas revelaciones tardías. El temor de la madre a ser rechazada “por haber tocado su cuerpo” evidencia cómo estas intervenciones pueden amenazar el vínculo materno-filial fundamental.

Después llegó la adolescencia y la Nico se puso terrible. Desordenada, se me arrancaba y yo estaba embarazada del Darío. Se portaba horrible, se intentó suicidar varias veces, no se reconocía con su cuerpo, tenía muchas dudas. Ahí yo le tuve que explicar, pero tampoco sabía cómo. Todo este proceso fue difícil, porque yo no sabía cómo canalizar todo esto. Había una psicóloga especialista en trans, porque no existen psicólogos para los niños intersexuales que nos pudieran orientar de esa forma. Después la lleve con el doctor Lozano, y él finalmente me dijo “mira, vamos a tener a Nico en el programa trans hasta que cumpla 18 años”, la vamos a tener con la con la matrona acá, porque a ella le empezó a picar el bichito de que quería tener relaciones sexuales y ella no sabía cómo, porque ella tenía la vagina cerrada. Entonces a los 18, empezó el proceso con la ginecóloga. El doctor Lozano me dijo que fuera a un *sexshop* y comprara vibradores de distintos tamaños, por ella tenía que hacerse dilataciones todos los días. (Madre 3, entrevista 2023)

Incluso cuando las familias buscan alternativas al manejo médico tradicional, frecuentemente se encuentran navegando sistemas que carecen de comprensiones no patologizantes de la diversidad corporal.

En este contexto, es crucial señalar que, aunque se evidencia una transformación subjetiva e intersubjetiva por parte de las *mapadres* según los testimonios expuestos, la aceptación de cuerpos diversos dentro de la lógica familiar no es homogénea ni lineal.

En algunos casos, esta transformación ha llevado a que ciertas familias se conviertan en aliadas de la lucha por los derechos intersexuales, promoviendo la idea de que la diversidad corporal es una parte natural de la experiencia humana. Estas familias dejan de ser meros receptores de normas sociales y asumen el papel de agentes de cambio cultural. Sin embargo, en otros casos, el sentido común tradicional permanece intacto, lo que refleja una tensión entre la autonomía individual y la imposición de normas sociales.

De los siete casos de *mapadres* presentados hasta ahora, cuatro enfrentaron contextos de cirugías “normalizantes” hace más de diez años, lo que significa que ya vivieron el proceso de revelar el secreto durante la adolescencia. Cuatro casos tienen hijos, hijas, hijes que aún son infantes; de ellos, dos han enfrentado cirugías. Las razones expuestas por sus madres para estas intervenciones incluyen la necesidad de “corregir sus cuerpos”, incluso accediendo a discursos activistas o narrativas intersexuales presentes en internet. Los otros dos infantes no han sido intervenidos, y las razones familiares son opuestas: uno por decidir no intervenir el cuerpo y el otro por expresar que no tuvieron acceso (económico) a dicha intervención.

Un caso particular es el de Madre 3, quien tiene una hija adulta intersexual que enfrentó una cirugía feminizante al nacer y que ha aceptado la concordancia entre su cirugía, su identidad y su orientación sexual. Pero, además, tiene un hijo pequeño que también enfrentó una cirugía de feminización (en este caso, las gónadas no fueron extraídas, sino que se conservaron por indicación médica) y que ahora aboga por cirugías de masculinización.

Como mencioné anteriormente, el sentimiento que se presenta de manera transversal, independientemente de las razones que guían su marco de interpretación y decisiones, es la “culpa”. Esto incluye incluso a aquellos casos donde las familias han decidido no intervenir el cuerpo de sus hijos, hijas, hijes, pero sí les han asignado un nombre y criado de acuerdo con las normas tradicionales del género femenino, lo cual también es percibido como un error.

Creo que para muchos padres que tienen hijos, hijas, hijes intersexuales, esta es una de sus primeras preocupaciones. Existen investigaciones que dicen que cuando tienes un hijo, hija, hije, lo primero que hacemos es asignar un género a ese recién nacido, y lo que pasa es que cuando asignamos un

género en base a los genitales, si tiene pene decimos que es un niño, y gran parte de la población va a estar de acuerdo con ese género asignado, pero hay un porcentaje de personas que no se identifican con el género que les fue asignado al nacer. Cuando asignamos un género basándonos en sus cuerpos, sucede que 9 de cada 10 veces todo coincide. En nuestro caso, no, nos equivocamos. Elegimos asignarle el género femenino, pero llegó el momento en que ya no fue más una niña, así que tuvimos que cambiarlo todo al género con el que se identifica él, que es el masculino. (Padre 1, entrevista 2023)

Estas familias, quienes han enfrentado la intersexualidad más contemporáneamente, esperan la adolescencia como un punto crítico, un proceso a venir, no ajeno de tensiones y de malestares:

Ahora lo entiende un poco más, pero seguramente cuando sea adolescente se preguntará o comparará su pene con el de otros, o cuando empiece a desarrollar su vida sexual. Por ahora, nosotros sólo le decimos que hay mucha variedad y diferencias entre nuestros cuerpos y que él es simplemente uno más del montón, por así decirlo. Tratamos de normalizar los cuerpos, toda su diversidad, pero también es porque nosotros en casa siempre hemos sido muy “hippies”, no podría decir que todas las familias hacen lo mismo. Así que dejamos que él nos de la pauta para saber qué tan lejos somos capaces de discutir sobre qué es ser intersexual, qué tanto podemos hacer público su condición y qué tanto quiere adoptar esto en su identidad, en su cotidiano. (Padre 1, entrevista 2023)

Decidimos no operarla y darle alas y darle fuerza para que sienta eso. Ella misma va a tener momentos en los que me va a odiar evidentemente en su adolescencia. Momentos en que me va a odiar a mí y va a odiar a su cuerpo, pero como todas y todos nos ha pasado. O sea que, cuando sea adolescente, por lo que hemos hecho antes nos va a odiar, vale, pero cuando sea adulta quiero que ella piense que lo que hicimos fue lo mejor para ella, pues para mí hubiera sido lo mejor que me hubieran dejado elegir, entonces decidimos no extirpar gónadas. (Madre 5, grupo de discusión 2022)

Yo tengo miedo de qué va a pasar si él cuando sea grande, si se pone rebelde y no quiere tomar la medicación y su cuerpo no se mantenga controlado. A mí me dijeron que es normal, que esté tranquila, que todo va a estar, pero que quizás todo pase en la pubertad, porque tienden a presentar una pubertad precoz y eso me dijeron que era un azar. Por ejemplo, en una casa, en una familia que están encima de ellos y que la medicación se la dan como corresponde a horario todo, y así todo a los 7 años ya tienen vello púbico o el cambio de voz, y en otros casos de familias que quizás no siguen con la medicación y todo, y sin embargo nunca se dio la pubertad precoz, o sea esto es una lotería. (Madre 1, entrevista 2022)

La dimensión socioeconómica emerge como un factor determinante que atraviesa las experiencias intersexuales analizadas, configurando lo que podríamos denominar una “estratificación del acceso a la autodeterminación corporal”. Esta estratificación se

manifiesta en múltiples niveles: acceso diferencial a información científica actualizada, como expone Madre 2:

No había internet como ahora, poco podía googlear o comunicarme con otras personas que hubiesen pasado por la experiencia de un hijo intersexual. (Madre 2, entrevista 2022)

Pero, también respecto a las posibilidades económicas para buscar segundas opiniones médicas, recursos para asumir tratamientos no cubiertos por el sistema de salud, y capacidad para movilizar capital social y cultural en la negociación con instituciones médicas. Como revela el testimonio de Madre 1:

A veces creo que tiene que ver con que, como somos humildes, pensaban que no íbamos a entender. (Madre 1, entrevista 2022)

Así también, lo evidencia el testimonio del Padre 1, cuya conciencia de este privilegio resulta significativa:

También, he de decir que siempre me pregunto si hay otros casos acá en el sur, ¿seguro que sí! Y pensamos en nuestra situación de privilegio, que tenemos plata, educación, se nos hace más fácil pensar en el futuro de él, si quiere mañana operarse, por ejemplo, pero a veces pensamos en las otras familias que no tienen acceso, ¿qué pasa en esos casos? (Padre 1, entrevista 2023)

Esta reflexión ilumina cómo la clase social no solo determina el acceso a recursos materiales, sino también la posibilidad de imaginar y construir futuros alternativos. En contrapartida, encontramos otros dos casos de madres, quienes, teniendo bebés intersexuales, abogan a tener que “autogestionar” recursos para poder acceder a las soñadas intervenciones de sus cuerpos y garantizarles el “bienestar”. Un análisis crítico de la intersexualidad en Chile, por tanto, no puede desvincularse de las profundas desigualdades socioeconómicas que caracterizan al país y que condicionan quiénes pueden ejercer efectivamente su derecho a la autodeterminación corporal.

Estos últimos ejemplos demuestran como la angustia por parte de las madres ante una genitalidad ambigua—inclusive con transformaciones en el sentido común—ha permanecido en el tiempo. A pesar de que, en Chile, las cirugías a neonatos han dejado de suceder frecuentemente a raíz del caso Talca⁵¹ y el incipiente marco institucional que regula los protocolos por medio de las Circulares Ministeriales, por lo que los profesionales médicos se resguardan de posibles demandas y querellas por no cumplimiento del margen de los derechos humanos. Aun así, las familias se muestran en

⁵¹ Más información en Capítulo V.

una situación de tal angustia que invierten recursos propios en gestionar intervenciones para sus infantes:

Mira, como estaba en hospital Clínico de la Chile, yo me hacía cargo de la casa y todo el tema, porque el papá súper flojo para trabajar. Entonces, yo a veces estaba cesante, y debía tener 3.000.000 de pesos para su operación. El doctor que le atendió, urólogo también, él trabajaba en la Clínica Las Condes en este tiempo y también en el Hospital Clínico de la Chile, y algunas veces hacía turnos en el Hospital Padre Hurtado. Entonces, me dijo “mira, yo tengo la opción de operar a Nico en diciembre, pero como tú no tienes la plata”, me dijo “después vamos a hablar de plata” y yo le dije, “ay, después me va a *pegar el palo*⁵² y me voy a tener que arrancar del país”. El tema es que me hizo una ficha clínica con una dirección falsa de donde vivía mi mamá cuando chica, y puso en esa ficha de que operó a Nico por hernia inguinal, como urgencia. Él me hizo esta *paletteá*⁵³, pero me dijo “*tení*” que tener claro que después de la intervención no va a haber demanda” que quede super claro qué es lo que le vamos a hacer a la Nico y los riesgos de eso y todo lo que conlleva, después no me vas a estar demandando. (Madre 3, entrevista 2023)

El otro día fui a un doctor por un tema mío, y él me comentó que estaba realizando una investigación con un amigo en el extranjero sobre enfermedades raras, y yo le conté lo de mi hijo. Cuento corto, me contó que ya habían probado una cura en animales, y que resultó, y que, si se aprobaba en mayores de 18, después se probaría en niños. Así que, así es como avanza la ciencia. Entonces, yo solo espero que se agilice todo, se agilice la burocracia, y el protocolo. Poder sanar a mi hijo, garantizarle todo lo que necesite para vivir tranquilo, y que nosotros vivamos tranquilos con él. (Madre 1, entrevista 2022)

Esto, se suma a una especie de “defensa” del cambio gestado en las prácticas médicas, justificando que, en el pasado, las prácticas parecían ser más violentas y poco contenedoras que las actuales, a pesar de seguir existiendo denuncias por parte del activismo.

Quería hacer un apunte, la verdad es que yo digo que sufrimos violencia médica cuando nació mi hija, pero ahora mismo estamos muy contentos con los médicos que tenemos. Las generaciones de doctores han ido cambiando, como nosotros, también. (Madre 5, grupo de discusión 2022)

Para concluir este apartado, es importante destacar que los casos entrevistados en esta investigación corresponden en su mayoría a situaciones de genitales atípicos, en los cuales surgieron dudas sobre la asignación de sexo al momento del nacimiento. Sin embargo, existen otros casos en los que la tensión inicial no fue tan evidente durante el parto o la primera infancia. En todos los casos, las tensiones y conflictos vividos por las madres (*mapadres*) aquí entrevistadas abarcan diversos temas, tales como: (1) dificultades en la

⁵² Exigir mucho dinero en el futuro.

⁵³ Hacer un favor.

interacción con los profesionales médicos, (2) la gestión de la información —qué contar y a quién—, y (3) preocupaciones sobre el futuro relacionadas con: (3.1) el estigma de la diferencia, (3.2) la identidad de género y el rol de género, y (3.3) la sexualidad y las relaciones de pareja.

De esta forma, si bien existen casos en los cuales se optó por la no intervención, en la mayoría sí se procedió a la “corrección” de los cuerpos de sus bebés. Garfinkel (1967) entrega algunas pautas para pensar en la relevancia de las expectativas sociales por medio de tres elementos básicos de lo que, en estos casos, se entendió como una desviación social: (1) La existencia de expectativas sociales compartidas; (2) una marca de incumplimiento o desviación de las expectativas sociales imperantes; (3) una respuesta social a esa desviación. Así, calcular la respuesta social al incumplimiento de la norma es la clave para entender la prominencia de una inicial expectativa social.

Pero ¿Cuáles son esas expectativas sociales compartidas en todos los casos? Pues, que todas las creencias familiares constituyen la “actitud natural” sobre el género (Kessler y McKenna, 1978, pp.113-114), donde los genitales son el signo esencial del género, sumado a que hay dos y solo dos géneros y donde ninguna excepción a los dos géneros es lo que consideran “normal”, a pesar de hacer los esfuerzos por comprender nuevas posibilidades de encarnar la experiencia de sus hijos.

La mayoría de los trabajos teóricos que han teorizado a *mapadres* de personas intersexuales no han realizado trabajo empírico, y han perpetuado la idea de una alianza consciente con la comunidad médica. No obstante, es necesario romper estos presupuestos y profundizar también en la vulnerabilidad que les rodea.

En este punto, he intentado evidenciar esta vulnerabilidad de las *mapadres*, la cual no se disipa tras enfrentarse la cirugía ni con las prescripciones médicas de silencio, por lo que es importante considerar la carga médico-social que se les asigna, designándolas como las principales responsables del proceso de generización. Como he expuesto con los relatos previos, el sentido común les asigna la función esencial de educar a sus criaturas conforme a uno de los dos géneros de manera consistente, reforzando los valores tradicionales vinculados al dimorfismo sexual (Lev, 2006).

En los casos de intersexualidad, se espera que las familias realicen un esfuerzo educativo adicional, un esfuerzo extraordinario que comienza desde el propio cuerpo, un ámbito íntimo tradicionalmente atribuido a la madre. Este proceso está marcado por traumas

emocionales, dilemas internos y el sufrimiento derivado de las expectativas sociales, así como de sus frustraciones y la falta de comunicación con sus hijos, hijas, hijes. Todo esto se refleja en las decisiones que toman, incluidas aquellas que las llevan a optar por mantener el secreto sobre la intersexualidad.

También, resulta pertinente establecer una comparación entre las experiencias documentadas en el contexto chileno y los estudios internacionales sobre intersexualidad. Mientras que en países como Alemania, Malta o Australia se han implementado legislaciones específicas que prohíben las intervenciones no consentidas en menores intersexuales, Chile presenta un desarrollo normativo incipiente, caracterizado por circulares ministeriales con alcance limitado. Esta diferencia no es meramente legislativa, sino que refleja distintas trayectorias en el reconocimiento de los derechos de las personas intersexuales.

En el contexto latinoamericano, Chile comparte con otros países de la región una fuerte influencia de valores conservadores y religiosos que refuerzan el binarismo sexual y la patologización de la diversidad corporal. Sin embargo, a diferencia de países como Argentina, México o Brasil, donde los movimientos intersexuales han logrado mayor visibilidad e incidencia política, en Chile el activismo intersexual es más reciente y enfrenta mayores resistencias institucionales. Estas diferencias contextuales son fundamentales para comprender cómo se configuran las experiencias intersexuales en el territorio nacional (Capítulo V).

1.3 “Fui al doctor por otra cosa y ahí supe”

Sin embargo, también existen otros recorridos, en solitario y en la adultez, en los cuales la familia no actúa como un agente competente ni responsable de tomar decisiones o de mantener el secreto. Las razones por las que algunas personas acuden al médico en la adultez pueden ser diversas: genitales inusuales, virilización en mujeres o esterilidad (Gregori, 2015). A veces, el diagnóstico de intersexualidad se presenta en contextos ajenos a una consulta específica, como resultado de un hallazgo o signo que podría llevar a un diagnóstico relacionado.

En el caso de Chuli, una de las entrevistas más extensas que realicé durante mi trabajo etnográfico, ella compartió, entre risas nerviosas, que, aunque tuvo algunas dudas durante

su infancia y adolescencia, esto nunca representó un “problema” dentro de su familia. Además, al identificarse como mapuche, insiste en que no tenían un acercamiento cotidiano a la medicina hegemónica. Fue solo al llegar a una consulta ginecológica en la adultez para la realización de un examen anual cuando le revelaron su diagnóstico:

Mira, primero que todo, yo jamás en mi infancia tuve algún problema o quizás, estar consciente de tener un problema, estar consciente de lo que pasaba, y decir ¿cómo se llama esto? ¿por qué a mí?, eso lo pasé cuando lo supe. De púber recuerdo que en un momento me di cuenta de que no podía usar *calzones*, eran terribles para mí, no sabía cómo acomodarme con ellos, y yo me metía para adentro mis labios internos porque los tenía demasiado largos ¿cachái?⁵⁴ Primer avistamiento intersexual, pero no le presté atención, pensé que todas éramos así. Tampoco tuve ningún guía respecto a mi cuerpo, en ningún sentido, ni en la escuela, ni en el doctor. De hecho, casi nunca el doctor, cuando enfermaba, mis papás me llevaban a nada, como que igual cero aprecio a la medicina tradicional desde siempre. Hasta hace unos años, en los que estuve yendo a un centro ginecológico donde solo hay mujeres ginecólogas, que se llama ICIMER y que está en Santiago. Y ahí fui, y había una ginecóloga que me atendió, que me vio, que me revisó, porque yo siempre me hago el PAP [citología] todos los años, y nunca una ginecóloga me había hablado de esto, jamás me habían hablado de la intersexualidad. Me lo dice y yo ¿qué es eso? Y me dijo: “es que tú tienes como una morfología... (o algo así me dijo) en la que tu cuerpo es intersexual, por tus órganos genitales, por el grosor de tus labios inferiores, por el largo que tiene, por el tamaño de tu clítoris, puede ser” me dijo “lo digo para que lo sepas, porque es un tema súper desconocido” y yo como: ¿qué me está hablando? Nunca había escuchado esto. Y yo muy ignorante, me puse a buscar información. (Chuli, entrevista 2022)

Un caso similar es el de Pola quién, a pesar de que fue su madre quién evidenció el “problema” con su cuerpo, ella no contaba con antecedentes, por lo que significó una sorpresa para ambas el acceder a dicha información:

La primera vez que *caché* que algo raro me pasaba fue algo así como a los 7 años. Yo iba saliendo de la ducha, cuando entró mi mamá a buscar algo. Me quedó mirando con cara de preocupación, no con de rareza, pero sí recuerdo que me dijo que deberíamos ir al doctor. Yo me preocupé y le pregunté por qué, me dijo que no era nada grave, pero que mi clítoris era más grande de lo normal. Yo me quedé *plop*⁵⁵ en momento, poco entendía de clítoris a esa edad, pero me quedé mirándolo un rato, entre curiosidad y desesperación. Al *finde* siguiente, mi mamá me comentó que lo había hablado con una tía mía, que le había dicho que mi cuerpo era medio raro. Mi tía es enfermera, así que parece que le preguntó a un médico o algo así. El tema es que nadie le había dicho a mi mamá que yo había nacido con Hiperplasia Suprarrenal Congénita o que tendría genitalidad diferente. Además, cuando era más chica y me cambiaban de pañal o me bañaban, nunca notaron nada en

⁵⁴ La palabra *cachai* significa “entiendes” en Chile.

⁵⁵ Sorprendida, impactada, sin palabras, etcétera.

mí, así que yo quizás se empezó a hacer más notorio mientras crecía, no lo sé. (Pola, entrevista 2021)

En el caso de Pablo también se enteró en su edad adulta, pero su historia de vida involucra bastantes hitos relevantes que quisiera precisar. Al iniciar la conversación, Pablo expone “Yo nací con genitales intersexuales externos, un pene pequeño que parecía un clítoris”. Al nacer, fue asignado en femenino, pero perdió a su madre pocos años después. Al ser adoptado por sus tías, nadie conocía el “secreto”, por lo que solo se enteró cuando su cuerpo empezó a dar señales y decidió acercarse a un médico para entender qué sucedía:

Yo siempre había tenido conflictos con mi identidad, y cuando nací, mis genitales estaban lo que se dice, subvirilizados. Es decir, los genitales externos no habían sufrido el efecto de la testosterona y tenían una apariencia femenina, interiormente tenía próstata, vesículas seminales, todo esto, pero externamente parecían unos genitales femeninos. Cuando fui creciendo, llegó la pubertad y me desarrollé en masculino, a pesar de que yo tenía nombre femenino y me vestía como una mujer, yo me desarrollé en masculino, y claro que yo ya estaba en desconcierto absoluto, porque, por un lado, me encantaba... mi cuerpo iba a donde yo quería, pero por otra parte decía: “*chucha*”⁵⁶, ¿qué pasa? ¿qué ocurre conmigo? ¿qué me está pasando?” ... Y, bueno, así encontré información sobre la intersexualidad o lo que en este tiempo se llamaba pseudo hermafroditismo. Te hablo hace un montón de años...y bueno, *po'* fui al médico a eso de los 18 [años], me hicieron un diagnóstico y a partir de ahí, tengo, pues... bueno, solución...qué podemos hacer, cómo podemos solucionar tanto la parte genital, sexual, como la parte del género social. (Pablo, entrevista 2021)

El diálogo con Pablo resultó ser un proceso comunicativo complejo y difícil de seguir. Al revisar mis notas de campo, observé que había garabatos dispersos que, en retrospectiva, reflejan la confusión y desconcierto que experimenté durante la conversación. Estos apuntes, fragmentados y caóticos, indicaban que, al igual que en otros momentos de trabajo de campo, me encontraba en un estado de incomodidad cognitiva, tratando de comprender y articular lo que se estaba diciendo, sin encontrar los términos adecuados para hacerlo. Tal como señala Geertz (2000[1973]), las experiencias de inmersión en contextos culturales y conversaciones complejas pueden generar una “confusión interpretativa” que resulta del choque entre nuestras expectativas, nuestro marco de interpretación y las realidades pesquisadas en el campo.

La conversación con Pablo no fue un caso aislado, sino que se inscribe dentro de un patrón más amplio de dificultades al abordar ciertos temas delicados y cargados de significados culturales, como el concepto de “cuerpo” y las identidades de género. Este fenómeno

⁵⁶ Expresión de disgusto o contrariedad.

resalta las tensiones entre lo que se entiende como una “realidad” objetiva y la manera en que las identidades de género son construidas socialmente, algo que ha sido ampliamente documentado por autoras como Butler (2007[1990]), quien discute cómo las categorías de género son performativas y constituyen sujetos dentro de un orden social normativo.

La dificultad al abordar estos cuerpos no solo refleja una barrera lingüística o cognitiva, sino que también implica una limitación epistemológica. En este sentido, la etnografía se convierte en una práctica de “des-aprender” y de confrontación constante con los discursos dominantes, tal como lo sugiere Fabian (2014[1983]), quien argumenta que las etnógrafas deben estar atentas a las formas en que sus propios marcos conceptuales pueden interferir con la comprensión genuina de las realidades ajenas.

Otro caso similar, y que también fue una de las conversaciones difíciles, fue con Aldo — a quien conocí en una aplicación de citas en donde exponía abiertamente ser un “hombre intersexual”— con quien me costó mucho entrar en la temática de su corporalidad, quizás por haber llegado a establecer contacto desde una plataforma diseñada para gestar otro tipo de vínculos sexoafectivos.

Después de las dos primeras citas, mis notas explicitan:

Considero que, para hablar de la intersexualidad, debemos generar más contacto y confianza. Aldo se muestra abierto a hablarme de su vida privada, lo hace con facilidad y desplante, parece sentirse cómodo, pero no cuando le pregunto sobre su “cuerpo”. (Notas de campo, 2022)

En la tercera cita, en un contexto más afable, un bar cerca de mi casa en Santiago Centro y después de un par de cócteles, logramos llegar a profundizar en la temática. Yo ya le había comentado previamente que las intersexualidades eran mi línea de investigación, pero en las instancias previas no hubo ningún indicio de querer hablar sobre ello, por lo que sentí, que, teniendo más afinidad y un contacto más cercano, él tomó la iniciativa en abrir el diálogo, quizás porque evidenció mi interés al comenzar la conversación. Le pedí grabar solo esa parte de la conversación, pero terminamos grabando toda la velada.

En esta ocasión, me explicaba que su familia nunca tuvo acceso a dicha información, ya que fue algo que pasó desapercibido hasta el momento de su paternidad:

Yo accedí a la información de grande. Y *pucha*, prejuicios aquí y allá, Chile es duro con esto de los cuerpos. Yo supe cuando fui papá, me hice exámenes y todo el *show*. Exámenes que nunca me había hecho antes, porque ¡*pa'* qué *po!* O sea que mi familia no tenía idea. Recién están *cachando la onda*, y *pucha*, yo también, *pa'* que voy a decir que no, si sí. (Aldo, conversación informal, 2022)

Similar a la historia de Yuri, quien expone que ella se asumió siempre “normal” de acuerdo con las corporalidades binarias, hasta que durante la adultez temprana comenzó a generar dudas en su entorno, lo que la llevó a distintos médicos que generaron diagnósticos erróneos, hasta que a la edad de 20 años comenzó a encarnar su vivencia intersexual:

Mis genitales femeninos son normales, por eso nadie podría decir que soy intersex. Yo lo supe de grande, pero mi familia también. El primer diagnóstico, el primer síntoma, es la ausencia de la primera menstruación o lo que se llama amenorrea primaria, entonces va a depender de cuándo te enteras. Es alrededor de los 16 años. Bueno, ya le va a venir porque corporalmente el busto crece. El vello crece, no tiene ningún rasgo característico, pero bueno, pues, ya viene, ya viene. Me llevan al ginecólogo, porque era una chica muy alta, tenía todo para que menstrúe y no pasaba, ahí es donde viene el problema. Hay muchos médicos que, por desconocimiento, te dan hormonas. Muchísimas cosas pasé hasta que llegué a la verdadera alarma. Bueno, de ahí me derivó a otro ginecólogo, un poco mejor y a otro y a otro, y así... al final me hicieron una exploración bajo anestesia y se dieron cuenta de que no era himen perforado y allí empezó mi camino. Desde ahí, tardé 4 años más en saber que tenía esta enfermedad llamada Síndrome de Rokitansky. (Yuri, entrevista 2023)

El caso de Karen representa una experiencia distintiva entre las personas entrevistadas que descubrieron su intersexualidad en la edad adulta. Karen nació con características intersexuales y, aunque los médicos plantearon la posibilidad de una cirugía de feminización temprana, su familia optó por no realizarla. Según relata Karen, esta decisión estuvo influenciada por la desinformación y por no haber dado suficiente importancia al diagnóstico médico, llegando incluso a ignorarlo por completo. A diferencia de otros casos, aquí no existió un secreto familiar, sino una omisión de acción.

Karen, quien descubre su diagnóstico en edad adulta tras comenzar la hormonización luego de comenzar su transición, expresa una profunda frustración respecto a las decisiones tomadas por su familia al no haber recibido intervención médica durante su infancia. Esta situación la llevó a buscar tratamiento por su cuenta en la edad adulta, una experiencia que describe retrospectivamente como una “pérdida de tiempo” por no haberse realizado antes:

Yo no sabía si me consideraba mujer, sí quería ser mujer, porque era “casi” hombre con un pene raro o muy pequeño, pero sí sabía que no quería envejecer en el cuerpo que tenía. Cuando fui creciendo, se iba poniendo más fuerte el asunto. Cuando fui al doctor para comenzar el tránsito, ahí lo supe. No entiendo por qué no lo supe antes, por qué no hicieron algo cuando era más niña,

si yo ya mostraba la disforia con mi cuerpo. Me hubieran ahorrado todo el tiempo que perdí odiando mi cuerpo. (Karen, entrevista 2023)

El descubrimiento de la intersexualidad en la adultez representa un punto de inflexión en la construcción de la revisión de la identidad personal y resignificación de la vivencia corporal. Esta etapa de vida está marcada por la confrontación con una realidad que desafía no solo las expectativas de género y cuerpo previamente asumidas, sino también la narrativa con la que se había interpretado el pasado. Muchas de estas personas no enfrentaron un secreto médico o familiar, sino más bien, su entorno está marcado por el desconocimiento o experiencias arbitrarias en el ámbito médico de las intersexualidades, por lo que llegan al conocimiento de su intersexualidad en un proceso de autoexploración que los impulsa a reconstruir su sentido de sí mismos.

Este proceso puede ser experimentado de diversas formas: para algunas personas se convierte en un alivio frente a cuestionamientos personales y físicos que nunca habían tenido respuesta; para otras, supone enfrentarse a una nueva dimensión de su vida con la que es necesario aprender a convivir y comprender desde un punto de vista integral, tanto biológico como social. En este último caso, algunas personas, al recibir su diagnóstico asimila la intersexualidad como una “enfermedad” que debe ser tratada. Analizaré este punto con mayor detenimiento en el punto “después del diagnóstico”.

1.4 “Era un consenso entre mi familia y yo”

En contraste con los casos anteriormente analizados, las experiencias de Vane y Xavi representan trayectorias distintivas donde la intervención médica estuvo ausente, pero donde la comunicación sobre su intersexualidad constituyó un elemento constante en su desarrollo, desde la infancia hasta la edad adulta. Esta continuidad informativa merece un análisis más profundo, pues representa una modalidad de gestión familiar de la intersexualidad que desafía tanto el paradigma del secreto como el de la intervención temprana.

En el caso de Vane, la decisión familiar de no intervenir quirúrgicamente su cuerpo intersexual estuvo fundamentada en una cosmovisión mapuche que, similar al caso de Chuli, integra una comprensión de la corporalidad que trasciende el binarismo occidental. Sin embargo, lo particularmente significativo en este caso es que su familia no solo

resistió activamente las presiones médicas, sino que adoptó una postura afirmativa hacia la diversidad corporal. Este posicionamiento familiar constituye un ejemplo de lo que Foucault (2007) denominaría “prácticas de resistencia” frente a los dispositivos biopolíticos que regulan los cuerpos.

Hay muchas personas intersex que no lo saben hasta la adolescencia o la adultez, cuando deben acudir al médico por alguna cuestión que se les ha aparecido en su cuerpo y que quizás consideraron anormal, pero la mayoría de las veces se refiere a personas que hemos nacido con características genitales ambiguas. En mi caso, no me operaron, porque mi familia no lo permitió, pero a mí siempre me lo dijeron que mi cuerpo era diverso y que así estaba bien. (Vane, entrevista 2022).

El testimonio de Vane revela un proceso de construcción identitaria donde la intersexualidad no es conceptualizada como patología o anomalía, sino como una expresión legítima de diversidad corporal. Esta reconfiguración conceptual no es meramente discursiva; constituye lo que Bourdieu (1991) denominaría un “*habitus* alternativo”, es decir, un sistema de disposiciones duraderas y transferibles que integra experiencias pasadas y funciona como matriz de percepciones y acciones. La familia de Vane, al transmitirle una valoración positiva de su corporalidad diversa, le proporcionó un capital cultural y simbólico que le permitió desarrollar estrategias de resistencia frente a la normalización biomédica.

El análisis del discurso de Vane permite identificar lo que Lakoff y Johnson (1980) denominan “constelaciones metafóricas” a través de las cuales conceptualiza su experiencia corporal. Cuando describe su cuerpo como “diverso” y afirma que “así estaba bien”, está movilizand o metáforas conceptuales que no solo organizan su experiencia individual, sino que conectan con un marco epistémico más amplio propio de la cosmovisión mapuche. En este sentido, podemos apreciar una intersección entre lo que Butler (1993) denomina “materialidad del cuerpo” y los discursos que lo hacen inteligible socialmente.

Esta conceptualización positiva de la diversidad corporal representa un desafío directo a lo que Fausto-Sterling (2006[2000]) ha identificado como el “imperativo dimórfico” de la medicina occidental, que patologiza y busca “corregir” cualquier corporalidad que no se ajuste a los estándares binarios. El caso de Vane ejemplifica cómo las epistemologías indígenas pueden ofrecer marcos alternativos para comprender y valorar la diversidad corporal, contribuyendo a lo que Santos (2010) denomina una “ecología de saberes” que desafía la hegemonía del conocimiento biomédico occidental.

Por otra parte, la experiencia de Xavi introduce una dimensión crucial que a menudo permanece insuficientemente teorizada en los estudios sobre intersexualidad: la intersección entre corporalidad diversa y desigualdad socioeconómica. A diferencia de Vane, cuya familia tomó una decisión fundamentada en principios culturales, la familia de Xavi se abstuvo de buscar intervenciones médicas principalmente debido a limitaciones económicas:

Mi mamá me lo dijo siempre, pero yo lo entendí más grande, de que por miedo a que quisieran realizarme una operación genital y pasara algo peor, prefirieron no llevarme al hospital. Tampoco había plata para hacer eso, así que decidió dejarlo así. Como yo era hija única, mi mamá trabajaba casi todo el día, así que me cuidaban mis abuelos. Casi no socializaba con otros niños, más allá del colegio. Creo que no era mi decisión, pero yo iba creciendo como mujer y era como un consenso abstracto entre mi familia y yo (Xavi, entrevista 2022).

El testimonio de Xavi permite analizar lo que Bourdieu (1984[1979]) conceptualiza como la “distribución diferencial de capitales” que condiciona las posibilidades de acción de los agentes sociales. La expresión “tampoco había plata para hacer eso” revela cómo el acceso a recursos económicos —o su carencia— configura trayectorias corporales específicas. Este caso ilustra lo que Crenshaw (1991) denominaría una “interseccionalidad estructural”, donde la experiencia de la intersexualidad se ve atravesada por condicionantes de clase que determinan el horizonte de posibilidades para la gestión de la corporalidad diversa.

Es crucial señalar que, aunque tanto Vane como Xavi experimentaron una ausencia de intervención médica, los fundamentos y consecuencias de esta ausencia difieren radicalmente. Mientras que en el caso de Vane representa una decisión fundamentada en principios culturales afirmativos, en el caso de Xavi constituye el resultado de una exclusión estructural del sistema de salud. Esta distinción nos permite problematizar la noción romántica de “resistencia” a la medicalización, reconociendo que la no-intervención puede derivar tanto de una decisión consciente como de una imposibilidad material.

La referencia de Xavi a un “consenso abstracto” entre ella y su familia respecto a su desarrollo como mujer invita a un análisis de lo que Foucault (1988) denominaría “tecnologías del yo”. Este “consenso abstracto” puede interpretarse como un proceso de negociación identitaria donde, a falta de intervenciones médicas formalizadas, se

desarrollaron prácticas cotidianas de género que facilitaron su socialización como mujer. Este proceso ilustra lo que Butler (1990) conceptualiza como la “performatividad del género”, evidenciando cómo la identidad de género se construye a través de actos reiterativos que, en el caso de Xavi, se desarrollaron en un contexto de relativo aislamiento social (“Casi no socializaba con otros niños, más allá del colegio”).

Las experiencias de Vane y Xavi permiten teorizar sobre el papel de la familia como espacio de mediación entre las normativas sociales hegemónicas y las posibilidades de autodeterminación corporal.

En el caso de Vane, la familia opera como un espacio donde se generan nuevos significados y prácticas que desafían las estructuras dominantes. Al optar conscientemente por preservar la corporalidad diversa de su hija y proporcionarle un marco interpretativo afirmativo, la familia de Vane participa activamente en lo que podríamos conceptualizar como una “micropolítica de la resistencia” frente a la normalización biomédica.

Este posicionamiento familiar disruptivo adquiere especial relevancia en un contexto donde, como señala Karkazis (2008), las decisiones sobre los cuerpos intersexuales han estado históricamente dominadas por criterios médicos que priorizan la “normalización” estética sobre el bienestar psicosocial. La familia de Vane, al rechazar este paradigma y afirmar el valor intrínseco de la diversidad corporal, contribuye a lo que Fraser (2008) denominaría una “política del reconocimiento” que desafía las jerarquías simbólicas que devalúan determinadas corporalidades.

En contraste, el caso de Xavi ilustra cómo los procesos de subjetivación están inevitablemente condicionados por las posibilidades de acción de los agentes. La ausencia de una trayectoria biomédica en su caso no responde a una resistencia deliberada, sino a lo que podríamos denominar, siguiendo a Berlant (2011), un “cruel optimismo”: la esperanza de acceder a intervenciones médicas imposibilitada por restricciones materiales. Esta condición paradójica —querer acceder a recursos médicos, pero verse imposibilitado por factores socioeconómicos— evidencia lo que Platero (2020) y Suess (2018) han identificado como las dimensiones de clase que atraviesan los procesos de construcción identitaria.

2. Adolescencia como punto crítico: “Era una cosa rara”

Como expuse en los puntos precedentes, la infancia y las prácticas sexuales en esta etapa están mediadas y condicionadas por diversos dispositivos y controles enfocados en los primeros años de vida. Ante cualquier desviación de las expectativas, la responsabilidad recae no solo en la niñez, sino también en las personas adultas encargadas de su crianza y dirección. En el caso de la adolescencia, se marca el paso, en términos fisiológicos, hacia la pubertad y, con ello, hacia el ámbito reproductivo, un elemento crucial en la articulación de la norma de género, donde la matriz heterosexual opera como un ideal regulatorio de la identidad. En este sentido, las personas entrevistadas la describen como una etapa de “búsqueda”, caracterizada por el cuestionamiento de inconsistencias presentes en los modelos hegemónicos de género y sexualidad.

Históricamente, el término “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer”. Este término se introdujo en los siglos XIV y XV y se definió como el período de transición entre la infancia y la adultez (Owen, 2011). No obstante, una interpretación alternativa vincula la adolescencia con el verbo castellano “adolescer”, que implica aflicción. Valentini (s.f.) critica esta perspectiva como una “sustracción etimológica”, sugiriendo que la adolescencia se percibe como una fase biológica de desarrollo lineal, caracterizada por turbulencias y controlada para formar personas adultas alineadas con las normas de género, sexualidad, clase y raza.

Por su parte, Funes (2008) argumenta que la adolescencia es una construcción social influida por el contexto, describiéndola como una realidad conformada por materiales e interacciones específicas del entorno. Owen (2014) vincula la adolescencia con el concepto de biopoder y destaca que, a partir del siglo XIX, se convirtió en un foco de control disciplinario (Foucault, 2004[1984]). Disciplinas emergentes como la medicina, la psicología y la educación han contribuido a definirla desde una perspectiva desarrollista y psicobiológica, acentuando la transición y la rebeldía como características inherentes, con el objetivo final de estabilizar al individuo hacia la adultez.

Lesko (1996, 2012) profundiza esta línea y sistematiza caracterizaciones sobre la adolescencia, las cuales exploran cómo esta fase es construida socialmente. La primera, presenta la adolescencia como un umbral hacia la adultez, donde se establece una superioridad de las personas adultas sobre las adolescentes, considerando su edad como

un marcador de transición. En la segunda, se enfatiza el crecimiento fisiológico y los cambios hormonales, que son vistos como causas naturales de la rebeldía y los vaivenes emocionales, vinculando estas características con la diferenciación sexual y la reproducción (Lesko, 1996). La tercera caracteriza la adolescencia por la influencia de pares, lo que ha sido utilizado para justificar la uniformidad de las personas adolescentes, especialmente en relación con el género y la sexualidad, promoviendo la idea de dependencia y falta de racionalidad en comparación con la adultez. Finalmente, la cuarta caracteriza la adolescencia como una fase temporal, un período de desarrollo lineal que se regula y se interpreta socialmente, poniendo énfasis en la idea de una “moratoria” de responsabilidades hasta la transición a la adultez (Lesko, 2012).

Según esta perspectiva, la adolescencia es entendida como aquel período de transición entre la niñez y la adultez, donde los individuos buscan definirse frente a las normas sociales y familiares, pero ¿es idéntico para el caso de la adolescencia intersexual?

La adolescencia intersexual, si bien puede coincidir en muchos de los puntos descritos por Lesko, es caracterizada por una serie de desafíos físicos, psicológicos y sociales que afectan de manera única a las personas intersexuales. Una etapa marcada por la intensificación de las experiencias de cuerpo y género debido a los rápidos cambios físicos y las crecientes expectativas sociales. Este período es particularmente crítico, porque la identidad sexual y la percepción corporal. Para ejemplificar lo expuesto, intentaré seguir de categorías de Lesko (1996, 2012), analizando la adolescencia descrita por los casos de las personas intersexuales entrevistadas.

En el caso de la primera, la adolescencia como un umbral hacia la adultez, es posible mencionar, de acuerdo con lo expuesto en los puntos anteriores, que en gran parte de los casos entrevistados expresan que fue durante la adolescencia donde se les reveló el secreto o se les entregó el diagnóstico, ya sea por parte de sus *mapadres* o comunidad médica, puesto que eran consideradas “cuasi adultas” o casi “completas”, lo que les dotaba de posibilidad de “concientizar” sus propios diagnósticos.

Después que ya me habían dicho la verdad [*mapadres*], yo busqué mis fichas y no entendía nada. Salían cosas de XX – XY, yo sabía que eso me sonaba a Gregorio Mendel (ríe). Siempre lo voy a recordar, porque lo hablaron en una clase cuando yo era *púber*. La *hueá'* es que no explicaron en esa clase mis cromosomas, explicaron los tradicionales. Entonces, yo no tenía computador en mi casa, y fui a la casa de una amiga con la excusa de estudiar este ramo, y ahí caché que lo mío era la gloriosa intersexualidad. (Lily, entrevista 2021)

Respecto a la adolescencia marcada por cambios hormonales, que explican la rebeldía y los vaivenes emocionales ligados a la diferenciación sexual, en los casos intersexuales este período es particularmente crítico, porque la identidad sexual y la percepción corporal se vuelven temas centrales en la vida de las adolescentes, enfrentándolos a la presión normativa de encajar en un sistema de género binario (Karkazis, 2008), como es el caso de Flor:

Yo siempre me pregunté por qué mi voz era así, por qué mis manos eran tan pequeñas y por qué en el *cole* yo era más grande, pero súper grande, mucho más que mis amigos. Ya en la adolescencia, mis amigos me decían que tenía pezones y yo “ay, no me *hueveen*”, me daba vergüenza. (Flor, entrevista 2022)

También sucede en el caso de Chuli que, si bien, no fue intervenida durante la infancia y se enteró de su diagnóstico en edad adulta, recuerda la adolescencia como un periodo de vaivenes emocionales ligados a una constante comparación con sus amistades:

Sin embargo, yo fui creciendo y mi mamá me cuenta que mi cuerpo físico no era igual al de *otras*, y yo también empiezo a notar que era una cosa un poco rara en comparación a mis amigas. Esto ya de adolescente, antes ninguna atención en eso. Mi cuerpo siempre fue grande, yo siempre fui de espalda grande, procesos hormonales raros, de cuello ancho, de cosas así... de tener súper marcada la mandíbula, de tener mis manos grandes, pero mis pies pequeños... Entonces como que mi cuerpo nunca fue como... como un cuerpo hegemónico, ni nada por el estilo, pero tampoco era un cuerpo de niña... ¡ay!, ¿cómo decirlo?... como de niña... es que la *hueá*’ es un estereotipo... Pero yo veía a mis compañeras, y todas eran como más finitas, como más pequeñas, no grandotas... igual tenía más compañeras que eran grandes, y todo... pero no era tampoco que yo estuviera sobrepeso en mi infancia, no era eso. Entonces era como raro mi cuerpo, yo siempre lo sentí raro. Y eso que no te hablo de mis órganos genitales, que igual eran raros, pero yo estaba como acostumbrada. Igual me molestaban caleta, me decían “camión” (ríe) y es que yo era muy grande... y no de alta tampoco, sino que era grande como de textura y bruta, con fuerza y eso. Yo me sentía como dimorfa. Entonces, yo en esa edad empiezo a decir “ay, qué rabia mi cuerpo, ah ya, pero igual todos somos raros, no importa...” me autoconvencía, una cosa así. (Chuli, entrevista 2022)

Esto último es ligado a lo que Lesko (2012) enuncia como la influencia de los pares. La comparación de cuerpos es una de las experiencias más reiteradas por las personas intersexuales al recordar su adolescencia. Las expectativas sociales, reforzadas por una educación y entorno cultural que valora el dimorfismo sexual, pueden resultar especialmente difíciles para la adolescencia intersexual, debido a las comparaciones con la otredad cuyos cuerpos sí se ajustan a las categorías binarias esperables socialmente.

Recuerdo que en biología nos pasaban los cambios que tendríamos como mujeres en la adolescencia, y observaba como esos cambios sucedían en los cuerpos de mis compañeras y mi cuerpo seguía igual, yo no presentaba ninguno de esos cambios. Lo que sí notaba era que mi voz estaba cada día más ronca y tenía demasiado acné, demasiados pelos. (Pola, entrevista 2021)

En la adolescencia hegemónica, los cambios corporales como el desarrollo del pecho, vello, voz, menarquía y eyaculación confirman el género, enmarcados por la matriz heterosexual centrada en la reproducción. La menarquía, por ejemplo, marca el momento en que se dice “ya eres una mujer”. Como se vio en el Capítulo VI, gran parte de las personas intersexuales entrevistadas experimentaron el momento de ausencia de menstruación (Lily, Cami, Gema, Nico, Ana), lo que gestó diversos conflictos para ellas y con sus familias quienes guardaban el secreto. Según Butler (1993), la feminidad no es una elección, sino una norma impuesta, lo que puede ejemplificarse también con lo descrito por Pola, quién, si bien no se enfrentó al secreto familia, sus sospechas respecto a lo que la hacía sentir diferente, se concretó al evidenciar la falta de menstruación y un cuerpo que no crecía como las otras:

Hubo una etapa en que lloraba sin saber por qué. De *púber* a mí me gustaba ser diferente en vestir, el hablar, el tono de mi voz, todo era diferente, pero yo sentía que era más diferente aún, y eso no me gustaba. Después, tipo 15 años o más, mi periodo menstrual no llegaba, no tenía *pechugas* y mi voz se hacía más y más ronca, además de que, al jugar, notaba que tenía más fuerza que mis compañeras, y ellas lo notaban también, no pasaba *piola*⁵⁷ y me miraban raro. (Pola, entrevista 2021)

En algunos casos, aquellos que sí enfrentaron intervenciones médicas, como las cirugías de normalización genital realizadas durante la infancia, las consecuencias físicas y emocionales que se manifiestan de manera más aguda en la adolescencia. Según Karkazis (2008), estas cirugías, muchas veces llevadas a cabo sin el consentimiento informado de la persona afectada, pueden impactar negativamente en el bienestar general. A medida que el cuerpo de un adolescente intersexual se desarrolla, las intervenciones tempranas pueden derivar en sentimientos de desconexión corporal, confusión sobre la identidad de género y dificultades para desarrollar una vida sexual saludable (Carpenter, 2018).

Me sentía diferente, siempre me sentí como niño, pero creo que reprimí eso en mi ser. Pensaba que era algo que no debería sentir siendo tan pequeña. A mis amigas ya le gustaban otros niños, y las típicas cosas tontas de enviarse cartas y cosas por el estilo, pero yo recuerdo que me agarraba

⁵⁷ Desapercibido.

a *combos* cuando le gustaba a algún niño, me molestaba. Me decían “la fiera”, no dejaba que ningún hombre se me acercara, me sentía disociada de mi cuerpo. (Lily, entrevista 2021)

Butler (2002 [1993]) insiste en la materialidad del discurso afirmando que “las normas reguladoras de “sexo” obran de manera performativa para construir la materialidad de los cuerpos” y, más específicamente, “para materializar el sexo en el cuerpo, para materializar la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual” (p. 18). Con ello, otorga a la matriz heterosexual la función reguladora de las identidades y expresiones de género en correspondencia con las corporalidades sexuadas:

Recuerdo una vez que mi tío me regañó porque yo estaba maquillándome. Me decía “los hombres no hacen eso”. Lo que él nunca supo es que yo sí era una mujer, naturalmente siempre había sido una niña, cromosómicamente sí era una mujer, mi identidad y mi manera de ser y mi genética era la de una mujer, mi cerebro, mi corazón, todo, pero me habían criado como niño y antes no había explotado, pero de adolescente, sí. Yo quería seguir a lo que era realmente, eso que me habían quitado. (Flor, entrevista 2022)

De esta forma, en algunos casos, los adolescentes intersexuales pueden enfrentarse a un proceso de sexualización temprana y de desinformación. Esto puede llevar a una experiencia de sexualidad que se construye en gran parte en oposición a la norma heterosexual y binaria (Karkazis, 2008), ya que evidencian distancias comparativas respecto a sus experiencias y las de una sexualidad hegemónica influida por las normas culturales sobre lo que se considera “normal” y “aceptable” en términos de deseo, comportamiento y expresión sexual.

Pasé la adolescencia sintiéndome súper rara — estoy hablando hace 20 años atrás — aunque creo que hoy no ha cambiado casi nada. En esta etapa es fundamental la penetración, parece ser que como que hasta que no tienes relaciones sexuales completas que incluía la penetración, no era sexualidad. Para mí no era tema todavía, porque no tenía amoríos a esa edad. Ya un poco más grande, tipo 16 años, la conversación típica que se da entre amigas: “oye, lo has hecho o no lo has hecho” o “¿no te ha llegado la regla todavía?” claro, yo ocultaba esta información con lo cual me estaba ocultando a mí misma. Me acabé endureciendo, odiando todo lo hetero, todo lo que entendía como amor romántico que te vendían. (Ana, entrevista 2023)

Respecto al último punto enunciado por Lesko (2012), aquel que dice relación con una adolescencia en fase “moratoria”, es posible recurrir a los puntos previos, en el marco de las complejas dinámicas familiares durante la adolescencia intersexual. Lev (2006) argumenta que las madres, en particular, a menudo asumen un papel central en el manejo de las rutinas médicas postoperatorias, como las dilataciones vaginales, al considerar al adolescente como “medianamente” capaz de seguir al pie de la letra sus responsabilidades

en el marco del tratamiento asignado. Estas prácticas no solo son dolorosas, sino que también pueden generar tensiones significativas en la relación madre-hija, exacerbando los sentimientos de vulnerabilidad y dependencia. Las relaciones familiares, a menudo marcadas por el estrés de tratar de cumplir con las normas sociales y médicas, pueden afectar profundamente el desarrollo psicosocial del adolescente.

Yo tuve que ocupar al principio, algo así como consoladores, dilatadores, de distintos tamaños para poder agrandar mi vagina. Mi mamá me los compraba, y ella esperaba a que yo hiciera el proceso cada noche. O sea, ¡imagínate! Creo que es algo que no pasa en ningún otro tipo de familia. (Nico, entrevista 2022)

En este marco, la salud mental es otra dimensión crítica. Jones (2016) expone que los adolescentes intersexuales experimentan tasas más altas de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas en comparación con sus compañeros no intersexuales, debido a la constante vigilancia y evaluación de su cuerpo. La falta de redes de apoyo adecuadas, junto con la estigmatización social, contribuye a un sentido de aislamiento.

Me dio una depresión *brígida*⁵⁸ y me quería suicidar en el edificio de mi colegio, me quería tirar del quinto piso. Una inspectora del colegio justo me pilló, y llamó a mi mamá, ahí lo supieron todos, porque me desahugué. Recuerdo que yo no entendía porque pasaba todo esto, si tenía que ver con mis operaciones de cuando era chica. Intentaba encontrar un hilo que respondiera a todos esos dolores, traumas. (Nico, entrevista 2022)

Nico expone cómo los pensamientos suicidas reflejan el desconcierto y sufrimiento ante una realidad corporal que no lograba comprender. La búsqueda desesperada de respuestas muestra cómo la falta de comunicación clara sobre las intervenciones médicas tempranas deja heridas emocionales profundas que emergen con fuerza durante la adolescencia.

La adolescencia de la intersexualidad sin *cachar* qué pasa es *cuática*. Te *pasai'* muchos rollos, como que quieres encajar, pero no *encajai*, pero a la vez igual te gusta no encajar, es muy raro. (Aldo, entrevista 2022)

Por su parte, Aldo articula con precisión la paradoja que muchos adolescentes intersexuales experimentan: el deseo simultáneo de encajar y la conciencia de una diferencia que, a pesar del dolor, también puede ser valorada. Su descripción de la adolescencia intersex cuando no se comprende lo que sucede captura la intensidad de esta experiencia liminal, donde los “rollos” mentales reflejan la lucha interna por reconciliar la propia corporalidad con las expectativas sociales binarias.

⁵⁸ Difícil o intensa.

En tiempos cuando yo era una adolescente empecé a experimentar con mi explosión de género. Yo, la única forma que tuve de canalizar ese malestar conmigo misma, fue a través de la ropa y de mi presentación. Me empecé a dejar el pelo largo, me empecé a vestir de forma andrógina. Básicamente, todo mi closet era ropa de mujer, pero bastante neutra, entonces nadie cuestionaba nada acá en el sur, porque son bastante metidos en todo. Tampoco tenía ademanes muy femeninos, entonces no me acusaban de gay o de maricón...pero, era porque yo era gótica, entonces en la escena gótica nadie te cuestiona que te pintes los ojos o que uses una falda; mientras sea negro, está todo bien, está todo ok. Entonces, ahí encontré cierto alivio, mi crisis y rebeldía adolescente creo que ayudó. (Karen, entrevista 2023)

Así como enuncia Karen, gran parte de los relatos sobre la adolescencia atravesada por las personas entrevistadas, estuvo enmarcada en la pertenencia a tribus urbanas. Estos temas, profundamente explorados desde la antropología y sociología, permiten comprender cómo los jóvenes negocian su identidad en contextos urbanos y cómo las dinámicas de grupo y pertenencia funcionan dentro de estos espacios. Desde esta perspectiva, las tribus urbanas no solo son agrupaciones sociales, sino como manifestaciones culturales que reflejan las tensiones sociales, políticas y económicas de una época, así como las luchas por la construcción de la identidad individual y colectiva en un contexto urbano (Bennett, 1999).

En contextos de marginalización, las tribus urbanas pueden funcionar como una forma de agencia para los jóvenes, especialmente aquellos de clases sociales más bajas, para resistir las estructuras de poder dominantes y encontrar un espacio donde su identidad sea valorada. Por ejemplo, las tribus urbanas pueden representar una forma de afirmar la resistencia frente a las desigualdades de clase, etnia, género o incluso sexualidad (Redhead, 1997). En los casos entrevistados, el desafío de construir una identidad sexual y de género positiva en la adolescencia intersexual, en algunos casos, les exigió un enfoque que dismantelara las estructuras de opresión basadas en el binarismo de género, que muchas veces fueron dadas por la pertenencia en tribus como las góticas, *dark*, *skater*, entre otras:

Yo sabía que algo raro pasaba con mi cuerpo. Como había desarrollado esto de dissociarme de mi cuerpo cuando era niña, o sea, de mis genitales, ya de más grande empecé a entender mi cuerpo no como un lugar de placer, sino más bien como un objeto, algo que me dolía. Recuerdo que en mi adolescencia me daba mucha vergüenza e incomodidad sentir que mi clítoris sobresalía, no podía ponerme la ropa de moda, andaba preocupada todo el tiempo. No podía ponerme lo que vestían las *cabras* de Mekano [programa de televisión chileno] o la Britney Spears, esos pantalones mega apretados y a la cadera, mi cuerpo no me lo permitía, así que me hice *skater* o rapera, para

usar ropa ancha y eso. Creo que, de todos los periodos, este fue el más intenso. (Cami, entrevista 2021)

Cami muestra cómo algunas personas encuentran formas creativas de resistencia y expresión en subculturas que permiten mayor flexibilidad de género. Su “explosión de género” canalizada a través de estas estéticas ilustra cómo ciertos espacios alternativos pueden ofrecer refugio temporal frente a las normativas binarias dominantes. La adopción de una presentación andrógina dentro de un contexto que lo permitía representó para ella un “alivio” que le permitió explorar aspectos de su identidad sin enfrentar el estigma habitual, así también lo revela Chuli y Lily:

Muy en la *volá* de la adolescencia y muy metida como en el mundo gótico. Yo creo que una siempre, sobre todo cuando se está en esa edad, se mete en esas tribus urbanas más oscuras, para identificarte con algo, como para expresar un dolor, porque igual una está con una herida. Obviamente, para mí era una herida fuerte el hecho de que me molestaran por mi cuerpo, y yo sentía que no encajaba en mi cuerpo, y que a mi cuerpo lo sentía extraño y me avergonzaba. (Chuli, entrevista 2022)

Comencé a escuchar mucho punk, a juntarme con gente punk, me sentía enojada con todo. Creo que lo que me hacía juntarme con estos grupos era como el estar en contra de todo, por decirlo simple. En esa época, mucho queer o colectivos no existían, esto era lo más cercano a estar disconforme con todo. (Lily, entrevista 2021)

Hasta aquí, es posible evidenciar que la adolescencia intersexual pone de relieve las tensiones existentes entre la identidad personal y las expectativas sociales y médicas. Una de las diferencias que pude dilucidar al momento de realizar las entrevistas fueron aquellas que reflejaban las complejidades de la intersección entre identidad, autonomía corporal y relaciones familiares.

En algunos casos, aquellos casos que fueron sometidos a intervenciones durante la infancia y donde el secreto fue perpetuado hasta la adolescencia, la mayoría de las personas entrevistadas expresaron un fuerte sentimiento de rechazo o crítica hacia sus madres (o figuras parentales en general). Esto ocurre debido al impacto emocional y físico de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante la infancia, decisiones generalmente justificadas desde un paradigma médico-normativo, pero que pueden percibirse como una vulneración de su autonomía corporal. Estas tensiones suelen ser exacerbadas por el silencio, la falta de información y el estigma social que rodean estas decisiones, lo que dificulta la posibilidad de construir un espacio de confianza o diálogo. En muchos casos, la frustración puede traducirse en conflictos familiares que expresan tanto el dolor

personal como una crítica hacia la presión social que empuja a las familias a intervenir en los cuerpos intersexuales.

Algo para mí importantísimo fue descubrir cómo las operaciones y mi condición corporal habían condicionado mi relación familiar y mi proceso edípico siendo una niña. Los culpaba a ellos, los odiaba y sentía que de alguna manera me tenían que compensar por lo vivido. Al mismo tiempo, tenía la impresión de que ellos, en el fondo de su ser, se sentían culpables de lo ocurrido y, de alguna manera, me intentaban compensar dándome un lugar de poder en la familia. Esto me llevó en mi vida a una actitud pasiva de dejarme hacer, de esperar que las cosas me vengan sin tener que lucharlo yo, y de gran frustración. (Lily, entrevista 2021)

En contraste, hay quienes, al llegar a la adolescencia o adultez, desarrollan una postura de reconciliación hacia sus *mapadres* e, incluso, con la comunidad médica. Este “perdón” no necesariamente implica una aceptación completa de las intervenciones médicas, sino más bien una comprensión de las limitaciones sociales y culturales bajo las cuales operaron sus familias. Este acto de perdón puede surgir del reconocimiento de esas dinámicas de poder y de un intento por reconstruir vínculos familiares, aunque frecuentemente requiere procesos terapéuticos y de reflexión profunda tanto para las adolescentes como para sus *mapadres*, como señalan Cami y Gema:

Ahora, a los casi 40 años, me he ido reconectando con el amor de mis padres, tratando de empatizar con la angustia que sintieron: la ignorancia, el sentirse perdidos, el venir de una familia religiosa donde a lo más y mi mamá decía: “si tuviera un hijo gay, lo podría aceptar porque se ve que son buenos” bueno, todo este tema les quedaba muy grande. Incluso, hoy pienso en que los doctores también, a pesar de todos los errores, trataban de hacer lo mejor, detrás de sus actos había también una parte de amor y cuidado, de garantizar un bienestar futuro. (Cami, entrevista 2021)

Yo creo que para ellos fue bien impactante cuando yo nací. Mi mamá no supo más nada de mí hasta después de hacer este test de sangre después de nacer. Le dijeron que tenía que hacerme más exámenes y ahí ella empezó a estresarse. Cuando se dieron cuenta de que yo era genéticamente hombre, el doctor me destapó y le dijo a mi mamá mostrándole mi cuerpo “mira, qué es lo que tú vez aquí” refiriéndose mis partes privadas, y ella le decía, “mira, yo veo una niña”. El doctor le dijo, “exacto, eso, una niña que no está completamente desarrollada. No le puedes decir esto a nadie, esto es tema de ustedes”. Así que ellos me criaron con ese temor más que todo y yo entiendo, hoy lo entiendo, porque es bien difícil y más en esos tiempos. (Gema, entrevista 2022)

De esta forma, es fundamental reconocer que las experiencias intersexuales no solo abordan cuestiones de identidad personal, sino que también revelan estructuras sociales más amplias. Las intervenciones médicas innecesarias y la presión para encajar en normas de género binarias no solo dañan a las personas intersexuales, sino que también perpetúan una visión reduccionista y excluyente de lo que significa ser humano. Es por esto por lo

que los defensores de los derechos intersexuales abogan por un cambio en las políticas de salud, promoviendo el consentimiento informado y la autonomía corporal como principios centrales (Carpenter, 2018). Este enfoque no solo reconoce la diversidad corporal y de género, sino que también busca transformar las narrativas dañinas que han dominado la historia médica de las personas intersexuales.

Si bien hasta aquí se ha presentado la adolescencia como una etapa universalmente conflictiva, la antropóloga Margaret Mead, en su obra *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (1939), desafió esta concepción al demostrar que las normas sobre género y sexualidad varían culturalmente. En Samoa, las relaciones sexuales y los roles de género eran menos rígidos que en las sociedades occidentales, lo que permitía un desarrollo más flexible de la identidad juvenil. En este contexto, la adolescencia no representaba una etapa de crisis o conflicto, sino un periodo de transición marcado por una socialización más fluida y menos coercitiva.

El estudio de Mead invita a cuestionar la idea de la adolescencia como un periodo inevitablemente turbulento y sugiere que las experiencias juveniles pueden diferir en contextos donde las normativas de género y sexualidad son menos estrictas. Esto resulta particularmente relevante cuando pensamos en la adolescencia intersexual, un periodo en el que los discursos biomédicos y sociales suelen acentuar la presión por la normatividad corporal y de género (Dreger, 1998, Dembroff & Wodak, 2016). En sociedades donde el binarismo de género es menos rígido o donde las diferencias corporales no son patologizadas, la vivencia intersexual podría estar menos atravesada por la angustia y la medicalización.

Por su parte, Geertz (2000[1973]) enfatiza que los significados atribuidos a la identidad y la sexualidad no son universales, sino construcciones culturales situadas en sistemas simbólicos específicos. Si el malestar adolescente está vinculado a las tensiones impuestas por estructuras normativas rígidas, ¿cómo sería la experiencia intersexual en sociedades donde las categorías de sexo y género no son impuestas de manera binaria? Este cuestionamiento abre la posibilidad de explorar modelos alternativos de socialización que permitan una mayor agencia en la construcción de la identidad intersexual, alejándose del discurso de la “corrección” médica y la patologización.

Por otro lado, Fausto-Sterling (2006[2000]) ha señalado que la concepción biomédica del sexo como una dicotomía responde a intereses políticos y culturales más que a una realidad biológica objetiva. Desde esta perspectiva, la adolescencia intersexual no es

inherentemente problemática, sino que se convierte en un terreno de disputa cuando los cuerpos que no encajan en el binarismo son intervenidos y corregidos para ajustarse a normativas hegemónicas. Si repensamos la adolescencia fuera de estos marcos coercitivos, podríamos imaginar escenarios en los que la experiencia intersexual se viva con menos angustia y mayor libertad de exploración identitaria.

En este sentido, pensar la adolescencia intersexual a través de marcos antropológicos comparativos permite desnaturalizar las narrativas de crisis y conflicto, evidenciando que estas son producto de contextos socioculturales específicos. En sociedades con mayor apertura a la diversidad corporal y de género, la adolescencia podría representar un espacio de afirmación identitaria más que de sufrimiento.

3. Disrupciones biográficas después del diagnóstico

El proceso de recibir un diagnóstico intersexual se caracteriza por ser una experiencia biográfica disruptiva que transforma radicalmente la percepción de uno mismo y la narrativa personal.

Como mencioné en el Capítulo VI, algunos relatos sobre el momento del diagnóstico y las primeras reacciones reflejan experiencias cargadas de una intensa emoción. La entrega de esta información suele estar impregnada de significados patológicos asociados a la enfermedad, lo que genera sentimientos de angustia, miedo, incertidumbre, desorientación y negación. También pueden surgir preocupaciones sobre el futuro, así como sentimientos de culpa, victimización, reproches o una sensación de engaño o traición por parte de la familia.

En medio de esta multiplicidad de emociones, en algunos casos surge la pregunta: “¿Por qué a mí?”. Esta interrogante abre un espacio de reflexión profunda sobre el proceso de aceptar, resistir y/o negociar la experiencia de recibir un diagnóstico intersexual. Sin embargo, para otras personas —o incluso para quienes en algún momento se enfrentaron a esa misma pregunta—, el diagnóstico puede representar una respuesta esperada e incluso un alivio. En ambos casos, el impacto del diagnóstico conlleva una relectura de la propia biografía y una reconstrucción del sentido personal.

3.1 ¿Por qué a mí?

La pregunta “¿por qué a mí?” surge como una respuesta emocional y reflexiva al momento de recibir un diagnóstico intersexual, y se convierte en un punto de inflexión en la narrativa biográfica de la persona. Esta interrogante no solo refleja una reacción inmediata al impacto de la noticia, sino que también encarna una búsqueda más profunda de sentido en medio de la incertidumbre, que muchas veces lleva consigo la necesidad de asignar culpables o responsables como vía para encontrar respuestas a la experiencia vivida, como ejemplifican los relatos de Lily y Cami.

Al mismo tiempo intenté encontrar el por qué. Primero, y como mi enemiga número uno era mi mamá, pensé que se había drogado en el embarazo o que me había fusionado con un gemelo, o que algo había hecho ella. No sé, castigo divino, pensé: “algo hizo, y ahora tengo que pagarlo yo y mi vagina”. (Lily, entrevista 2021)

También me sentía angustiada, me hacía preguntas y tenía crisis existenciales ¿por qué yo nací así? ¿para qué me operaron de niña? ¿qué me hicieron? ¿quiénes? Todo esto, sumado a las mil contradicciones de mis papás que no me ayudaban. (Cami, entrevista 2021)

Este proceso de enfrentar la pregunta “¿por qué a mí?”, a su vez, está influido por las normas sociales y culturales que etiquetan a las personas intersexuales como “anormales” o “enfermas”, siendo esta categorización un refuerzo a la exclusión sentida por las personas receptoras, profundizando la sensación de aislamiento. Tal como enuncia Taussig (1993), los signos y síntomas de una enfermedad no son solo una alteración biológica o un trastorno físico. Más allá de “cosas en sí mismas” y realidades exclusivamente físicas, son “signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales” (pp. 110). Aquí, es relevante el concepto de *encarnación*, ya que permite comprender cómo las normas biomédicas se inscriben en el cuerpo y la experiencia de la persona intersexual. Taussig (1987) habla de la *mimesis* y el poder de la medicina para no solo reflejar las normas culturales, sino también reproducirlas, transformando la comprensión del cuerpo a través de un marco patologizante.

Al dejar la consulta, sumamente confundida y esperando llegar a casa lo antes posible para preguntarle a mi mamá qué pasaba, unos 40 minutos aprox. después de tomar la micro, y estar en el sillón, mi mamá por fin me dice: “lo que pasa es que tú no naciste igual a los demás, no vas a tener la regla y no vas a poder ser mamá”. Recuerdo que en ese momento la mente se me puso en blanco, no había una respuesta lógica a por qué yo nací así, ni nada, no podía unir los puntos en mi mente sobre qué era lo que era. Entonces le seguí preguntando, pero tampoco sabiendo qué

preguntaba, y recuerdo que mi mamá me dice: “no tienes sistema reproductivo”. Yo nunca fui muy buena en biología, pero en mi mente era como que lo que está dentro de mí estaba vacío. (Lily, entrevista 2021)

Este tipo de respuesta pone en evidencia la carga que acompaña al diagnóstico y cómo las estructuras normativas amplifican el impacto emocional. Esto es posible de evidenciar a través del relato de Pola, quien menciona haberse sentirse tan abrumada por el diagnóstico, que la llevó a pensar en la posibilidad de suicidio.

Me sentía sola. Las personas que sabían esto de mí, eran los médicos, y nunca me preguntaron cómo me sentía, más allá de lo que le pasaba a mi cuerpo. Mi madre siempre estaba trabajando y mi abuelo, era una persona amorosa, pero, a la vez muy enojón, por lo que lloraba escondida de los demás, preguntándole a Dios ¿por qué yo? Pensaba que sería mejor sería estar muerta. (Pola, entrevista 2021)

Estas experiencias reflejan no solo un sufrimiento individual, sino también la forma en que las normas sociales y culturales sobre el cuerpo y la identidad moldean las respuestas emocionales al diagnóstico. La medicina, al categorizar y definir estas condiciones como desórdenes, síndromes, alteraciones, entre otras, refuerza un marco de normalidad que excluye a quienes no encajan en él, intensificando la sensación de desorientación y soledad, que implica lidiar con el peso de analizar la experiencia subjetiva de sentirse enfermo que, a su vez, está atravesada por expectativas sociales sobre el pronóstico y presiones sociales por “resolverlo”:

Volvió el doctor después de un rato, mi madre y yo en silencio, así que creo que él entendió que no me habían dicho nada. Bueno, el tema es que él me empieza a hablar de soluciones, hormonas, terapia, no sé, un montón de cosas que venían como que a concretar que yo estaba enferma e iba a morir pronto. Esa fue mi sensación. (Lily, entrevista 2021)

Tal como enuncia el relato de Lily, el contexto biomédico tiende a enfocarse en explicaciones causales y técnicas de intervención, dejando de lado el aspecto humano del diagnóstico y excluyendo la necesidad de las personas de encontrar significado en su sufrimiento (Taussig, 1987). Esta deshistorización de la enfermedad produce lo que Taussig denomina un “círculo de ocultamiento”, donde la vivencia se fragmenta y la experiencia subjetiva queda minimizada. En este marco, la biomedicina se centra en “normalizar” o “curar” la condición, pero sin brindar espacio para las preguntas filosóficas y existenciales que las pacientes podrían tener.

Esto lo afirman incluso las personas especialistas de la comunidad médica, quienes me exponían opiniones respecto al manejo clínico y prácticas comunes al momento de

entregar los diagnósticos, enunciando que esta responsabilidad —la de otorgar importancia al valor emocional del diagnóstico— no estaría considerado dentro de su marco de interpretación, ni de sus labores:

Esto es una condición de alta intensidad y baja frecuencia. Imagínate las emociones de un adolescente al enterarse de la presencia de una variación intersexual a la edad de 12- 15 años, pero claro, nuestra labor no es esa, es de los psicólogos, aunque tampoco hay expertos en DSD, solo los hay para lo trans. Esto, sumado a que puede haber colegas no estén preparados para la transmisión de información, entonces se los dicen forma tan cruda, que el paciente lo recibe casi en *shock*. (Dr. Curiel, entrevista 2023)

Yo cuando viene un paciente, le digo que tiene una patología. Yo abogo para que se sepa en cualquier lado que esto es una patología de alta complejidad y baja frecuencia. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

O sea, que las personas deben estar conscientes de que pueden enfrentar a un riesgo o una enfermedad que podría ser grave. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

No obstante, desde una perspectiva antropológica, la pregunta “¿por qué a mí?” si bien refleja un momento de crisis, también puede ser visto como un espacio para la agencia. Aunque inicialmente puede parecer un punto de vulnerabilidad, esta pregunta invita a la persona a cuestionar las imposiciones culturales y a buscar respuestas que van más allá del marco biomédico. Este acto de cuestionamiento y búsqueda de significado es una forma de resistencia ante las narrativas dominantes (Karkazis, 2008, 2019). Tal como lo expone Ana respecto a la ruptura y cuestionamiento del ser “mujer”, al enterarse que tenía gónadas internas, vino a abrir una posibilidad de redefinirse. Aquí, la recepción de un diagnóstico intersexual no es solo un hecho médico; es un evento biográfico que transforma las expectativas y percepciones que la persona tiene de sí misma:

A mí, cuando me dieron el diagnóstico, lo primero que me pregunté: “¡Mierda! ¿quién soy yo? O sea, yo ayer era una mujer, me sentía una mujer, pero hoy me han dicho que tengo *cocos* (ríe). O sea, yo nací como un hombre que no procesó correctamente las hormonas, eso me hacía poder elegir si seguía siendo mujer o empezaba a ser hombre, o lo que yo quisiera (ríe). Era mucho *huevo* explicarles y explicarme todo eso, así que estuve mucho tiempo diciendo que soy una mujer con un síndrome. (Ana, entrevista 2023)

La pregunta, en este contexto, se convierte en un ritual que permite una relectura de la biografía, en donde la que la persona debe renegociar su identidad bajo la luz de la nueva información, como expone Gema y Yuri:

Al momento del diagnóstico me lancé a llorar. Recuerdo que dije “yo no pedí esto”. Pasé mucho tiempo preguntándome “¿por qué a mí?” Pero, hoy, si volviera a nacer y me dicen si quiero nacer así, ahí sí lo pido. Esto es lo que soy. Me costó entenderlo. (Gema, entrevista 2022)

[Al momento de recibir el diagnóstico] Me dio ataque de nervios, total frustración y enojo. Tenía este síndrome que, obviamente, no quería tener. Me aislé. Al rato empecé a preguntarme sin parar, casi en una situación de angustia que no se iba ¿por qué me tenía que pasar a mí? Y con los años fui entendiendo que ¿por qué no me tenía que pasar a mí? (Yuri, entrevista 2023)

De esta forma, encarnar un diagnóstico intersexual a menudo implica atravesar un estado de ambivalencia. Por un lado, el diagnóstico puede ser sentido como un trauma o un peso que altera la continuidad de la vida; por otro, puede convertirse en un punto de resistencia y resignificación que puede abrir la puerta a un proceso de agencia: al cuestionar las imposiciones culturales, buscar respuestas y construir un camino hacia la autocomprensión. Así, lo que inicialmente parece ser una etapa de vulnerabilidad puede convertirse en un punto de inflexión para desafiar narrativas normativas y redescubrir el sentido de sí mismas. Es necesario exponer que no necesariamente son personas distintas quienes experimentan estas dicotomías. En ocasiones, una misma persona puede experimentar el ¿por qué a mí? Y, posteriormente, darle sentido a su vida en el marco de las resistencias que significó recibir la información.

3.2 “Ahora todo tiene sentido”

En otros casos (o en los mismos, pero después de un tiempo a posteriori), el recibir un diagnóstico intersexual puede ser percibido como un alivio, particularmente para quienes no se han sentido identificadas con el sexo asignado al nacer o quienes enfrentaban dudas sin respuestas aparentes sobre su corporalidad.

Esta revelación médica proporciona una explicación biológica que permite a la persona legitimar sus experiencias y distanciarlas de posibles “perversiones” o “errores” con la que asociaban su vivencia desde su marco de interpretación atravesado por estructuras binarias:

Ojalá me hubiera dado cuenta antes, pero no pasó, lo supe de grande... yo antes de saberlo, me negaba y me renegaba. Me decía a mí misma que cómo me iba a estar vistiendo de niña, que cómo iba a tener comportamientos femeninos, que eso no correspondía, que era una perversa, etcétera. (Karen, entrevista 2023)

El papel [informe médico] decía algo así que físicamente era mujer y por dentro, genéticamente, hombre. Igual todo me hacía sentido, porque siempre sentí un lado muy masculino de mí, pero pensaba que era por los hijos de mi papá que son como 4, y que me crié con ellos, o con mis primos, todos hombres. Así que pensaba que era algo como de crianza, no biológico, así que en cierta forma lo encontré horrible, pero también hermoso, recuerdo haber pensado eso mientras volvía a mi casa en bici, todas las cosas se armaban como puzle. (Lily, entrevista 2021)

Otro ejemplo de esto es Aldo, para quien, tras recibir el diagnóstico de intersexualidad, todo comenzó a tener sentido. Previo a este acontecimiento, él autopercibía su masculinidad como aquella que no se ajustaba a lo hegemónico, por lo que el diagnóstico ayudó a reconstruir parcialmente una identidad desgastada. Aldo encuentra las respuestas a esas dudas existenciales que le permiten comprenderse a sí mismo como “hombre” desde otra perspectiva más diversa. Descubrir su diagnóstico significaba validar su identidad y encontrar la pieza faltante para completar un rompecabezas difuso que hasta entonces no encajaba del todo:

Siempre supe que algo pasaba con mi cuerpo, porque mi masculinidad no era hegemónica, por así decirlo. No era un hombre común y corriente. Ser intersex me ha incluso cambiar la manera de ver y relacionarme con el mundo. Ahora soy más yo, porque tengo el argumento (ríe). Ahora todo tiene sentido. (Aldo, entrevista 2022)

Esta capacidad de tomar el control sobre la propia identidad se ilustra en los relatos de personas que, al recibir el diagnóstico, sienten que encuentran respuestas a años de incertidumbre y desconexión con su cuerpo: “La verdadera naturaleza se revela ante uno mismo” (Preves, 2002). Así también lo argumenta Fausto-Sterling (2006[2000]), exponiendo que el diagnóstico puede ser un punto de partida para la resignificación de la identidad, ofreciendo un marco que integra las vivencias corporales en una narrativa coherente y comprensible. El alivio que produce el diagnóstico no es solo un resultado médico, sino un proceso antropológico en el que la persona toma agencia y decide cómo gestionar su identidad, el proceso de medicalización o modificaciones sobre su cuerpo.

Ahora en la actualidad, ya estoy un poquito más en paz con mi cuerpo, pero, obviamente, no siempre fue así. Yo tengo 33 años y, después de enterarme de lo que pasaba conmigo, mi diagnóstico, yo empecé mi transición recién el año pasado. Fue un proceso muy largo, porque *pucha*, siempre me digo que debí saber antes. Me hubiera ahorrado tanto dolor, pero al menos ya pasó, estoy en otro *mood*. (Karen, entrevista 2023)

La agencia en este contexto es entendida como la capacidad de actuar dentro de un marco social, la cual se activa en el momento del diagnóstico, permitiendo a la persona tomar

decisiones sobre su identidad, su cuerpo y resistir a las presiones normativas (Karkazis, 2008), como lo relata Chuli, de acuerdo con su experiencia:

Entonces para mí, cuando supe esto, a mí me explotó la cabeza, fue como: el género jamás ha existido, el XY es una farsa, todo se fue a la *chucha*. Me puse a buscar información, porque vi un montón de encuestas de gente que hablaba de intersexualidad, y me di cuenta de que la intersexualidad en los cuerpos feminizados provoca una dismorfia tan intensa, porque es como una dismorfia y disforia a la vez, muy rara. Y bueno, ahí estaba yo, entendiendo por qué siempre fui así. Hoy ser no binarie me hace sentido, porque no calzo en la farsa del género, pero tampoco en la farsa de la biología que nos han enseñado. (Chuli, entrevista 2022)

Aquí, el concepto de liminalidad, introducido por Victor Turner (1967), puede ser clave para entender cómo un diagnóstico intersexual puede representar un alivio. La liminalidad se describe como un estado de transición entre categorías sociales rígidas, en el que las normas y expectativas se debilitan y permiten la exploración de nuevas identidades:

Yo crecí y me criaron como un hombre, a pesar de que genéticamente yo era una persona intersexual. Ni hombre ni mujer, pero hombre y mujer, también. O sea, estaba en un limbo de identidad (Flor, entrevista 2022)

Este espacio ambiguo proporciona la oportunidad de desafiar las normas binarias de género y sexo, abriendo la posibilidad de una autopercepción más fluida y menos condicionada por las expectativas sociales. De esta forma, el diagnóstico se convierte en una especie de catalizador que permite a las personas intersexuales cuestionar lo previo, reinterpretar su identidad y construir una nueva narrativa personal, como insiste Flor al señalar las respuestas que encontró en el diagnóstico para superar “el limbo” identitario donde se encontraba previamente:

Paradójicamente, la sociedad te dice que tú no puedes ser hombre y mujer a la vez, pero si puedes tener rasgos de hombre y de mujer, y si puedes tener cromosomas de hombre y de mujer, y si puedes tener partes de hombre y de mujer, y eso te convierte en una persona intersexual. O sea, entonces sí se puede, pero no te lo permiten. Yo soy la prueba viviente de esto. (Flor, entrevista 2022)

Las redes de apoyo comunitarias y la exposición a discursos alternativos son recursos que desempeñan un papel fundamental en este proceso. En el caso de Gema, encontrar personas famosas que encarnaran un cuerpo intersexual y que lo hicieran visible, creó en ella la seguridad y la posibilidad de validar su corporalidad.

A mí se me hacía difícil entender cómo y por qué yo era así y llegué a pensar por mucho, mucho, mucho tiempo, que yo era la única en este mundo que era de esa manera. Entonces mis papás no me daban mucha información, porque ellos nos tenían mucha información al respecto. Era un tabú,

sigue siendo un tabú, entonces yo estaba sola, me sentía sola. Sentía que literalmente no tenía con quien hablar, no tenía que decir, no tenía nada, no tenía un grupo. Quizás necesitaba apoyo de alguien que estuviera cruzando por lo mismo que yo estaba pasando. Entonces un día yo dije, voy a buscar más información, me empecé a enterar que hay modelos, que hay actrices que son intersexuales y yo dije, “yo no estoy tan sola”, y además hay grandes referentes en la moda, ¡lo cual era así como... *cool!* (ríe). (Gema, entrevista 2022)

Según Preves (2003), el contacto con otras personas intersexuales y el acceso a narrativas que desafían las normativas biomédicas permite a los individuos resignificar su diagnóstico y usarlo como un punto de afirmación personal y resistencia a la “normalización” médica. Butler (1993) también subraya que la posibilidad de crear nuevas formas de ser y existir depende de la capacidad de cuestionar y resistir las normas hegemónicas, lo cual se evidencia en el proceso de resignificación que algunas personas al recibir un diagnóstico intersexual, como expone Ana:

Para mí fue un cambio de vida claro. Puedes pasar de sentirte que eres la única persona en el mundo no que eres una bicha rara, pues a encontrar a personas, mujeres maravillosas que habían pasado por la misma situación que yo, sobre todo la importancia de tener referentes para todo. Pues, encontrarte con este grupo de personas con las que te identificas profundamente y darte cuenta de que al vivir una situación así en silencio, porque generalmente lo que se receta es silencio desde la medicina y también en las familias, entonces lo vivimos en mucha soledad. Por eso, cuando encuentras a un grupo de personas que han pasado por las mismas vivencias es tan liberador. Se produce como un hermanamiento tan grande que no sé... para mí son mis hermanas, no son mis compañeras, son mis hermanas. Sobre todo, empodera muchísimo, puedes sentirte acoirazada como inferior, no válida, y luego sentir que eres desde luego eres una persona digna, digna de amor, tienes referentes a los que recurrir y a los admiras, y entonces pues eso ya te sales de pasar de sentirte mal contigo misma, incluso llegar a sentirte orgullosa del camino recorrido, de compartir experiencias con estas personas. (Ana, entrevista 2023)

De esta forma, estos relatos enuncian cómo el recibir la información significa encontrar respuestas a preguntas que habían quedado en el aire durante años, como el sentido de su corporalidad y las diferencias percibidas en su identidad.

Para muchas personas entrevistadas, esto permitió dar sentido a su corporalidad y a las diferencias percibidas en su identidad, brindando un marco comprensible para experiencias previas que antes podían parecer desconectadas o inexplicables.

Este momento de revelación no solo aporta claridad, sino que también facilita una resignificación de la propia historia. Al integrar una nueva narrativa, las personas pueden validar sus emociones y vivencias pasadas, comprendiendo que sus experiencias no eran

aisladas ni erróneas, sino parte de una realidad legítima. En este proceso, el apoyo de redes comunitarias, referentes y discursos alternativos juega un papel fundamental. Estas fuentes de contención permiten transitar desde la confusión hacia la aceptación, promoviendo una vivencia más auténtica de la identidad.

De esta forma, la experiencia de recibir un diagnóstico intersexual puede analizarse productivamente a través del concepto de “drama social” propuesto por Victor Turner (1974), que utilicé también para analizar el surgimiento del activismo intersexual en base a narrativas (Capítulo II). Este marco teórico identifica cuatro fases en los procesos de crisis y reajuste: ruptura, crisis, reparación y reintegración o reconocimiento del cisma. Los testimonios recogidos ilustran claramente estas fases: la ruptura se manifiesta en el momento del diagnóstico que quiebra la continuidad biográfica (“me lancé a llorar. Recuerdo que dije ‘yo no pedí esto’”, relata Gema); la crisis se expresa en el cuestionamiento existencial (“¿por qué a mí?”); los intentos de reparación se observan en la búsqueda de información y comunidades de apoyo; y finalmente, la reintegración o reconocimiento del cisma aparece cuando las personas reconfiguran su identidad incorporando la intersexualidad como parte constitutiva de su ser (“Me costó entenderlo”, concluye Gema). Esta perspectiva procesual nos permite comprender el diagnóstico no como un evento puntual, sino como el inicio de un complejo proceso de transformación subjetiva que implica tanto dimensiones personales como sociales.

Para cerrar este epígrafe, quisiera retomar la articulación teórica propuesta entre los enfoques de Ortner, Das y Csordas que señalé al inicio, ya que nos proporciona un marco interpretativo potente para comprender las disrupciones biográficas ocasionadas por la revelación del diagnóstico intersexual. La concepción de Ortner (2005, 2006) sobre la subjetividad como configuración dinámica entre estados internos y formaciones socioculturales ilumina precisamente cómo el diagnóstico opera como punto de quiebre que obliga a renegociar la relación entre la experiencia íntima y los marcos sociales disponibles. Los relatos ejemplifican cómo la disrupción biográfica cataliza una reconfiguración subjetiva donde la persona debe integrar nueva información médica a su comprensión previa de sí misma. Por su parte, la dimensión encarnada de la subjetividad que enfatiza Das (2007) se manifiesta en cómo el diagnóstico transforma radicalmente la relación con el propio cuerpo.

La disrupción diagnóstica altera la experiencia corporal vivida, requiriendo nuevas formas de habitar y comprender el propio cuerpo. Asimismo, la capacidad de

reorientación en el mundo a través del esfuerzo y la reflexividad que Csordas (1994) atribuye al *self* se refleja claramente en los procesos post-diagnóstico, como cuando Ana reconstruye activamente su identidad: “¿quién soy yo? O sea, yo ayer era una mujer (...) pero hoy me han dicho que tengo *cocos*”. Este cuestionamiento existencial tras la revelación diagnóstica ejemplifica cómo las personas intersexuales, lejos de ser receptoras pasivas de etiquetas médicas, se convierten en agentes activos que reelaboran creativamente su posición en el mundo social y su narrativa biográfica. Así, estos conceptos teóricos iluminan los complejos procesos mediante los cuales las personas intersexuales transforman la disrupción inicial del diagnóstico en oportunidades para reconstruir un sentido coherente del yo que integre, cuestione o trascienda las categorías médicas recibidas.

Un análisis comparativo sistemático entre las experiencias de personas que fueron sometidas a intervenciones médicas tempranas versus aquellas que no lo fueron revela patrones significativos en la configuración de sus subjetividades. Las personas intervenidas quirúrgicamente durante la infancia, como Lily, Cami y Nico, tienden a expresar sentimientos más intensos de desconexión corporal (“no entendía mi cuerpo como un lugar de placer, sino más bien como un objeto, algo que me dolía”, relata Cami) y conflictos identitarios más profundos durante la adolescencia. Sus narrativas frecuentemente incluyen episodios de depresión, ideación suicida y sentimientos de traición hacia las figuras parentales. En contraste, personas como Vane, que no fueron intervenidas por decisión familiar, desarrollan trayectorias subjetivas marcadas por una mayor continuidad biográfica y una relación menos traumática con su corporalidad, aunque no exenta de desafíos. Esta diferencia subraya cómo las intervenciones tempranas, lejos de “normalizar” la experiencia intersexual, pueden profundizar las dificultades en la construcción de una identidad integrada y una relación saludable con el propio cuerpo.

Me he atrevido a sistematizar estas comparaciones por medio de variables relativas al diagnóstico, como ilustra la siguiente tabla:

Variables	Personas intervenidas en la infancia	Personas no intervenidas	Diagnóstico en adolescencia	Diagnóstico en adultez
Relación con el cuerpo	Tendencia a la disociación corporal y experiencias de dolor	Mayor continuidad en la experiencia corporal, aunque con conflictos	Ruptura biográfica intensa, reinterpretación del pasado	Explicación a experiencias previas de “diferencia”
Dinámica familiar	Conflictos intensos con figuras parentales, sentimientos de traición	Relaciones menos conflictivas, aunque atravesadas por secretos o ambivalencias	Reconfiguración de vínculos familiares, negociación de culpas	Menor centralidad de lo familiar, búsqueda de comunidades alternativas
Procesos identitarios	Mayor complejidad en la integración de la intersexualidad a la identidad	Incorporación más gradual de la intersexualidad como parte constitutiva del yo	Cuestionamiento profundo de categorías previas de identificación	Reinterpretación de la trayectoria vital a la luz del nuevo conocimiento
Estrategias de agencia	Resistencia a través de activismo, rechazo al modelo médico	Gestión más autónoma de la corporalidad y expresión de género	Búsqueda activa de información y comunidades de apoyo	Incorporación selectiva de elementos médicos y activistas

Tabla 13: Análisis comparativo de trayectorias intersexuales respecto al diagnóstico. Elaboración propia.

Esta tabla sintetiza los patrones observados en las diferentes trayectorias intersexuales, evidenciando cómo variables como el momento del diagnóstico y la presencia o ausencia de intervenciones médicas tempranas configuran experiencias subjetivas diferenciadas. No obstante, es importante señalar y reiterar que estas categorías no son deterministas ni exhaustivas, sino que representan tendencias observadas que emergieron en el análisis y que pueden manifestarse de formas diversas según los contextos específicos y recursos individuales. La interseccionalidad de factores como clase social, etnia, nivel educativo y acceso a recursos informativos condiciona significativamente cómo las personas intersexuales negocian sus diagnósticos y construyen sus identidades, como detallaré en los siguientes capítulos.

4. Reflexiones de cierre: Configuración de subjetividades de las infancias y adolescencias intersexuales en los intersticios

La configuración de la subjetividad intersexual se revela como un proceso complejo que desafía las temporalidades lineales y las categorizaciones binarias. Esta investigación etnográfica plantea una interrogante fundamental: ¿En qué momento una persona deviene “intersexual”? La respuesta, lejos de identificar un instante singular, evidencia un entramado de significaciones que trasciende la secuencia cronológica, resonando con la crítica butleriana a las narrativas lineales de identidad y género.

El análisis de las narrativas recogidas permite identificar tres momentos cruciales en esta configuración subjetiva: primero, la percepción inicial como intersexual, generalmente vinculada al diagnóstico; segundo, el desarrollo de la capacidad para decidir sobre posibles transformaciones físicas o expresivas, típicamente durante la adolescencia; y tercero, la asunción del proceso identitario como acto político en la adultez.

Las narrativas etnográficas estudiadas se caracterizan por su naturaleza retrospectiva: son personas adultas quienes reconstruyen su pasado desde el presente. Estas reconstrucciones se organizan en torno a lo que he denominado previamente como un “arquetipo intersexual”, un marco interpretativo que estructura experiencias diversas dentro de patrones compartidos. Sin embargo, más allá de estos patrones comunes, la investigación revela trayectorias de subjetivación diferenciadas según el momento vital del diagnóstico, que es considerado en esta investigación como “el punto de partida” de la configuración subjetiva, por lo que he intentado plasmar la complejidad por medio de lo visual a través del siguiente rizoma:

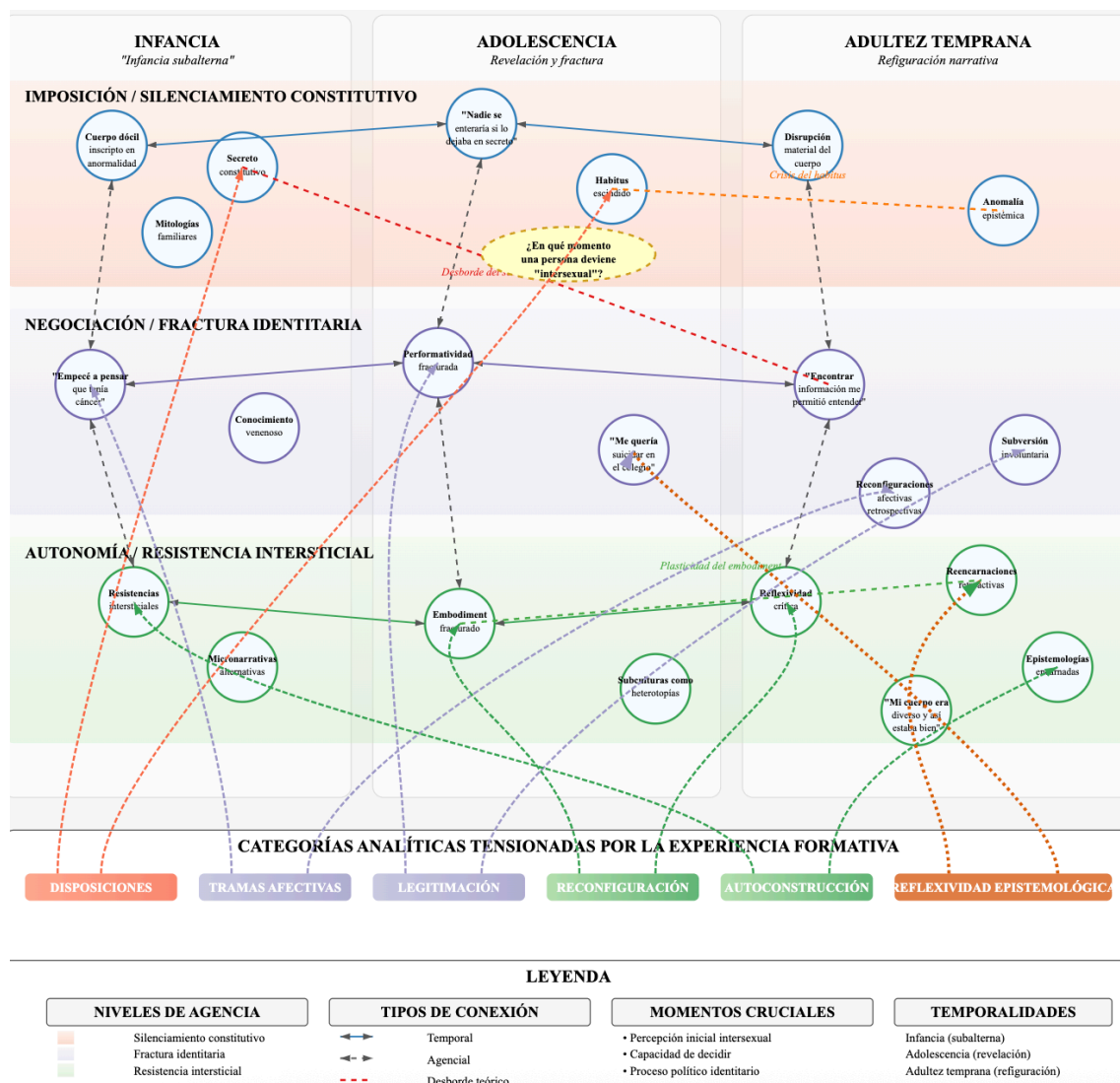


Figura 26: Configuración de subjetividades de las infancias y adolescencias intersexuales en los intersticios.

Elaboración propia ⁵⁹

En la infancia, los cuerpos son inscritos en una lógica de anormalidad que justifica su intervención temprana, antes de cualquier conciencia subjetiva, reminiscente de lo que Foucault (1983[1975]) denominó “cuerpo dócil”. Esta temporalidad diagnóstica establece las bases de lo que he denominado “infancia subalterna”, donde la capacidad de autocomprensión es severamente limitada por dispositivos de silenciamiento. Durante la adolescencia, como expresaron Lily, Cami, Gema, Ana, Flor y Nico, se les revela el

⁵⁹ El rizoma (Figura 26) representa visualmente las diferentes trayectorias de configuración de la subjetividad intersexual según el momento del diagnóstico médico, mostrando tres caminos principales: cuando ocurre en la **infancia**, los cuerpos son sometidos a intervenciones médicas sin conciencia propia, creando una “infancia subalterna” marcada por el silencio; en la **adolescencia**, la revelación del diagnóstico provoca una fractura identitaria durante un período crítico de desarrollo; y en la **adultez temprana**, desencadena un proceso de reinterpretación de toda la historia corporal previa. El rizoma ilustra que no existe una temporalidad lineal única para “devenir intersexual”, sino múltiples caminos interconectados que se ramifican según el momento del diagnóstico, cada uno generando diferentes formas de experimentar y construir la identidad intersexual, incluyendo las oportunidades y ambivalencias que se presentan en las diferencias experiencias.

diagnóstico, el cual representa una fractura en la narrativa identitaria que condensa la violencia simbólica (Bourdieu, 1991) de la patologización biomédica y de prácticas familiares. Esta revelación en un período crítico de socialización intensifica la experiencia de alteridad y desplaza al sujeto hacia los márgenes de las experiencias normativas de género.

En la adultez temprana, para casos como Chuli, Pablo, Karen, Pola, Aldo y Yuri, el diagnóstico desencadenó un proceso de “refiguración narrativa” (Ricoeur, 1990) que implicó reinterpretar retrospectivamente experiencias corporales y médicas hasta entonces fragmentadas o incomprensibles. Como señala Pablo (2021): “Encontrar información me permitió entender mis experiencias médicas pasadas”, ejemplificando lo que Lahire (2004) denomina “reflexividad crítica”.

Para comprender estos procesos diferenciados, he utilizado las cinco categorías analíticas—disposiciones encarnadas, actos de legitimación, tramas de poder y afecto, reconfiguración corporal y prácticas de autoconstrucción—que han resultado valiosas herramientas interpretativas. Sin embargo, el material etnográfico revela constantemente cómo la experiencia intersexual desborda estos marcos conceptuales, evidenciando tanto su potencial heurístico como sus limitaciones fundamentales.

En aquellos casos de “infancia subalterna”, el *habitus intersexual* (Bourdieu, 1977[1972]), entendido aquí como sistema de disposiciones encarnadas, ilumina cómo el diagnóstico médico opera como tecnología biopolítica que inscribe los cuerpos en regímenes de patologización. Cuando Gema (2022) relata “Empecé a pensar que tenía cáncer”, evidencia la internalización de violencia simbólica que estructura la percepción del propio cuerpo. Sin embargo, esta categoría resulta simultáneamente esclarecedora e insuficiente.

El *habitus intersexual* no es simplemente una variante del *habitus generizado*, sino una configuración que interroga los fundamentos mismos del orden social incorporado. Lo que observamos no es meramente la reproducción de disposiciones estructurales, sino una crisis ontológica donde las categorías disponibles para la autocomprensión resultan radicalmente inadecuadas.

El “secreto constitutivo” (Das, 2007) que imponen familias y médicos constituye un dispositivo central en la formación de este *habitus* en un cuerpo pre-reflexivo. Este silenciamiento no es mera ausencia de discurso, sino producción activa de subjetividad a

través de lo no dicho, configurando un “conocimiento venenoso” que circula sin ser articulado. Sin embargo, la etnografía revela cómo este secreto adquiere en las narrativas intersexuales una complejidad que excede su formulación original. No opera únicamente como silenciamiento traumático, sino como espacio liminal donde la subjetividad se configura en relación con lo innombrable. Esta transmisión intergeneracional del silencio constituye una paradójica herencia donde lo no dicho configura una genealogía fantasmal que estructura la experiencia sin llegar a inscribirse completamente en el registro simbólico, articulándose una especie de lo que he denominado “mitologías familiares”.

El diagnóstico en la adolescencia genera una fractura en disposiciones ya constituidas, produciendo un “*habitus* escindido”. Como ilustra el testimonio de Ana (202)—“Mi familia me intentó tranquilizar diciendo que nadie se enteraría si lo dejaba en secreto”—se evidencia cómo el diagnóstico, cuando es finalmente revelado, genera una disrupción traumática que las nociones tradicionales de *habitus* no logran capturar adecuadamente.

En los casos de adultez temprana se evidencia no la simple incorporación de nuevas disposiciones, sino un conflicto irresoluble entre la experiencia vivida y la nueva clasificación médica. Esta complejidad temporal, donde un cuerpo previamente habitable se torna súbitamente “anómalo”, desafía la concepción bourdieusiana del *habitus* como sedimentación gradual de estructuras sociales.

Por su parte, los actos de legitimación, que he conceptualizado desde la teoría performativa como “repetición estilizada de actos” (Butler, 2007[1990]), ofrecen claves fundamentales para comprender cómo las prácticas médicas repetitivas durante la infancia y adolescencia —consultas, exploraciones, intervenciones— buscan ajustar la corporalidad intersexual a los márgenes estrictos del binarismo.

No obstante, la performatividad intersexual adquiere una complejidad particular que desafía el marco butleriano tradicional. Por ejemplo, en aquellos casos de descubrimiento del diagnóstico en adultez temprana, las narrativas revelan una disrupción material donde el cuerpo mismo interrumpe la coherencia performativa. El testimonio de Chuli (2022) sobre su corporalidad “rara” y “diferente” evidencia lo que podríamos denominar una “performatividad fracturada”, donde la materialidad corporal desborda constantemente los intentos de inscripción discursiva.

Esta “subversión involuntaria” complica la distinción foucaultiana entre dominación y resistencia, sugiriendo una modalidad de contestación que no requiere intencionalidad ni

conciencia política. La mera existencia de corporalidades intersexuales constituye una “anomalía epistémica” (Haraway, 1991) que desestabiliza los regímenes de verdad sobre los cuerpos sexuados. Aquí, no se trata simplemente de “cuerpos dóciles” sometidos a disciplinamiento ni de subjetividades resistentes, sino de existencias que habitan una zona de indeterminación donde la normatividad y su transgresión se entrelazan inextricablemente.

En los casos adultos, este fenómeno de reinterpretación biográfica de la propia performatividad corporal sugiere una temporalidad compleja que desborda la concepción butleriana del género como “presente continuo”. La revelación diagnóstica genera una discontinuidad radical que reconfigura no solo la performatividad futura, sino también el significado de la performatividad pasada, evidenciando la insuficiencia de modelos teóricos que no consideran estas rupturas epistémicas en la trayectoria biográfica.

Por su parte, las tramas de poder y afecto que estructuran las relaciones interpersonales de las personas intersexuales configuran economías emocionales (Ahmed, 2004) donde el reconocimiento se condiciona a la conformidad con el ideal binario. El afecto familiar durante la infancia, lejos de ser meramente protector, funciona como dispositivo regulador que canaliza decisiones médicas. Como señala una madre entrevistada: “Nos dijeron que teníamos que tomar una decisión rápida sobre la cirugía”, evidenciando cómo la “vulnerabilidad primaria” (Butler, 2004[1997]) ante el reconocimiento se instrumentaliza para reproducir la normatividad corporal.

Sin embargo, estas economías afectivas documentadas también desbordan el marco conceptual de Ahmed, revelando modalidades de circulación emocional de extraordinaria complejidad. El afecto aquí no opera únicamente como mecanismo de control, sino como espacio ambivalente donde se negocian simultáneamente la conformidad y la autodeterminación. La madre que autoriza la intervención quirúrgica y posteriormente se involucra en activismo intersexual ejemplifica esta ambivalencia irreductible a esquemas teóricos binarios.

En el ámbito escolar, esta vulnerabilidad se intensifica hasta extremos traumáticos, como revela el testimonio de Nico (2022): “Me dio una depresión *brígida*, y me quería suicidar en el edificio de mi colegio”. Estas experiencias revelan cómo las personas intersexuales habitan creativamente los márgenes institucionales, desarrollando entramados de afectos y alianzas con figuras de apoyo.

Para quienes reciben el diagnóstico en la adultez temprana, como Pablo, Karen, Aldo o Pola, el marco conceptual de Ahmed revela otra limitación significativa: su dificultad para teorizar las “reconfiguraciones afectivas retrospectivas”. Esta capacidad para resignificar afectos históricos a la luz de nueva información médica sugiere una temporalidad compleja de la experiencia emocional previa que las “economías afectivas” de Ahmed, centradas en el presente de la circulación, no logran capturar adecuadamente.

Un hallazgo etnográfico particularmente revelador es la notable ausencia de procesos de reconfiguración corporal autónoma durante la infancia y primera adolescencia. Siguiendo el concepto de *embodiment* (Csordas, 1994, 2002), para casos como Lily, Cami, Ana, Flor, Gema y Nico, la noción de “estar-en-el-mundo” preobjetivo que Csordas desarrolla a partir de Merleau-Ponty resulta problemática, pues el diagnóstico intersexual en este período constituye precisamente una hiperconciencia objetivante del propio cuerpo. Ambas evidencian una ruptura radical del *embodiment* que contradice la concepción fenomenológica del cuerpo vivido como horizonte tácito de la experiencia. La adolescencia intersexual diagnosticada se caracteriza por lo que podríamos denominar un “*embodiment* fracturado”, donde la corporalidad oscila traumáticamente entre la experiencia prereflexiva y la objetivación médica.

En otros casos, aquellos que conocieron sus diagnósticos desde la infancia, como Vane y Xavi, el análisis de estas “constelaciones metafóricas” (Lakoff y Johnson, 1980) revela la tensión entre discursos patologizantes (enfermedad, monstruosidad, incompletitud) y narrativas afirmativas que reivindican la diversidad corporal como legítima. Este análisis metafórico resulta esclarecedor, pero también evidencia cómo las taxonomías disponibles son radicalmente insuficientes no solo por su carga normativa, sino por su incapacidad para capturar experiencias que se ubican en los intersticios de las categorías establecidas. El surgimiento de metáforas alternativas (“Mi cuerpo era diverso y así estaba bien”, afirma Vane) no representa simplemente la sustitución de marcos patologizantes por marcos afirmativos, sino la emergencia de nuevos lenguajes corporales que desafían las gramáticas binarias dominantes. Estas metáforas no son meros recursos retóricos, sino epistemologías encarnadas que posibilitan nuevos modos de habitabilidad corporal.

Para quienes reciben el diagnóstico en la adultez temprana, como Aldo o Pablo, el marco conceptual del *embodiment* enfrenta otro desafío: la necesidad de teorizar lo que podríamos llamar “reencarnaciones retroactivas”. Este proceso de rehabilitación corporal a la luz de nueva información médica sugiere una plasticidad del *embodiment* que

desborda los modelos fenomenológicos centrados en la continuidad de la experiencia corporizada. El diagnóstico adulto produce una discontinuidad radical en la trayectoria del *embodiment* que exige nuevos marcos conceptuales capaces de teorizar estas reconfiguraciones ontológicas de la corporalidad vivida.

Las prácticas de autoconstrucción, conceptualizadas desde la perspectiva foucaultiana como “tecnologías del yo” (Foucault, 1990), constituyen estrategias mediante las cuales las personas intersexuales participan activamente en la configuración de su identidad, aunque su manifestación difiere significativamente según el momento vital.

Durante la infancia y adolescencia temprana, se caracterizan por una marcada precariedad de recursos simbólicos y materiales, manifestándose como “prácticas de resistencia intersticial” (De Certeau, 1984): coleccionar imágenes de cuerpos no normativos, rechazar silenciosamente medicaciones o crear micronarrativas alternativas sobre el propio cuerpo. Esta restricción revela la operación de dispositivos de despotenciación subjetiva que sistemáticamente limitan el acceso a referentes identificatorios alternativos, configurando lo que Spivak (2003[1988]) denominaría una condición de “subalternidad forzada”. En contraste, durante la adolescencia tardía y adultez temprana emergen estrategias más elaboradas, como la incorporación a subculturas (gótica, punk, etcétera) que funcionan como “comunidades de práctica” (Wenger, 1998) donde la experimentación estética y relacional posibilita formas de habitabilidad corporal que los espacios hegemónicos niegan, constituyendo lo que Foucault (1986) denomina “heterotopías” o contraespacios donde se materializan utopías corporales alternativas. Estas diversas modalidades de autoconstrucción no representan simplemente actos de resistencia a la normalización, sino la producción activa de espacios intersticiales donde emergen formas de subjetivación que los sistemas disciplinarios no pueden asimilar completamente pero tampoco erradicar, revelando lo que Butler (2004) denomina la “paradójica potencia” de existencias que habitan creativamente los márgenes de lo normativo.

La noción misma de identidad es profundamente interrogada por las narrativas intersexuales a lo largo del capítulo. Más que un proceso de identificación con categorías preexistentes, el devenir intersexual implica la navegación de espacios liminales donde la coherencia identitaria se construye precisamente a través de la dislocación y la discontinuidad. La pregunta “¿por qué a mí?”, que atraviesa numerosos testimonios, no busca simplemente una explicación causal, sino que interroga los fundamentos mismos

de la singularidad biográfica, sugiriendo modos de habitabilidad corporal donde la excepcionalidad no es déficit, sino alivio. Este cuestionamiento radical desafía nuestra comprensión convencional de la identidad como proceso estable de identificación con categorías preexistentes, mostrando en cambio un devenir intersexual que implica la navegación de espacios liminales donde la coherencia identitaria se construye precisamente a través de la dislocación y la discontinuidad.

Desde una perspectiva crítica, este capítulo revela no solo el “inicio” de la experiencia intersexual en sí, sino también las limitaciones fundamentales de nuestros marcos teóricos para comprender identidades que habitan los intersticios de las categorías establecidas. Las cinco categorías analíticas empleadas —disposiciones encarnadas, actos de legitimación, tramas de poder y afecto, reconfiguración corporal y prácticas de autoconstrucción— han permitido organizar el material empírico y establecer diálogos fecundos con tradiciones teóricas diversas. Sin embargo, su mayor valor no radica en su capacidad clasificatoria, sino en cómo, al ser tensionadas por las experiencias intersexuales, revelan sus propios límites y nos impulsan hacia horizontes conceptuales más amplios. La dialéctica permanente entre categorización y desbordamiento que caracteriza este análisis constituye un ejercicio de reflexividad epistemológica fundamental para las ciencias sociales contemporáneas.

Capítulo VII

La gestión con el espacio médico – institucional

Los principales rasgos estructurales [del Modelo Médico Hegemónico] son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

(Menéndez, 1998, p.2)

1. Entre la norma biomédica y la agencia personal: Experiencias intersexuales en el contexto médico-institucional

Como hemos visto hasta ahora, la comunidad médica, como un espacio de saberes, prácticas y representaciones, desempeña un papel central en la configuración de las experiencias y subjetividades de las personas intersexuales durante la infancia y adolescencia.

En nuestra sociedad, la biomedicina opera como un sistema hegemónico con el poder de definir y explicar los cuerpos, sus características y las formas adecuadas de atención y tratamiento. Este enfoque se enmarca en lo que Menéndez (1988, 2003, 2004, 2020) denomina el “Modelo Médico Hegemónico” (MMH), que establece a la medicina como la principal fuente legítima de conocimiento sobre las variaciones corporales, su manejo y las prácticas de cuidado.

Desde esta perspectiva, la mirada biomédica no solo modela las formas en que las personas intersexuales entienden sus cuerpos, sino que también impacta profundamente en su capacidad para aceptar y gestionar su identidad. El acceso al tratamiento médico y las intervenciones recomendadas suelen convertirse en elementos fundamentales de su vida cotidiana, influyendo en sus percepciones personales y sociales.

Por un lado, las personas intersexuales entrevistadas interpretan y reelaboran de manera singular los conocimientos adquiridos a través de su contacto con las instituciones médicas, ajustándolos a sus experiencias subjetivas. Este proceso les permite evaluar cuánto y cómo alinean sus hábitos y expectativas de vida con las normativas biomédicas

y sociales. Por otro lado, las prácticas y conocimientos médicos varían según el contexto local, las instituciones específicas y las profesionales involucradas, generando experiencias diferenciadas en la relación paciente-médico. En muchos casos, esta relación se percibe como tensa o conflictiva, aunque también puede ser vista como un espacio de apoyo y seguridad.

El propósito de este capítulo es analizar cómo se articulan las diferentes dimensiones que emergen en el espacio médico-institucional. Para ello, comienzo explorando el modelo hegemónico en el que se inscriben la mayoría de las experiencias intersexuales. Desde esta perspectiva, examino la relación paciente-médico, es decir, cómo las personas intersexuales experimentan la representación de un “cuerpo normativo”, las explicaciones médicas sobre sus variaciones corporales y las implicaciones de estas, así como las pautas de tratamiento y las oportunidades de cirugía que ofrece la comunidad médica.

Asimismo, abordaré la adhesión a dichos tratamientos, las modalidades de cuidado necesarias y los “procesos de expertización”, en los que las personas intersexuales desarrollan conocimientos y competencias sobre sus propios cuerpos y necesidades, convirtiéndose en actores activos en la gestión de su identidad y salud.

Por otro lado, también considero la perspectiva de la comunidad médica en esta gestión, analizando sus percepciones, tensiones y conflictos al enfrentarse a la intersexualidad en la adultez, así como su manera de interactuar con las personas pacientes y las familias en estos procesos.

Finalmente, a través de las categorías de análisis —disposiciones encarnadas, reconfiguración corporal, tramas de afecto y poder, actos de legitimación o subversión y prácticas de autoconstrucción—, examino la adultez intersexual, el acceso a recursos y la agencia dentro del marco médico-institucional. Analizo cómo las estrategias desarrolladas por las personas entrevistadas contribuyen a la conformación y transformación de sus subjetividades en este marco.

2. El Modelo Médico Hegemónico versus la autoatención

El Modelo Médico Hegemónico (en adelante, MMH) se caracteriza por una visión de la salud y el cuerpo centrada en la autoridad del profesional médico, donde el conocimiento biomédico se erige como la principal referencia para interpretar y tratar las condiciones de salud (Menéndez, 1998, 2003, 2015, 2021).

Esta perspectiva tiende a objetivar el cuerpo de las personas intersexuales, viéndolas a través de un prisma patologizante y normativo (Dreger, 1998), así lo expresa Ana:

Los reconocimientos médicos son tremendos, eres un caso de estudio y todo el mundo me quería ver la entrepierna. Acabé pasando por un montón de revisiones médicas que son completamente innecesarias, inclusive a los 20 años ¡horrible! Y claro, en ese momento no tienes capacidad para decir que no, porque se supone que ellos saben. Yo me preguntaba ¿qué tengo ahí tan interesante como para que me vean de esa forma tan violenta? Yo lo que viví con mucho dolor, fueron las miradas, por ejemplo, cuando el personal médico se enteraba de que yo era una persona intersexual, ya me miraban de forma diferente, era como un objeto más. (Ana, entrevista 2023)

No obstante, algunas experiencias de las personas intersexuales revelan un contraste notable con la interpretación biomédica predominante. Algunos relatos expresan cómo desarrollan formas de autoatención y estrategias de bienestar que priorizan su experiencia vivida y las necesidades individuales, buscando en otros modelos de atención que disten del biomédico hegemónico. Adoptar estas prácticas de autoatención permite reformular el significado de su corporalidad y cuestionar las intervenciones previas, las que entienden como violaciones históricas a su integridad corporal (Fausto-Sterling, 2006[2000]).

Hubo un tiempo en que me metí a terapias medicinales alternativas. Estuve experimentando con eso, porque yo decía: “bueno, cómo ellos [los médicos], que me han tratado como el *hoyo*, que van a saber más de mi cuerpo que yo”. Así que cuidaba mi cuerpo desde ahí. No sé si servía realmente, pero al menos, emocionalmente me daba gusto conectar con algo que me hacía sentido a mí misma. (Karen, entrevista 2023)

Estos relatos destacan un enfoque más autodeterminado hacia la propia percepción de salud, bienestar e identidad. Aquí, también la resistencia a las prácticas médicas hegemónicas y la creación de redes de apoyo son manifestaciones de agencia y autoatención (Turner, 1987). Estas comunidades—sean o no sean entre personas intersexuales— ofrecen espacios de validación donde las individuos pueden compartir estrategias y conocimientos para gestionar su salud de una manera que respete sus propios

ritmos y percepciones del cuerpo. De esta forma, la autoatención se convierte en un acto de empoderamiento frente al paradigma biomédico, tal como expresa Cami:

Hoy entiendo que mi cuerpo no necesita ninguna mejora, ninguna otra operación, pero esto yo lo entendí con mis *compas* de medicina popular. Que mi cuerpo es normal y, el que me quiera, me tendrá que querer así, respetando mi cuerpo e identidad que está del todo bien... yo me cuido y estoy regia, oye (ríe). (Cami, entrevista 2021)

Sin embargo, no todas las personas intersexuales rechazan las intervenciones médicas o la medicalización tradicional. Hay quienes, tras un proceso de reflexión y entendimiento de sus propias necesidades, optan por someterse a cirugías u otros tratamientos médicos. Este tipo de decisión puede estar motivada por la búsqueda de un mayor confort personal, la congruencia con una identidad de género específica o la mejora de ciertos aspectos de su calidad de vida (Karkazis, 2008). Algunos relatos relevantes señalan:

Yo decidí operarme, porque sentí que era una forma de tomar control sobre mi cuerpo y mi identidad, no porque existieran presiones ajenas. Yo me volvería a operar. Sí, ¡totalmente! toda la vida. Soy una pro-cirugía. (Yuri, entrevista 2023)

Sí, ahora de adulta, ya con información mucho más específica, tanto médica como de mí misma, decidí operarme otra vez, esta vez, por decisión propia. (Lily, entrevista 2021)

La decisión de someterse a una intervención quirúrgica no debe interpretarse como una aceptación pasiva del MMH, sino como una estrategia compleja de negociación y agencia. Muchas personas intersexuales que optan por procedimientos quirúrgicos lo hacen no desde la imposición, sino desde una búsqueda activa de bienestar y autonomía, desafiando la dicotomía entre consentimiento y coacción. Como señala Preves (2002, 2003), la autoatención en contextos intersexuales implica un delicado equilibrio entre las recomendaciones médicas y las vivencias subjetivas, lo que demuestra que el acceso a la biomedicina no es un acto meramente normativo, sino un espacio de disputa y resignificación.

Desde una perspectiva antropológica, esta dinámica puede entenderse en términos de agencia en contextos de asimetría de poder (Turner, 1987). La biomedicina, como campo estructurado de saber y autoridad (Foucault, 1983[1975]), no solo disciplina los cuerpos, sino que también genera oportunidades para que los sujetos desarrollen estrategias de resistencia y adaptación. En este sentido, la elección de una cirugía puede ser leída no solo como una aceptación de la normatividad médica, sino como un acto de autoconstrucción identitaria que desafía el determinismo biomédico (Butler, 1993).

Las trayectorias intersexuales evidencian, por tanto, un proceso continuo de reconfiguración en el que aceptación, resistencia y adaptación coexisten y se transforman mutuamente (Fausto-Sterling, 2000 [2006]). Esta complejidad sugiere que la relación de las personas intersexuales con la medicina no es unidireccional, sino que implica múltiples capas de negociación, apropiación y resignificación de sus propios cuerpos y experiencias. De esta manera, más allá de presentarse como meros objetos de intervención médica, las personas intersexuales pueden emerger como sujetos activos que cuestionan, reformulan y, en muchos casos, subvierten los discursos normativos sobre el cuerpo y la identidad.

2.1 Relación paciente-médico

En consideración del punto precedente, la relación paciente-médico, desde la perspectiva de las personas intersexuales entrevistadas, tiende a configurarse como una interacción de largo plazo, caracterizada por una marcada asimetría de poder propia del MMH (Menéndez, 1998, 2004, 2020). Esta relación no se limita a la dimensión clínica, sino que también opera como un espacio de producción y reproducción de normatividades socioculturales.

Desde el diagnóstico inicial, las prácticas y discursos médicos no solo abordan el estado de salud del paciente, sino que también refuerzan estándares normativos sobre los cuerpos, particularmente en términos de la binariedad de género y las expectativas hegemónicas sobre lo que significa un cuerpo “normal” o “funcional”. En este sentido, la medicina no solo cumple un rol terapéutico, sino que también actúa como una instancia de biopoder (Foucault, 1983[1975]).

Por otro lado, la relación médico-paciente en contextos de intersexualidad está atravesada por la noción de “violencia epistémica” (Spivak, 2003[1988]), en la medida en que el discurso médico tiende a invalidar la agencia de las personas intersexuales adultas en la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos. Esta violencia epistémica se manifiesta en la exclusión del conocimiento y la experiencia vivida de las personas intersexuales en el proceso de atención médica, imponiendo una narrativa en la que el profesional de la salud asume el rol de autoridad última sobre la corporeidad del paciente.

El modelo médico hegemónico, en este sentido, no solo se basa en la asimetría de poder entre médico y paciente, sino que también reproduce una epistemología biomédica que invisibiliza y deslegitima otras formas de conocer y experimentar el cuerpo (Menéndez, 2015, 2018). Esto pone en evidencia cómo la relación médico-paciente no es simplemente un vínculo interpersonal, sino un espacio de disputa simbólica donde se definen los límites de lo “normal” y lo “patológico”, lo “masculino” y lo “femenino”, lo “saludable” y lo “disfuncional”.

En este contexto, es fundamental considerar cómo las personas intersexuales desarrollan estrategias de resistencia y resignificación frente a estas imposiciones biomédicas. Mientras algunas rechazan activamente las intervenciones médicas y reivindican su corporalidad en términos no normativos, otras optan por negociaciones parciales con el sistema médico, buscando formas de apropiarse de su propia narrativa sin renunciar completamente a los tratamientos disponibles. Estas estrategias de agencia, aunque diversas, revelan la complejidad de la experiencia intersexual dentro de un modelo médico que históricamente ha operado como un dispositivo de control más que como un espacio de cuidado genuino, como señala Gema:

Cuando niña yo siempre iba al doctor y cuando llegaba el doctor, yo pensaba que esto era normal, y que todos los niños del mundo tenían que bajarse los pantalones, sentarse en una silla y que el doctor les abría las piernas. El doctor me empezaba a tocar todas las partes y decía lo que estaba mal con mi cuerpo. Yo no sabía qué decir, no sabía cómo expresarme. Cuando ya soy adulta y busco información, resulta que me doy cuenta de que simplemente las personas intersexuales pasaron por este proceso de humillación durante toda la vida. (Gema, entrevista 2022).

Uno de los aspectos más destacados y reiterados de estas experiencias es la objetivación del cuerpo intersexual. Los relatos de las personas entrevistadas revelan que las consultas médicas frecuentemente se convierten en espacios donde el cuerpo es examinado, clasificado y juzgado desde un enfoque correctivo, como también lo señala Ana en el punto anterior. Esta dinámica refuerza la percepción de que sus cuerpos son “anómalos” o “incompletos”, generando sentimientos de humillación y vulnerabilidad:

Todas tienen similitudes en cuanto a haber cruzado ese proceso de violación, y es porque es algo similar. Tú te sientas, tienes que abrir las piernas, tienes que... te tienen que tocar todo, tocar el abdomen, tienen que tocar el dorso, las partes privadas, tienen que ver, tienen que hacer chequeos, tienen que hacer esto y que tú no entiendas que está pasando. Eso está difícil, porque sabes que él [médico] tiene el completo poder sobre ti. (Gema, entrevista 2022)

Sus relatos se estructuran, en gran medida, mediatizados por la interpretación médica. Los términos como “enfermedad”, “síndrome”, “alteración”, “condición” o “desorden” utilizados por los profesionales de la salud se viven como elementos internos al cuerpo, considerados como “algo que falta” o “algo que sobra”, según los parámetros de normalidad establecidos por el propio sistema médico, como exponen Pola y Ana:

Después, me enviaron con un endocrinólogo, revisó mis genitales, yo recuerdo que me sentía muy incómoda en las revisiones, me daba mucha vergüenza. Me mandaron a hacer unos estudios, y al final dijeron que bueno, que tengo Hiperplasia Suprarrenal Congénita y que era una enfermedad DSD. Me realizaron ultrasonidos para saber si tenía matriz y ovarios, en los cuales se observaban que tenía matriz y ambos ovarios, solo que uno de los ovarios estaba más grande que otro. En los estudios sanguíneos, el médico comentó que los niveles de testosterona se encontraban altos para ser una mujer; así que me recetaron un medicamento para controlar esos niveles y estabilizarme. (Pola, entrevista 2021)

En un primer momento, a los 14 años que fue la primera revisión ginecológica. En ese momento no me dijeron nada, me dijeron que cuando terminara mi desarrollo sería recomendable extirparme los ovarios, ellos en su momento dijeron que eran ovarios, y que necesitaría una intervención quirúrgica para crear un conducto vaginal, porque el que yo tenía aún era demasiado pequeño para que la penetración fuera posible. Que lo que yo tenía era un síndrome y que se podía resolver de esa forma. (Ana, entrevista 2023)

Aquí, el proceso de incorporación de este lenguaje biomédico por parte de las personas intersexuales va acompañado del aprendizaje de un nuevo entendimiento del cuerpo, el cual es interpretado bajo esta perspectiva numérica, clasificatoria y clínica. A partir de esta información, se introduce un conjunto de recomendaciones clínicas que incluyen el control, la vigilancia y el cuidado de la salud, y eventualmente la medicalización o la opción de intervenciones quirúrgicas, como exponía Pola, Ana y también enfatiza Cami:

En otra ocasión, [el médico] me dijo que en un futuro me tendrían que operar otra vez de la vagina para poder tener relaciones sexuales, porque era demasiado pequeña, pero que eso sería más adelante. Esto demoró mi incursión sexual y lo de tener *pololos*, me atrasé toda esa etapa, porque sentía que algo estaba mal y se tenía que arreglar primero. (Cami, entrevista 2021)

De esta forma, esta interpretación biomédica del cuerpo se establece como una base sobre la cual pueden integrarse otras lecturas, particularmente aquellas derivadas de la experiencia vivida y sentida de la propia corporalidad. En este sentido, la explicación biomédica y las prescripciones asociadas no siempre logran consolidarse y dominar las acciones de los individuos. Las recomendaciones de la biomedicina para el cuidado, control y vigilancia del cuerpo y la salud con frecuencia generan conflictos,

desarticulaciones o actos de desobediencia que tensan la relación entre paciente y médico. Estas tensiones surgen, por ejemplo, cuando las personas pacientes se resisten a enunciar su vivencia como un DSD o enfermedad y prefieren referirse a “intersexualidades”:

A mí me molesta ir al médico, porque siempre es una pelea. Siempre tengo que decirle “hola, soy una persona intersexual” y me dicen: “No, eso no existe”. Yo quedo “como que no existe, si por eso estoy aquí” y así y así y así. Por mi bienestar mental, mejor no voy. (Xavi, entrevista 2022)

La noción de “bienestar” para las personas intersexuales se entiende de manera más holística e inclusiva, considerando no solo los aspectos físicos y mentales, sino también los elementos sociales, culturales y espirituales que contribuyen al estado de salud y satisfacción de una persona. Aquí, la noción de “bienestar” se amplía para incluir las interpretaciones y significados que las propias personas atribuyen a la salud y a la calidad de vida (Kleinman, 1988). Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes (1987) en su concepto de “tres cuerpos” destacan que la salud y el bienestar no pueden entenderse únicamente a través de parámetros biológicos, sino que también deben contemplar el cuerpo social y el cuerpo político:

El doctor era una persona bastante ignorante en cuanto a casos de intersexualidad, porque en consulta le preguntaron a mi mamá si en la familia había otra persona que pasara por lo mismo que yo. Que, si tomaba cerveza cuando estaba embarazada o algún té, siendo que ahora se sabe que la ambigüedad genital y la Hiperplasia Suprarrenal Congénita tienen causas genéticas. Nada que ver todo lo que le preguntó, y yo recuerdo que le dije que yo había leído muchas cosas sobre experiencias intersexuales y se molestó. Él no quería entender que somos personas, que también sabemos cosas. (Pola, entrevista 2021)

Esta relación de poder y resistencia se ve agravada por una tendencia hacia la mercantilización de la salud, que prioriza la eficiencia y el costo sobre la calidad del cuidado y la atención personalizada (Stolkiner, 2011). Esto genera tensiones cuando las personas intersexuales buscan un tratamiento que contemple sus experiencias subjetivas y sus derechos a la autodeterminación, enfrentándose a un modelo médico que puede ser protocolario y despersonalizado (Menéndez, 2004), como expone Yuri:

Recorrí médicos a lo loco, hasta que llegué donde uno que le recomendaron a mi mamá. Un ginecólogo que tenía una clínica privada, y yo llegué con mi bolsa llena de estudios. Las miró, así como riéndose, y me dijo “lo que tú tienes es Rokitansky, esto se puede mejorar de la siguiente manera”. (Yuri, entrevista 2023)

Sin embargo, como mencioné al iniciar este punto, las experiencias no son uniformes. En algunos casos, las pacientes encuentran en los médicos un espacio de escucha y apoyo,

donde las recomendaciones y los tratamientos se alinean con sus deseos de autodeterminación y bienestar. Por ejemplo, Pablo menciona cómo el acompañamiento médico le permitió comprender y aceptar su identidad y Chuli enfatiza en la relación de confianza con su ginecóloga, destacando que no todas las relaciones médico-paciente son conflictivas o violentas, sino que algunas pueden abrir caminos hacia la transformación personal y afectos:

Y bueno, a eso de los 18 [años], yo voy a médico. Me tocó uno super bueno, ¡eh! No me puedo quejar. Y le digo que por favor me explique por qué yo siendo Paz, tengo cara de Pablo. Y él me dijo, a ver ¿tú cómo te sientes? Ahí cambió mi vida, porque empezó a decirme que podía tomar hormonas y ser lo que siempre había sido, un hombre. (Pablo, entrevista 2021)

Después, por suerte, encontré una ginecóloga que siempre me recomienda lo mejor para mí. Se toma su tiempo en examinarme, en explicarme las cosas. A ella le importa que yo esté bien, que mi cuerpo vaya hacia donde yo quiero ir. (Chuli, entrevista 2022)

De este modo, los encuentros clínicos, desde la perspectiva de las personas pacientes, no se limitan únicamente a ser espacios de transmisión de conocimientos médicos, sino que se constituyen también como escenarios de tensión, conflicto y negociación. En estos espacios, las pacientes intersexuales tienen la oportunidad de cuestionar las recomendaciones médicas, desafiar las intervenciones normativas impuestas, y explorar alternativas de tratamiento que se ajusten a sus propias necesidades y deseos. Esta capacidad de agencia les permite no solo rechazar procedimientos no deseados, sino también redefinir su relación con el cuerpo y la salud en función de sus propios términos. (Morland, 2009)

Sin embargo, estos encuentros también pueden ser vistos como momentos de potencial transformación. Para algunas personas intersexuales, la consulta médica puede convertirse en un espacio de confianza, donde se sienten acogidas y escuchadas. Aquí, pueden encontrar una oportunidad, un lugar de confianza o un espacio seguro donde poder expresar aquellas necesidades medicalizadas o clínicas que promuevan un impacto positivo en la reconstrucción de una identidad que anteriormente pudo haber sido fragmentada o deteriorada por las experiencias ligadas a encarnar la intersexualidad. Este proceso de reconfiguración no solo tiene implicaciones para el bienestar físico, sino que también abre la puerta a nuevas formas de autocomprensión y afirmación de la identidad, donde la clínica se convierte en un terreno de empoderamiento y re-significación personal.

2.2 Relación médico-paciente

Si bien, en el punto anterior quise exponer las percepciones de las personas intersexuales sobre su relación con profesionales médicos, esta vez, quise preguntarles a los médicos qué opinaban respecto a la relación con sus pacientes.

Como ya he repetido bastas veces, el tratamiento médico de las personas intersexuales se ha estructurado históricamente desde una perspectiva biomédica que prioriza la normalización del cuerpo conforme a los estándares binarios de sexo y género. Esta visión se consolidó bajo el modelo de “Desórdenes del Desarrollo Sexual” (DSD, por sus siglas en inglés), adoptado tras el consenso médico de 2006 (Consenso de Chicago). Este enfoque redefine la intersexualidad como un conjunto de condiciones médicas que requieren intervenciones para adecuar el cuerpo a expectativas biológicas y sociales (Hugues *et al.*, 2006), tal como detallé en el Capítulo I.

La relevancia del Consenso de Chicago en relación con el uso del lenguaje por parte de la comunidad médica resulta ser un tema de gran importancia, incluso casi sensible, para las personas profesionales entrevistadas. De manera similar a lo que se mencionó en el caso anterior, donde Xavi cuestionaba al médico por no reconocer su vivencia como parte de la intersexualidad, y este último rechazaba esa definición, las entrevistas que realicé revelaron una dinámica similar. Al momento de iniciar las conversaciones y explicar los objetivos del estudio, a menudo me enfrenté a regaños o comentarios indirectos que dificultaban la inclusión del término “intersexualidad” en los relatos. Esto me conducía, una y otra vez, al uso del término “DSD”, lo que evidenció la resistencia de algunos profesionales a adoptar un lenguaje más inclusivo o respetuoso con las identidades intersexuales. Esta preferencia terminológica no representa simplemente una elección léxica inocua, sino que refleja la adhesión a un paradigma biomédico específico:

No sé bien a qué te refieres cuando dices “intersexualidad”. Si te refieres a la disforia de género o si te refieres a otros tipos de alteraciones hormonales que generan algún estado complicado de asignación de sexo, lo que entendemos como DSD, creo que ahí podemos empezar a hablar. (Dr. Pérez, entrevista 2021)

Este testimonio ilustra cómo la terminología funciona como filtro epistémico que condiciona la posibilidad misma del diálogo investigativo. La negativa a reconocer o emplear el término “intersexualidad” establece barreras comunicativas que obligan a quien investiga a adaptarse al vocabulario institucionalizado, reafirmando así la

hegemonía del discurso médico. Esta resistencia terminológica opera como mecanismo de control discursivo que delimita los contornos de lo enunciable en el contexto médico-científico, excluyendo sistemáticamente las perspectivas y autodenominaciones surgidas desde las propias personas con variaciones intersexuales.

Uno de los casos más difíciles que me tocó entrevistar fue el Dr. Lozano quien, si bien accedió rápidamente a ser entrevistado, el día de la interacción me hizo sentir repetidamente que sus respuestas estaban rodeadas de sarcasmo. Casi en tono de burla, enunciaba como la “susceptibilidad” de ser diagnosticada como una persona con “desorden”, ha llevado a que las narrativas intersexuales enuncien nuevas formas de percibirse a sí mismas, lo que para él no era nada más que una “necesidad” de sentirse distintas:

No, no es el término médico [refiriéndose a “intersexualidad”]. El término médico es el que se decidió en el Consenso de Chicago. Yo entiendo que estas cosas de intersex vienen, sobre todo, con todo el cuento más de las organizaciones civiles u ONGS. Aunque, hay que decir, que no hay ningún término bueno. Partamos de esa base. El término que tú le pongas a alguien, de cualquier forma, se va a sentir excluido, ofendido o atacado, son así (ríe). A eso, agrégale más encima, que tienes una disforia natural que cualquier persona normal enfrenta durante la adolescencia. O sea, si hoy día tu agarras un colegio normal, sin alteraciones sexuales, y tú te *encontrai* con los no binarios, los *contrabinarios*, los “animalegos” y los no sé qué (ríe). En mi opinión, esta exploración es más bien llevada por una necesidad de ser distinto, ser *cool*, que realmente sentir algo así. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

El caso del Dr. Lozano representa un ejemplo paradigmático de cómo el discurso médico hegemónico puede deslegitimar las narrativas alternativas surgidas desde los movimientos sociales. Su afirmación: “No, no es el término médico [refiriéndose a ‘intersexualidad’]. El término médico es el que se decidió en el Consenso de Chicago” establece una jerarquía epistemológica que privilegia el conocimiento institucionalizado sobre el conocimiento experiencial. Esta jerarquización se refuerza mediante estrategias discursivas que trivializan las reivindicaciones identitarias, equiparándolas con fenómenos transitorios propios de la adolescencia o con modas pasajeras.

La instrumentalización del relativismo lingüístico expresada en la frase “no hay ningún término bueno” funciona como estrategia retórica para eludir la responsabilidad ética en la elección terminológica. Este facultativo reduce la autoidentificación intersexual a una “necesidad de ser distinto” o “ser cool”, operando una psicologización y banalización de estas narrativas alternativas que las despoja de su dimensión política y reivindicativa. El

uso del humor y el sarcasmo en su discurso refuerza la asimetría de poder, constituyendo una forma sutil pero efectiva de violencia epistémica contra las personas intersexuales y sus procesos de autodenominación (Spivak, 2003[1988]).

El análisis del material empírico también reveló posiciones más matizadas dentro del estamento médico. El caso del Dr. Alarcón evidencia las tensiones internas que atraviesan el discurso biomédico contemporáneo en relación con las variaciones intersexuales. Su reflexión crítica respecto al impacto del lenguaje en la construcción subjetiva de las personas intersexuales denota una conciencia emergente sobre las implicaciones psicosociales de la terminología médica. No obstante, su postura revela una ambivalencia fundamental: reconoce los potenciales efectos nocivos del lenguaje patologizante, pero simultáneamente reafirma la necesidad de adherirse al marco normativo establecido por los protocolos médicos internacionales:

Lamarlo “personas intersex” crea un terreno muy ambiguo que no nos permite comunicarnos bien con otros médicos, porque, en general, los médicos necesitamos un pensamiento bien estructurado para actuar de forma sistemática ante el enfrentamiento con una persona que pudiese tener alguna condición que podría perjudicar gravemente su salud. Entre la comunidad médica se genera mucha confusión con el término “cuerpo/persona intersexual”, y como esto entorpece el diagnóstico y la comunicación entre profesionales del área de la salud, se decidió en una reunión de consenso en Chicago el año 2006 unir todos estos casos bajo la sigla DSD, que en inglés es *Disorders of Sexual Development*, pero su traducción no es muy afortunada en el castellano porque se traduciría como Desórdenes del Desarrollo Sexual, y la palabra desorden, para una persona intersexual, pueden ser resultar peyorativos. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Esta ambivalencia es sintomática de las contradicciones inherentes al paradigma médico contemporáneo, que oscila entre una creciente sensibilidad hacia las dimensiones psicosociales de la salud y la persistencia de modelos biomédicos que privilegian la normalización corporal sobre la integridad psíquica y la autonomía de las personas. El testimonio del Dr. Alarcón ilustra cómo incluso las posturas más “empáticas” dentro del estamento médico permanecen atrapadas en los límites discursivos establecidos por el Consenso de Chicago, evidenciando la capacidad de este régimen terminológico para absorber y neutralizar las críticas sin modificar sustancialmente sus presupuestos patologizantes.

En su mismo relato, reconocía el imaginario social que engloba la palabra “desorden” ligado a la sexualidad es entendido como un “peligro social” ligado a perversiones, tal

cual como sucedía en la Edad Media⁶⁰ y que sigue perpetuándose en el imaginario social hoy en Chile, incluso percibido así por sus propias personas pacientes, según comentaba el mismo doctor:

Por ejemplo, si te preguntan qué es lo que tienes tú, y dices: “yo tengo un desorden del desarrollo sexual” puede interpretarse como una parafilia u otra cosa terrible, que es lo que pasaba antes o que incluso puede seguir pasando hoy en algunos lugares. Entonces, este término Desórdenes del Desarrollo Sexual nos permitió ordenar mucho el asunto desde el punto de vista médico, para comunicarnos entre nosotros y tener diferentes clasificaciones dentro de un mismo fenómeno, pero desde el punto de vista social o de interacción con las personas que viven la intersexualidad, podría haber generado más conflictos. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Aun así, a pesar de enunciar algunas posibilidades para evitar la “carga” emocional del diagnóstico, su discurso no termina de quitar la noción patológica de la vivencia, al detallar:

Por eso, hoy hay un grupo médico de endocrinólogos, urólogos, etcétera, en los que yo me incluyo, que preferimos utilizar la sigla DSD, pero no como desorden, sino como *Desarrollo Sexual Diferente*, y así evitar lo peyorativo, pero seguir funcionando desde la jerga médica, pero esto ha sido criticado por otros médicos, quienes dicen que les estamos quitando la connotación de ser eventualmente una enfermedad, una patología. En eso sí estoy de acuerdo. O sea, que las personas deben estar conscientes de que es un riesgo o una enfermedad y que podría ser grave. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

El fuerte paradigma del modelo biomédico DSD que posiciona a las intervenciones tempranas, cirugías y tratamientos hormonales como única vía ante las características sexuales atípicas para condicionarlas a las lógicas binarias de la corporalidad, es algo transversal en las entrevistas realizadas a profesionales médicos:

Entonces, cuando partimos de una cosa bastante binaria: hombre - mujer, blanco o negro, celeste - rosado, y te vas pasando a ciertas variables en que pueden ser todas distintas, se te confunde todo. Ahora, sí hay que decir que estamos hablando de la esquina chica de la [aludiendo al monitor del computador de su escritorio]. La gran mayoría sigue siendo hombre o mujer, XX o XY, con algunas alteraciones que son muy tratables. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Esta justificación biomédica se fundamenta en la idea de que la ambigüedad genital o las características sexuales atípicas pueden generar dificultades en la construcción de la identidad de género y, además, acarrear estigmatización social (Hughes *et al.*, 2006). En este contexto, la cirugía se entiende como una intervención terapéutica destinada a

⁶⁰Más información en Capítulo I.

promover el bienestar del paciente, facilitando una congruencia corporal que se alinea con la asignación de género, lo que, según la visión biomédica, ayudaría a reducir los conflictos de identidad y favorecer la integración social.

Sin embargo, esta concepción del “bienestar” se contrapone a las ideas defendidas por algunas personas intersexuales, quienes, como se mencionó en el punto anterior, entienden el bienestar de una manera más holística e individualizada. Para la medicina, el “bienestar” está íntimamente relacionado con la ausencia de enfermedad y la capacidad de un individuo para funcionar óptimamente en su entorno social y físico. Así, la salud física se convierte en el principal indicador de bienestar, definiendo la calidad de vida a través de resultados medibles y verificables objetivamente, tales como diagnósticos médicos, biomarcadores y riesgos asociados con las intervenciones quirúrgicas (WHO, 1948).

Desde el punto de vista médico, construir una vagina que sea funcional, que permita la penetración, es más fácil de realizar que un pene, porque este tiene que erectarse al estímulo sexual. Siendo bastante crítico, si los médicos solo nos enfocamos en el resultado estético del procedimiento quirúrgico, puede que obtengamos un resultado “bueno” para sus estándares anatómicos; pero, en términos funcionales, estas cirugías significan cortar terminaciones nerviosas que pueden llevar a la anorgasmia, pero no siempre sucede, si somos realmente optimistas con lo que se quiere lograr. Entonces, es posible garantizarles el bienestar por medio de la cirugía y con poco riesgo. (Dr. Curiel, entrevista 2023)

El Dr. Curiel (2023) señala cómo, desde la perspectiva médica, construir una vagina funcional, que permita la penetración, resulta ser un procedimiento más sencillo de realizar que la creación de un pene, debido a la necesidad de que este último se erecte durante el estímulo sexual. Sin embargo, su crítica pone de manifiesto una falencia importante: si los médicos se enfocan exclusivamente en los resultados estéticos del procedimiento, podrían conseguir un resultado que sea “bueno” desde los estándares anatómicos tradicionales, pero que en términos funcionales podría ocasionar complicaciones graves, como la anorgasmia, derivada de la alteración de terminaciones nerviosas. Si bien algunos médicos pueden ser optimistas sobre los resultados que se pueden lograr, esto plantea una pregunta fundamental: ¿es realmente posible garantizar el bienestar a través de la cirugía, sin asumir ciertos riesgos y complicaciones a largo plazo?

Este punto resalta una de las principales tensiones entre la visión biomédica y las perspectivas de las personas intersexuales sobre lo que constituye un estado de bienestar.

Desde la medicina moderna, el objetivo es intervenir para restaurar o mantener este estado a través de tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y preventivos. Así, el “bienestar” se entiende como una armonización del cuerpo con las normas de salud establecidas, donde cualquier desviación de la norma se ve como algo que debe ser corregido (Conrad & Barker, 2010).

O sea, como cualquier condición médica, obviamente, que tener un niño que no está bajo la definición conceptual sano, por así decirlo, genera angustia. Nosotros trabajamos mucho con las familias el sentido de bienestar, en el sentido de que son personas, que tienen un desarrollo que necesita una asistencia médica, pero que sus funciones vitales biológicas van a ser de forma normal con el tratamiento adecuado. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Desde la perspectiva de algunos profesionales médicos, la “normalización” quirúrgica se justifica no solo por la búsqueda del bienestar físico, sino también por la supuesta experiencia de “malestar” de los pacientes intersexuales que no han sido sometidos a cirugías. Según estos profesionales, estas personas estarían descontentas con la forma en que sus cuerpos se desarrollan, y con la subjetividad e intersubjetividad que se deriva de su experiencia social marcada por el rechazo. Para ellos, no solo la medicina busca estas correcciones, sino que también las propias personas pacientes lo desearían, lo que refleja cómo la presión social y cultural influye en las decisiones médicas, en un proceso que tiende a concebir el bienestar como la alineación del cuerpo con las expectativas normativas de la sociedad:

Yo tengo dos personas en las cuales no se realizaron cirugías, y en este momento tampoco tienen una vida sexual satisfactoria, porque ellos no tienen problemas con su cuerpo, como sienten o perciben su cuerpo, pero las relaciones sexuales las tienen con alguien más o en forma individual o como tú quieras, pero en el fondo hay un otro involucrado, en cómo te ve. El otro también es importante, es decir, yo tengo estos dos casos de personas sin cirugías y que son rechazadas por sus parejas sexuales cuando quedan desnudas, así que en esa perspectiva están bien, mejor con ellos mismos respecto a su autonomía o integridad corporal, pero no logran establecer una relación de pareja porque son rechazados. Eso es lo que nosotros intentamos evitar. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Vienen al médico después de interiorizar que algo va mal. Que sus cuerpos no corresponden a ninguno de los sexos conocidos, y es algo que desean corregir, por eso vienen. (Dr. Curiel, entrevista 2023)

Nuevamente, el único relato médico que se sustentó en una reflexión crítica fue el Dr. Alarcón, quien destaca cómo la búsqueda de bienestar a través de las cirugías está entrelazada con una matriz heteronormativa que impone ciertas expectativas sobre cómo

deben ser los cuerpos. Este punto de vista reconoce que la presión por corregir los cuerpos no solo proviene de la medicina, ni exclusivamente de las personas intersexuales que buscan modificar sus cuerpos por motivos estéticos, sino que responde a un sistema cultural que no tolera la existencia de la intersexualidad en su diversidad. En este sentido, el Dr. Alarcón (2022) señala:

Yo creo que debiera existir un cuestionamiento. Yo creo que es lo importante ver qué opinan los chicos a quienes no se les realizó cirugía, a quienes no se les corrigió la hipospadias solo por un tema estético. Por ejemplo, al que hace pipí entremedio del escroto, si se pueden secar con facilidad, si les molesta orinar sentado, porque, más allá de lo médico o estético, puede ser algo social, puede ser difícil orinar sentado en un colegio le genere discriminación o *bullying*, entonces hay muchas cosas que dependen de la cultura, si estamos preparados para tratar y convivir con la intersexualidad. Hoy, ellos no encuentran su bienestar siendo así, no porque sea feo, sino por todo esto. Eso es lo que hay que comprender. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Este comentario pone de relieve una dimensión crucial en el debate sobre las cirugías normalizadoras: las dificultades sociales y culturales a las que las personas intersexuales se enfrentan. No se trata solo de la percepción estética del cuerpo, sino de cómo las expectativas culturales y las normas de género afectan directamente el bienestar de los individuos. En este contexto, el bienestar no es simplemente un concepto médico, sino un fenómeno profundamente cultural que depende de la disposición de la sociedad para aceptar y convivir con cuerpos que no se ajustan a los estándares binarios de género.

Uno de los relatos más radicales respecto a este punto, fue el del Dr. Lozano, quien insistía en que la exigencia de autonomía e integridad corporal entendida como el consentimiento ante las cirugías de asignación de sexo, no sería algo “tan grave” desde su visión, comparándola con otras circunstancias vitales, donde la infancia no tendría voz ni decisión:

A ver, a la gran mayoría de los niños no le preguntaron dónde querían vivir, en qué colegio querían estar, quién era su hermano, o la ropa que visten, entonces, también, yo creo que hay que sentar bien en qué cosas nos vamos a meter dentro de discusión, y qué cosas no, porque hoy día si tú dejas a todo niño sin operar, sin tratar, no sabemos lo que va a pasar en 20 años más, y en 20 años más podemos tener “la escoba” que hoy día a lo mejor ni siquiera podemos prever. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Otro punto de conflicto que emerge en los relatos médicos es la noción de autoatención, entendida desde la perspectiva médica como la responsabilidad del paciente de garantizar su propio bienestar. Desde la perspectiva médica, en este modelo, el paciente debe aceptar y entender su situación como una “enfermedad” o un “riesgo” y cumplir de manera

responsable con los tratamientos, protocolos y seguimientos establecidos por la autoridad médica a criterio. Esta visión subraya cómo el concepto de bienestar no solo se impone desde afuera (a través de procedimientos médicos), sino que también se espera que los pacientes se adhieran a un sistema que los define desde una perspectiva normativa de salud, donde el cumplimiento de las reglas médicas es crucial para su integración social y física:

El problema es que en el caso de los sujetos que tienen DSD, quitarlo desde el ámbito de una enfermedad podría hacer correr a esa persona o un riesgo vital, entonces si tú le preguntas a una persona que tiene Hiperplasia Suprarrenal Congénita clásica, ella si tiene una condición de salud que está afectando su vida, obviamente que la tiene, y tiene que tomar un medicamento de por vida. Si no lo hace, y le decimos que puede ser a criterio, que si quiere lo hace, si quiere no, porque no es una enfermedad, entonces estaríamos exponiéndola a un riesgo vital. Y estos son la gran mayoría de los casos de intersexualidad que enfrentamos. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Esta visión, aunque efectiva para abordar dolencias específicas, ha sido objeto de crítica debido a que se enfoca en modelos estandarizados de salud que no siempre toman en cuenta las experiencias individuales y las diversas necesidades de las personas. Como he señalado en puntos anteriores, según la perspectiva de las personas pacientes, este enfoque a menudo ignora la complejidad y la diversidad de vivencias que caracterizan a las personas intersexuales. La estandarización de los tratamientos y el diagnóstico, si bien puede ser útil en situaciones clínicas concretas, tiende a reducir las experiencias personales a un conjunto de síntomas o condiciones médicas que deben ser corregidas según un modelo normativo de salud.

Desde la perspectiva médica, sin embargo, las entrevistas con profesionales revelan que, en su mayoría, este modelo no es el “esperable” para las personas intersexuales. De esto, también se deriva el hecho de que no consideran las experiencias individuales como representativas de la totalidad de las vivencias intersexuales. Los médicos argumentan que su enfoque está respaldado por datos cuantitativos y casos clínicos concretos, los cuales consideran como las “reales” vivencias intersexuales, aquellas que se manejan en la consulta médica y que no son “visibles” desde el activismo.

Este enfoque contrasta con las narrativas de las activistas intersexuales, quienes a menudo expresan una visión más personal y crítica de la medicalización de la intersexualidad y

del MMH. Ante esta situación, los profesionales médicos tienden a ver estas narrativas como casos aislados o poco representativos de la realidad clínica⁶¹.

La Dra. Yanes (2022) y el Dr. Lozano (2022) reflejan esta postura, señalando:

En mi opinión, es que se le ha dado mucha ventana, mucha tribuna, con justa razón, pero está empezando a causar demasiado impacto el usar el concepto como si fueran demasiadas, como si fueran todos así, y no, no son todos así. El porcentaje es bastante reducido. Si tú agarras el 1.7% de lo que se estima, es menos que el porcentaje de diabéticos o de la gente con cáncer. Entonces, hay toda una cosa mediática, más que la realidad. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Yo creo que es importante escuchar la opinión de las personas afectadas y, en ese sentido, las comunidades que son activistas han tenido un rol fundamental en mejorar la atención al paciente. Eso es super importante y siempre invito a las personas que son intersex a participar en estas comunidades. El problema es que es probable que no todos los grupos activistas puedan realmente ser representativos de las personas intersex, entonces evaluar el resultado de intervenciones médicas con un grupo que puede estar sesgado en su opinión por malas experiencias o malos resultados que se hicieron en el pasado, hoy necesita ser interpretado de forma muy cautelosa, porque hay otro grupo de personas que son intersex que se mantienen en el anonimato y, si pueden, se mantendrán en anonimato por una decisión muy personal que no puede ser juzgada. En su gran mayoría, pueden sentir vergüenza o miedo. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Este punto subraya la tensión entre lo que se percibe como una exageración mediática y lo que los profesionales médicos consideran un fenómeno clínico menor en comparación con otras condiciones de salud. Para el Dr. Lozano, el enfoque activista ha amplificado el fenómeno de la intersexualidad más allá de lo que él considera su prevalencia real, haciendo que su visibilidad en los medios no se corresponda con la magnitud clínica del fenómeno.

Por su parte, la Dra. Yanes toca un punto que varios otros entrevistados enunciaron, aquel donde sostienen que las narrativas activistas se basan en prácticas médicas pasadas, como el protocolo de Money, que ya no se aplican en la atención médica actual. Según su visión, el activismo intersexual sigue centrado en una caricatura del pasado, un protocolo que consideran superado, mientras que las prácticas actuales están mucho más alineadas con enfoques modernos y respetuosos de los derechos de los pacientes intersexuales. Esta perspectiva refleja la desconexión entre las demandas del activismo y la narrativa médica oficial, que tiende a minimizar los abusos del pasado y enfatizar los avances en la atención médica. Esto es reafirmado también por el Dr. Pérez, Dr. Lozano y Dr. Alarcón:

⁶¹ Más información en Capítulo V.

Pero es que eso del Money, de lo que se agarra el activismo, es una caricatura, el pensamiento de que se quemó un pene y lo vamos a hacer mujer, eso es como la caricatura, ya no existe. (Dr. Pérez, entrevista 2022)

No, eso ya no existe [protocolo Money]. Era una concepción de que como era más fácil convertir una niñita, porque le *metí* un tubo *pa' dentro* y ya está, se creía que era mucho más fácil. Pero hoy, ya sabemos de sobra sobre la impregnación neuronal, cómo influye no solo anatomía, sino el resto de los factores. El caso John John demostró perfectamente que por más que tú lo críes como niñita, lo vistas como niñita, el “flaco” con todo eso, aun así, explotó, y a los 30 años se dio cuenta que toda su vida era hombre y termino suicidándose. Eso nosotros ya no lo hacemos. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Creo que lo lamentable son aquellas experiencias médicas, como la insigne del Doctor Money, donde se circuncidaron estos gemelos canadienses y uno perdió su falo, y que después, muy entre comillas lo digo, inscribieron a este chico como chica, porque no iba a tener un falo funcional, pero después tenía identidad de género masculina, es un claro ejemplo. Entonces, en este momento no tomamos decisiones por el aspecto de los genitales. Eso sí, debo admitir que yo alcancé a crecer cuando en la escuela de medicina se te decía “ok, pero este falo no va a funcionar como un pene, así que hay que convertirlo en mujer”, eso ya no se hace. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

En contraposición a este protocolo que consideran “obsoleto”, las personas profesionales médicas entrevistadas enuncian que el cambio de foco se ha dado hacia una postura de “guardar” las gónadas para que, en un futuro, la persona en cuestión pueda decidir sobre su cuerpo. Sin embargo, esta decisión sigue enmarcándose en una lógica binaria, en la que la persona “escoge” un sexo acorde a su identidad de género, alineándose con las regulaciones internacionales en materia de Derechos Humanos.

Este cambio de paradigma responde, en gran medida, a las presiones ejercidas por los estándares internacionales y a los cuestionamientos éticos y legales que han surgido en torno a las cirugías de normalización genital en la infancia. En este sentido, los y las profesionales entrevistadas insisten en que ya no se realizan intervenciones quirúrgicas sin justificación médica inmediata, sino que se opta por una estrategia de vigilancia y seguimiento hasta la adultez, donde la persona pueda tomar una decisión informada sobre su cuerpo.

Ahora, actualmente, en Chile al menos, yo soy parte de la formación de cirugía pediátrica, entonces sé lo que le enseñamos nuestros becarios, si tú estás operando a una niñita y te encuentras con una gónada que tiene una apariencia diferente a los ovarios, las recomendaciones son: o no hacer nada, meterle al abdomen de vuelta y cerrar la hernia, porque lo que tienes que hacer es tratar la hernia o, si tú tienes más *expertise*, puedes tomar una biopsia y mandarla a estudio, y dejar la gónada, el órgano, dentro del abdomen, hasta que ya de adulta y pueda decir qué es lo que es y ahí hacer algo

con esa gonada, lo que ella decida. Entonces, en ningún caso se produce ningún tipo de mutilación, nosotros conocemos los derechos humanos. Cuando tú operas hernias es un hecho, es la reparación de un defecto anatómico que tienes que repararlo desde el punto de vista médico. (Dra Yanes, entrevista 2022)

De esta forma, reconocen que este cambio de paradigma médico sí estuvo influido por las demandas internacionales que azotaron a la autoridad médica en el pasado. El conocido “Caso Talca”⁶², donde la persona intersexual fue indemnizada por daños a la autonomía e integridad física por parte de médicos que realizaron una asignación de sexo sin consentimiento, pesa en la memoria y en la práctica cotidiana en Chile:

Y ahí se dio cuenta [refiriéndose al Ministerio de Salud], de que *pisó el palito*. Había que sacar algo [circular ministerial], porque estábamos metidos en un juicio en la HAYA, un juicio que después lo vimos en nuestro hospital. El juicio de la Mari Carmen, que le sacaron las gónadas y qué sé yo. Nosotros no podíamos volver a enfrentarnos a eso. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Entonces, por ejemplo, se me ocurre que en las zonas rurales se diagnóstica una entrada a pabellón por hernia inguinal bilateral, y en la cirugía se descubre que son testículos en el cuerpo de una niña, por ejemplo. Hoy se opta a que si tienes casos de esta índole, no se retira el testículo, y eso es lo que probablemente ocurrió en alguno de los casos más emblemáticos en Chile, y que cambió la lógica de nuestro proceder, es ese caso donde se encontró hernias inguinales y se retiraron todos los contenidos. En este momento, si encontramos un testículo en el cuerpo de una niña, en general se corrige la pared y se preserva en el conducto inguinal, cosa de que tu puedas seguir ecográficamente en el tiempo. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

No obstante, este “nuevo” enfoque no deja de ser problemático. Si bien en teoría se reconoce el derecho a la autodeterminación corporal, la estructura binaria de género sigue limitando las opciones disponibles. La medicina continúa operando bajo la premisa de que, tarde o temprano, la persona adulta deberá “definir” su identidad dentro de las categorías de hombre o mujer, lo que invisibiliza otras formas de vivenciar la corporalidad intersexual y refuerza la idea de que la ambigüedad debe ser resuelta.

Además, según algunas experiencias de las personas intersexuales entrevistadas sugieren que, aunque la práctica quirúrgica ha cambiado, los discursos biomédicos sobre la necesidad de “corregir” la intersexualidad persisten. La presión social y médica para conformar los cuerpos a modelos normativos de sexo y género sigue presente, lo que genera nuevas formas de vulnerabilidad para quienes no encajan dentro de estas categorías.

⁶² Más información en Capítulo V.

En este contexto, el dilema ético no se reduce únicamente a la posibilidad de elegir, sino a las condiciones bajo las cuales se otorga esa elección. Si la única opción válida sigue siendo la adecuación a los modelos binarios, entonces el supuesto avance en los derechos de las personas intersexuales se encuentra aún limitado por las mismas estructuras que históricamente han justificado la intervención médica sobre sus cuerpos

En consecuencia, las situaciones sociojurídicas, que han puesto en jaque el actuar médico y la autoridad y competencia sobre los casos de intersexualidades, las reconocen como uno de los motivos por los cuales existen muy pocos profesionales que quieran especializarse en estos casos. Esto se debe a que se trata de un tema ético y conflictivo que los deja sin un actuar estandarizado y con temor a ejecutar ciertas prácticas que siguen, según su perspectiva, siguen considerando como correctas:

Muy pocos quieren meterse en esta especialidad, porque el porcentaje de personas afectadas es muy poco, no es un campo viable, por las pocas personas que hay con esta enfermedad. Por eso hay tanto profesional diciendo saber y que no sabe, de ahí sale esta gente traumada que después te persigue. (Dr. Curiel, entrevista 2023)

Esta construcción discursiva de la profesión médica como práctica asediada opera como mecanismo retórico que invierte las relaciones de poder, presentando al estamento médico — históricamente dominante— como entidad subordinada y vulnerable frente a las demandas de reconocimiento de las personas intersexuales.

Si tú dices: “sabes que a mí me parece que hay que operarlo”, se tiran encima. Al final decides decir, “sabes que más, yo estoy fuera”. A eso, agrégale más encima, que tienes una disforia natural que cualquier persona normal que enfrenta durante la adolescencia, las familias, las circulares ministeriales, etcétera. Mucho *cacho*, por eso somos pocos los que trabajamos el asunto. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Esto ha derivado en que se gesten ciertas críticas respecto a la importancia que le asigna la institucionalidad a escuchar las voces intersexuales. Desde esta perspectiva, y muy similar a lo que expuse en el Capítulo V durante la etnografía institucional, la baja representatividad y la eliminación de la vivencia como una patología, terminaría recayendo en la creación de políticas públicas inapropiadas, sumadas al abandono del paciente:

Es esa persona que está en el anonimato, es la que tenemos que tratar de rescatar una opinión, no con el discurso generalizado de estos grupos. En este grupo podría existir alguien que pudo haber tenido una muy mala experiencia y eso podría dar impresión de que todo es así de simple y podría tener una repercusión en políticas de salud que no necesariamente se van a traducir a futuro en un buen resultado. Entonces, políticas de salud que nacen de los grupos activistas son

extremadamente importantes, pero esa política de salud que puedan hacer a través de la opinión de los grupos de activistas debe tener un buen respaldo de la población a la que están representando y no de forma sesgada. Deben tener también un buen respaldo desde el punto de vista de no crear una falsa expectativa de bienestar, es decir, decirte que tú vas a estar bien simplemente por este nuevo progreso en políticas de salud, o por prohibir las cirugías. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

Sí, me tocó estar ahí como representante [de la comunidad médica] cuando salió la 18 [Circular] en diciembre, y que fue motivada por los grupos sociales, algunas de estas organizaciones, esos que no me acuerdo como se llaman [IntersexualesChile]. Yo creo que deberíamos nosotros tener más presencia, porque ellos hablan de su experiencia, que es justo, pero nosotros vemos a más personas que no están dentro de estos grupos. Entonces, claro, hoy el ministerio trabaja con estas 2 o 3 personas, que solo conocen su propio caso y quieren prohibir las cirugías, ¡nada que ver *po*! A mí me van a seguir llegando pacientes que quieren operarse, y yo ¿qué les voy a decir? (Dr. Lozano, entrevista 2022)

Yo creo que ha llegado a situaciones que son, digamos, indeseables para los pacientes, por ejemplo: el abandono [refiriéndose a demandas del activismo]. En ese sentido, creo que, hasta ahora, los lugares donde yo considero que hay un mejor manejo de estos niños y niñas, ha pasado simplemente por voluntades personales, intereses personales como el mío o A. Somos los únicos que manejamos esto, pero, efectivamente, ha pasado por el interés personal. Desde ese punto de vista, Chile, en general, está al debe. Tal vez por desconocimiento o por falta de interés, sumado a que como no existe una política pública al respecto, también eso deriva en que queda a la voluntad del médico tratante. A eso le sumamos todos los antecedentes de casos judiciales, o sea que quedamos de manos atadas. Insisto. Quiero que esto quede claro. Yo siento que esto puede caer en un abandono de estos niños y niñas, porque si tú dices: “esto que está aquí es una condición natural, la naturaleza es intersexual” la naturaleza también es, por ejemplo: una cardiopatía congénita, pero resulta que hay muchos niños y niñas que tienen condiciones intersexuales que tienen patologías que pueden amenazar su vida, y tú decirle de frentón: “sabes, en realidad, tú solo eres distinto. ¡Perfecto! Te vamos a hacer un acompañamiento psicológico, lo que sea mejor, pero no nos vamos a preocupar de estudiar tu condición a cabalidad, de ver si es que tú tienes alguna otra variación genética que puede asociarse con mayor riesgo de tumor, etcétera” es que esto sería caer en un abandono del paciente, y encuentro que eso está súper mal. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Se puede asumir grandes generalizaciones que avalan los Derechos Humanos o de respeto por las personas, pero no se puede hacer una política de salud que sea tan poco representativa de toda la población intersex. Tienes que incluir en el análisis o en los comentarios o en la experiencia aquellas personas intersex que también quedaron conformes con la cirugía. Yo no estoy de acuerdo con las cirugías precoces, pero estoy tratando de ser lo más objetivo en mi análisis, o sea si voy a hacer una política de salud y no tengo la versión del otro lado, solamente tomo en consideración al grupo que está reclamando, también tengo que ver al grupo que no reclama y trabajar con ambos grupos. (Dr. Pérez, entrevista 2021)

En todos estos relatos es posible evidenciar una construcción discursiva que opera como mecanismo de deslegitimación política que fragmenta el colectivo intersexual, estableciendo jerarquías de legitimidad entre diferentes experiencias y privilegiando aquellas que presuntamente validarían la intervención médica. La Dra. Yanes articula esta posición al advertir que el reconocimiento de la intersexualidad como variación natural “puede caer en un abandono de estos niños y niñas”, equiparando la no intervención — exigida por el activismo— con una forma de negligencia profesional. Esta equivalencia discursiva entre respeto a la integridad corporal y abandono constituye un desplazamiento retórico que resignifica las demandas de autonomía corporal como potencialmente perjudiciales, reinstaurando así la necesidad de la tutela médica sobre los cuerpos intersexuales.

Finalmente, la preocupación expresada por los profesionales médicos respecto a una potencial “pérdida de conocimiento” técnico revela la persistencia de un paradigma que prioriza el saber técnico-instrumental sobre la autodeterminación corporal. Esta jerarquización epistemológica se articula discursivamente mediante la construcción de escenarios hipotéticos de arrepentimiento futuro que legitiman la intervención temprana basada en probabilidades:

Ahora, con respecto al tipo de intervenciones que se realizan, bueno, efectivamente yo creo que ha servido todo esto del activismo para repensar las cosas, y como esto es una cosa pendular, yo también desconozco si la forma en la cual estamos llevando las cosas el día de hoy es mejor o peor que como se hacían 20 años atrás. Y te lo digo todo con tranquilidad, la verdad es que no lo sé. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Asimilan, también que, con la falta de profesionales y los cambios de paradigmas, es posible que el “saber” médico se pierda.

Desde el punto de vista médico, también hay un aprendizaje de lo técnico, que se ha forjado durante los años y que ha permitido tener desde el punto de vista médico y meramente técnico, resultados mejores, desde el punto de vista funcional, la sensibilidad, etcétera. Entonces, también uno dice: “bueno, aquí también hay un conocimiento que probablemente se va a perder”. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Esta “pérdida” de conocimiento, desde su visión, sería perjudicial para aquellas personas intersexuales que apelan a las cirugías o a aquellas familias que insisten en que la intervención médica es sinónimo de bienestar para sus infantes, lo que recaería una especie de “culpa” por la falta de gestión médica en estos casos:

Yo no sé en pacientes que tienen porcentaje de disforia de género, que son alrededor del 8 o 10%, puede pasar el día de mañana, por ejemplo: con una paciente que te dice “bueno, tú me podrías haber ofrecido un tratamiento y no lo hiciste, porque tú querías que yo esperara, me obligaste a vivir otros 10 años o 14 años con un cuerpo que tú sabías que era un 90% de posibilidades con el que yo no voy a identificar”. Entonces, yo realmente como un poco eso es lo que me pasa con la circular N.18, que esto de poner todo dentro del saco de que todo esto tiene un fin de moldear los cuerpos de acuerdo con el molde de la dicotomía hombre/mujer, yo no creo que sea así realmente, porque además que la diversidad del cuerpo se manifiesta, en muchos otros aspectos, además de los genitales. Entonces, claro, yo creo que responde a algo —si uno tiene que ser muy ciego para no verlo—porque yo creo que, si nosotros miramos para atrás, hubo cirugías que perseguían solamente eso, es verdad, y cuando uno lo ve, y uno lo conversa, uno dice: “oye, pero ¡¿cómo?!”, porque hace 50 años atrás era normal eso, ahora uno lo cuestiona, y ahora uno puedo transmitir ese cuestionamiento a las familias, y las familias lo entienden, porque vivimos en una sociedad distinta. (Dra. Yanes, entrevista, 2022)

A pesar de la evolución hacia un entendimiento más inclusivo y crítico de las experiencias intersexuales, la visión biomédica de la intersexualidad como una condición que requiere corrección aún prevalece en Chile. Los cambios de paradigmas evidencian en sí mismos las reticencias de la autoridad médica a dejar que la persona intersexual decida sobre un tema que consideran “no tienen el conocimiento necesario”. Las narrativas intersexuales pasan a ser cuestionadas por este saber, donde la presencia del paciente debe ser, en el mejor de los casos, una figura que asuma el tratamiento sin mayores cuestionamientos ni enfrentamientos.

3. Tratamiento y adherencia en tensión

Evidenciada la relación paciente-médico/médico-paciente, es posible enunciar la adherencia al tratamiento en la población intersexual como terreno de tensiones entre la autoridad médica y la autonomía de las personas pacientes. Esto es potenciado por el entendimiento de la adherencia como un indicador de éxito médico, lo que se convierte en un aspecto relevante tanto para las personas pacientes como para los médicos.

El modelo de adherencia—que parte de la idea de que el médico es el portador del conocimiento legítimo sobre el tratamiento de la intersexualidad y tiene la autoridad para exigir su cumplimiento— está basado en un enfoque normativo, individualista y racional que asigna la responsabilidad individual a las personas intersexuales (en edad adulta) y a

sus cuidadores (en las etapas de la infancia y adolescencia), del cumplimiento de los tratamientos. De esta forma, la falta de adhesión a cualquiera de las indicaciones que estipule la persona profesional, se considera un desafío a la autoridad biomédica, atribuyendo a menudo la “culpa” de los resultados a las personas pacientes y no al sistema médico o al contexto en que se realizan las intervenciones.

Según Recoder (2001), la adherencia se presenta en un continuo que va desde el cumplimiento total de las indicaciones hasta las dificultades por factores individuales y contextuales. En este contexto, las personas profesionales médicas entrevistadas identificaron algunos de estos que dificultan la adherencia. En primer lugar, estarían aquellas de índole personal, donde señalan la personalidad del paciente, la conciencia o de voluntad respecto al sentirse medicalizados, su estilo o hábitos de vida, entre otros. Como lo expresa Nico, la dependencia prolongada de medicamentos puede generar sentimientos de agotamiento y rechazo, lo que impacta directamente en la continuidad del tratamiento:

Hay veces que estoy *chata* de tomar medicamentos todos los días, los he dejado por días. Dejo el tratamiento de *sopetón*⁶³, porque me canso de estar todos los días con lo mismo. Me siento dependiente, me da rabia. Pero, las dejo y me pongo muy idiota, más insoportable aún, es como si me transformara en *hulk* (ríe). (Nico, entrevista 2022)

Por otro lado, los factores sociales complejizan aún más la adherencia, especialmente en contextos de vulnerabilidad económica, migración y ruralidad. Las barreras idiomáticas y culturales dificultan la comprensión de los tratamientos y su continuidad, mientras que las limitaciones geográficas restringen el acceso a controles médicos regulares. La descentralización de los servicios de salud impide el seguimiento efectivo de casos que requieren atención especializada, generando discontinuidad en los tratamientos y aumentando el riesgo de complicaciones. En esta línea, Bourdieu (1986) señala que el acceso a la salud no puede separarse del capital social y económico de las personas, ya que quienes poseen menos recursos enfrentan mayores dificultades para sostener prácticas médicas que requieren constancia y seguimiento.

Yo te diría que quizás uno de los problemas, de los desafíos recientes en nuestro país, es el tema de la inmigración, porque obviamente yo te diría que culturas, sobre todo la haitiana, el hecho de tener la brecha idiomática hace aún más difícil el proceso, porque en el fondo, el comprender, el

⁶³ Improvisó.

expresar esto, genera que exista, no sé si más presión, pero sí más inconformidad por parte de los padres, que tienden a desestimar el tratamiento y discontinuarlo. (Dra. Yanes, entrevista 2022)

Entonces, cuando tú haces el diagnóstico de hernia inguinal, no se le dice al paciente “ya, vuelva en dos años” sobre todo si es en zonas rurales, porque puede morir esa persona, ya que existe una alta probabilidad de que no siga el tratamiento posterior a la consulta. Al no haber seguimiento, se pierde. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

En este sentido, la falta de “concentración” de pacientes en centros especializados en intersexualidad aparece como un obstáculo estructural que profundiza las desigualdades en la atención médica. La derivación de casos a la capital (Santiago) centraliza los recursos, dejando a quienes viven en regiones en una situación de incertidumbre respecto a su tratamiento y seguimiento. Esto no solo afecta a la adherencia, sino que también evidencia la falta de una política pública integral que garantice un acceso equitativo y descentralizado para todas las personas intersexuales en el país. Como indica Scheper-Hughes y Lock (1987), los modelos biomédicos suelen operar desde una perspectiva reduccionista que ignora los determinantes socioculturales de la salud, lo que en este caso se refleja en la falta de políticas que aborden las intersexualidades más allá del ámbito clínico.

En lo que estamos más debe, es el tema de la voluntad del MINSAL de la centralización real de estos pacientes. Yo lo he pensado mucho y no sé cuál será la mejor solución, pero efectivamente la concentración en pocas manos de los niños y niñas que nacen con estados intersexuales o variantes de la diferenciación sexual pareciera ser deseable por tratarse de una condición poco frecuente de complejidad variable, como dije anteriormente, la que requiere, ojalá, la mayor *expertise* para poder hacer el mejor manejo posible, de acuerdo a los lineamientos internacionales. (Dra. Yanes, entrevista 2022).

Finalmente, tanto las personas profesionales como las propias personas intersexuales me señalaban aquellos factores ligados a las dificultades intrínsecas al tratamiento, las cuales pueden ser que este no consiga el efecto deseado o provoquen efectos adversos, como lo ejemplifica Nico:

Yo empecé con[medicamento] que era en gel, pero me hacía horrible. Recuerdo que tuve una especie de ataque por la noche en la que me lo puse por primera vez. Lo dejé al tiro. Después, lo conversamos con la doctora y pasamos a las pastillas, para probar. Esas me hacían mejor, así que nos quedamos con esas. Además, yo tomo pastillas para la epilepsia, así que hago todo un cóctel en la mañana. (Nico, entrevista 2022)

Como indica Nico, las personas pacientes intersexuales, especialmente aquellas que alcanzan la adultez, desarrollan estrategias para negociar las recomendaciones médicas,

evaluando críticamente los beneficios y riesgos de sus propios tratamientos. No obstante, no todos los casos gozan de un diálogo que propicie la negociación, ya que la autoridad médica se ve reforzada por la expansión de la investigación biomédica y la presión de la industria químico-farmacéutica que promueve la producción y el uso de fármacos, incrementando así la medicalización de la experiencia intersexual desde el primer contacto.

Si bien, las intervenciones biomédicas han sido cuestionadas en esta etapa de la historia, las expectativas de solución a las inquietudes relacionadas con la intersexualidad se siguen enfocando en nuevos tratamientos y procedimientos médicos, así como la adherencia a los mismos. Hasta el momento, la medicina en Chile sigue buscando ofrecer respuestas, incluso cuando estas superan la capacidad real y efectiva de abordar completamente las necesidades de las personas intersexuales (Menéndez, 2004).

Nosotros hoy contamos el conocimiento técnico, y seguimos buscamos soluciones en lo que entendemos como anatomía. Hacerla funcionar correctamente. Lo demás, nosotros no podemos preverlo, es algo que el paciente debe resolver consigo mismo o buscar acompañamiento. (Dr. Pérez, entrevista 2021)

En este marco, la antropología médica subraya que las dificultades no solo son atribuibles a las personas pacientes o en la particularidad del médico tratante, sino que emergen de una estructura biomédica que privilegia la normatividad y desvaloriza la experiencia vivida (Karkazis, 2008). Esto es lo que señalan algunas de las personas intersexuales, quienes consideran que la adherencia puede, en muchos casos, convertirse en una especie fuente de resistencia activa contra aquellas “malas” experiencias vividas con los profesionales médicos. Así lo explica Kleinman (1988), la relación paciente-médico/médico-paciente/ es un espacio de interacción donde las personas pueden manifestar resistencia y reafirmar su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos. En los casos de las intersexualidades, esta negociación es una forma de agencia que desafía el control médico y la patologización de la experiencia.

Como mencioné al iniciar este capítulo, la falta de participación es una de las primeras señales que puede generar tensiones con los profesionales de la salud, especialmente cuando las personas pacientes, en edad adulta, cuestionan las intervenciones a las que fueron sometidas o critican la patologización de su vivencia, así como la necesidad y/o eficiencia de corregir sus cuerpos (Karkazis, 2008).

De esta forma, la adherencia no puede reducirse únicamente a un problema de voluntad individual o desconocimiento, sino que debe ser analizada en relación con las condiciones materiales y simbólicas en las que las personas intersexuales acceden a la salud. Sin una estructura de atención médica que contemple las diversidades y desigualdades en juego, la adherencia seguirá siendo un desafío pendiente, más aún cuando los protocolos médicos se diseñan desde una lógica hegemónica que no siempre dialoga con las experiencias y realidades de quienes viven la intersexualidad.

La tensión entre la necesidad de adherir a tratamientos prescritos y la autonomía para decidir sobre ellos refleja un conflicto mayor sobre el derecho a la autodeterminación y el control sobre los propios cuerpos (Davis, 2015). Como sugiere Foucault (1983[1975]), el poder médico no solo regula las prácticas clínicas, sino también las construcciones de identidad y los límites de lo socialmente aceptable.

4. Proceso de expertización: Saberes “lego”

El concepto de “expertización” resulta fundamental para comprender cómo las personas desarrollan un conocimiento situado y encarnado sobre sus cuerpos y su salud, tensionando, negociando o incluso reproduciendo las narrativas biomédicas dominantes. Desde una perspectiva antropológica, este proceso evidencia que los saberes médicos no operan de manera unidireccional, sino que son apropiados, resignificados y, en ocasiones, desafiados por los propios sujetos (Good, 1994; Fassin & Memmi, 2004).

La noción de saber “lego” —retomando los planteamientos de Le Breton (2008[1990])— refiere a aquel conocimiento que no proviene exclusivamente de la autoridad médica, sino que se construye a partir de múltiples fuentes: la interacción con profesionales de la salud, la educación formal e informal, los medios de comunicación, las comunidades de pares y, especialmente, la experiencia vivida. Este saber no necesariamente es homogéneo ni coherente; al contrario, suele estar atravesado por tensiones, contradicciones y vacíos, y funciona como una herramienta práctica para gestionar la propia corporalidad.

En el caso de las personas intersexuales, el proceso de expertización implica un ejercicio de reapropiación crítica de los discursos médicos y de las categorías diagnósticas. Tal como muestran los relatos de Gema y Ana. Este saber no solo consiste en la adquisición

de información técnica, sino en la construcción de un conocimiento situado que dialoga permanentemente con la experiencia corporal y emocional:

Mi condición se llama Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos, esos andrógenos son como la testosterona del hombre, pero, claro, como yo soy insensible, en vez de mandar esa testosterona, mandaba solo señales. En vez de reproducirme como hombre, me reproduje como mujer. Entonces, cuando me dieron hormonas, empezó todo a equilibrarse. Yo ya soy una experta en hormonas y en saber cuánto y qué necesita mi cuerpo para lograr ese equilibrio. Hay veces que voy a médico solo a recibir la receta, pero podría hacerlo todo yo sola. (Gema, entrevista 2022)

A mí me diagnosticaron como Síndrome de Morris, o Insensibilidad a los Andrógenos ¿Esto qué es? es que mi cuerpo no reconoce a los andrógenos, no reconoce a estas hormonas. Mi cuerpo es un imposible, mi cariotipo originalmente es XY, tenía testículos en el interior de mi abdomen, pero yo no tengo vello en las axilas, tengo muy poco vello corporal, no tengo olor corporal. Bueno, todo esto está relacionado con los andrógenos y la testosterona, lo fui aprendiendo en el camino y ahora soy toda una experta, sueno como otro médico más. Si no me entiendes, me dices, eh. Entonces, Mi cuerpo no reacciona ante los andrógenos, aunque desarrollé hormonas como cualquier hombre típico, yo no las proceso. O sea, que, si lo pensamos, yo nací como un hombre que no procesó correctamente las hormonas. (Ana, entrevista 2023)

Estos testimonios revelan una dimensión central del saber lego: no es simplemente un saber alternativo, sino un saber encarnado que emerge en la intersección entre la vivencia corporal, la experiencia médica y las redes de intercambio de información. En términos de Kleinman (1988), podría pensarse como un “sistema local de salud” que desafía la autoridad biomédica al producir significados y estrategias propias para habitar el cuerpo intersexual.

Ahora bien, la expertización no siempre adopta una postura crítica o confrontativa frente al discurso médico. También existen procesos de adaptación y aceptación de la autoridad médica sin cuestionamientos explícitos. Como señala Le Breton (2008[1995]), muchas personas construyen una visión personal del cuerpo como un rompecabezas que articula fragmentos de información, aunque estos sean contradictorios, buscando garantizar su bienestar. Nico, por ejemplo, quien antes mencionaba lo cansada que se encuentra del ritual de la medicalización, no obstante, ahora ilustra su posición de necesidad, adhesión y expertización:

Yo estoy de acuerdo con la medicalización y con las intervenciones. Sí, pero solo puedo hablar de mi caso, porque, por ejemplo, yo sin mis hormonas, sin los estrógenos me pongo súper *pesá*’. Entonces, yo sigo al pie de la letra lo que me dice la doctora, porque si no me tomo las pastillas,

yo siento que se me desaparecen las *pechugas*, me pongo idiota, como un hombrecillo. (Nico, entrevista 2022)

El concepto de expertización se amplía entonces para incluir tanto la resistencia como la conformidad. Si bien algunas personas intersexuales adoptan un rol activo en la reconfiguración del conocimiento médico, otras prefieren seguir el tratamiento propuesto por los especialistas sin cuestionamientos abiertos. Esta diversidad en las respuestas a la autoridad médica muestra que la relación entre el saber lego y la expertización es más compleja de lo que podría parecer inicialmente (Davis, 2015; Good, 1994).

La importancia de comprender esta diversidad radica en el reconocimiento de las distintas formas en que las personas intersexuales gestionan sus cuerpos y su salud. Por una parte, el activismo u otras comunidades de apoyo fomentan un discurso de resistencia y empoderamiento, como evidencian algunos de los casos entrevistados:

En palabras simples, el activismo nos ha permitido entender que, en el momento de una intervención corporal, sea una cuestión de autonomía corporal, o sea, que se realicen en una edad en la que podamos decidir lo que queremos hacer con nuestros cuerpos; si queremos poner nuestros cuerpos en la norma establecida mundialmente o si elegimos encarnar nuestro cuerpo ambiguo. (Vane, entrevista 2022)

El movimiento político puede ayudar a re-apropriarse del cuerpo, ves a personas que se sienten felices en su cuerpo y te empiezas a cuestionar cosas y te empieza a aceptar y a reconocer que es lo que necesita tu propio cuerpo. (Ana, entrevista 2023)

Yo, hoy soy como una pseudo madrina de todas estas chicas. Tenemos algo así como una agrupación secreta, no necesariamente activismo intersexual, porque este tema es muy de nosotras. Necesitamos sanar nosotras primero, entre nosotras, después, quizás, con el activismo intersex. Nosotras somos mujeres sin vagina. La intersexualidad incluye muchos otros diagnósticos. Bueno, y nosotras nos vamos conteniendo, tratando de apoyar a cada una de las que entra y empoderándonos de nuestro cuerpo. (Yuri, entrevista 2023)

Estos espacios colectivos favorecen la producción de un saber experiencial que reconfigura las nociones biomédicas de normalidad, abriendo la posibilidad de imaginar corporalidades más allá del binarismo sexual y de las lógicas intervencionistas (Davis, 2015; Morland, 2009).

Sin embargo, un análisis crítico exige no romantizar la resistencia ni minimizar la legitimidad de quienes optan por la conformidad con el dispositivo médico. Como advierte Kessler (1998), las decisiones de aceptar las intervenciones o adherir a los protocolos médicos también son formas situadas de agencia, atravesadas por

condicionamientos estructurales, recursos desiguales y estrategias de supervivencia. Reconocer estas distintas posturas permite una comprensión más inclusiva de las estrategias que las personas intersexuales emplean para vivir su corporalidad y enfrentar la medicalización (Dreger, 1998, 1999; Karkazis, 2008, 2019; Dembroff & Wodak, 2016).

Mi mamá nos crio sola, mientras trabajaba de *nana*. Ella nunca tuvo acceso a la educación y, eso, yo creo, facilitó el hecho de que pensara que lo de los médicos estaba bien. Entonces, yo desde chica que acepté sin cuestionar, ahora lo sigo haciéndolo. Mi cuerpo ya está acostumbrado, es algo que necesita para estar bien *po'*. (Nico, entrevista 2022)

En conclusión, la expertización no se limita a la resistencia activa frente al saber médico; también incluye la adaptación y la conformidad. Ambas respuestas reflejan la complejidad del saber lego y la forma en que los individuos articulan sus conocimientos y experiencias para gestionar su bienestar dentro de un sistema médico que, a menudo, impone estándares normativos, como se ha expuesto hasta aquí.

5. Relación médico-familias

La relación entre los médicos y las *mapadres* en los casos de intersexualidad es compleja y está marcada por un conjunto de tensiones y negociaciones que reflejan las diferentes perspectivas sobre el bienestar del infante, como intenté demostrar en el Capítulo VI.

A modo general, las decisiones médicas suelen estar influenciadas por un enfoque biomédico que prioriza la normalización del cuerpo a través de intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales. Por otro lado, las madres y familias pueden experimentar un conflicto entre aceptar estas recomendaciones y considerar los posibles efectos a largo plazo en la identidad y bienestar de sus bebés.

No obstante, si bien en el punto antes mencionado quise exponer las presiones sociales por las cuales pasan las *mapadres* y las perspectivas o justificaciones que lograban armar en base a sus decisiones, en esta ocasión quisiera exponer la visión de los profesionales médicos sobre las relaciones que se gestan durante las interacciones con las familias.

Algunas de las personas profesionales entrevistadas enunciaban que también enfrentan incertidumbre en su práctica, especialmente en casos donde no hay consenso clínico sobre las intervenciones o donde las presiones jurídico-legislativas les impiden llevar a cabo intervenciones, que quizás consideran la práctica óptima, pero que se ven coartados de

realizar por antecedentes nacionales que han significado demandas y cautela para la comunidad médica. Ante esta situación, evidencian como un problema las presiones que las propias familias generan sobre ellos:

Nosotros a veces discrepamos con respecto a las patologías que son de bebé, sobre si eso debiera quedar arreglado antes de que vaya al jardín de infancia. Pero, hay tanta presión por parte de los padres, que al final, yo pienso... bueno, si está arreglado antes de ir al jardín, no tienes que dar explicaciones en el futuro (Dr. Curiel, entrevista 2023)

Esta posición ambivalente puede interpretarse, siguiendo a Bourdieu, como una manifestación de las contradicciones del *habitus* médico contemporáneo, atrapado entre disposiciones profesionales históricamente constituidas que naturalizan la intervención normalizadora y un emergente marco ético-jurídico que cuestiona estas prácticas. La resolución de esta tensión mediante la concesión a las demandas parentales evidencia cómo la estructura del campo médico continúa privilegiando determinadas formas de capital simbólico —específicamente, la autoridad derivada de la capacidad de “resolver” la angustia parental— sobre consideraciones éticas emergentes relacionadas con la autonomía corporal.

Estudios antropológicos han mostrado que los médicos a menudo recurren a un discurso técnico para manejar la incertidumbre de las *mapadres* y presentar las decisiones como científicamente fundamentadas (Good, 1994). Sin embargo, esta racionalización puede invisibilizar las dimensiones éticas y sociales del tratamiento, dejando a las familias con una comprensión limitada de las implicaciones a largo plazo, generándose una especie de continuum entre ambas personas adultas “competentes” y en la toma de decisiones.

Yo creo que lo primero que hay que hacer es cambiar culturalmente a la sociedad, saber que en los genitales puede haber diferencias. ¡Imagínate! que, a mí, papás me consultan simplemente porque encuentran que su hijo tiene el pene chico o me consultan porque tiene el clítoris más grande lo normal. Imagínate, si tratamos con papás que no son capaces de tolerar pequeñas diferencias, hay que pensar qué es lo que ocurre cuando los genitales son evidentemente atípicos. Entonces, culturalmente tenemos que cambiar. Cuando le informamos a los papás sobre que no vamos a operar, nos dicen: pero ¿cómo? ¿cómo no va a haber una solución? Entonces, ahí nosotros les explicamos que tenemos que esperar hasta que el niño tome su propia decisión, y te dicen que cómo va a ser posible su vida infantil, si tiene que ir al jardín, quién le va a cambiar el pañal. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

El testimonio del Dr. Alarcón sobre las consultas de progenitores preocupados por variaciones corporales mínimas revela cómo el campo médico funciona como instancia de legitimación y reforzamiento de ansiedades sociales relacionadas con la conformidad

corporal. La patologización de variaciones corporales normales evidencia cómo el *habitus* médico y el *habitus* parental se refuerzan mutuamente, naturalizando expectativas normativas sobre la corporalidad que exceden significativamente los criterios estrictamente clínicos.

La posición del Dr. Alarcón, quien articula una crítica a estas expectativas normativas mientras simultáneamente afirma la necesidad de “cambiar culturalmente a la sociedad”, ilustra las contradicciones inherentes a lo que Karkazis (2008) denomina “profesionales fronterizos”. Estos agentes, situados en posiciones ambivalentes dentro del campo médico, pueden articular críticas parciales al paradigma normalizador dominante, pero su posición estructural limita el alcance transformador de estas críticas. Desde la perspectiva bourdieusiana, estos profesionales operan en los márgenes del campo, cuestionando aspectos específicos de la doxa médica sin desafiar fundamentalmente la estructura del campo ni las relaciones de poder que lo constituyen.

De esta forma, la intersexualidad genera incertidumbre no solo médica, sino también emocional en las familias. Esta incertidumbre puede intensificar la presión hacia los médicos, quienes a menudo son vistos como responsables de “resolver” lo que se percibe como una crisis familiar. Mattingly (2010) ha señalado que los médicos, al lidiar con estas emociones familiares, pueden sentirse empujados a justificar intervenciones tempranas como una forma de “calmar” las ansiedades de las familias, incluso si estas decisiones contradicen mejores prácticas éticas:

Mira, te voy a contar un caso. Teníamos a niña que venía con DSD, le dijimos a la familia que no la inscribiera [registrar nombre al nacer], hoy día tú sabes que el Registro Civil de Chile se puede escribir como indiferenciado. Entonces, yo le dije a la familia que teníamos que estudiarla, porque a lo mejor puede ir por otro lado y que hay que ser paciente. Eso es lo que nos dice lo de los derechos humanos...esperar. Bueno, cuento corto un día llegó la mamá con la *guagua* vestida de rosado con aritos y le puso Daniela. Hoy, el *cabro* tiene 8 años, se llama Daniel. En ese minuto, la mamá nos presionó tanto que hicimos la cirugía, pero como ya estábamos más o menos a caballo en todo esto, lo único que hicimos fue subir las gónadas al canal inguinal, guardarlas. Resulta que ahora tengo que parar y bajárselas de nuevo, y lo que sí estamos de acuerdo es que no le vamos a realizar ninguna cirugía al falo hasta que Daniel sea más grande y que sea parte de las cosas. Hoy día hace *pipi* parado, sin ningún drama. Entonces, sí, se tiene que meter a familias, sí, pero también hay que entender que las familias a veces toman decisiones presionadas por creencias, cultura, sociedad, etcétera. (Dr. Lozano, entrevista 2022)

A pesar de la presión, los médicos no siempre ceden a las demandas familiares en su totalidad, como expresaba el Dr. Lozano. Estudios como los de David Rubin (2017, 2021)

han mostrado cómo los médicos a veces adoptan una postura de resistencia, especialmente en contextos donde las políticas de derechos humanos y las perspectivas más inclusivas sobre la intersexualidad tienen peso y pueden imponerse en sus carreras. Esta estrategia, que Bourdieu denomina “conservadorismo progresista”, permite a los agentes dominantes mantener su posición privilegiada mediante la incorporación selectiva de demandas emergentes que no amenazan fundamentalmente la estructura del campo.

Sin embargo, esta resistencia puede generar conflictos con las familias, quienes pueden interpretar la falta de acción como indiferencia o negligencia, que es lo que comentaba la madre en cuestión (también entrevistada: Madre 3)⁶⁴, quien, hasta el día de hoy sigue autogestionado cirugías para su hijo menor, consultando a distintos especialistas a nivel nacional. En palabras de Kleinman (1988), podríamos leer este proceso como una “delegación de la agencia”, en la que las familias buscan restituir un orden que la emergencia de la diferencia corporal ha puesto en cuestión. Así lo reafirma el Dr. Alarcón:

La vergüenza surge con la interacción con la familia, primero, y en el colegio después. Si esta infancia no estuviese “atacada” por esta familia o colegio, seguramente las personas intersex nunca tendrían vergüenza de sus genitales y no se operarían nunca, o se operarían cuando les molesta por el roce o por malestares cotidianos, no porque les hace sentir menos persona o cuestionar quienes son. Los que vienen por las operaciones, finalmente, son los padres. Yo hago lo posible por explicarles, pero muchas veces no se quedan tranquilos y buscan a otro profesional. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

No obstante, es importante señalar que la presión de las familias hacia los médicos no ocurre en un vacío cultural. En sociedades donde las normas de género son más estrictas, como es el caso de Chile, las familias tienden a ejercer más presión para realizar intervenciones tempranas. En contraste, en contextos donde la diversidad corporal es más aceptada, los médicos tienen más margen para dialogar y educar a las familias sobre la posibilidad de no intervenir de inmediato.

Esto subraya la importancia de una educación médica culturalmente sensible, que permita a los médicos manejar la presión familiar sin comprometer principios éticos, como algunos ejemplos que señala el Dr. Alarcón respecto a la educación hegemónica binaria expuesta en los libros estudiantiles, donde él, a modo de motivación individual, explica otras posibles vías de cuerpos diversos, siempre y cuando las familias permitan este “aprendizaje”:

⁶⁴ Más información en Capítulo VI.

Es complejo el manejo de las familias en el jardín infantil. Todo esto es difícil, y hay que partir por educar, porque muchas de las faltas de información que uno pueda entregar o no, es porque los papás no te han autorizado entregar esa información, y te lo dicen: “yo no quiero que usted le diga a mi hija que es lo que está pasando aquí”. Lo que está pasando, desde este punto de vista, es que tú [*mapadre*] tienes muchas limitaciones éticas y sociales. Nosotros tratamos de educar al niño en relación con lo genital, y también a las familias. Para esa educación, pedimos que nos traigan el libro de biología, el de ciencias naturales, donde están pasando el cuerpo humano y en la medida que se van ingresando materias nuevas vamos entregando información al niño, porque si el Ministerio de Educación tiene un libro donde se explica pene/vulva, en paralelo, nosotros le explicamos que puede existir un Desarrollo Sexual Diferente, siempre y cuando los papás nos autoricen a entregar esa información. Y, eso depende de cuánto ellos mismos quieren aprender a normalizar estos cuerpos. (Dr. Alarcón, entrevista 2022)

De esta forma, es posible comprender que la relación entre médicos y familias en los casos de intersexualidad revela una interacción profundamente influenciada por factores médicos, éticos, culturales y emocionales. Este vínculo está marcado por tensiones derivadas de expectativas divergentes: mientras los médicos buscan equilibrar principios éticos, normativas legales y prácticas clínicas, las familias suelen priorizar la resolución de lo que perciben como una “crisis” relacionada con la conformidad corporal y social de sus hijas, hijos o hijes, llevando a algunos de los profesionales entrevistados a reconocer que las decisiones podrían ser más beneficiosas si se posponen hasta que el infante pueda participar activamente en ellas.

Además, como señala Karkazis (2008), algunos médicos contemporáneos funcionan como “profesionales fronterizos” que, desde dentro del sistema, desafían protocolos establecidos y buscan perspectivas más afirmativas de la diversidad corporal, por iniciativa propia o presionado por fuerzas externas, como ha sido el impacto del activismo y derechos humanos. Reconocer esta heterogeneidad permite identificar posibles alianzas con sectores médicos críticos, sin que esto implique minimizar la violencia sistémica que las prácticas médicas hegemónicas continúan ejerciendo sobre los cuerpos intersexuales. Un análisis matizado debe, por tanto, examinar las condiciones institucionales, discursivas y materiales que permiten la emergencia de estas posiciones críticas dentro de la medicina, así como las barreras que limitan su capacidad transformadora.

6. Reflexiones de cierre: Dinámicas biomédicas e institucionales en la adultez intersexual

El análisis etnográfico revela que la gestión médico-institucional de los cuerpos intersexuales configura un campo de relaciones de poder donde convergen, se tensionan y se transforman diversas categorías explicativas. Si bien ciertas dinámicas persisten desde la infancia, la adultez intersexual emerge como un territorio donde emergen nuevas dinámicas de negociación, apropiación y resistencia frente al saber médico que complejizan significativamente la experiencia intersexual.

Esta transformación no implica una ruptura total con las disposiciones adquiridas en la infancia. Por el contrario, las experiencias tempranas de medicalización generan sedimentaciones afectivas que perduran y condicionan las relaciones adultas con lo institucional. Las micro resistencias infantiles, como la negativa clandestina a tomar medicamentos, prefiguran las estrategias más elaboradas que despliegan las personas intersexuales adultas, evidenciando algunas continuidades significativas en las trayectorias biográficas, así como fascinantes ambivalencias en su relación con el sistema médico.

En la adultez, la gestión médico-institucional adquiere una densidad particular. Las Circulares N.7, N.18 y N.15 del sistema sanitario chileno han reconfigurado formalmente el campo, prohibiendo cirugías normalizantes—puntualmente, con fines estéticos— en menores y proclamando principios de autonomía progresiva. Sin embargo, la etnografía revela la persistencia de un modelo hegemónico biomédico cuyo aparato diagnóstico sigue leyendo los cuerpos intersexuales principalmente como anomalías. Como expresó crudamente la Dra. Yanes (entrevista, 2022): “vemos patologías, no personas”.

Esta contradicción entre reforma normativa y continuidad patologizante produce un escenario complejo donde las personas intersexuales adultas deben negociar constantemente su relación con lo médico. Ana (2023) narra cómo abandonó las revisiones anuales tras soportar exámenes invasivos hasta los veinte años. Este distanciamiento no representa una simple evasión, sino una decisión estratégica basada en una evaluación crítica de la relación costo-beneficio del acompañamiento médico institucional.

La figura del médico emerge en la adultez como una presencia ambivalente. Por un lado, persisten experiencias de objetivación y deshumanización, como expresa Ana (2023): “todo el mundo me quería ver la entrepierna”. Por otro, aparecen profesionales que abren espacios de reconocimiento subjetivo, como la ginecóloga que Chuli (2022) recuerda la “acompañó con respeto”. Estas ambivalencias revelan que el poder médico no opera de manera monolítica, sino a través de prácticas heterogéneas que pueden tanto reforzar como desestabilizar la patologización, como intento exponer en el siguiente rizoma:

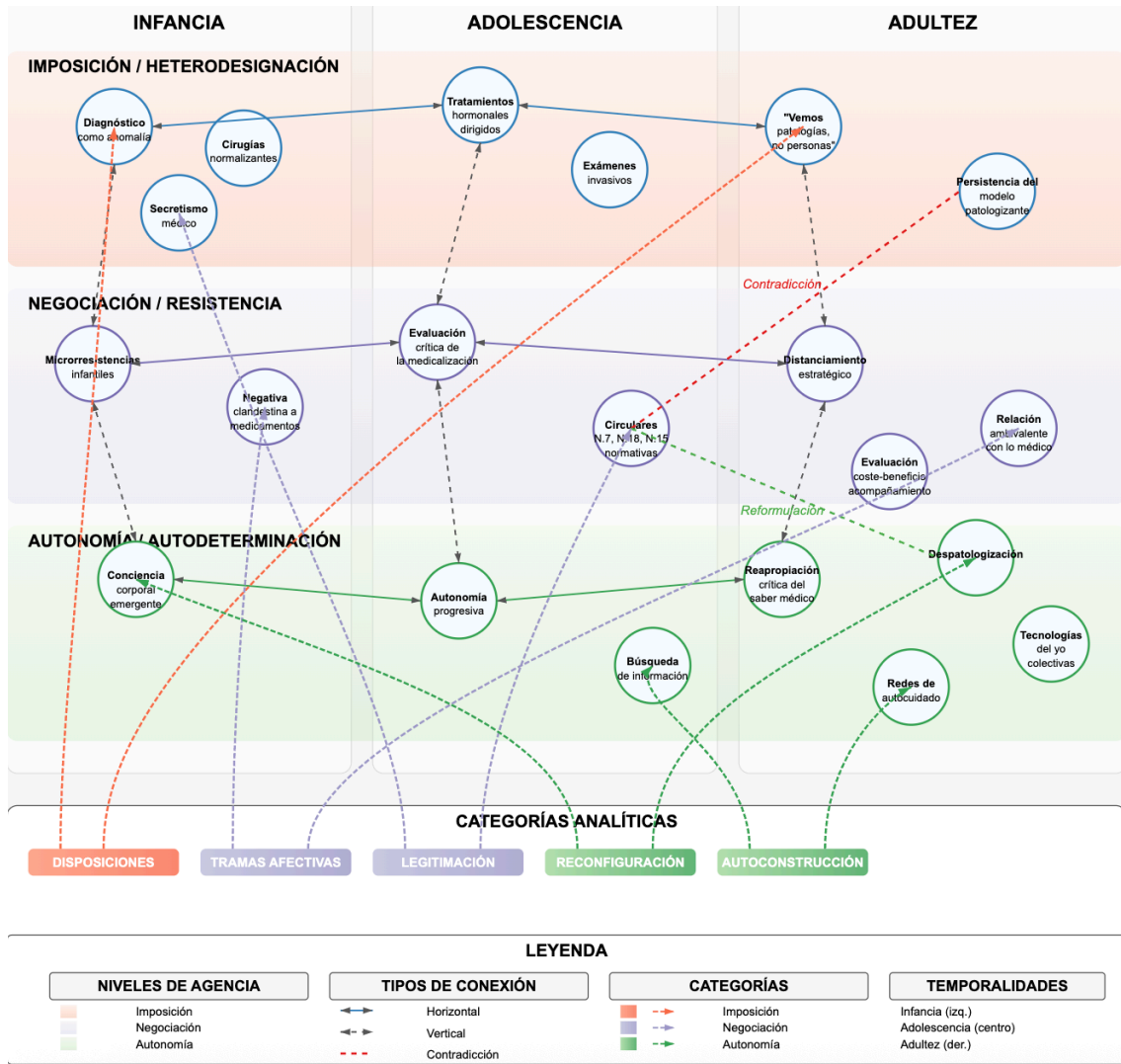


Figura 27: Configuración de subjetividades en la gestión con lo médico-institucional. Elaboración propia ⁶⁵

⁶⁵ Representa cómo las personas intersexuales adultas navegan el sistema médico de manera compleja y no binaria (aceptación total vs. rechazo total), combinando disposiciones heredadas de experiencias tempranas, estrategias de negociación selectiva (aceptando algunos tratamientos y rechazando otros), y prácticas de reapropiación del conocimiento médico. El rizoma muestra que la relación con lo médico es un campo de agencia ambivalente donde coexisten múltiples dinámicas simultáneamente.

La categoría de **disposiciones encarnadas** permite comprender cómo los cuerpos intersexuales adultos sostienen o transforman inscripciones afectivas heredadas de la infancia médica o en un pasado próximo. Karen (2023) ejemplifica este proceso al relatar su distanciamiento de los espacios médicos tras múltiples experiencias de deshumanización, optando por prácticas de autoatención como la medicina alternativa, desde donde reconfigura su bienestar, a la vez que continúa su transición.

Sin embargo, la etnografía también evidencia los límites de esta categoría. Las disposiciones no operan como determinaciones mecánicas, sino como tendencias que pueden ser reflexivamente transformadas. El caso de Karen muestra que las disposiciones de desconfianza adquiridas no determinan completamente su relación adulta con lo médico, sino que son activamente reelaboradas a través de búsquedas alternativas que no pueden reducirse a meros efectos de la socialización temprana.

Este desborde teórico nos invita a pensar las disposiciones no solo como restricciones, sino también como recursos potenciales para la agencia. La desconfianza hacia lo médico, lejos de ser un simple trauma, puede convertirse en un filtro crítico que permite evaluar y seleccionar intervenciones, profesionales y espacios institucionales según criterios propios de bienestar.

Los actos de legitimación y subversión respecto a la gestión médico-institucional se expresan en la adultez a través de decisiones que trascienden la dicotomía simple entre aceptación y rechazo. Nico, quien adhiere rigurosamente a su régimen hormonal, lo hace desde una experiencia de agencia encarnada: “si no me tomo las pastillas, siento que me desaparecen las pechugas”. La medicalización opera aquí no como mera disciplina impuesta, sino como tecnología de afirmación de una corporalidad deseada.

Simultáneamente, quienes rechazan explícitamente ciertos aspectos del saber médico, como Cami (2021) al afirmar que “hoy entiendo que mi cuerpo no necesita ninguna mejora, ninguna otra operación”, no lo hacen desde una exterioridad respecto a lo médico, sino desde una reapropiación crítica de ese mismo discurso. Este rechazo se articula con procesos colectivos de despatologización impulsados desde el activismo intersexual.

El desborde teórico radica en reconocer que legitimación y subversión no son actos discretos y mutuamente excluyentes, sino aspectos de performatividades complejas que operan simultáneamente en diferentes niveles. La adhesión a ciertos protocolos puede coexistir con el rechazo a otros, y ambos gestos pueden formar parte de una misma

estrategia de habitabilidad corporal que transforma el sentido mismo de lo médico. Esta simultaneidad desafía los marcos teóricos que tienden a conceptualizar la resistencia como exterioridad pura respecto al poder.

Las tramas de afecto y poder en torno a la gestión médica adquieren configuraciones específicas en la adultez intersexual. Si en la infancia estos vínculos estaban mediados por una asimetría radical entre familia, profesionales y pacientes, en la adultez emergen relaciones más horizontales donde el afecto opera como práctica ética y no solo como instrumento de control.

La “preocupación” que señalan algunos profesionales médicos demuestra un afecto que, siguiendo a Das (2007), no se reduce a una dimensión emocional, sino que constituye una forma de poder con doble filo: puede manifestarse como violencia epistémica o como cuidado ético (Spivak, 2003[1988]). Este doble filo del afecto institucionalizado revela que la dimensión relacional del cuidado es tan estructural como potencialmente transformadora. Por ejemplo, Pablo (2021) y Chuli (2022) recuerdan el acompañamiento de sus médicos para “encaminar” sus procesos conforme a sus deseos, evidenciando que el afecto institucionalizado puede transformarse en práctica de reconocimiento.

La fisura interpretativa consiste en reconocer que el afecto no es un mero epifenómeno de las relaciones de poder, sino una dimensión constitutiva de las mismas que puede tanto reforzar como desestabilizar las jerarquías institucionales. Esta dimensión afectiva de la relación médico-paciente raramente aparece en los análisis foucaultianos clásicos del biopoder, constituyendo un desborde empírico que obliga a repensar la complejidad relacional de las instituciones médicas y las fisuras del modelo hegemónico.

La etnografía permite pensar el *embodiment* o, la **reconfiguración corporal**, no solo como una experiencia subjetiva, sino como una práctica política atravesada por condiciones estructurales. Karen (2023) expresa esta tensión al decir: “no poder costear el tratamiento hormonal es vivir con la angustia constante de saber que tu cuerpo puede cambiar en cualquier momento”. Esta dimensión material, a menudo ausente en los análisis fenomenológicos del cuerpo, evidencia cómo la experiencia intersexual adulta está condicionada por desigualdades económicas y barreras institucionales que determinan posibilidades diferenciales de habitar el propio cuerpo.

El desborde teórico radica aquí en comprender que el *embodiment* intersexual adulto no es solo una experiencia de vulnerabilidad ante la norma médica, sino también un campo

de experimentación donde emergen posibilidades corporales que exceden las taxonomías binarias. Esta duplicidad —el cuerpo como territorio de precariedad y como laboratorio de posibilidades— complejiza los marcos teóricos que tienden a enfatizar solo uno de estos aspectos.

En la adultez, a diferencia de la infancia donde predomina la heterodesignación, surgen prácticas de autoconstrucción basadas en la apropiación crítica del conocimiento sobre el propio cuerpo. La reapropiación de informes clínicos, como en el caso de Gema (2022) releendo sus diagnósticos para construir una genealogía corporal alternativa, representa un trabajo hermenéutico que transforma documentos disciplinarios en recursos para la autodeterminación. De manera similar, la expertización del conocimiento hormonal entre personas como Nico evidencia la emergencia de saberes híbridos que combinan elementos biomédicos con experiencias encarnadas, desafiando así el monopolio epistémico del modelo hegemónico de salud.

La articulación de redes de autocuidado representa otra dimensión crucial de estas “tecnologías del yo” colectivas. Ana señala: “te empiezas a aceptar y a reconocer qué es lo que necesita tu propio cuerpo”, frase que condensa el movimiento de retorno hacia el cuerpo como fuente legítima de conocimiento. Sin embargo, la etnografía también introduce un límite: estas prácticas no están igualmente disponibles para todas las personas, pues dependen de acceso a información, redes, tiempo y recursos materiales.

El desborde teórico consiste aquí en reconocer que las “tecnologías del yo” no son meras prácticas individuales de autodomínio, sino procesos socialmente situados que dependen de condiciones materiales y redes de soporte. Las **prácticas de autoconstrucción**, por tanto, no pueden pensarse como una capacidad inherente, sino como una posibilidad mediada por factores estructurales que producen accesos diferenciales a los recursos necesarios para devenir sujeto reflexivo.

Lo que el análisis etnográfico revela con mayor claridad es la profunda imbricación entre estas categorías. Las disposiciones encarnadas condicionan, pero no determinan los actos de legitimación y subversión; estos, a su vez, se desarrollan en el seno de tramas afectivas que pueden tanto reforzar como subvertir relaciones de poder; la reconfiguración corporal nunca es meramente física, sino que implica prácticas de autoconstrucción subjetiva; y estas últimas no ocurren en el vacío, sino que están mediadas por disposiciones previas y condiciones estructurales.

La gestión médico-institucional de la intersexualidad en la adultez no puede, por tanto, reducirse a un modelo binario de dominación/resistencia. Por el contrario, se configura como un campo relacional donde normas, discursos y prácticas se tensionan continuamente: la norma médica se reproduce, se adapta, se resiste y, en ocasiones, se convierte en palanca de agencia, como intento exponer en la figura 27. Esta complejidad exige aproximaciones teóricas capaces de captar las ambivalencias y contradicciones inherentes a las experiencias intersexuales sin sacrificar su dimensión política.

Capítulo VIII

La gestión de lo cotidiano

No es la falta de limpieza o de salud lo que causa la abyección, sino aquello que perturba una identidad, un sistema, un orden. Lo que no respeta los límites, los lugares, las reglas. Lo entremedio, lo ambiguo, lo mixto.

(Kristeva, 1982, p.4)

1. Prácticas cotidianas de construcción subjetiva: Cuerpo, deseo y diferencia

En este capítulo examino los modos en que las personas intersexuales navegan su vida cotidiana, construyen o transforman sus subjetividades y despliegan estrategias de agencia en un contexto marcado por las expectativas sociales hegemónicas. A partir del material etnográfico, analizaré las diversas formas en que estos sujetos gestionan sus corporalidades, sexualidades e identidades, articulando procesos de resistencia, negociación y resignificación.

La sexualidad emerge como un territorio particularmente significativo donde se materializa la tensión entre los dispositivos de normalización y las prácticas de autonomía corporal. Las narrativas etnográficas revelan que la experiencia sexual de las personas intersexuales está frecuentemente atravesada por procesos de exclusión y patologización que construyen sus cuerpos y deseos como “abyectos” (Kristeva, 1982). La teoría de la abyección resulta particularmente fecunda para comprender cómo aquello que transgrede las fronteras normativas de la corporalidad sexuada es constituido como “lo otro”, como lo que debe ser repudiado para mantener la estabilidad del orden social. Los cuerpos intersexuales, en su radical cuestionamiento de la dicotomía sexual por su sola existencia, son posicionados en esta zona de abyección, sometidos a intervenciones normalizadoras que buscan reestablecer la inteligibilidad binaria.

Sin embargo, el análisis etnográfico revela que las personas intersexuales desarrollan sofisticadas estrategias de reapropiación sexual que incluyen la búsqueda activa de relaciones donde sus corporalidades sean reconocidas y valoradas, la exploración de

prácticas sexuales que desafían las expectativas heteronormativas, y la elaboración de narrativas alternativas sobre el placer y el deseo que trascienden los marcos patologizantes. Estas prácticas constituyen formas de agencia sexual que permiten reconstruir su relación con el propio cuerpo y deseo desde la afirmación de experiencias corporales diversas y legítimas.

Las narrativas etnográficas también evidencian una constante negociación con las categorías identitarias de género. Los términos “mujer”, “hombre”, “trans” o “intersexual” revelan las insuficiencias del marco binario para contener la diversidad de estas experiencias. Particularmente reveladora resulta la tensión que emerge en torno a la categoría “mujer”: identificarse como “mujer intersexual” implica un posicionamiento ambivalente que supone tanto la apropiación de una categoría que ofrece inteligibilidad social como el cuestionamiento de sus fundamentos biologicistas y esencialistas.

El análisis que propongo se sitúa en la intersección de varias corrientes teóricas: la teoría de la abyección de Kristeva (1982), la performatividad de género de Butler (2007[1990]), el concepto de *habitus* de Bourdieu (1977[1972]), y las nociones de agencia situada de Ortner (2006) y Mahmood (2005). Sin embargo, más que aplicar teorías establecidas, busco cuestionar y reformular los marcos conceptuales dominantes a partir de las narrativas intersexuales. La noción de performatividad de Butler debe repensarse cuando la disrupción identitaria no es una elección política sino una imposición diagnóstica, mientras que el *habitus* bourdieusiano muestra sus insuficiencias frente a trayectorias donde la ruptura con esquemas corporales aprendidos es abrupta y radical.

Estas prácticas cotidianas se articulan en lo que podríamos denominar “proyectos corporales” (Connell, 1995), configuraciones complejas de prácticas, discursos y relaciones sociales mediante las cuales las personas intersexuales buscan construir vidas habitables en un contexto social que frecuentemente niega la legitimidad de sus experiencias. La gestión cotidiana de la experiencia intersexual constituye una práctica ética y política que interroga los fundamentos mismos de nuestras concepciones sobre el cuerpo, el género y la diferencia.

A partir de este marco conceptual y del análisis de las narrativas etnográficas en los campos de la sexualidad y la construcción identitaria, el cierre del capítulo se estructura en torno al examen de cinco categorías analíticas que emergen del trabajo de campo. Las disposiciones encarnadas se revelan como esquemas corporales específicos que configuran modos particulares de habitar la corporalidad intersexual, manifestándose en

las formas de percibir el propio cuerpo y relacionarse sexualmente. Los actos de legitimación comprenden estrategias para validar experiencias sexuales e identitarias frente a marcos normativos excluyentes, desde narrativas alternativas sobre el deseo hasta la búsqueda de espacios de reconocimiento. Las tramas de afecto y poder iluminan las redes relacionales donde se despliegan dinámicas de exclusión y patologización, pero también espacios de reconocimiento mutuo y vínculos afectivos que trascienden lo heteronormativo. La reconfiguración corporal abarca prácticas de transformación, cuidado y resignificación del propio cuerpo, desde la gestión de intervenciones médicas hasta la exploración de nuevas formas de placer e identidad. Finalmente, las prácticas de autoconstrucción comprenden procesos reflexivos mediante los cuales las personas intersexuales elaboran narrativas coherentes sobre sus trayectorias, construyendo marcos interpretativos que trascienden los dispositivos patologizantes.

Este análisis categorial busca contribuir a una comprensión más matizada de cómo las personas intersexuales construyen agencia en los campos de la sexualidad y la identidad, ofreciendo herramientas conceptuales que emergen del material etnográfico para pensar la experiencia intersexual como territorio de producción de conocimientos sobre el cuerpo, el deseo y la diferencia.

2. Sexualidad, abyecciones y estrategias

Desde una perspectiva antropológica, la sexualidad no puede entenderse como una mera expresión biológica o instintiva; por el contrario, constituye un sistema simbólico profundamente modelado por factores históricos, sociales y culturales (Rubin, 1975; Héritier, 1996). En el caso de las personas intersexuales, esta construcción social de la sexualidad se ve atravesada por discursos normativos que intentan inscribir sus cuerpos y experiencias dentro de un binarismo de género rígido. Dichos discursos no solo buscan “normalizar” las corporalidades intersexuales, sino también regular sus deseos, prácticas y vínculos afectivos.

Este apartado propone, por tanto, un análisis que trasciende las categorías médicas y biologicistas, para centrarse en cómo las personas intersexuales habitan, negocian y resignifican sus cuerpos y sexualidades en contextos socioculturales específicos, como es el chileno. Este enfoque parte de la comprensión de la sexualidad como una construcción

social, permeada por normas, emociones, imaginarios y subjetividades, pero también reconoce que los cuerpos intersexuales se constituyen como espacios de tensión entre expectativas normativas y vivencias individuales que, en muchos casos, desbordan los límites de las categorías dominantes de sexo y deseo.

En este sentido, las sexualidades intersexuales son múltiples, situadas y fluidas. Algunas de ellas se inscriben dentro de la matriz heterosexual hegemónica, mientras que otras desafían activamente las etiquetas fijas impuestas por la cisheteronorma. Estas experiencias incluyen una amplia gama de orientaciones sexuales, prácticas y formas de deseo, las cuales están profundamente influenciadas por la experiencia corporal y social de ser intersexual.

2.1 Abyecciones de la heterosexualidad

Desde una mirada etnográfica, los relatos recogidos evidencian que la adolescencia emerge como un momento clave en la configuración de la identidad sexual intersexual. Esta etapa se encuentra marcada por tensiones estructurales y vivencias personales que revelan dinámicas de exclusión, estigmatización y resistencia, tal como fue analizado en el Capítulo VI. Siguiendo los planteamientos de Kristeva (1982) sobre la abyección, los cuerpos intersexuales son construidos como “otros” amenazantes que deben ser contenidos, regulados o invisibilizados para mantener la coherencia del orden simbólico heterocisnormativo.

En los relatos intersexuales, esta abyección se manifiesta de múltiples maneras: desde comentarios discriminatorios y medicalización temprana, hasta la exclusión en los discursos educativos sobre sexualidad, los cuales suelen estar mediados por una mirada cisheteronormativa que invisibiliza las experiencias intersexuales. Tal como señala Lily, la ausencia de referentes y espacios de validación durante la adolescencia no solo refuerza la sensación de otredad, sino que también limita las posibilidades de agencia sexual y afectiva.

En muchos momentos pensé que mi vagina era normal, pero mi ex *pololo*⁶⁶ me dijo que no se parecía mucho a las que había visto y, sobre todo, que no era muy fácil entrar en ella. Ahí comenzó todo el rollo existencial, porque pensé que nunca iba a satisfacer a nadie, porque estaba como que

⁶⁶ Pareja sexoafectiva.

atrofiá', y que, sin sexo, o al menos ese sexo que aprendemos es el correcto, nadie me iba a querer. Y mira la *hueá'* que pensaba. Hoy pienso que era muy tonta de niña, pero era un cúmulo de tantas cosas que me habían formado como persona: el *cole*, mi familia, la religión, el cómo entender ser mujer entre mi mamá y mis amigas, no sé, todo eso. (Lily, entrevista 2021)

Este testimonio nos permite acceder directamente al momento en que la normatividad sexual se inscribe en el cuerpo intersexual, revelando cómo, en palabras de Foucault (2001[1975]), los discursos sobre la sexualidad operan como tecnologías de poder que clasifican los cuerpos en “normales” y “anormales”. La mirada masculina heterosexual se convierte aquí en el tribunal que dictamina sobre la “funcionalidad” del cuerpo intersexual, revelando cómo la matriz heterosexual opera no solo como sistema de deseo, sino como régimen de verdad corporal.

La experiencia de Lily evidencia cómo la heterosexualidad penetrativa se constituye como el parámetro único de validación sexual, generando lo que podríamos denominar una “epistemología genital” que reduce la sexualidad a la capacidad de acomodar modelos específicos de penetración. Esta reducción tiene efectos devastadores en la construcción de la autoestima y agencia sexual intersexual.

Según Butler (1993), la abyección se vincula con aquello que es rechazado, excluido o marginalizado por el orden normativo, funcionando como el límite constitutivo que define lo que es inteligible y aceptable dentro del marco social. Este régimen produce una doble violencia: por un lado, invisibiliza y patologiza las variaciones corporales; por otro, restringe el acceso a marcos de reconocimiento y agencia sexual, generando sentimientos de vergüenza, extrañeza y exclusión.

Las narrativas de Cami ilustran cómo estos procesos de abyección, en su caso, el silencio familiar, opera como mecanismo de producción de vergüenza:

Hasta ahora me cuesta hablar de sexo, y sobre cómo tener este tipo de sexo, explicándolo todo. Yo no hablaba, era como algo mío muy profundo y un secreto familiar. Yo sabía que era vergüenza, me dolía explicar que era diferente. Además, esas diferencias como que son aún más difíciles de contar, porque son un tabú. A mí me han llegado a preguntar cómo no tenía canal vaginal por donde hacía pis. Bueno, y me lo han preguntado mujeres, que eso es lo peor, porque me hacían sentir que no formaba parte del club. (Cami, entrevista 2023)

Este testimonio encarna precisamente lo que Kristeva (1982) describe como el proceso de abyección: aquello que, por amenazar los límites del orden simbólico, debe ser expulsado y silenciado. Pero la abyección, lejos de ser un concepto abstracto, se manifiesta en experiencias corporales y emocionales concretas, como el silencio impuesto

y la vergüenza que Cami describe. La pregunta que le han hecho sobre “cómo orinaba” no es simplemente producto de la ignorancia, sino un mecanismo de lo que Butler (1993) denomina “materialización reguladora”, donde el cuerpo intersexual es constantemente interrogado y puesto bajo escrutinio para reafirmar las fronteras de la normalidad corporal. Este proceso de abyección se vincula con aquello que es rechazado, excluido o marginalizado por el orden normativo, funcionando como el límite constitutivo que define lo que es inteligible y aceptable dentro del marco social.

Del mismo modo, Lily relata cómo la ausencia de información y referentes sobre la sexualidad intersexual la condujo a buscar respuestas en la pornografía hegemónica, que reproduce modelos cisheteronormativos y excluyentes:

Me obsesioné buscando que era lo que tenía. Viendo mucho porno también, a modo educativo para conocer otras vaginas, y saber qué es lo que podía y no podía hacer. Claro, el porno es lo más heterocis del sexo, y yo que no había sido penetrada aún, sentía que no podía hacer nada de todo eso. (Lily, entrevista 2021)

Este relato se conecta con lo que Fausto-Sterling (2006[2000]) denomina la “mitología del dimorfismo sexual”, donde ciertas configuraciones corporales son naturalizadas como las únicas “verdaderas” o “funcionales”, mientras otras son construidas como incompletas, fallidas o patológicas. Lo que Lily experimenta no es simplemente desconocimiento sobre su propio cuerpo, sino la violenta imposición de un marco interpretativo que no puede acomodar su experiencia corporal.

La pornografía mainstream opera como una pedagogía normativa fallida que no solo excluye las corporalidades intersexuales, sino que establece parámetros de “funcionalidad sexual” que resultan inalcanzables para muchas personas. Esto genera lo que podríamos denominar una “violencia representacional” que refuerza sentimientos de inadecuación y fracaso sexual.

Preves (2002, 2003) y Karkazis (2008) han señalado cómo la ausencia de referentes positivos sobre la diversidad corporal genera profundos sentimientos de aislamiento. Este rechazo cultural, sumado al silencio médico y social, se expresan en los relatos de Flor y Ana:

Tu sexualidad es definida por lo que te dicen los médicos, y automáticamente, después va a pasar tu cuerpo e identidad por el Registro Civil, donde se te tiene que poner femenino o masculino, no hay más opciones. Y el punto es que cualquiera de estas opciones es jugar a la ruleta rusa, porque en el fondo tú no sabes como la persona intersex se va a desarrollar a lo largo de su vida, como va

a practicar su sexualidad. Entonces, es una exclusión desde la cuna que te genera un trauma en ese aspecto. (Flor, entrevista 2022)

Yo, al ser una persona intersex, esto siento que afecta todas las capas de mi carácter. Meforcé a ser una persona que siempre intentaba gustar, que siempre intentaba agradar con una sensación de culpabilidad tremenda, porque si estaba con una persona que supuestamente me quería, yo entendía que él quería lo que venía [sexo], pero él no sabía quién era yo realmente. Yo decía: ¡Dios mío!, lo estoy engañando, tengo que compensar y ser buena en todo. (Ana, entrevista 2023)

En ambos relatos, la sexualidad aparece condicionada por la mirada normativa que las ha definido desde antes incluso de que pudieran construir sus propios deseos. El complejo médico-legal no solo asigna categorías de sexo, sino que produce lo que denominaremos “trauma estructural intersexual”: una forma de violencia institucional que genera culpabilidad, vergüenza y sensación de engaño incluso en contextos de intimidad consensual. Este trauma no es producto de la intersexualidad per se, sino de las violencias normativas que la rodean (Lamas, 2014).

Desde esta forma, resulta clave reconocer que la sexualidad no puede entenderse aislada de las emociones que la atraviesan. Las vivencias intersexuales evidencian que afectos como la vergüenza, el miedo, la inseguridad o el deseo están íntimamente ligados a los procesos sociales derivados del estigma social y de la falta de información sobre sus propios cuerpos. Así lo expresa Cami:

Mi vida sexual era algo inhóspito, un terreno vedado. Sí me súper enamoraba platónicamente de todos los chicos, pero no dando nunca ningún paso. Si tenía algún rollo con alguien, me entraban un montón de inseguridades, así que lo terminaba antes de empezar. Yo recuerdo que inclusive apropiarme de mi propio cuerpo, onda la masturbación, era un espacio donde más que placer, me salía el llanto y me paralizaba. (Cami, entrevista 2021)

Esta experiencia ilustra lo que Ahmed (2004) denomina “geografías emocionales”: espacios afectivos donde ciertos cuerpos son marcados como extraños incluso para sí mismos. La masturbación, práctica frecuentemente asociada con el autodescubrimiento y el placer, se convierte en un espacio de confrontación traumática con la propia diferencia. El llanto durante la masturbación puede interpretarse como una “respuesta somática al trauma normativo”: el cuerpo expresa a través del afecto aquello que no puede ser procesado cognitivamente debido a la ausencia de marcos de inteligibilidad positivos sobre la sexualidad intersexual.

Asimismo, Flor subraya cómo las normas sociales no solo imponen un modelo de sexualidad, sino también dictan cómo debe sentirse quien no encaja en ese modelo:

A ti el sistema te dice cosas. Te dice como hay que comportarse en distintos sitios. De la sexualidad también te dice cosas, te dice como debe ser y qué es lo que debes hacer y tener para que sea placentera. También te dice cosas sobre como uno debe sentirse al ser diferente, porque si uno trata de caber forzosamente en el espacio que te metieron en la tierra, no te van a hacer sentido y te tienes que sentir mal, porque no está bien sentirse diferente. (Flor, entrevista 2022)

Estas narrativas dan cuenta de que la heterosexualidad y la cisnormatividad funcionan como matrices que estructuran no sólo los cuerpos, sino también las posibilidades de deseo. Las personas intersexuales enfrentan así una doble invisibilización: sus cuerpos son ignorados o patologizados, y sus sexualidades son reducidas a una condición médica, negando la legitimidad de sus deseos y afectos. Esto tiene un impacto directo en sus vínculos sexoafectivos, como relatan Nico y Gema:

Este tema de la sexualidad fue un poco difícil para mí, pero no con mi *pololo* actual, sino con el primero, porque yo tuve que ocupar al principio, algo así como consoladores, dilatadores, de distintos tamaños para poder agrandar mi vagina y tener una relación normal. Entonces, cuando yo tuve mi primera pareja y dejé de ser virgen, obvio que quería que todo fuera hermoso, pero lo malo es que yo tengo como un tope, entonces, a pesar de todos los dilatadores que usé, él no pudo ir más allá, entonces eso lo frustró muchas veces. Mis parejas sexuales siempre se quejan de que es muy corta. Entonces, esto no alcanza a ser muy placentero para ellos, me imagino. (Nico, entrevista 2022)

La “queja” de las parejas de Nico no es simplemente una expresión de preferencia, sino una forma de violencia sexual normativa que responsabiliza a las personas intersexuales por no ajustarse a modelos corporales predeterminados.

Es raro, porque no pensamos otro tipo de sexualidad. Por ejemplo, que él me complazca a mí primero hablando, y luego, yo complacerlo él de otras maneras, pero en realidad no es algo que pase. No pensamos la sexualidad de otra forma que no sea la penetración. Entonces, como yo fui asignada mujer, me tienen que penetrar, si no, chao. (Gema, entrevista 2022)

La heterosexualidad aquí es presentada como el modelo “deseable,” lo que genera presiones para conformar cuerpos y deseos intersexuales dentro de este marco. Esta matriz de normas cisnormativas, genera la expectativa de que las personas tengan un género y un sexo “coherente”, lo que limita la exploración de las sexualidades intersexuales fuera de lo binario. La presión por ajustarse al modelo heterosexual y genitalizado de la sexualidad genera tensiones, frustración y sufrimiento, limitando la posibilidad de imaginar y vivir sexualidades intersexuales que escapen de ese guion normativo. Además, esta dinámica impacta en la posibilidad de establecer vínculos afectivos estables y de experimentar la sexualidad desde el placer y la agencia:

A mí me ha pasado que llega el momento de decirle, “mira, yo soy intersexual” y que te diga “*chucha*, yo no puedo con eso”. O sea, yo conocí a una persona y quiero compartir con ella o con él, pero él me dice que tengo una limitación, es una limitación sexual, y ahí queda. Fin de ese amorío. (Gema, entrevista 2022)

La construcción de la intersexualidad como “limitación sexual” revela cómo opera el “capacitismo sexual”: un sistema de opresión que establece jerarquías de capacidad sexual basadas en normas corporales restrictivas. Esta dinámica no solo afecta las posibilidades de establecer vínculos, sino que refuerza la internalización de la vergüenza y la percepción de inadecuación.

Y así empecé a tener relaciones, generalmente invadida por el miedo de que me discriminaran al darse cuenta. Es verdad que siempre han sido esporádicas, cuidando siempre de que la persona fuese confiable, ya que luego llegaba ese fatídico momento (que odiaba y odio), en el que al principio decía que no quería tener penetración y que después opté por decir que no podía tenerla. Con este último paso me quité el peso de tener que estar pendiente de que el otro detectara mi diferencia, y así conseguí relajarme. Sin embargo, noto que aún queda un bloqueo ahí, siento que algo dentro de mí no funciona, nunca he tenido una relación de más de 3 meses y esto, obviamente, está evidenciando algo. (Cami, entrevista 2021)

No obstante, y pese a estos procesos de exclusión y violencia simbólica, muchas de las personas entrevistadas han comenzado a transformar la experiencia de abyección en un espacio de reflexión crítica y resistencia. Desde la apropiación de sus cuerpos, el cuestionamiento de las normas sexuales hegemónicas y la creación de nuevas formas de vincularse, estas experiencias revelan un proceso de resignificación que desafía la matriz heterosexual y cisnormativa.

En este sentido, la abyección no constituye un destino ineludible, sino un campo de disputa donde emergen estrategias para reapropiarse de la sexualidad y construir subjetividades que escapan a las lógicas de la patologización y la vergüenza. La agencia intersexual, lejos de ser un acto individual aislado, se configura en diálogo con un contexto social que las rechaza, pero que también puede ser resignificado a través de la resistencia cotidiana, el activismo y la creación de nuevas narrativas sexoafectivas.

2.2 Estrategias de resignificación

De esta forma, algunas personas intersexuales no solo se presentan como receptoras de estas dinámicas, sino que también ejercen agencia para negociar y resignificar su

identidad sexual. Desde las abyecciones iniciales hasta las estrategias de resignificación, se revela un proceso que evidencia la capacidad de las personas intersexuales para reconfigurar no solo su propia identidad, sino también los marcos culturales que intentan silenciarlas. Las dinámicas que emergen en este contexto ofrecen una ventana para comprender no solo las experiencias individuales, sino también las relaciones de poder y las posibilidades de transformación social, la experiencia de Lily resulta esclarecedora:

A mí se me hicieron muchas cosas mal. Por ejemplo, normalizar mis genitales, cortando y quitando sensibilidad, impidiendo que tenga una sexualidad gozosa, porque, aunque los genitales no sean estándares, que al final eso no importa tanto, es posible encontrar un placer, pero en mi caso, yo no puedo encontrar mi placer tan fácil, porque alguien se metió en un campo que era decisión mía. Entonces, hoy me toca buscarla de otras formas. (Lily, entrevista 2021)

“Hoy me toca buscarla de otras formas”, afirma Lily refiriéndose a su búsqueda de placer sexual después de intervenciones médicas que afectaron su sensibilidad genital. Esta simple frase contiene toda la potencia de lo que Ortner (2006) conceptualiza como “agencia situada”: no una libertad absoluta frente a las restricciones estructurales, sino la capacidad de maniobrar dentro de ellas, buscando intersticios donde sea posible la acción transformadora.

La experiencia intersexual chilena, sin embargo, revela dimensiones de la agencia que van más allá de la simple resistencia a la normatividad. Como sugiere Mahmood (2005), la agencia puede manifestarse también en formas de habitar las normas que, aunque no las subviertan abiertamente, las resignifican desde dentro. Siguiendo esta línea, identifiqué tres estrategias principales en las narrativas analizadas: a) Activismo y visibilidad, b) Construcción de narrativas propias y c) Rechazo a sexualidad hegemónica, cada una representando distintas modalidades de agencia situada.

En cuanto al activismo y la visibilidad, muchas personas intersexuales participan en movimientos que buscan educar a la sociedad, reformar marcos legales y promover una atención médica basada en la autonomía corporal. Un ejemplo claro es el creciente reconocimiento de la intersexualidad dentro de los discursos de diversidad sexual y de género en Chile. Las marchas, charlas sobre salud sexual y plataformas digitales han permitido que activistas—intersexuales o no—compartan historias que normalizan y celebran la intersexualidad como parte de la diversidad humana.

Estos movimientos han impulsado una resignificación positiva de los cuerpos intersexuales, transformando la vergüenza en orgullo. Desde enfoques feministas y

postestructuralistas, el cuerpo intersexual deja de ser solo un objeto de regulación para convertirse en un espacio de subjetividad y resistencia (Butler, 1993; Lamas, 2014). La revalorización del cuerpo intersexual a través de la sexualidad genera nuevas narrativas que celebran la diversidad, como expresa Karen:

Yo todavía, cuando me miro, pienso que mi cara ha cambiado bastante a como era antes, pero me miro y sigo viendo mi pene raro (que aún está ahí), la mandíbula masculina o las líneas del rostro que no me gustan. Todos esos detallitos que nunca fueron de mi parecer, todos esos detalles que manifestaban una masculinidad que era la mía y que determinaban a quien le gustaba o con quien me acostaba, por ejemplo, pero hoy, al estar metida en todo el movimiento trans, me acepto, porque soy yo, aprendí a entender que soy un cuerpo diverso y que con eso se va a la cama. (Karen, entrevista 2023)

Respecto a la segunda, a través de la escritura, el arte, los testimonios y las redes sociales, las personas intersexuales construyen narrativas que contrarrestan las versiones medicalizadas y estigmatizantes de sus cuerpos, pero que no necesariamente se encuentran bajo el alero del activismo, como señala Yuri:

Después que corté con una relación de pareja que fue muy importante para mí, yo no terminaba de cerrar el tema de que yo no podía tener hijos biológicos, para él yo no era mujer. Me frustré mucho porque nos separamos y a los 3 meses él dejó embarazada a una chica. Y para mí fue la muerte. O sea, para mí, puedes formar una familia con esa chica y todo bien, pero en ese momento fue un golpe a mi existencia y sobre mi femineidad. Estaba tan mal, porque era mi primera ruptura sentimental. ¿Sabes? Después con otros novios no fue tan terrible, pero ahí fue cuando toqué fondo. Vale y cuando empecé a hablar, a contar la historia esta para desahogarme, la gente se reía, pero yo esto no lo vi como algo negativo, porque a la vez yo me empecé a aliviar. Y me di cuenta de que hablar me sanaba, una persona me dijo así: yo conozco una chica que nunca podrá tener hijos, quizás te hace bien hablar con ella, y así fue. (Yuri, entrevista 2023)

Finalmente, el rechazo a la normalización se inscribe en una crítica más amplia a las normas hegemónicas de género y sexualidad. Como argumenta Butler (2004[1997]), al cuestionar las categorías binarias de sexo y género, las personas intersexuales no solo reconfiguran sus experiencias individuales, sino que también desestabilizan las estructuras normativas que sostienen estas categorías. Esta negociación, entonces, trasciende la esfera individual y adquiere implicaciones políticas y culturales, como relata Pablo:

Durante mucho tiempo pensé que no era masculino, que no era varonil, porque estaba físicamente incompleto. Pensaba que ser un hombre estaba necesariamente ligado a unos genitales masculinos grandes, completos y funcionales. El hecho de poder penetrar a una mujer, porque eso es lo que me tocaba, pero el hecho de tener testículos pequeños y un pene más corto, y también ser estéril

me hizo pensar durante mucho tiempo que no tenía derecho a esa masculinidad, pero tampoco la quería. Hoy en día, las cosas están mejor, estoy mucho más deconstruido en la cuestión. En todas estas cuestiones, de hecho. Pero la reflexión está lejos de terminar, hay todo un sistema detrás que desenredar. (Pablo, entrevista 2022)

Es fundamental reconocer que las respuestas de las personas intersexuales ante las intervenciones médicas no son homogéneas, como expuse en el capítulo precedente. Mientras algunas resisten activamente los procedimientos diseñados para “normalizar” sus cuerpos y reivindican el derecho a una sexualidad diversa (Karkazis, 2008), otras consideran estas intervenciones como estrategias para mejorar su bienestar, construir su identidad y acceder a experiencias placenteras en sus propios términos (Preves, 2003). Estas posiciones, lejos de ser contradictorias, reflejan la diversidad de trayectorias y experiencias intersexuales, así como la capacidad de agencia dentro de un marco estructurado por normas biomédicas y socioculturales.

Aunque los caminos sean distintos, ambos desafían la sexualidad hegemónica y abren espacios para narrativas alternativas sobre el deseo, el placer y la identidad (Fausto-Sterling, 2006[2000]). Como expone Lily:

[Decidí operarme] Pero, no por un tema identitario o porque quisiera “volver” a intentar prácticas sexuales heterocis, sino porque creía que podía ser más cómodo si no me limitaba, o si experimentaba la posibilidad de penetrarme cualquier pareja, sea hombre o mujer, quería poder experimentar. Creo que esto es algo en lo que no tengo tanto argumento, sólo lo hice porque sentí que podía estar mejor. (Lily, entrevista 2021)

A su vez, estas estrategias reflejan cómo la experiencia intersexual no solo enfrenta las normas sociales, sino que también puede redefinirlas, enmarcándolas en un proceso de autodescubrimiento que busca construir una relación positiva con sus cuerpos.

Sí, creo que es una forma nueva de vivir mi sexualidad y me gusta. No tengo esa barrera corporal de no poder experimentar algo. Siento que experimenté mi sexualidad de una forma, que me llevó a conocer mi lado lésbico, y ahora puedo disfrutar ese lado lésbico con consoladores, por ejemplo. (Lily, entrevista 2021)

Estas nuevas configuraciones del deseo permiten a las personas intersexuales explorar sus cuerpos y prácticas sexuales desde una posición de agencia, evidenciando cómo estos espacios de exploración también son de resistencia y de producción de subjetividades alternas. Karkazis (2019) documenta cómo muchas personas intersexuales han transformado las nociones convencionales del deseo, posicionando sus cuerpos no como “anormales”, sino como únicos y deseables, reclamando su autonomía frente a las

narrativas culturales que buscan disciplinarlos. Esto se ve reflejado en los relatos de Pola y Gema:

Ya en el *cole* tuve mi primer “amor”. Yo aún era una chica, una especie andrógina, pero en algún momento de *carrete* recuerdo que le comenté mi situación. Fue una de las primeras personas, aparte de mi familia, en saber que mi cuerpo era diferente y que tenía HSC. En ese mismo momento nos besamos, empecé a experimentar sexualmente ¡bien vieja! le comenté que yo siempre me había sentido más identificada con el sexo masculino y, al hablarlo con él, llegué a la conclusión de que quería ver la posibilidad de operar mis genitales para que tuvieran la apariencia de unos más masculinos y poder cambiar mi identidad de mujer a hombre. Él era bisexual, así que estaba dispuesto a experimentar con todo este *atao* ⁶⁷. (Pola, entrevista 2021)

Pues, mi sexualidad varía indefinidamente. Me gustan los hombres, pero estaba atraída por mujeres también. No me considero bisexual, pero siento que, como no concibo los cuerpos como los otros los entienden, al final del día me da un poco igual lo que tiene en entre las piernas. Para mí el deseo radica en otras cosas. (Gema, entrevista 2022)

En síntesis, la experiencia individual y colectiva de las personas intersexuales evidencia cómo el sistema cultural clasifica los cuerpos, jerarquiza las diferencias y produce exclusiones, pero también abre espacios para nuevas reflexiones sobre el deseo, el consentimiento y las prácticas sexuales inclusivas. Estas narrativas revelan horizontes alternativos para pensar el cuerpo, la subjetividad y las emociones, permitiendo imaginar configuraciones más abiertas y menos normativas de la sexualidad y el deseo.

3. Ser “Mujer” o ser “Mujer intersexual”

La tensión entre “ser mujer” y “ser mujer intersexual” revela una aporía fundamental en el corazón de las categorías de género: la simultaneidad de su necesidad y su imposibilidad. Esta aporía opera dentro de lo que Butler (2007[1990]) denomina la matriz heteronormativa, un sistema de inteligibilidad que exige la coherencia entre sexo biológico, género y deseo sexual. En el contexto chileno, donde la feminidad se articula históricamente en torno a la figura maternal mariana (Montecino, 1996), esta tensión adquiere dimensiones particulares que trascienden la mera autodefinición individual para convertirse en un campo de batalla por la inteligibilidad misma de los cuerpos y las subjetividades.

⁶⁷ Problema, drama.

Cuando las mujeres intersexuales se definen simplemente como “mujeres”, sin el calificativo “intersexual”, realizan una operación compleja que no puede reducirse a la asimilación o el passing. Esta omisión estratégica constituye lo que podríamos denominar una “política de lo innombrable”: la decisión de habitar una categoría desde su interior, sin explicitar la diferencia que podría convertirse en marca de exclusión. Esta estrategia se alinea con lo que Das (2007) conceptualiza como formas de “trabajo de reparación” que buscan reconstruir la normalidad cotidiana tras la confrontación con la violencia de las categorizaciones normativas.

Yuri articula esta estrategia cuando afirma:

Físicamente yo soy totalmente normal, porque todo lo que tiene que estar bien, lo que es externo está bien, solo que no implica tener una vagina. Mis genitales femeninos son normales, por eso podría decir que no soy intersex, soy mujer. (Yuri, entrevista 2023)

Esta declaración opera una redefinición radical de los criterios de normalidad femenina que resonantes con la crítica foucaultiana (1976) al dispositivo de la sexualidad. Al separar la “normalidad” de la presencia vaginal, Yuri no solo cuestiona los criterios biomédicos, sino que propone una taxonomía corporal alternativa donde ciertos elementos anatómicos se vuelven prescindibles para la pertenencia categorial.

La expresión “no soy intersex, soy mujer” no debe leerse como negación de la intersexualidad, sino como estrategia de supervivencia que busca acceder al reconocimiento social a través de la autoubicación en la categoría más amplia y socialmente legitimada. Esta operación se vincula con lo que Bourdieu (1990[1980]) denomina *habitus*: disposiciones incorporadas que permiten navegar campos sociales específicos sin explicitar constantemente las reglas del juego.

Sin embargo, esta estrategia de identificación exclusiva como “mujer” se complica cuando examinamos los testimonios que revelan las fisuras internas de esta categoría.

Flor expresa:

No sé, nunca voy a tener hijos y hasta decirlo me da pena, me causa dolor, porque soy una mujer, hoy soy una mujer completa, pero no del todo completa sin la maternidad, y esa es una realidad con la que voy a tener que vivir para siempre duramente en el camino. (Flor, entrevista 2022)

La contradicción performativa entre “mujer completa” y “no del todo completa” revela que la categoría “mujer” no es un espacio de refugio, sino un territorio atravesado por sus propias exclusiones internas.

Esta contradicción no es accidental: expone el carácter aporético de una categoría que promete incluir lo que estructuralmente excluye. La maternidad funciona aquí no como un atributo adicional de la feminidad, sino como su núcleo organizador, operando como lo que Foucault (1976) denomina un “dispositivo” que articula saberes, poderes y subjetividades en torno a la capacidad reproductiva. Este dispositivo maternal distingue entre la “mujer completa” y la “mujer incompleta”, revelando que “ser mujer” no constituye una pertenencia simple, sino una jerarquía interna donde algunas formas de feminidad son más legitimadas que otras.

La experiencia de Yuri con su pareja masculina ilustra cómo esta jerarquía opera relacionalmente:

Fue después que corté con una relación de pareja que fue muy importante para mí. Él no terminaba de cerrar el tema de que yo no podía tener hijos biológicos, para él no era mujer, y yo me lo terminé creyendo, así que empecé a buscar como resolver este tema, como ser mamá. (Yuri, entrevista 2023)

Este testimonio evidencia lo que Butler (2004) conceptualiza como la “vulnerabilidad primaria” del sujeto: la dependencia constitutiva del reconocimiento del otro para la propia supervivencia psíquica. La expresión “me lo terminé creyendo” revela el proceso mediante el cual las definiciones externas se interiorizan como verdades sobre el propio cuerpo y la propia identidad.

Más aún, este testimonio revela que la capacidad reproductiva no opera solo como criterio de inclusión en la categoría “mujer”, sino como requisito para la deseabilidad heterosexual. La incapacidad reproductiva no solo cuestiona la feminidad, sino que compromete la posibilidad misma de establecer relaciones íntimas duraderas en el marco heteronormativo. Esto sugiere que “ser mujer” en contextos heterosexuales implica no solo la identificación con una categoría, sino la capacidad de cumplir con las expectativas relacionales que esa categoría supone, operando como lo que Preves (2003) denomina un “marcador de autenticidad” en las relaciones íntimas.

Frente a estas limitaciones de la identificación exclusiva como “mujer”, algunos testimonios revelan estrategias alternativas que buscan expandir los límites de la categoría sin abandonarla completamente. Lily afirma:

Ser intersexual me permitió entender que las categorías son *hueás* construidas. Puedo ser mujer y también algo más, algo que no necesita un nombre fijo. (Lily, entrevista 2021)

Esta formulación no rechaza la categoría “mujer”, sino que la habita de manera expansiva, añadiendo el “algo más” que excede las definiciones normativas.

La expresión “algo más”, algo que no necesita un nombre fijo, es particularmente significativa porque sugiere una forma de existencia que no depende de la nominación para su legitimidad. Esto constituye una crítica implícita al régimen de inteligibilidad butleriano donde solo los cuerpos que pueden ser nombrados dentro de categorías binarias adquieren estatuto de realidad. Al declarar que ese “algo más” no necesita nombre, Lily propone una forma de ser que excede el régimen de la nominación sin caer en la invisibilidad, operando lo que Ortner (2006) conceptualiza como “agencia” dentro de límites estructurales específicos.

Esta estrategia se profundiza en otro testimonio de Lily:

Yo me considero mujer, lo cual significa que vivo bajo el concepto de lo que el ser mujer engloba. Aunque muchos años me pasé tratando de ser esa mujer que mi mamá o mi *pololo* esperaban que fuera, y que yo también deseaba ser para cumplirles. Hoy ya no, ya sé que no puedo calzar en estas categorías binarias que intentaron imponerme, pero soy mujer. (Lily, entrevista 2021)

Esta declaración revela una comprensión sofisticada de la diferencia entre habitar una categoría y ser completamente determinado por ella.

Al declarar que “vive bajo el concepto de lo que el ser mujer engloba”, Lily reconoce la dimensión normativa del género sin reducirla a imposición externa. Simultáneamente, al afirmar que “no puede calzar en estas categorías binarias”, propone una forma de habitarlas que las transforma desde su interior. La frase “pero soy mujer” funciona como una insistencia que no busca resolver la contradicción, sino mantenerla productivamente abierta, operando lo que Mahmood (2005) denomina formas de agencia que no se reducen a la resistencia explícita.

Flor articula una estrategia similar cuando pregunta:

¿Cómo puedes decir que te estás convirtiendo en una mujer, cuando ya eres mujer? o ¿cómo puedes decir que no podías vivir como hombre, cuando podrías hacerlo si quieres? Yo puedo ser cualquiera de estas categorías, hoy soy mujer a mi manera. (Flor, entrevista 2022)

La formulación interrogativa no es casual: revela una forma de agencia que opera a través del cuestionamiento mismo de las premisas que subyacen a las narrativas hegemónicas de identidad de género.

La expresión “soy mujer a mi manera” es particularmente reveladora porque no rechaza la categoría “mujer”, pero tampoco acepta sus definiciones normativas. En su lugar, propone una apropiación singular que mantiene el término mientras transforma su contenido. Esta operación no constituye una simple “resignificación” en términos butlerianos, sino lo que podríamos denominar una “reapropiación decolonial” que dialoga con tradiciones locales de transgresión de género, como la figura de la “colipata” en la cultura popular chilena (Contardo, 2011), con la cual Flor se identifica.

Los testimonios sobre modificaciones corporales revelan otra dimensión crucial de estas tensiones identitarias, operando como lo que Preciado (2008) denomina “tecnologías del género”. Karen explica:

Fui adaptando mi cuerpo o modificando, de alguna forma, mi presentación para que se ajustara a lo que pasaba en mi cabeza, mi feminidad. Por ejemplo, yo me hice la depilación láser en la cara, mucho antes de que empezara el tratamiento hormonal, mucho antes de que tuviera claro todo este cuento. Yo lo hice porque no me gusta mi vello corporal ni la barba. Entonces iniciar el láser me ayudó mucho, y en realidad me hizo bastante feliz, porque la barba era algo que me desagradaba demasiado, y ahora ya no tengo que afeitarme, ni nada de eso. (Karen, entrevista 2023)

Este relato sugiere que “ser mujer” no constituye un estado, sino un proceso continuo de ajuste entre experiencia subjetiva y expresión corporal.

La especificidad temporal de estas prácticas —la depilación láser previa al tratamiento hormonal, “mucho antes de que tuviera claro todo este cuento”— revela que la feminidad intersexual no opera a través de un plan maestro, sino mediante decisiones parciales que van configurando retrospectivamente una coherencia. Esto sugiere que “ser mujer intersexual” implica una forma particular de temporalidad donde las acciones preceden a la comprensión conceptual, donde el cuerpo “sabe” antes que la mente conceptualice, resonando con la fenomenología corporal de Merleau-Ponty (1993[1945]).

Karen profundiza esta idea cuando afirma:

Si yo nací hombre y hago la transición, no es para querer falsear una feminidad cisgénero, no, para nada, lo hice porque mi cuerpo me producía un malestar, porque, en cierta forma la intersexualidad me venía a dar una motivación para expresar esa feminidad que quería, el yo siendo siempre mujer y que no podía hacerlo, y... ahora sí puedo. (Karen, entrevista 2023)

La formulación “falsear una feminidad cisgénero” es reveladora: sugiere una comprensión de la cisgeneridad no como modelo natural, sino como una construcción específica que puede ser “falseada”, es decir, imitada artificialmente.

Al rechazar esta imitación, Karen propone una forma alternativa de feminidad que no busca la legitimación a través del passing, sino la expresión de una “feminidad que quería” que existía previamente como potencia no realizada. La expresión “siendo siempre mujer” no debe interpretarse como esencialismo, sino como el reconocimiento de una continuidad subjetiva que trasciende las categorías asignadas externamente, operando como “tecnología del yo” (Foucault, 1990).

El testimonio de Nico introduce una dimensión adicional que complejiza estas estrategias de reapropiación:

Yo nunca necesité esa operación [vaginoplastia], pero asumí que para que me quisieran, para poder relacionarme con otra persona o para sentir placer necesitaba una vagina “real”. Para ser válida necesitaba una vagina, para ser mujer necesitaba una vagina funcional, así que tomé la decisión por mí misma de hacerlo. Quizás no para cumplir con todas las expectativas de otros, sino para encontrar mi propio placer. Obvio que este placer era un placer aprendido, pero, en mi caso, era vivirlo de otra forma más auténtica. (Nico, entrevista 2022)

Este relato revela que las decisiones sobre modificación corporal no operan en un vacío, sino en el contexto de expectativas relacionales específicas que reflejan lo que Davis (2015) identifica como las presiones normativas del sistema biomédico sobre los cuerpos intersexuales.

La equiparación entre “ser válida”, “ser mujer” y “tener una vagina funcional” expone el carácter genital-céntrico de las definiciones hegemónicas de feminidad. Sin embargo, la posterior reapropiación de esta decisión sugiere la posibilidad de transformar actos inicialmente heterónomos en prácticas de autocuidado.

La expresión “placer aprendido” es particularmente significativa porque reconoce la dimensión construida del placer sin invalidar su potencia transformativa. Al declarar que era “vivirlo de otra forma más auténtica”, Nico no apela a una autenticidad esencial, sino que propone una forma de autenticidad que reconoce su propia construcción sin renunciar a su potencia normativa, operando lo que Butler (2004) denomina “performatividad de género” como práctica reiterativa que puede desplazar las normas que busca citar.

Ana introduce una perspectiva diacrónica que permite observar la evolución de estas estrategias:

Yo antes pensaba que mientras más operaciones me realizara, y me decían que serían muchas, más mujer me iría haciendo. Era como si fuera un camino hacia ser mujer completa, algo que debía perseguir. Ahora, no estoy ni ahí con esa *hueá*, soy lo que soy y quien me quiera, me querrá así. (Ana, entrevista 2023)

Esta evolución narrativa revela el abandono del modelo progresivo —“más operaciones... más mujer”— y su reemplazo por una forma de aceptación que no renuncia a la transformación, sino que la redefine.

La declaración “soy lo que soy” no constituye una simple renuncia a la modificación corporal, sino una redefinición radical de lo que significa “ser mujer completa”. En lugar de definir la completitud a través de la conformidad con normas externas, Ana propone una completitud que emerge de la aceptación de la propia particularidad. Esto sugiere que “ser mujer intersexual” puede implicar el abandono de la aspiración a la “mujer completa” normativa en favor de formas alternativas de completitud, operando lo que Das (2007) conceptualiza como “conocimiento ordinario”: formas de saber que emergen de la experiencia cotidiana de habitar cuerpos no-normativos.

Estos testimonios revelan que la tensión entre “ser mujer” y “ser mujer intersexual” no constituye un problema que deba resolverse, sino una aporía productiva que genera nuevas formas de inteligibilidad corporal y subjetiva. Las mujeres intersexuales no simplemente “desafían” las normas de género, sino que las habitan de manera creativa, generando espacios de maniobra dentro de marcos estructurales que parecían cerrados. Esta habitación creativa opera como lo que Ortner (2005) denomina “práctica” en el sentido antropológico: la capacidad de los actores sociales de improvisar respuestas a situaciones estructuralmente determinadas.

La categoría “mujer” se revela así no como un refugio estable, sino como un territorio disputado donde se negocian continuamente los límites de la inclusión y la exclusión. Las experiencias intersexuales exponen las fisuras internas de esta categoría, revelando que su aparente naturalidad depende de exclusiones sistemáticas que pueden ser cuestionadas y transformadas. Esta exposición opera como lo que Butler (2007[1990]) denomina la “dimensión subversiva” de la performatividad: la posibilidad de que la reiteración de las normas de género las desplace inadvertidamente.

Más aún, estos testimonios sugieren que “ser mujer intersexual” no constituye una identidad fija, sino una práctica continua de negociación entre normas sociales, experiencias corporales y estrategias de supervivencia. Esta práctica no opera a través de

la resistencia frontal a las normas de género, sino mediante formas sutiles de desplazamiento que mantienen las categorías mientras transforman su contenido, configurando lo que Mahmood (2005) denomina “agencia como capacidad de acción dentro de normas”.

La relevancia política de estas experiencias radica en su capacidad de revelar que las categorías de género, lejos de ser naturales o inmutables, constituyen construcciones históricas que pueden ser habitadas de múltiples maneras. Sin embargo, esta potencia transformativa no debe romantizarse: opera siempre en contextos de violencia estructural que limitan las posibilidades de acción y que requieren estrategias de supervivencia que privilegian la viabilidad sobre la pureza política.

La pregunta ya no es si estas mujeres son “realmente” mujeres o “realmente” intersexuales, sino cómo sus formas particulares de habitar estas categorías transforman las posibilidades de vida para todas las personas que exceden las normas de género dominantes.

4. Ser “hombre” o ser “hombre intersexual”

La masculinidad hegemónica, entendida como el ideal dominante de “ser hombre”, se asocia con atributos como la fuerza, la racionalidad, la autonomía y, fundamentalmente, una clara distinción corporal y funcional de lo “masculino” frente a lo “femenino” (Connell, 1995). Sin embargo, la experiencia de los hombres intersexuales pone en cuestión estos ideales, ya que sus cuerpos y trayectorias vitales no siempre encajan en los modelos normativos de masculinidad. Más aún, estas experiencias revelan cómo el propio sistema medico-legal participa activamente en la construcción de las fronteras de lo masculino, determinando qué cuerpos pueden aspirar legítimamente a ser reconocidos como tales.

Entre las personas entrevistadas, solo dos se identifican como “hombres”, aunque cada uno lo hace desde una perspectiva diferente. Ambos se reconocen como intersexuales, pero mientras que uno ve su intersexualidad como una “condición” que le permitió comprenderse mejor sin cuestionar su identidad masculina normativa, el otro construye una narrativa híbrida al identificarse como “hombre trans intersex”. Estas diferencias pueden analizarse considerando factores como la incorporación de la experiencia

intersexual en la identidad, la relación con el sistema binario de género y las estrategias personales frente a la normatividad. A estas perspectivas se suma el testimonio de Karen, cuya transición hacia lo femenino ofrece una mirada retrospectiva crítica sobre la construcción médica de la masculinidad intersexual y los mecanismos de invisibilización que operan sobre ella.

El primer caso, Aldo, fue asignado como hombre al nacer, y su relato refleja cómo la masculinidad hegemónica puede servir como un mecanismo de integración a la norma, incluso cuando existen experiencias corporales que la desafían.

Aldo fue asignado como hombre al nacer, y su relato refleja cómo la masculinidad hegemónica puede servir como un mecanismo de integración a la norma, incluso cuando existen experiencias corporales que la desafían. A los 21 años, se convirtió en padre, lo cual, en su narrativa, consolidó su rol dentro de la masculinidad tradicional. No obstante, en ese mismo periodo, Aldo recibió el diagnóstico de intersexualidad, lo que puso en crisis una identidad que, en muchos sentidos, le resultaba disonante.

La estrategia de Aldo consistió en compartimentalizar su experiencia, manteniendo su intersexualidad en un plano privado y percibiéndola como una “condición” que, aunque incómoda en su manifestación corporal, no altera su identidad masculina normativa:

Yo estaba re perdido en ese periodo. No sabía que era lo que me gustaba y sentía una masculinidad que no me era cómoda. Después, al paternar como que me iba a “poner las pilas”, era lo que tocaba. Apareció esta *hueá*’ del informe médico y fue como: ¡qué *chucha*! Pero, decidí que era una *hueá*’ mía no más. Me servía para comprender donde estaba eso que yo sentía como disocio’. Después leí que, claro, mi intersexualidad es *piola*. De hecho, hay mucha gente que no la considera dentro de las intersexualidades, así que para mí es un tema muy íntimo que no necesito explicar a nadie. (Aldo, entrevista 2022)

El testimonio de Aldo evidencia cómo la paternidad funciona como un ritual de iniciación masculina que le permite acceder plenamente a los privilegios de la masculinidad hegemónica, neutralizando la potencial amenaza que representa su condición intersexual. Su decisión de minimizar la relevancia de su intersexualidad (“es *piola*”, “hay mucha gente que no la considera”) puede interpretarse como una estrategia de supervivencia social que le permite mantener su posición dentro del orden de género dominante. Esta postura revela cómo la masculinidad hegemónica ofrece incentivos materiales y simbólicos para la conformidad, favoreciendo la invisibilización de aquellas experiencias que desafían sus límites.

En contraste, Pablo se identifica como “hombre trans intersexual”, expresando una identidad que reconoce explícitamente su experiencia intersexual como componente central de su subjetividad. La inclusión de “trans e intersexual” en su autoidentificación refleja una postura política que busca visibilizar la diversidad corporal y desafiar las normas binarias de género:

Si me preguntas que soy, yo soy un hombre trans intersex. Así de una forma fácil, cuando hablamos de la intersexualidad estamos hablando de una situación, a veces dicen la palabra condición, pero a mí no me gusta, no sé si me siento cómodo con eso, porque es como si estuviera enfermo y yo no estoy enfermo, solo me tocó vivir una situación donde los genitales no responden a los estándares habituales y eso es lo que intentaron arreglar. (Pablo, entrevista 2022)

Pablo expone una mayor conciencia crítica respecto al binarismo de género y las intervenciones médicas, rechazando el lenguaje patologizante (“condición”, “enfermo”) y remarcando su experiencia en términos de diversidad corporal natural. Su identificación como “hombre trans intersexual” le permite articular una identidad híbrida que no solo valida su experiencia corporal, sino que también desafía las concepciones normativas sobre qué significa “ser hombre”. Su testimonio resalta cómo las identidades pueden construirse no solo desde experiencias individuales, sino también a partir de la vinculación con discursos políticos y movimientos sociales de resistencia.

El caso de Karen resulta particularmente revelador para comprender los mecanismos de invisibilización de la masculinidad intersexual. Asignada hombre al nacer y actualmente en tránsito hacia lo femenino, Karen ofrece una perspectiva única que ilumina tanto la construcción médica de los cuerpos intersexuales como las razones estructurales detrás de la escasez de testimonios masculinos intersexuales:

Una cosa es que cuando, al nacer, hay incertidumbre sobre el sexo del bebé y los médicos deciden operarlo, es decir, mutilarlo, la mayoría de las veces lo convierten en mujer. Quizá porque es más fácil cortar un clítoris demasiado largo que construir un pene funcional. A mí me dejaron con el mío que era más pequeño de lo normal, no sé por qué decidieron eso, pero ya está, es con lo que nací y lo que me hace ser hoy, justamente por haberlo odiado. Esto puede explicar algunos de los testimonios, que efectivamente son mayoritariamente femeninos. Admito que no sé por qué tan pocos hombres intersexuales hablan de sus experiencias. Será que, como yo ahora decidí feminizarme, el tamaño de mi pene no es lo relevante, pero, para ellos, que siguieron el camino de la masculinidad hegemónica, les será más difícil hablar de sus “pequeños penes”. (Karen, entrevista 2023)

El relato de Karen revela múltiples capas de análisis que requieren una exploración detallada. Su testimonio expone crudamente la racionalidad técnica que subyace a las

intervenciones médicas en cuerpos intersexuales, donde las decisiones se toman en función de la “facilidad” quirúrgica más que del bienestar de la persona. La frase “es más fácil cortar un clítoris demasiado largo que construir un pene funcional” revela cómo la medicina reproduce y materializa las jerarquías de género, privilegiando la construcción de genitales femeninos “funcionales” (esto es, receptivos) por sobre genitales masculinos “funcionales” (esto es, penetrantes), reforzando así la matriz heterosexual que organiza el pensamiento médico.

El testimonio de Karen sugiere además una hipótesis estructural para explicar la escasez de voces masculinas intersexuales. Al ser “dejada” con un pene “más pequeño de lo normal”, Karen experimenta en carne propia cómo el dispositivo médico produce una masculinidad “deficitaria” que posteriormente se vuelve fuente de vergüenza y silencio. Esta experiencia le permite comprender desde adentro por qué “tan pocos hombres intersexuales hablan de sus experiencias”: para aquellos que “siguieron el camino de la masculinidad hegemónica”, hablar de sus “pequeños penes” implicaría cuestionar los fundamentos mismos de su legitimidad masculina.

Paradójicamente, es precisamente el tránsito de Karen hacia lo femenino lo que le permite hablar libremente de su experiencia intersexual previa. Como señala, “ahora que decidí feminizarme, el tamaño de mi pene no es lo relevante”. Esta liberación discursiva evidencia cómo la masculinidad hegemónica opera como una camisa de fuerza que impide a los hombres intersexuales narrar sus experiencias corporales sin poner en riesgo su estatus de género.

El relato de Karen revela asimismo cómo el estigma intersexual se articula de manera diferencial según el género de identificación. Mientras que para las mujeres intersexuales el estigma se centra frecuentemente en la “masculinización” de sus cuerpos, para los hombres intersexuales el estigma se concentra en la “insuficiencia” de su masculinidad corporal. Esta diferencia explica por qué las mujeres intersexuales han logrado mayor visibilización: su experiencia puede articularse como una crítica al patriarcado, mientras que la experiencia masculina intersexual cuestiona los fundamentos mismos de la masculinidad hegemónica.

El testimonio de Karen, junto con los de Aldo y Pablo, evidencia cómo la antropología de la masculinidad debe replantearse cuando abordamos experiencias intersexuales. Mientras Connell y Messerschmidt (2005) proponen que las masculinidades se construyen relacionamente, estas narrativas muestran que la masculinidad intersexual no

solo se define en relación con lo femenino o con otras masculinidades, sino también en diálogo con discursos médicos que determinan qué cuerpos pueden aspirar legítimamente a ser reconocidos como masculinos.

Esta particular configuración de la masculinidad en el contexto médico-social chileno — lo que podríamos denominar “masculinidad medicalizada”— requiere expandir los marcos tradicionales de análisis de género. El caso chileno resulta particularmente revelador, pues la masculinidad se ha construido allí en relación con un imaginario militar y autoritario (Olavarría, 2001) que exige conformidad corporal y rechazo de cualquier ambigüedad. Esta configuración histórica explica por qué, como sugiere Karen, “hay tan pocos hombres intersexuales que hablan”: no es simplemente una cuestión de preferencias individuales, sino el resultado de estructuras sociales específicas que hacen que la visibilización de la intersexualidad resulte especialmente amenazante para la masculinidad hegemónica chilena.

Propongo, entonces, el concepto de “masculinidades contingentes” para comprender estas experiencias que no encuentran acomodo adecuado en las teorías dominantes. No se trata simplemente de añadir las “masculinidades intersexuales” como una variante más dentro del esquema de Connell y Messerschmidt (2005), sino de cuestionar el modelo mismo desde sus cimientos, reconociendo que la relación entre cuerpo e identidad masculina no es un “dato” previo sino un proceso permanentemente inestable, especialmente en contextos latinoamericanos donde, como señala Viveros (2002), las masculinidades se han configurado históricamente en diálogo tenso con tradiciones coloniales, católicas y autoritarias específica (Lugones, 2008).

Las diferencias expuestas entre estas formas de identificación reflejan las múltiples estrategias que las personas intersexuales desarrollan para navegar estructuras sociales hostiles. Mientras que unas buscan encajar en las categorías existentes (como Aldo), otras optan por desafiarlas creando nuevas formas de entender la masculinidad y la intersexualidad (como por ejemplo, Pablo). El testimonio de Karen, desde su posición liminal, ilumina los mecanismos estructurales que hacen que la invisibilización aparezca como la estrategia más viable para los hombres intersexuales que buscan mantener su legitimidad masculina.

5. El “yo-binario” perdido

Ligado a los puntos precedentes, algunos de los relatos de las personas intersexuales entrevistadas se dirigieron a exponer que estas resignificaciones, que implicaron la gestión de lo cotidiano post diagnóstico o revelación del secreto, estaban, a su vez, relacionadas con la sensación de desconexión con su autopercepción binaria, lo que yo he denominado como el “yo-binario perdido”.

El concepto del “yo-binario perdido” representa mucho más que un simple fenómeno psicológico individual; constituye una profunda disrupción ontológica que desafía los fundamentos mismos sobre los que se construye la subjetividad en sociedades estructuradas por el binarismo de género. Este concepto trasciende significativamente la noción de “duelo de género” planteada por Butler (2004), pero va más allá al capturar la especificidad de la experiencia intersexual, donde no se trata solo de la pérdida de un objeto de amor externo, sino de una fractura en la continuidad del yo.

En el contexto sociocultural chileno, caracterizado por lo que Mora (2013) ha identificado como un binarismo de género particularmente rígido que opera transversalmente en instituciones como la escuela, la familia y el sistema médico-hospitalario, el “yo-binario perdido” adquiere dimensiones específicas. Esta rigidez institucional, documentada en los capítulos precedentes de esta investigación, configura un escenario donde la ruptura ontológica emerge como resultado de un conflicto irreductible entre la experiencia corporizada de la persona intersexual y las estructuras sociales que han naturalizado el binarismo hasta volverlo invisible.

El concepto de “yo-binario perdido” me permite analizar la profunda transformación subjetiva que enfrentan algunas personas intersexuales posterior a su diagnóstico, ya que experimentan una ruptura con su autopercepción previa, enmarcada dentro de una lógica binaria de género. Esta “nueva” información no solo desarticula esa identificación, sino que la modifica de manera irreversible, exigiendo una reconfiguración de su identidad.

Mientras Butler (2004, 2007[1990]) ha problematizado la concepción del género como entidad fija, enfatizando el rol de la performatividad género-discursiva en la conformación del yo, el análisis del “yo-binario perdido” requiere incorporar dimensiones fenomenológicas que den cuenta de la experiencia vivida de la corporalidad. La propuesta de Csordas (1994, 2002) sobre el cuerpo como centro de la experiencia subjetiva y social,

complementada con los aportes de Le Breton (2010) sobre el cuerpo como espacio de significación cultural, proporciona un marco más robusto para comprender las implicaciones subjetivas del diagnóstico intersexual.

El testimonio de Lily ilustra con precisión la naturaleza de esta disrupción:

Al tiempo después de saber todo esto [diagnóstico] sentía que yo ya no era la mujer que siempre pensé. Todo en lo que había basado mi existencia, se había desconectado a... por así decirlo, a mi esencia. Yo me preguntaba que sería en uno o dos años, yo sentía que ya no podía volver a ser mujer, o al menos, no como lo era antes, así que pensaba que tenía sí o sí que empezar a darle sentido a ser no binarie, y que ese sería mi futuro, porque no había vuelta atrás, había descubierto esto nuevo en mí y todas esas *hueás* que *pa'mí* significaron tremenda crisis existencial (Lily, entrevista 2021)

Lily evidencia cómo el diagnóstico intersexual no solo modifica una etiqueta externa, sino que fractura la coherencia narrativa del yo, desestabilizando lo que Giddens denominaría la “seguridad ontológica” del sujeto. La persona se encuentra súbitamente habitando un espacio liminal, donde las coordenadas previas de orientación identitaria pierden su capacidad estructurante, generando lo que podríamos denominar una “crisis de inteligibilidad”.

Esta dislocación identitaria puede analizarse desde la teoría bourdiana como una crisis del *habitus* generizada. El *habitus*, como sistema de disposiciones duraderas y transferibles que funcionan como principios generadores de prácticas, se ve profundamente alterado cuando el sujeto debe incorporar una información sobre su corporalidad que contradice fundamentalmente las disposiciones previamente incorporadas. No se trata simplemente de adoptar nuevas prácticas, sino de reconstruir todo el andamiaje perceptual y disposicional desde el que la persona se relaciona con el mundo.

De esta forma, la revelación de este diagnóstico intersexual pone en crisis la imagen habitual que las personas tenían de sí mismas y que les permitía relacionarse con el mundo desde una perspectiva de género clara y definida (Cortés, 1997). Esta ruptura genera un proceso subjetivo complejo, donde las personas deben aprender a convivir con esta nueva información sobre sí mismas, enfrentándose a desafíos que afectan tanto su identidad como la relación con su cuerpo.

A partir de este momento, se inicia un trabajo constante para desarrollar nuevas formas de cuidado personal y reconfiguración del yo, adaptándose a un cuerpo que ahora es

definido como intersexual y, por tanto, es indicador del peso del discurso biologicista binario en la configuración de la subjetividad.

Desde una perspectiva fenomenológica, Csordas (1994, 2002) sugiere que el cuerpo es el centro de la experiencia subjetiva y social, por lo que esta reconfiguración implica una reelaboración profunda de la relación entre el sujeto y su corporalidad. Asimismo, Le Breton (2010) enfatiza cómo el cuerpo es un espacio de significación, donde se proyectan valores culturales que influyen en la experiencia del yo, lo que puede explicarse con el relato de Lily:

Con el tiempo, empecé a decirme a mí misma “ok, soy intersexual”. También a la gente, “oye, es que soy intersexual”. A mis amigos primero, porque confiaba en ellos. Era una forma de cuidarme, de protegerme e ir adaptándome a lo que era mi nueva yo. (Lily, entrevista 2021)

Así, el “yo-binario perdido” no solo representa una pérdida simbólica, sino que también implica enfrentar sentimientos de desconexión, vulnerabilidad y duelo por la identidad previa. Este proceso de duelo, que Giddens (1991) vincula con la reflexividad del yo en escenarios de transformación identitaria, se agrava por la necesidad de realizar controles médicos frecuentes, afrontar cambios corporales y gestionar nuevas rutinas de cuidado. En este contexto, la agencia del sujeto se tensiona con las estructuras normativas que regulan su corporalidad (Mahmood, 2005, 2009), evidenciando la necesidad de construir nuevos marcos de sentido para sostener una identidad coherente, equilibrando las emociones y las exigencias de la vida cotidiana.

Yo recuerdo que los años posteriores [al diagnóstico] los viví así, con incertidumbre. Todo lo que se genera, es a nivel interno. Me decía a mí misma “ahora soy una persona rechazable, cualquiera que me conozca en profundidad me va a rechazar, así que tengo que fingir para que me quieran”. Eso es demoledor y acaba con toda tu identidad, en una edad tan temprana que acaba impregnando todo tu carácter, se profundiza, se acaba ampliando a todo a todo lo que eres. Antes de saberlo, yo me consideraba normal, pero después de esto, es como si hubiera matado a mi versión anterior, esa que vivía en paz. (Ana, entrevista 2023)

Esta narrativa revela cómo la ruptura del yo-binario está indisolublemente ligada a estructuras de reconocimiento social que validan o invalidan determinadas corporalidades. La persona experimenta su nueva condición no solo como una pérdida personal, sino como una devaluación radical de su capital simbólico y social, lo que Butler denominaría una “vida menos digna de ser llorada” (2009).

Desde esta perspectiva, el entorno sociocultural juega un rol central, ya que influye tanto en la forma en que las personas interpretan su diagnóstico como en cómo experimentan

sus emociones (Cabrera 2004, 2014, 2017). Según Lutz (1988), las emociones, a menudo vinculadas a la vulnerabilidad, se convierten en parte constitutiva de la subjetividad. En este contexto, las personas intersexuales deben enfrentar sentimientos como el temor, la angustia y la incertidumbre, mientras construyen herramientas para resignificar su identidad y su relación con el cuerpo.

Después, con el tiempo, *caché* que ser intersex no tenía por qué ser malo. Obvio que generó como un quiebre con mi versión anterior, pero no era algo horrible. Ya no era el hombre como el que me había criado, pero, la verdad es que nunca fui ese hombre. Así que sí, esa distancia con mi pasado lo hacía una oportunidad para mí, para ser lo que siempre había querido ser (Aldo, entrevista 2022)

La temporalidad juega un papel crucial en este proceso. Como señala Aldo: “Ya no era el hombre como el que me había criado, pero, la verdad es que nunca fui ese hombre”. Esta afirmación evidencia cómo la reconfiguración identitaria implica no solo una proyección hacia el futuro, sino una reinterpretación retrospectiva de la propia biografía, lo que De Lauretis (1987) denominaría una “tecnología del género” operando sobre la memoria y la narrativa personal.

Entonces, este proceso de reconstrucción identitaria posterior al diagnóstico implica entonces un trabajo afectivo y cognitivo extraordinario. No se trata simplemente de asimilar nueva información, sino de reconstruir las bases mismas de la inteligibilidad social del sujeto. En este sentido, la agencia que despliegan las personas intersexuales para resignificar su experiencia corporal constituye un acto profundamente político, incluso cuando no se articule explícitamente como tal.

El concepto del “yo-binario perdido” nos permite, además, cuestionar la aparente estabilidad de todas las identidades generizadas. Si el diagnóstico intersexual puede provocar tal ruptura epistémica, esto sugiere que toda identidad de género descansa sobre cimientos precarios que requieren un trabajo constante de reafirmación y performatividad, como bien señala Butler.

Esta perspectiva conecta con los planteamientos de autores como Halberstam (2011) sobre las temporalidades queer y Preciado (2002) sobre la necesidad de pensar más allá de las categorías normativas del sistema sexo-género. La ruptura del “yo-binario” no solo evidencia las limitaciones del binarismo, sino que abre espacios para imaginar modalidades alternativas de existencia corporal y subjetiva.

6. Lo “trans”

Siguiendo la lógica de los puntos previos, existe también una relación entre la intersexualidad y las identidades trans, las cuales se manifiestan de manera compleja y diversa, dependiendo de las experiencias individuales, los contextos socioculturales y las narrativas personales.

Algunas personas intersexuales encuentran afinidad con las categorías trans, pudiendo autoperibirse como “trans e intersexual”, mientras que otras las rechazan, argumentando que su experiencia es única y no puede ser subsumida bajo el paraguas de lo trans.

Para algunas personas intersexuales, identificarse como trans puede ser una estrategia para expresar su experiencia de incongruencia entre su cuerpo asignado y su identidad de género. Esto ocurre especialmente en casos donde las intervenciones médicas tempranas, como cirugías genitales o asignaciones de género, no correspondieron con su sentido interno de identidad. Al identificarse como trans, estas personas pueden reclamar su autonomía sobre su identidad y cuerpo, desafiando las decisiones impuestas por la medicina y las estructuras familiares.

Siempre había sentido una identidad masculina, pero no lo entendía, así que me sentía como cualquier niño trans, por ejemplo, era un caso que tenía más a mano, y que conocía más. Sabes que te pasa algo, que no te identificas con lo que te están diciendo que eres, pero no lo concibes entender, porque tienes 4 años y es muy pronto para entender algunas cosas. Ya al crecer, pues por mucho tiempo me entendí como trans. (Pablo, entrevista 2021)

Butler (2007[1990]) argumenta que las categorías de género son performativas y, por tanto, abiertas a resignificación. Desde esta óptica, identificarse como trans permite a las personas intersexuales navegar el sistema binario de género, incluso cuando lo hacen de manera crítica. En este sentido, la categoría “trans” puede ser una herramienta útil para visibilizar la resistencia al control médico y social de los cuerpos intersexuales. Además, la identificación como trans puede ofrecer acceso a redes de apoyo, activismo y comunidad que comparten luchas similares por la autodeterminación y el reconocimiento.

Respecto a la intersexualidad, son aspectos biológicos. Yo no me siento muy cómoda con esa identidad como base, es como dar respuestas concretas y básicas a lo que sentiste con tu cuerpo y que fue mucho más profundo. Porque, a veces hay gente que no quiere transitar de hombre a mujer o de mujer a hombre, porque la biología se “equivocó”, simplemente no le gusta estar en el cuerpo en el que está, que puede ser cualquiera, sea intersex o no. Por otro lado, hay personas intersexuales

que rechazan la identificación como trans, ya que perciben que lo trans y lo intersexual responden a dinámicas distintas. Mientras que lo trans generalmente implica un movimiento entre géneros o una transición de uno a otro, muchas personas intersexuales argumentan que su experiencia no radica en una transición, sino en una lucha contra la imposición inicial de un género que no les representa. Yo ahora decidí feminizarme, por eso prefiero ser trans, me hace sentir más cómodo esta identificación. (Karen, entrevista 2023)

Tal como señala Karen, y como afirma Dreger (1998), las personas intersexuales pueden rechazar lo trans porque consideran que su experiencia se relaciona más con el cuestionamiento de la normatividad médica y cultural sobre los cuerpos, más que con una búsqueda de transición entre géneros. En esta línea, Preves (2003) destaca que, para algunas personas intersexuales, la prioridad no es desafiar el género asignado, sino deslegitimar la patologización de la intersexualidad como condición que debe ser “arreglada”.

Desde una perspectiva más reciente, Malatino (2019) argumenta que la intersexualidad y la transgeneridad comparten una historia de medicalización y control normativo, pero que no necesariamente deben ser comprendidas como experiencias idénticas. Mientras que lo trans muchas veces implica una reivindicación de autodeterminación frente a una identidad impuesta, lo intersexual en muchos casos representa una lucha contra la intervención y el borrado de la diversidad corporal.

Por otra parte, siento que se está uniendo mucho el tema trans con lo intersex, eso genera un poco de confusión. Yo creo que no debería ser así, porque no somos todas personas intersex, trans. Yo creo que mucha gente deja el activismo porque no se identifica trans. No pasamos por los mismos hitos. Unos quieren cambiarse el cuerpo, a nosotros nos cambiaron el cuerpo. (Nico, entrevista 2022)

La gente que me conoce piensa automáticamente, piensan que yo soy trans, me dicen “eres trans” y yo, “no, yo no soy trans”. O sea, yo no decidí ser de esta manera, yo nací de esta manera; con una anatomía de hombre y mujer. No fue una decisión mía. (Gema, entrevista 2022)

Bueno, yo primero pensaba que era una mujer trans, pero resulta que no soy una mujer trans, soy una persona intersexual y hay mucha diferencia. Soy una mujer porque biológicamente tengo cosas de mujer, no me transformé en una. Entonces, una persona intersexual puede ser hombre y mujer, pero al mismo tiempo presentar rasgos de hombre y mujer a la vez, genéticamente, biológicamente, cromosómicamente o de muchas maneras. (Flor, entrevista 2022)

Rechazar lo trans también puede ser una forma de reivindicar una identidad autónoma que no depende del binarismo de género ni de los marcos discursivos trans. Esto se refleja en el testimonio de activistas intersexuales, quienes subrayan que su lucha no es por ser

reconocidos como hombres o mujeres trans, sino por desnaturalizar las intervenciones médicas no consensuadas y promover una comprensión más inclusiva de la diversidad corporal y de género.

Yo no pedí esto, pero si volviera a nacer y me dicen si quiero nacer así, ahí si lo pido y tú ¿sabes por qué? Porque le voy a seguir enseñando esa gente que está allá afuera qué es ser intersex, porque tienen que entender que yo soy así, que yo nací. No fue que yo me levanté y dije “yo hoy quiero ser intersexual, porque me siento así, hoy me siento hombre, hoy me siento mujer, no...yo nací así”. Yo no soy trans. (Gema, entrevista 2022)

Yo que no soy activista reconocido, si hago mi propio activismo, porque voy por ahí diciendo lo que soy y tratando de aplacar y disminuir el ruido de la ignorancia de muchas personas que utilizan frases como ser hermafrodita es ser intersexual, o ser transexual, como si todo fuese lo mismo. (Flor, entrevista 2022)

Es posible subrayar que estas diferencias no son dicotómicas, sino que representan un continuo de experiencias y narrativas en constante negociación. Kulick (1998) menciona que las identidades de género, lejos de ser categorías fijas, están profundamente influenciadas por contextos culturales, políticos y económicos. En muchos casos, las personas intersexuales transitan entre categorías, apropiándose de algunas mientras rechazan otras, dependiendo de cómo estas se ajusten a su historia personal y a sus objetivos políticos.

A mí me pasa comúnmente que en distintos espacios piensan que soy trans, y tengo que explicar que yo no soy trans, porque los trans eligen, ellos deciden hacer el tránsito. En mi caso, yo nací así, solo he sido mujer porque mi cuerpo lo permite, aunque genéticamente sea hombre. De poder serlo, sí, podría ser trans, pero hoy no lo soy. (Gema, entrevista 2022)

Los diversos posicionamientos frente a la categoría “trans” —desde la identificación estratégica de Pablo hasta el rechazo explícito de Gema— ilustran lo que Brubaker y Cooper (2000) denominan el “trabajo identitario”: un proceso activo de negociación donde los sujetos no simplemente adoptan identidades preexistentes, sino que las reinterpretan y transforman. Sin embargo, estos posicionamientos no pueden entenderse como meras elecciones individuales; están profundamente arraigados en contextos sociohistóricos específicos. En Chile, donde el movimiento trans ha ganado visibilidad significativa en la última década (Barrientos, 2016), pero donde también persisten discursos medicalizantes sobre la intersexualidad (Gregori, 2015), la relación entre lo trans y lo intersexual se convierte en un terreno de disputas no solo personales sino también políticas. Esto evidencia lo que Kulick (1998) describe como la

“contextualización cultural de las identidades de género”, pero también nos invita a desarrollar lo que podríamos llamar una “antropología de las intersecciones identitarias”, que analice cómo categorías como “trans”, “intersexual”, “hombre” o “mujer” son no solo habitadas, sino también transformadas por personas cuyas experiencias desafían las clasificaciones hegemónicas.

En la línea de las “variaciones del femenino” que describe de Souza (2014) en la Paraíba, es posible pensar la intersexualidad como otro circuito interconectado de prácticas y sociabilidades que redefinen los cuerpos fuera de la normatividad binaria. Así como travestis y transformistas emplean la mimesis y la visibilidad en mercados sexuales, concursos de belleza y redes activistas para disputar significados de feminidad, las personas intersexuales también tejen territorios de resistencia que trascienden la imposición médico-biológica. En este sentido, la intersexualidad puede entenderse como un espacio estratégico donde se articulan narrativas corporales propias—no simplemente una “variación” dentro de un continuum trans, sino un modo de existencia que problematiza las taxonomías estatales y médicas—mostrando, al igual que en los circuitos estudiados por Nascimento, una pluralidad de insurgencias identitarias y performatividades situadas (de Souza Nascimento, 2014).

Propongo, entonces, lo que podríamos llamar una “desobediencia taxonómica”: el rechazo a encajar perfectamente en categorías importadas y la creación de identificaciones fronterizas que respondan a genealogías locales. Esta perspectiva dialoga con lo que Rivera Cusicanqui (2010) denomina “ch'ixi” —ni lo uno ni lo otro, sino algo que participa de ambos sin mezclarse completamente— y nos permite comprender por qué algunas personas entrevistadas rechazan identificarse simplemente como “trans” o “intersexual”, y en cambio desarrollan articulaciones identitarias específicas que responden a sus trayectorias personales y a tradiciones locales de transgresión de las normas corporales y de género.

7. Reflexión de cierre: Cuerpos, sexualidades e identidades en la experiencia intersexual cotidiana

El análisis etnográfico de las experiencias intersexuales en la adultez revela que la gestión de lo cotidiano constituye un campo fundamental donde se negocian, reproducen y

subvierten las relaciones de poder que determinan la corporalidad, el género y la sexualidad. A diferencia de la gestión médico-institucional analizada en el capítulo anterior, que se centraba en las relaciones con los sistemas de salud y sus dispositivos de normalización, el ámbito de lo cotidiano permite comprender cómo las personas intersexuales construyen subjetividades en la intimidad, en las relaciones sexoafectivas y en los espacios de sociabilidad ordinaria.

En el contexto chileno, ser mujer no solo implica una apariencia externa determinada, sino que está intrínsecamente vinculado a la capacidad reproductiva. La ausencia de esta función biológica genera un conflicto profundo en la autopercepción de muchas mujeres intersexuales entrevistadas. Como lo articula Flor (2022): “Nunca voy a tener hijos y hasta decirlo me da pena... hoy soy una mujer completa, pero no del todo completa sin la maternidad”.

Este testimonio revela cómo la maternidad trasciende la experiencia personal para constituirse en un mandato de género que estructura la identidad femenina y determina su valoración dentro del sistema patriarcal. Esta experiencia es compartida por Yuri (2023), cuya imposibilidad de concebir impacta directamente en su autopercepción como mujer. Ambos casos ilustran cómo las normas culturales asociadas a la feminidad no solo regulan a las mujeres cisgénero, sino que también condicionan la experiencia intersexual.

La maternidad se configura, así como un eje fundamental de validación identitaria, reforzando el control normativo sobre los cuerpos intersexuales (Preves, 2003; Butler, 1993).

De manera paralela, la identidad masculina intersexual está igualmente condicionada por expectativas de masculinidad vinculadas a la fertilidad y la capacidad de penetración. La percepción de un cuerpo masculino incompleto o inadecuado debido a diferencias genitales intensifica el estigma sobre la virilidad. La ausencia de relatos masculinos intersexuales puede explicarse, en parte, por el peso de la norma cultural que vincula indisolublemente masculinidad con funcionalidad genital y capacidad reproductiva (Connell & Messerschmidt, 2005).

El concepto de *habitus* de Bourdieu (1977[1972]) nos permite comprender cómo estas **disposiciones encarnadas**, aunque profundamente internalizadas, no son inmutables. Por el contrario, son susceptibles de transformación a través de la experiencia y la resistencia. Sin embargo, la experiencia intersexual revela limitaciones en este marco teórico. Lily

(2021) describe elocuentemente cómo su percepción corporal evolucionó con el tiempo, transitando desde una autoconciencia abyecta hacia una apropiación política de su identidad intersexual. Este proceso ilustra lo que he conceptualizado como el “yo-binario perdido”: la ruptura abrupta con la identidad de género previamente construida tras la revelación del diagnóstico intersexual.

Continuando con el caso de Lily (2021), ella caracteriza su experiencia como una crisis existencial. El descubrimiento de su intersexualidad desencadenó un cuestionamiento radical de su identidad de género. Este proceso se asemeja a lo que Lutz (1988) conceptualiza como “emociones culturalmente situadas”. La angustia y el alivio no constituyen meras respuestas individuales, sino que emergen de estructuras sociales que determinan qué cuerpos e identidades son considerados legítimos.

No obstante, la desesperación inicial surge de la ruptura con la identidad previamente construida. Con el tiempo, numerosas personas intersexuales resignifican su experiencia como una oportunidad de autodefinición. Aldo (2022) señala que, aunque la intersexualidad alteró significativamente su autopercepción, también le permitió reconsiderar profundamente lo que significa ser hombre.

Esta transformación subjetiva ejemplifica el concepto de agencia propuesto por Ortner (2006). Sin embargo, este hallazgo desborda los marcos bourdieanos clásicos que tienden a enfatizar la reproducción del *habitus* por sobre la transformación. La experiencia intersexual muestra rupturas abruptas y reconfiguraciones radicales que no se ajustan al modelo gradual de incorporación de disposiciones.

Las categorías de **disposiciones encarnadas y actos de legitimación/subversión** ofrecen un marco para mapear las tensiones entre internalización y resistencia. No obstante, la etnografía muestra su recursividad simultánea. Ana (2023) confiesa que “durante años sentí que debía compensar mi diferencia para que no se notara en mi cuerpo”. Este gesto de performatividad butleriana legitima el binarismo para obtener aceptación.

Sin embargo, en espacios de activismo, Ana alude a la subversión de esas mismas normas. Este vaivén entre reafirmar y cuestionar las normas en contextos diferentes desborda la idea de categorías secuenciales. Se observan actos fracturados que no encajan en dicotomías discretas de conformidad y rebeldía.

Por su parte, la **reconfiguración corporal y las prácticas de autoconstrucción** ejemplifican cómo la materialidad del cuerpo impone límites que la teoría discursiva a

menudo no capta. Karen relata su depilación láser como parte de su feminización voluntaria. Esta práctica pone en acción las tecnologías del yo de Foucault, pero también expone la desigualdad de acceso a tratamientos que no todas las personas intersexuales pueden costear.

Esta tensión entre agencia y condición socioeconómica revela un desborde del modelo de justicia de reconocimiento. La redistribución de recursos —como plantean Platero (2020) o Fraser (1997)— resulta indispensable para que la autoconstrucción no sea un privilegio de clase.

El erotismo emerge como otro espacio crucial donde las personas intersexuales reconfiguran su relación corporal. La experiencia de Cami (2021) ilustra esta complejidad: “Recuerdo que inclusive apropiarme de mi propio cuerpo, onda la masturbación, era un espacio donde más que placer, me salía el llanto y me paralizaba”. Este testimonio muestra cómo la vergüenza y el trauma median la experiencia del deseo.

Sin embargo, otras personas como Yuri describen procesos de redescubrimiento y reconexión con su corporalidad a través del apoyo comunitario. El desborde teórico radica aquí en comprender que el *embodiment* intersexual no es solo una experiencia de vulnerabilidad ante la norma. También constituye un campo de experimentación donde emergen posibilidades corporales que exceden las taxonomías binarias.

A su vez, el análisis se complejiza al comprender que estas reconfiguraciones trascienden el campo de lo material. El lenguaje se erige como una herramienta performativa clave para definir y habitar categorías como “mujer”, “hombre”, “intersexual” o “trans”. En este proceso, algunas personas intersexuales, como Yuri (2023), describen el acto de afirmar “soy intersexual” como un ejercicio de “soberanía corporal lingüística”.

Esta práctica desborda el léxico médico impuesto y abre espacios para una identidad legítima en sí misma. Otras, como Karen (2023), abrazan términos trans para articular su feminidad deseada. La adopción de estos nombres también refleja desigualdades en el acceso al capital cultural. No todas disponen de redes o recursos que faciliten el aprendizaje y la validación de nuevos lenguajes identitarios.

Esto evidencia que la construcción del yo a través del lenguaje es tanto un acto emancipador como una práctica condicionada por factores socioeconómicos. Aquí, la noción misma de 'autoconstrucción identitaria' —que presupone un sujeto autónomo capaz de definirse reflexivamente— está profundamente arraigada en la modernidad

occidental. Sin embargo, su universalidad queda cuestionada por la estratificación sociocultural chilena.

En este contexto, surge una reflexión interesante sobre el concepto de “secreto”. En la infancia y adolescencia, este operaba como un silenciamiento impuesto por profesionales y familias. En la vida cotidiana adulta, se reconfigura como una herramienta de gestión estratégica de la visibilidad.

Aldo (2022) decidió que su diagnóstico era “algo sumamente íntimo, donde revelarlo no era una obligación, sino una decisión profundamente meditada”. Esta transformación del secreto, de imposición externa a decisión estratégica, evidencia cómo las personas intersexuales desarrollan tácticas para navegar entornos sociales potencialmente hostiles.

Respecto a las **tramas de afecto y poder**, la teoría butleriana sobre performatividad y la noción de violencia simbólica de Bourdieu (1988) describen el marco general. Sin embargo, no capturan la riqueza de las micropolíticas afectivas que emergen en cada vínculo.

Yuri (2023) explica cómo, tras el rechazo de su primer novio, anticipó que todos repetirían ese patrón y se alejó de relaciones heterosexuales. Esta anticipación emocional es un aspecto que las teorías lineales de sujeto agente pasan por alto. La etnografía muestra que las emociones no solo reproducen estructuras, sino que pueden convertirse en afectos críticos que articulan nuevas solidaridades y estrategias de cuidado mutuo.

Este aspecto demanda un enfoque teórico más situado y relacional. No obstante, la etnografía también muestra cómo estas mismas tramas afectivas pueden convertirse en espacios de resistencia y transformación. Yuri (2023), mediante la difusión de su experiencia personal y la participación en comunidades de apoyo, resignificó su relación con su propio cuerpo y con los demás.

Este proceso ilustra lo que Ahmed (2004) conceptualiza como la “política cultural de las emociones”. Los afectos no son estados internos, sino prácticas sociales que pueden reproducir o desafiar estructuras de poder. La transformación de la vergüenza en orgullo, del silencio en testimonio público, o del aislamiento en comunidad, representa una reconfiguración activa de las tramas de afecto y poder.

En esta línea, a diferencia de la gestión médico-institucional, donde el afecto operaba principalmente en relaciones asimétricas profesional-paciente, en lo cotidiano estas

tramas configuran relaciones sexoafectivas, amistades y otros vínculos donde la intersexualidad se negocia constantemente.

Sería simplista presentar estas reconfiguraciones afectivas como procesos lineales de emancipación. La etnografía revela profundas ambivalencias y contradicciones, especialmente en la esfera íntima. Nico (2022) describe la paradoja de buscar validación en relaciones sexoafectivas que simultáneamente teme por el potencial rechazo: “Quería ser deseada por *cabros*⁶⁸ a quienes me daba mucha vergüenza mostrarme”.

Estas ambivalencias evidencian lo que podríamos denominar el “excedente experiencial” de las tramas afectivas intersexuales. Este excedente desborda los marcos teóricos binarios de opresión/resistencia. La experiencia intersexual en el ámbito íntimo revela cómo el deseo, el miedo, la vergüenza y el orgullo pueden coexistir y entrelazarse de maneras que desafían las categorizaciones simples.

Un hallazgo crucial es que estas categorías no operan secuencialmente, sino que configuran un entramado simultáneo y dinámico (Figura 28). Los procesos de reconfiguración corporal, por ejemplo, no son posteriores a las disposiciones encarnadas. Coexisten con ellas en una relación de tensión productiva.

Esta simultaneidad revela las limitaciones de los modelos teóricos que tienden a establecer relaciones causales lineales entre estructura y agencia, o entre incorporación y resistencia. Los hallazgos tensionan varios conceptos centrales de los estudios de género contemporáneos.

El concepto bourdiano de *habitus* (Bourdieu, 1977[1972]) resulta insuficiente para comprender trayectorias donde la ruptura con esquemas corporales previos es abrupta y radical. La noción butleriana de performatividad (Butler, 2007[1990]) requiere reformulación cuando la “subversión” de género no es una elección política sino una imposición diagnóstica que posteriormente puede ser resignificada.

Los marcos de agencia que privilegian la resistencia consciente, como los planteados por Scott (1985), no capturan la complejidad de estrategias como la gestión selectiva del secreto o la identificación parcial con categorías normativas.

A partir de estos hallazgos, propongo el concepto de “agencia intersexual situada”. Este concepto dialoga con los planteamientos de Mahmood (2005, 2009) sobre agencia como

⁶⁸ Chicos, hombres, jóvenes.

capacidad de acción dentro de normas, pero específica las modalidades particulares que emergen de la experiencia intersexual, como se puede evidenciar en el último cuadrante del siguiente rizoma:

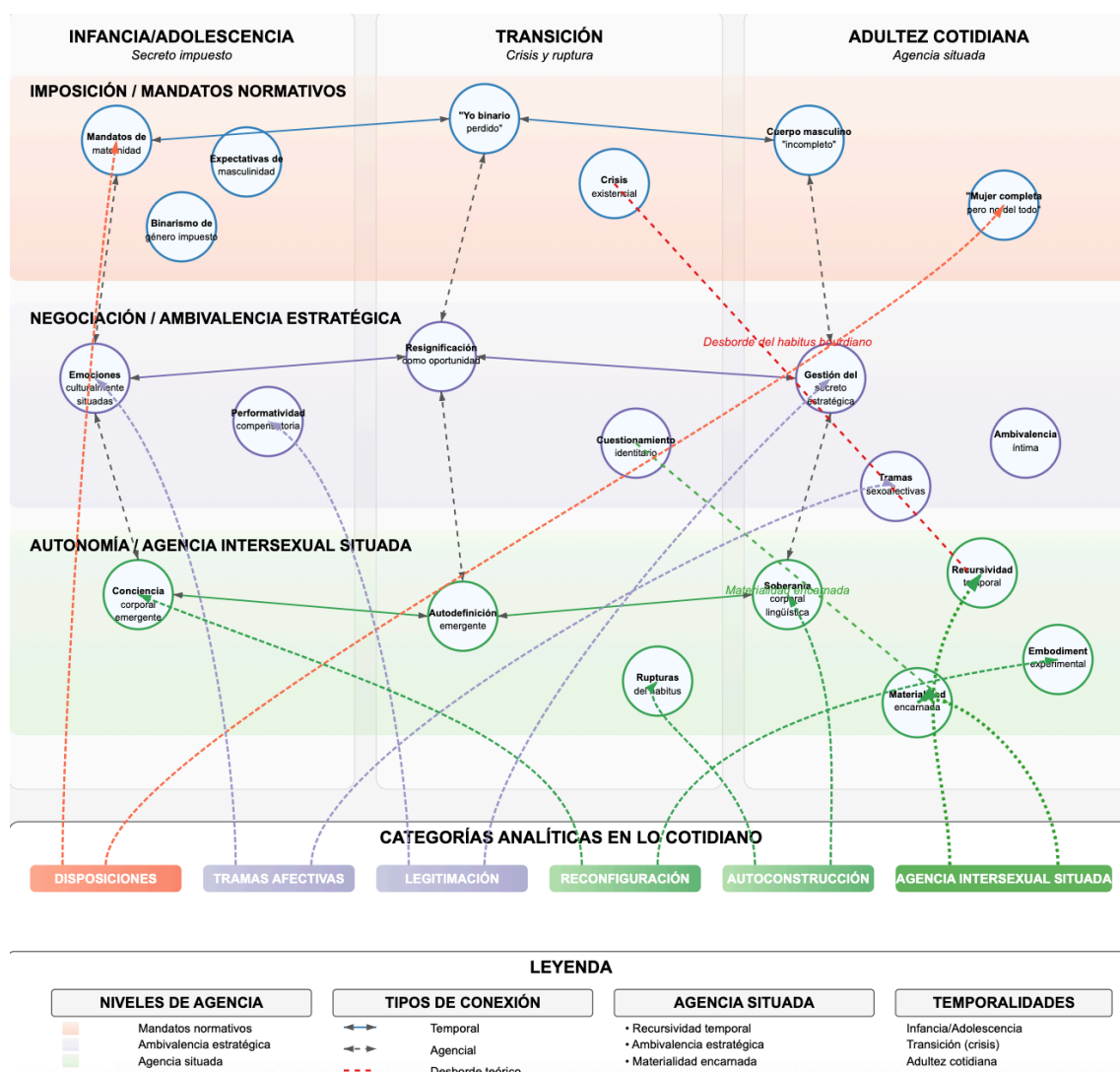


Figura 28: Cuerpos, sexualidades e identidades en la experiencia intersexual cotidiana. Elaboración propia ⁶⁹

Esta agencia se caracteriza por tres dimensiones principales:

- **Recursividad temporal:** La agencia intersexual opera simultáneamente hacia el pasado (reinterpretando la biografía), el presente (gestionando la cotidianidad) y el futuro (imaginando posibilidades alternativas). No es lineal sino recursiva,

⁶⁹ Representa cómo las personas intersexuales construyen sus cuerpos, sexualidades e identidades en lo cotidiano a través de un entramado simultáneo y no lineal que incluye: disposiciones encarnadas heredadas, actos ambivalentes de legitimación/subversión según contextos, reconfiguraciones corporales materiales, tramas afectivas complejas (especialmente en relaciones íntimas), y prácticas de autoconstrucción identitaria. Muestra que estas dimensiones coexisten y se modifican mutuamente, configurando una "agencia intersexual situada" caracterizada por la recursividad temporal, la ambivalencia estratégica y el reconocimiento de la materialidad corporal y los recursos disponibles.

donde cada dimensión modifica a las demás. Esto desafía la temporalidad progresiva que Halberstam (2005) identifica en las narrativas normativas de desarrollo.

- **Ambivalencia estratégica:** En lugar de buscar coherencia identitaria, esta agencia abraza la ambivalencia como recurso político. Permite habitar múltiples categorías simultáneamente o rechazarlas según contextos específicos. Opera lo que Bhabha (1994) conceptualiza como “espacios intersticiales” que desestabilizan las autoridades culturales dominantes.
- **Materialidad encarnada:** Reconoce que la agencia está siempre mediada por las posibilidades y limitaciones materiales del cuerpo, así como por los recursos socioeconómicos disponibles para modificarlo o habitarlo de maneras alternativas. Esto conecta con los planteamientos de Fraser (1997) sobre la necesidad de articular justicia de reconocimiento y justicia redistributiva.

Capítulo IX

Encuentros, desencuentros y desafíos identitarios en el activismo

La infrapolítica de los grupos subordinados se encuentra, por definición, a mitad de camino entre la aceptación abierta y directa de su subordinación, por un lado, y la rebelión declarada, por el otro.

(Scott, 1990, s.p)

1. Del silencio a la resignificación: Tensiones en la construcción discursiva de la identidad intersexual

El lenguaje es fundamental en la construcción de la identidad, ya que permite a los individuos nombrar y dar sentido a sus experiencias (Butler, 2007[1990]). En el caso de las personas intersexuales, la ausencia de un lenguaje accesible y común puede dificultar la comprensión y comunicación de sus vivencias. Este vacío lingüístico está profundamente arraigado en estructuras normativas que han silenciado las experiencias intersexuales, subordinándolas a discursos médicos que priorizan la patologización sobre la diversidad de narrativas personales (Davis, 2015).

Siguiendo la perspectiva de Bourdieu (1991) respecto a la “violencia simbólica”, este fenómeno se puede presentar por medio de un lenguaje dominante que limita la capacidad de los individuos para articular su agencia y definir sus propias realidades. Esto también puede vincularse con el concepto de “poder disciplinario” de Foucault (2007[1976]), donde las instituciones médicas, educativas y legales regulan cuerpos e identidades dentro de un marco normativo. Frente a estas restricciones, algunas personas intersexuales entrevistadas suelen desarrollar nuevas formas de expresión que transforman su experiencia en un acto político y colectivo (Preciado, 2008).

Este proceso de resignificación lingüística no se limita al uso de palabras; también abarca gestos, narrativas visuales y actos performativos que cuestionan la idea de que solo lo nombrado existe. Por ejemplo, los movimientos intersexuales globales han introducido términos como variaciones en las características sexuales o han resignificado el acrónimo

DSD, cambiando “Desórdenes” por “Diferencias” (*Differences of Sex Development*). Estas alternativas no solo buscan desafiar el lenguaje médico, sino también crear categorías que reflejen las experiencias y luchas de las personas intersexuales.

De esta forma, si bien, en los últimos años, el activismo intersexual ha desempeñado un papel clave en la visibilización y resignificación de las experiencias intersexuales a través de su acción colectiva y ha politizado el concepto de “ser intersexual”, transformándolo en una categoría que trasciende los diagnósticos médicos y se consolida como una identidad social y cultural, lo que, según Cabral (2017, p.2506), ha sido un trabajo por “despatologizar los cuerpos intersexuales, trasladando el foco de la 'anormalidad médica' hacia una diversidad corporal legítima”, este proceso de homologación de experiencias también presenta tensiones.

Dreger (1998) advierte que al intentar unificar experiencias diversas bajo el término “intersexual”, se corre el riesgo de invisibilizar las diferencias individuales y las particularidades de cada caso. Así también lo afirma Preves (2003), señalando que la experiencia de las personas intersexuales no puede ser completamente comprendidas sin considerar las estructuras sociales que moldean sus vidas.

Estas tensiones subrayan la complejidad de articular una identidad colectiva en un contexto que privilegia las categorías estándar. Más allá del reconocimiento legal y social, el activismo intersexual también se enfoca en cuestionar las categorías binarias y normativas del sexo y el género (Garland-Thomson, 2009), lo que, en algunas ocasiones, más que unión real y práctica ha traído exclusiones no intencionadas.

2. “Nos falta lenguaje para describir nuestra intersexualidad”: Caminos colectivos y/o individuales

La antropología reconoce que la identidad es un proceso negociado en múltiples niveles. Para las personas intersexuales, el acto de nombrarse —o no nombrarse— intersexual implica una interacción constante entre las trayectorias individuales y los marcos colectivos. Este proceso puede ser entendido a través del concepto de “agencia estructurada” de Ortner (2006), que sugiere que las decisiones individuales están moldeadas por las posibilidades y limitaciones del contexto social, donde el sujeto negocia constantemente su lugar en el mundo en interacción con otros.

Desde esta perspectiva, la lucha por nombrar la intersexualidad no es únicamente un ejercicio lingüístico, sino una reivindicación ontológica: una afirmación de existencia. La creación de un lenguaje común y colectivo para las personas intersexuales no solo facilita la articulación de demandas, sino que también permite reconfigurar las nociones sociales sobre corporalidad y diversidad.

Para algunas personas entrevistadas, el descubrimiento y la afirmación de su intersexualidad surgió a través del contacto con comunidades intersexuales o movimientos sociales afines, donde encontraron un espacio para el reconocimiento y el intercambio de experiencias comunes (Karkazis, 2008).

En este sentido, Mauro Cabral, activista argentino, define la intersexualidad desde una perspectiva política y social, enfatizando la violencia médica e institucional sufrida por las personas intersexuales. Una entrevistada comparte su experiencia de identificación con las palabras de Cabral:

A mí me gusta esta definición de Mauro Cabral [activista argentino], te la leo, porque la saqué de internet y la traje hoy. Venía preparada (ríe) “¿Quiénes son los intersexuales? Cualquiera que haya nacido con un cuerpo sexuado distinto al ‘promedio’ femenino o masculino, y en particular quienes fueron sometidos a intervenciones médicas para corregirlo, quienes han sido y son violentados por el maltrato familiar, social e institucional de esta distinción. ¿Dónde están? En todas partes. ¿Cómo se les reconoce? No se los reconoce, pasan inadvertidos entre la gente porque son esa gente: la vecina heterosexual, el cura dando misa, el gay que se da la mano con su pareja, el conocido del bar, la cuñada de alguien. Cualquier persona pudo haber nacido con un clítoris ‘muy largo’ o un pene ‘muy corto’, con testículos que no descendieron o con ovotestes, sin vagina, con el agujerito para orinar al costado en la base del pene, con cromosomas XXY o XO, con alguno de los múltiples cuerpos sexuados que la medicina nombró primero en la lengua de los “síndromes” y que ahora nombra en la de los “trastornos”. Yo siento que sus palabras activistas a mí me hicieron mucho sentido, me hicieron reconocermé en ese texto, en esa vivencia compartida, según lo que él dice. (Cami, entrevista 2021)

La identificación de Cami con las palabras de Cabral no es solo un acto de reconocimiento, sino un proceso de subjetivación donde el lenguaje moldea su autopercepción y pertenencia.

Por otro lado, la performatividad de la identidad intersexual se articula en la manera en que las personas aprenden a amar sus cuerpos y a reclamar su existencia en un mundo que patologiza sus corporalidades:

Entonces, claro, cuando ves que gente del movimiento político se ama, se reivindica, tú dices *¡chucha!*, sí que puedo gustar, así como soy, es que me gusto como soy, perdón. Me gusto como

soy, y a quien no le guste, que se vaya a la mierda. Aprendes a relacionarte con tu cuerpo, amar tu cuerpo, aprendes a decir: “soy una persona intersexual y amo mi cuerpo”. Funciona cuando ves a otra que lo dice y lo practica, pero es difícil cuando estás sola con tus pensamientos. (Ana, entrevista 2023)

Aquí se observa cómo la colectividad facilita la resignificación del cuerpo intersexual como un espacio de resistencia, en contraposición a los discursos médicos que buscan corregirlo. Foucault (2007[1976]) argumenta que el poder se ejerce sobre los cuerpos a través de regímenes discursivos que los disciplinan. En este sentido, el activismo intersexual puede interpretarse como una forma de contraconducta que desafía la biopolítica médica.

No obstante, para algunas personas intersexuales, la visibilidad no solo es un medio de empoderamiento personal, sino una estrategia política para generar cambios sociales. Nico expresa su deseo de que su hermano sea una “cara visible” del movimiento:

Para mí, el tema del activismo es una forma como de visibilizar y de poder también abrirnos puertas en distintos lugares, oportunidades. A mí me gustaría que mi hermanito [niño intersexual] quedara como cara visible, que contara su historia, porque él tiene una personalidad inmensa y le encanta decir por lo que ha pasado, eso podría ayudarle a otras familias a entender. (Nico, entrevista 2022)

Esta perspectiva se alinea con la noción de “comunidades imaginadas” de Anderson (1983), que sostiene que las comunidades no requieren proximidad física, sino una narrativa compartida que les otorgue cohesión. El activismo intersexual crea un espacio simbólico donde las experiencias individuales adquieren un sentido colectivo.

No obstante, la accesibilidad a estos espacios no es homogénea. Factores geográficos y tecnológicos pueden condicionar la participación en redes activistas⁷⁰.

Yo sigo todo lo que hacen IntersexualesChile por el Instagram, los videos que suben, la información que difunden, toda la *volá*, pero nunca he estado con ellos, porque yo vivo acá donde el *diablo perdió el poncho* y *pa’* eso hay que estar en Santiago (ríe). (Chuli, entrevista 2022)

Este relato ilustra las desigualdades estructurales en el acceso a la comunidad intersexual. Según Fraser (1997), la justicia social no solo implica redistribución económica, sino también reconocimiento cultural. La exclusión geográfica puede convertirse en una barrera para el reconocimiento y la integración dentro del activismo intersexual.

⁷⁰ Más información en Capítulo II y Capítulo V.

Las desigualdades estructurales que caracterizan a la sociedad chilena configuran condiciones materiales radicalmente distintas para la participación activista. El testimonio de Chuli, quien afirma seguir al movimiento por Instagram, pero sin poder participar presencialmente porque vive 'donde el diablo perdió el poncho', revela cómo la geografía del activismo intersexual reproduce las lógicas centralistas del Estado chileno, concentrando sus actividades en Santiago. Este centralismo no es casual sino parte de un patrón histórico de distribución desigual de recursos y oportunidades, donde las regiones periféricas quedan sistemáticamente excluidas de los espacios de articulación política.

En este contexto, la decisión de 'no activar' puede interpretarse como el resultado de barreras materiales concretas: distancias geográficas, costos de traslado, tiempo disponible tras largas jornadas laborales, o incluso acceso desigual a internet y redes sociales.

El modelo neoliberal chileno, caracterizado por la precarización laboral y la privatización de servicios esenciales, exige de muchas personas intersexuales estrategias de supervivencia que dejan poco espacio para la militancia formal. En este sentido, la 'activación' política se convierte en un privilegio al alcance de quienes disponen de ciertos capitales económicos, culturales y sociales, lo que explica por qué el activismo intersexual chileno, como muchos otros movimientos, tiende a estar conformado mayoritariamente por personas con acceso a educación superior y residencia en áreas urbanas centrales.

En estos contextos, particularmente en regiones donde el acceso a redes comunitarias o activistas es limitado, esta experiencia puede vivirse de manera profundamente individual. En el sur de Chile, por ejemplo, algunas personas relatan que, aunque internet y las redes sociales pueden facilitar el conocimiento sobre las consignas del activismo intersexual, el acceso a estas herramientas no es uniforme ni garantiza una participación activa en las discusiones virtuales. Factores como la falta de infraestructura tecnológica, el tiempo disponible o incluso el desinterés por las dinámicas digitales afectan la manera en que se vinculan con el activismo:

Yo igual ya estoy vieja como para meterme a internet y seguir toda la movida. Además, que no tengo Instagram, con suerte tengo Facebook y, además, no tengo tanto tiempo para eso. Entre la pega y la familia, no es algo que me interese. (Xavi, entrevista 2022)

A mí no me gustan las articulaciones por internet, me gustan las cosas en vivo, porque siento que es distinto. Como que siento que no me puedo involucrar mucho en las cosas de la virtualidad, hay

muchas cosas que me molestan. Hay situaciones de privilegios de los que no son conscientes y me gusta concientizarlo, y eso a la gente no le gusta. Sobre todo, entendiendo que yo soy de aquí (Sur de Chile). (Chuli, entrevista 2022)

En estos casos, la búsqueda de un lenguaje propio para nombrar y resignificar el cuerpo puede ser un camino solitario, marcado por la introspección y la construcción de sentido a partir de la experiencia personal más que del colectivo. Turner (1967) describiría estas vivencias como estados liminales, en los cuales las personas intersexuales se encuentran entre categorías sociales establecidas, sin una posición claramente definida dentro del marco normativo de género y sexualidad. Esta “indefinición” muchas veces obliga a construir una identidad en aislamiento, sin referencias comunitarias directas:

A veces hay personas que me han escuchado de que me identifico como persona intersexual, y me han *apañado* como a conocer a otras personas intersexuales, pero muy por la virtualidad, nunca he estado con otra persona intersexual, así como: “oye, yo me identifico también intersexual” No, con nadie más. Entonces, ha sido un camino sola el ir armando lo que soy. (Chuli, entrevista 2022)

En este sentido, la agencia no se expresa únicamente en términos de resistencia colectiva, sino también en prácticas individuales de significación. Por ejemplo, algunas personas optan por asumir un rol pedagógico dentro de sus entornos inmediatos, desafiando los discursos dominantes sin necesariamente inscribirse en movimientos formales:

Yo no soy activista, no estoy en la organización, pero sí tengo mi propia *pega*, que es ir por ahí diciendo lo que soy yo, yo solo, tratando de aplacar y disminuir el ruido de la ignorancia de muchas personas que utilizan frases como ser hermafrodita es ser intersexual o es ser transexual, como si todo fuese lo mismo. Algunas personas dicen que no existimos o que lo de las redes sociales es un *bot*, y yo ahí salto y digo, no *po'*, si yo estoy aquí, yo existo. (Flor, entrevista 2022)

El testimonio de Flor ilustra cómo la visibilización cotidiana puede funcionar como una forma de micropolítica que desafía la invisibilización y el silenciamiento de las experiencias intersexuales. Estas prácticas de “activismo cotidiano” (Mansbridge & Flaster, 2007) o “activismo ordinario” (Aizura, 2006) evidencian que la transformación social no ocurre únicamente en espacios formalmente políticos, sino también en interacciones diarias donde se cuestionan ideas normativas sobre el cuerpo y el género.

Asimismo, la articulación de redes informales de apoyo entre personas intersexuales, como las que menciona Chuli al referirse a contactos virtuales, constituye una forma de “infrapolítica” (Scott, 1990) que, aunque menos visible que el activismo formal, genera espacios de reconocimiento y solidaridad que pueden ser cruciales para quienes no acceden a organizaciones formales.

Estas prácticas alternativas de activación no deberían interpretarse como menos políticas o transformadoras que el activismo organizado. Por el contrario, como sugiere Parrini (2018) desde el contexto latinoamericano, estas “políticas de lo ordinario” pueden constituir formas especialmente efectivas de resistencia en contextos donde los espacios formales de participación política están limitados por factores estructurales como la geografía, la clase o el acceso a capital cultural

Desde la perspectiva de Turner (1967), estas experiencias pueden considerarse estados liminales, donde la persona intersexual no encaja completamente en las categorías sociales predefinidas y debe construir su identidad en aislamiento. La resistencia individual de Flor desafía los discursos que niegan la existencia de personas intersexuales y demuestra cómo la agencia puede ejercerse fuera de los marcos colectivos.

De esta forma, si bien las narrativas colectivas ayudan a transformar experiencias de exclusión en fuentes de empoderamiento político y cultural, las tensiones entre lo individual y lo colectivo persisten. Gran parte de las personas entrevistadas expusieron no sentirse representadas por las definiciones adoptadas por los movimientos, lo que refuerza la idea de que la identidad intersexual es plural y en constante evolución.

Cuando me enteré de mi condición pensé que yo era la única en este mundo que había nacido de esa manera. Al pasar los años información comenzó a salir en el internet y más me daba cuenta de que no estaba sola. Sin embargo, nunca considere que mi condición fuera parte de la comunidad LGBTIQ+ hasta hace dos años atrás. Seguí investigando y me di cuenta que nosotros también formamos parte de esa comunidad. Existen acciones dentro de la comunidad con las cuales no estoy de acuerdo. Pero me considero parte de ella. Es como todo, por ejemplo, puede haber cosas de tu familia que no te gustan, pero eso no quita que sigas siendo parte de ellos. (Lily, entrevista 2021)

Es decir, mientras que en algunos casos la identidad se articula a través del activismo y la comunidad, en otros emerge como un proceso interno, marcado por la exploración individual y las formas cotidianas de negociación con el propio entorno.

3. “No sé si soy lo suficientemente intersex”

Una de las autopercepciones recurrentes en los relatos de personas intersexuales es la duda sobre la propia legitimidad dentro del espectro intersexual o de no sentirse “lo suficientemente intersexual”, especialmente cuando no han sido sometidas a cirugías

durante la infancia, razón que les hacía distanciarse del discurso colectivo. Esta percepción revela una lucha por la autenticidad en un contexto en el que las definiciones biomédicas han dominado la narrativa en torno a la intersexualidad, estableciendo criterios de pertenencia que tienden a excluir experiencias menos visibles.

El relato de Chuli ilustra cómo el deseo de encontrar una “prueba” diagnóstica de intersexualidad responde a la presión de marcos legitimadores, tanto biomédicos como activistas:

De partida, yo ahora, justo en este momento de mi vida, recién me estoy haciendo mis exámenes de tiroides, etcétera, para igual ver el tema de mi cuerpo y saber qué pasa... de por qué tengo tanto desfase hormonal. Intentar encontrar una respuesta en un papel [diagnóstico]. Al menos yo lo siento así, no es algo que yo tenga una prueba al respecto de ser intersexual, yo creo serlo, pero no puedo comprobarlo para el activismo, por ejemplo. De hecho, me estoy haciendo recién mis exámenes. Es muy intenso que en este momento aparezcas. (Chuli, entrevista 2022)

Aquí se observa la “violencia epistémica” (Spivak, 2003[1988]), es decir, la imposición de una estructura de conocimiento que define qué relatos son válidos y cuáles no, excluyendo experiencias que no se alinean con sus parámetros. En el caso de la intersexualidad, estos discursos han tendido a privilegiar los casos visibles, marcados por características físicas “ambiguas” o intervenciones quirúrgicas, ignorando que la identidad intersexual también incluye experiencias subjetivas menos visibles, pero igualmente válidas.

La inseguridad sobre la propia identidad intersexual también puede entenderse a través de Goffman (2008 [1963]), quien describe el “estigma” como un proceso mediante el cual los individuos internalizan las expectativas sociales y se sienten inadecuados si no cumplen ciertos criterios. En este sentido, la narrativa activista, aunque busca visibilizar la intersexualidad, puede reproducir formas de exclusión al privilegiar ciertas experiencias sobre otras.

Mary Douglas (1973 [1966]) aporta una clave adicional a esta problemática al analizar la clasificación social. Lo que no encaja en las categorías establecidas genera incomodidad y tiende a ser marginado para preservar el orden simbólico de la sociedad. De este modo, las personas intersexuales cuyas experiencias no incluyen cirugías o traumas visibles pueden ser consideradas “menos intersexuales” dentro de las narrativas predominantes, replicando dinámicas de exclusión dentro del mismo movimiento que busca su inclusión.

Karkazis (2008) enfatizan que la intersexualidad no es una esencia fija, sino un constructo social que incluye tanto lo corporal como la manera en que las personas negocian su identidad frente a las normas culturales. Desde esta perspectiva, no haber sido sometido a cirugías no es excluyente de la categoría intersexual; más bien, amplía el espectro de lo que significa ser intersexual, cuestionando narrativas que asocian esta identidad exclusivamente con el sufrimiento físico o la intervención médica.

El relato de Yuri refuerza esta tensión:

El síndrome de Rokitansky, con un nombre muy complicado, es una malformación del aparato reproductor femenino que tiene diferentes grados. Las mujeres que nacemos con esto tenemos ovarios normales, pero ausencia de útero. Y ahí vienen los diferentes grados, hay mujeres que nacen con un canal vaginal perfecto, normal. Hay otras con un canal vaginal un poquito más cortito y otros con nada, como yo. El tema es que a mí nunca me operaron a la fuerza cuando chica, no pasé por lo del secreto familiar, mis genitales externos no son ambiguos. Entonces, no sé si soy lo suficientemente intersexual, hay conflictos internos con eso, por eso hacemos grupo aparte. (Yuri, entrevista 2023)

Desde la teoría de la “liminalidad” de Turner (1967), Yuri se encuentra en un espacio intermedio entre categorías establecidas: su experiencia no encaja del todo en las narrativas biomédicas ni en las de trauma activista ligado a las intervenciones quirúrgicas. Este estado, aunque incómodo, permite desafiar las normativas existentes y reclamar una identidad más inclusiva y diversa. Un espacio de resignificación, donde es posible construir nuevas formas de comprender la intersexualidad.

En este marco, el relato de Lily sugiere esta posibilidad de resignificación de la intersexualidad:

He aprendido que ser intersexual no debería ser sinónimo de tristeza, ni de confusión, ni de soledad, ni de preocupación, ni de motivos para estar enojada con la vida, que en general, me imagino que son los sentimientos que compartimos todos los intersexuales, los que son visibles y los que no lo somos, pero lo visibles se mantienen en ese trauma, como en modo permanente. Por ejemplo, lo del hospital, el nacer y crecer en estos cuerpos que al saber tu diagnóstico piensa que vas a morir, o que eres un fenómeno, creo que esa es una experiencia que compartimos, pero que no debería por qué estar cargada de odio o ser la única. Esas variaciones, son variaciones. Deberían poder ser variaciones, así sin más. Ojalá se transmitiera a nuestros padres la información sobre nuestras corporalidades de una manera más amable y comprensible, todo esto no pasaría. Si el activismo puede hacer algo, deberíamos partir por ahí, por incluir otras experiencias que no sean solo el dolor. Como yo no solo tengo dolores relacionados a la intersexualidad, a veces no me siento. (Lily, entrevista 2021)

Desde una perspectiva posestructuralista (Butler, 2007 [1990]), la identidad intersexual debería concebirse como fluida y negociada, en lugar de fija y definida por el trauma o la intervención médica. Esto implica un desplazamiento hacia un entendimiento más amplio, donde la intersexualidad no esté determinada por criterios biomédicos ni activistas cerrados, sino por las vivencias diversas de quienes la experimentan.

4. Activar o no activar: La decisión de exponer “la experiencia” en el campo de batalla

De esta forma, la participación en el activismo intersexual no es un proceso homogéneo ni universalmente aceptado por todas las personas intersexuales. La tensión entre quienes desean involucrarse en la militancia y quienes no se sienten representadas por sus discursos refleja un conflicto más amplio: la coexistencia de experiencias diversas frente a la construcción de narrativas colectivas. Este fenómeno pone en evidencia la compleja relación entre la agencia individual y la producción de discursos políticos que buscan visibilizar las demandas del colectivo.

Desde la antropología del activismo, autores como Nancy Fraser (1997) han señalado que los movimientos sociales enfrentan el reto de articular demandas en marcos reconocibles para las instituciones sin diluir la heterogeneidad de las experiencias que representan. En el caso del activismo intersexual, esto implica un esfuerzo por generar discursos que interpelen tanto a la sociedad como a quienes viven la intersexualidad, aunque no todas las personas intersexuales se identifiquen con estas narrativas.

Por otro lado, Didier Fassin (2009) introduce el concepto de “economía moral de la verdad” para describir cómo ciertos discursos sobre la salud, el sufrimiento y la identidad adquieren legitimidad en el espacio público. En este sentido, exponer la propia experiencia intersexual en el activismo puede verse como una estrategia que permite inscribir estas vivencias dentro de un marco político legítimo. Sin embargo, quienes eligen no participar pueden hacerlo precisamente porque estas narrativas pueden homogeneizar experiencias que son profundamente situadas y subjetivas. La construcción de marcos interpretativos (Snow & Benford, 1988) dentro del activismo es clave para entender cómo ciertos significados se vuelven dominantes en la lucha política, dejando a un lado otras vivencias.

Exponer la propia experiencia intersexual en el activismo puede verse como una estrategia que permite inscribir estas vivencias dentro de un marco político legítimo. Sin embargo, quienes eligen no participar pueden hacerlo precisamente porque estas narrativas pueden homogeneizar experiencias que son profundamente situadas y subjetivas. Así, se genera una tensión entre quienes encuentran en la exposición una herramienta de visibilidad y quienes perciben que el discurso activista impone categorías que no necesariamente reflejan su experiencia.

En este contexto, algunas personas intersexuales encuentran en el activismo un espacio de agencia y transformación, mientras que otras pueden percibirlo como una imposición de marcos normativos. La narrativa predominante puede excluir inadvertidamente a quienes no han pasado por intervenciones médicas o no experimentan un profundo malestar con la comunidad médica, como se expuso en los puntos precedentes. Esta exclusión se observa en testimonios como el de Nico:

Yo también conozco a otras personas intersexuales aquí en Chile, la Chuli, por ejemplo. Ella fue la primera persona que conocí que es intersexual. Es terapeuta de medicinas alternativas y tampoco está metida en el activismo, porque no le gusta la *volá*⁷¹ de la agrupación, el discurso radical y todo eso, como lleno de resentimientos. (Nico, entrevista 2022)

El relato de Nico ilustra cómo ciertas personas intersexuales pueden distanciarse de los discursos activistas cuando los perciben como excesivamente confrontativos o unidimensionales. La idea de “resentimiento” refleja una percepción de que el activismo se basa en un antagonismo absoluto con el sistema médico o social, lo que puede alejar a quienes no comparten esa perspectiva.

El concepto de “comunidades imaginadas” de Benedict Anderson (1983) resulta útil para analizar cómo los colectivos construyen una identidad compartida basada en ciertas experiencias comunes. Si bien esta identidad colectiva es vital para la movilización política, también puede generar barreras para quienes no comparten completamente las mismas vivencias. En este sentido, Chuli expresa su distancia con el activismo debido a una percepción de que el dolor es un elemento esencial en la construcción de la identidad intersexual:

Bueno, ahí conocí también a otras personas intersexuales dentro de un movimiento de la intersexualidad, pero nunca me metí mucho, no sé, no me sentí parte de, porque yo me lo tomo con humor. Sentía que el dolor era necesario para ser intersex, y yo me río. (Chuli, entrevista 2022)

⁷¹ Los lineamientos, el accionar, los objetivos.

Este relato permite abordar el problema de la victimización en los discursos activistas. Autoras como Ahmed (2004) han explorado cómo las emociones colectivas configuran los movimientos sociales, y en este caso, la centralidad del dolor puede excluir a quienes no se identifican con esa experiencia emocional.

Las trayectorias diversas, determinadas por factores como el acceso a información, redes de apoyo y decisiones médicas, refuerzan la crítica a la homogenización del discurso activista basado en un arquetipo atravesado por el dolor. Lily lo expresa en su testimonio:

Siento que no me representa. Siento que engloba a un par de personas que tuvieron experiencias forzadas. En mi caso, la decisión de operarme otra vez, ya de *vieja*, fue mía, y creo que siempre dicen “ay es que la gente que se opera es subordinada al sistema heterocis”, yo no. Soy abiertamente lesbiana, y creo que tuve la posibilidad de hacer mi propia idea de lo que quería y de lo que no. Siento que toda mi vida he estado en contra de lo que me imponen, entonces ¿por qué debería dejar que, por el solo hecho de ser intersexual, algunas personas intersexuales decidan qué es lo que puedo o no puedo hacer con mi cuerpo? Creo que es muy dogma. Dicen “no” a las operaciones cuando son niños, y eso ya, está bien, por lo del consentimiento, pero ¿no a las operaciones nunca? Es una censura, no pueden hablar por lo que queremos otras personas intersex, que queremos y podemos decidir sobre nuestros cuerpos y vivencias. Además, no sé, como que el ser intersex es siempre una misma definición, muy ambigua. Hay cosas que no me hacen sentido, como lo de los médicos, ese odio, a mí los que me atendieron lo hicieron bien, es como que no les compro el discurso. (Lily, entrevista 2021)

Lily problematiza la noción de autonomía dentro del activismo intersexual, cuestionando la rigidez de ciertos discursos sobre las cirugías. Joan Scott (1991) enfatiza que la experiencia no es neutral ni objetiva, sino que está mediada por el lenguaje y el poder, lo que sugiere que las narrativas activistas también están sujetas a relaciones de poder internas. Esta diversidad de experiencias no implica negar las violaciones a los derechos humanos documentadas en intervenciones médicas a personas intersexuales, sino reconocer que las trayectorias individuales no pueden reducirse a una narrativa única de victimización.

También, es importante señalar en este sentido, que no todas las personas intersexuales sienten un malestar directo hacia la comunidad médica; algunas incluso pueden haber tenido experiencias positivas o neutrales en su relación con los sistemas de salud, como expuse en el Capítulo VII. Esto no invalida su identidad, pero sí puede generar un distanciamiento frente a discursos que parecen definir la intersexualidad exclusivamente a través del prisma del trauma y la resistencia médica.

La complejidad aumenta cuando consideramos las desigualdades en el acceso a la salud en Chile. Para algunas personas intersexuales, especialmente de sectores populares o zonas rurales, el problema no es tanto la intervención médica como la falta de acceso a atención especializada. En estos contextos, el discurso activista centrado en la resistencia a la medicalización puede resultar ajeno a necesidades más inmediatas de acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados.

Esta tensión plantea el desafío de cómo articular un activismo intersexual que, sin abandonar la crítica a la patologización, pueda también abordar las desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad, reconociendo que la relación con la medicina está atravesada por factores de clase, territorio y capital cultural que configuran experiencias radicalmente distintas, estableciéndose una especie de “jerarquía espacial”. Además, la barrera etaria también puede ser un factor de exclusión dentro del activismo, como menciona Ana:

Hoy, el activismo intersex les debe mucho al movimiento trans, a todo el colectivo. Se ha transformado la sociedad, está cambiando mucho, afortunadamente. Yo no soy de esta generación, tampoco me puedo sentir parte del activismo hoy por hoy, pero no me hago la tonta con las cosas que hacen y lo que han avanzado. Es que yo soy de otra época, entonces la lucha de hoy es distinta, pero a nosotros, los *viejitos* ya, nadie nos *pescan*⁷². (Ana, entrevista 2023)

Aquí, es útil el concepto de “interseccionalidad” (Crenshaw, 1989), ya que permite entender cómo múltiples factores —como clase, género, sexualidad, y acceso a recursos— configuran la forma en que las personas intersexuales experimentan y articulan su identidad.

De esta forma, la decisión de 'activar o no activar' en el movimiento intersexual chileno debe analizarse no solo desde las diferencias individuales, sino también dentro del contexto sociopolítico específico de Chile. En un país donde los movimientos sociales han estado históricamente marcados por la ruptura dictatorial y la posterior transición democrática, la participación política adquiere connotaciones particulares. Como señala Garcés (2019), los movimientos sociales chilenos post-dictadura se han caracterizado por ciclos de alta movilización seguidos de períodos de reflujo y fragmentación, lo que ha configurado distintas 'culturas políticas' con tradiciones activistas diversas.

⁷² Brindar atención.

Para las personas intersexuales de mayor edad, como Ana, su distanciamiento del activismo actual no puede entenderse simplemente como falta de interés, sino como el resultado de experiencias políticas formadas en contextos históricos donde el secreto y la discreción eran estrategias de supervivencia. En contraste, las generaciones más jóvenes han crecido en un Chile donde las políticas de identidad y el reconocimiento de la diversidad sexual han ganado mayor legitimidad pública, especialmente tras el estallido social de 2019, que abrió espacios para articular demandas previamente invisibilizadas.

Finalmente, también existen los casos heterosexuales, quienes también enuncian una exclusión del discurso colectivo activista, como expone Nico:

Yo siempre me he sentido hetero, y creo que eso como que no se ajusta o se juzga en los espacios del activismo. Como el evento del otro día [26 octubre día de intersexualidad], donde preguntaron qué hacían ustedes como agrupación con las personas cis que no son del colectivo. Es como si hubiese que obligarlas a estar dentro, si no, no vales. Entonces esto me parece muy rígido, y yo nací mujer y me gustan los hombres, pero, además, soy intersexual. No sé cómo explicarlo, quizás hasta yo estoy del todo mal. Tiene que haber opiniones de todos, y hay muchas experiencias que no vienen desde las disidencias. Por ejemplo, yo quisiera ser madre algún día. No puedo, pero me gustaría. Podría adoptar. (Nico, entrevista 2022)

De este modo, aunque las personas intersexuales entrevistadas han interactuado en distintos grados con el discurso activista, su adhesión o distanciamiento del movimiento revela una doble crítica. Por un lado, desde el activismo, se percibe que quienes gozan de mayores privilegios en ciertos ámbitos pueden no sentir la necesidad de sumarse a luchas colectivas que consideran radicales o poco representativas de su experiencia (Capítulo V). Esta percepción es reforzada, en parte, por discursos provenientes de la comunidad médica y por la limitada presencia del activismo intersexual en Chile. Por otro lado, personas intersexuales con trayectorias diversas—ya sea por su ubicación geográfica, edad, orientación heterosexual u otros factores—plantean que el verdadero privilegio radica en la posibilidad misma de participar en el activismo. Desde su perspectiva, las narrativas predominantes en el movimiento no siempre les incluyen, aunque esta exclusión no sea deliberada.

5. Virajes del activismo intersexual en Chile

De acuerdo con este último punto, durante la etapa final de esta investigación, pude presenciar algunos cambios en el discurso activista chileno, principalmente, aquel emanado bajo el alero de IntersexualesChile. Este apartado no incluirá citas etnográficas, ya que fue elaborado posterior al término del trabajo de campo.

Los cambios recientes en este activismo reflejan dinámicas más amplias de transformación social y cultural, especialmente en lo que respecta a la identidad y el género. Estos procesos pueden entenderse como un avance en la negociación entre discursos normativos y las experiencias vividas de las personas intersexuales. Un cambio significativo ha sido la transición desde un enfoque predominantemente queer hacia una mayor inclusión de identidades heteronormativas, como aquellas de personas intersexuales que se identifican como hombres o mujeres heterosexuales. Esta reconfiguración del movimiento pone en evidencia tanto tensiones como oportunidades en su desarrollo.

Como analicé en el Capítulo II, el activismo intersexual internacional ha estado históricamente vinculado a los marcos teóricos y políticos de lo queer, especialmente en sus primeras etapas. En el contexto chileno, la articulación con estos discursos globales ha permitido cuestionar la compulsión hacia la heteronormatividad y la cisonormatividad, alineándose con luchas más amplias dentro de la comunidad LGBTQ+. Esta relación entre lo intersexual y lo queer ha sido tanto estratégica como conceptual, ya que ambas perspectivas buscan criticar y reimaginar las estructuras de poder que definen los cuerpos y las subjetividades. En las primeras publicaciones de las agrupaciones intersexuales en Chile (inicialmente dos), se evidenciaba esta alianza mediante la explicitación de consignas y marcos teóricos compartidos.



Figura 29. Instagram IntersexualesChile. Fecha 23 de noviembre 2019



Figura 30: Instagram IntersexPacíficoSur. Fecha 19 de septiembre 2021

No obstante, la relación entre el activismo intersexual y lo queer no está exenta de tensiones. Mientras el enfoque queer celebra la fluidez y la ambigüedad de las identidades, algunas personas intersexuales, como expuse en el punto anterior, no se identifican con estas categorías y prefieren narrativas más normativas de género. Estas diferencias internas plantean preguntas fundamentales sobre la definición de prioridades dentro del activismo: ¿quién decide cuáles son los discursos predominantes?, ¿qué experiencias se visibilizan y cuáles quedan en los márgenes del movimiento?

Este cambio puede analizarse desde la perspectiva de la relación entre estructura y agencia (Ortner, 2006). Las personas intersexuales ejercen agencia al relatar sus experiencias y al resistir las normas médicas y culturales que históricamente han patologizado sus cuerpos. Sin embargo, estas narrativas también están moldeadas por estructuras sociales y políticas que delimitan qué relatos son más aceptados dentro del activismo y la sociedad en general. La inclusión de personas intersexuales heteronormativas puede ser interpretada como una estrategia para ampliar la legitimidad y el alcance político del movimiento, desafiando la idea de que solo las identidades no binarias pueden ser disruptivas.

Un ejemplo de este giro discursivo se observa en la publicación realizada en septiembre de 2024 por IntersexualesChile, donde se plantea la pregunta: “¿Todas las personas intersexuales son parte de la comunidad LGBTQNB+?” (Figura 31 y 32). La publicación ilustra su respuesta con mini-historias ficticias, como la de “José y Antonia llevan 7 años de casados, José es intersexual” o “Emilia tiene 5 años y nació con una variación intersexual, Emilia no tiene edad para entender de sexualidad. Llamar a Emilia queer solo por ser intersex antes de que ella lo haya resuelto es inapropiado”. A lo cual concluye, que las generalizaciones pueden ser dañinas y enfatizando la diversidad de la comunidad intersexual.



Figura 31: Instagram IntersexualesChile. Fecha 14 de septiembre 2024



Figura 32: Instagram IntersexualesChile. Fecha 14 de septiembre 2024

Este reconocimiento de identidades heteronormativas en el activismo intersexual chileno permite complejizar la lucha, haciendo un llamado a activar a aquellas personas cuyas experiencias intersexuales no son homogéneas. En lugar de asumir una única forma de vivenciar la intersexualidad, esta perspectiva reconoce que existen múltiples trayectorias marcadas por factores como la socialización, la identidad de género, la orientación sexual y las distintas formas en que el sistema de salud y la sociedad en general intervienen en sus vidas.

Este cambio implica una revalorización de las experiencias de personas que, si bien no cuestionan las categorías binarias de género, enfrentan estigmas y violencias específicas. En este sentido, la inclusión de identidades heteronormativas dentro del activismo intersexual contribuye a dismantlar la idea de que solo quienes desafían el binarismo de género enfrentan vulneraciones.

En un contexto conservador y binario como el sistema sanitario chileno, esta apertura también permite tender puentes con sectores que, aunque no necesariamente se identifiquen con discursos disidentes, comparten la necesidad de justicia y reconocimiento. De este modo, el activismo intersexual se fortalece al ampliar su base de apoyo y al demostrar que la lucha por los derechos intersexuales no es exclusiva de ciertos grupos, sino una causa que interpela a la sociedad en su conjunto.

6. Reflexión de cierre: El activismo intersexual como espacio paradójico de transformación y tensión

El activismo intersexual emerge como un campo de tensiones donde las subjetividades se reconfiguran en relación con nuevas formas de reconocimiento y exclusión. A diferencia de la aparente uniformidad disciplinaria de la gestión médica, el activismo opera como una fuerza ambivalente: por un lado, ofrece un lenguaje político para resignificar colectivamente experiencias que fueron sistemáticamente patologizadas; por otro, genera sus propias normatividades que pueden reproducir exclusiones y jerarquías, como intento ilustrar gráficamente a través del siguiente rizoma:

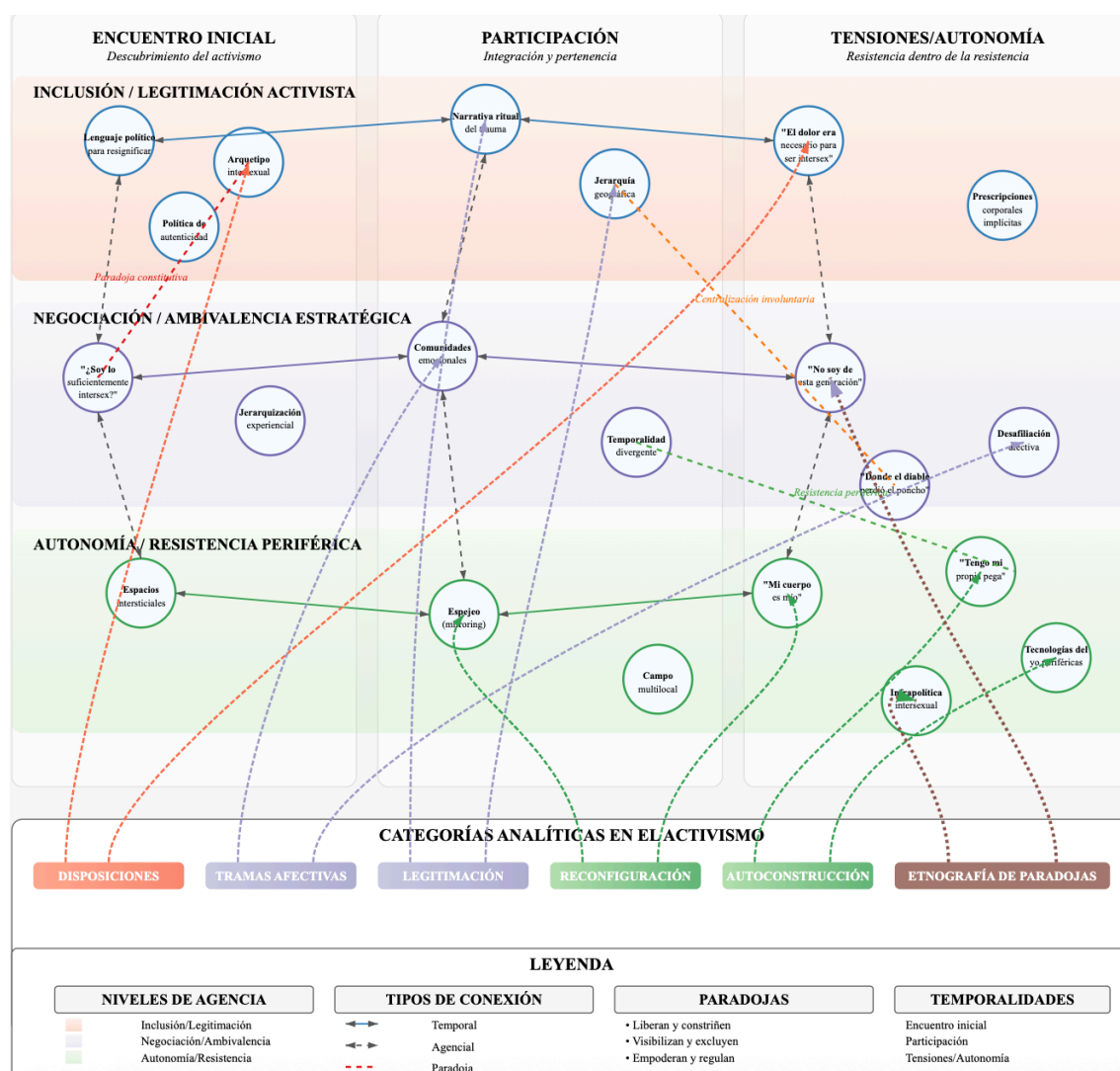


Figura 33: Activismo intersexual como espacio paradójico de transformación y tensión. Elaboración propia ⁷³

⁷³ Representa las paradojas constitutivas del activismo intersexual chileno, mostrando cómo este espacio simultáneamente libera y constriñe. Incluye tensiones como la “política de autenticidad” que jerarquiza experiencias

Esta paradoja constitutiva del activismo intersexual desafía las narrativas teleológicas sobre emancipación y resistencia, revelando que los mismos espacios que posibilitan nuevas formas de subjetivación simultáneamente imponen sus propias restricciones. Este hallazgo complica el marco analítico utilizado hasta ahora, que ha tendido a situar la agencia principalmente en oposición a la normatividad médica, sin contemplar suficientemente cómo los propios espacios de resistencia generan nuevas formas de regulación subjetiva, como intento interpretar por medio del siguiente rizoma:

Las categorías analíticas previamente desarrolladas adquieren nuevas dimensiones cuando se aplican al campo del activismo intersexual. Las **disposiciones encarnadas**, inicialmente concebidas como incorporaciones de normatividades médicas y sociales, revelan ahora su capacidad para operar también como mecanismos reguladores dentro del propio activismo. El concepto de “arquetipo intersexual” identificado en el análisis evidencia cómo ciertas experiencias —particularmente aquellas marcadas por el trauma médico, las intervenciones quirúrgicas y el secreto familiar— son valoradas como signos de autenticidad.

Esta jerarquización experiencial que Fassin (2009) considera “Economía moral de la verdad”, y que me apronto a señalar el caso chileno como una “política de autenticidad”, establece fronteras internas dentro del colectivo intersexual. A diferencia de la patologización médica, que operaba desde una exterioridad institucional, esta normatividad activista funciona mediante mecanismos más sutiles de inclusión/exclusión que determinan quién puede hablar legítimamente como sujeto intersexual. El testimonio de Chuli (2022) (“sentía que el dolor era necesario para ser intersex, y yo me río”) revela cómo ciertos afectos (dolor, trauma, indignación) son constituidos como elementos necesarios para una subjetividad intersexual “auténtica”, mientras que otros (humor, aceptación) son implícitamente devaluados (Das, 2007).

Este hallazgo desafía la utilidad de la categoría **disposiciones encarnadas**, tal como fue inicialmente concebida, pues revela que estas disposiciones no solo son producto de la medicalización temprana, sino también de los discursos y prácticas activistas que modelan retrospectivamente la forma en que las experiencias corporales son interpretadas

(privilegiando trauma médico como legitimidad), geografías desiguales (centralización en Santiago), brechas generacionales, economías afectivas que delimitan pertenencias, prescripciones corporales implícitas sobre cómo ser intersexual “auténtico”, y prácticas periféricas que operan al margen del activismo organizado. El rizoma evidencia que los espacios de resistencia reproducen nuevas normatividades mientras critican las médicas, configurando un campo paradójico donde empoderamiento y regulación coexisten.

y valoradas. La disposición hacia cierto tipo de relato biográfico se convierte así en un requisito implícito para la pertenencia plena al colectivo (Ahmed, 2004).

Entrelazado a las disposiciones, encontramos los **actos de legitimación**, los cuales adquieren en el activismo una dimensión ritual que delimita pertenencias y exclusiones. La narrativa pública del trauma, la participación en espacios urbanos de militancia reproduciendo esta narrativa y la adopción de ciertos discursos sobre la corporalidad funcionan como escenificaciones normativas que determinan quién es reconocido como un sujeto activista legítimo.

Un aspecto crítico que emerge en este análisis es la geografía desigual del activismo. Como evidencia el testimonio de Chuli (2022): “Yo sigo todo lo que hacen IntersexualesChile por el Instagram, los videos que suben, la información que difunden, pero nunca he estado con ellos, porque yo vivo acá donde *el diablo perdió el poncho* y *pa’* eso hay que estar en Santiago”. Esta centralización espacial genera lo que podríamos denominar una “jerarquía geográfica” dentro del movimiento, donde la proximidad a los centros urbanos de activismo determina las posibilidades de participación y reconocimiento.

Esta observación complejiza nuestra comprensión de los actos de legitimación, evidenciando que no solo operan a nivel discursivo o performativo, sino también a través de geografías materiales que determinan quién puede acceder físicamente a los espacios donde estos actos se realizan. A diferencia de la gestión médico-institucional, igualmente centralizada, pero por motivos distintos (concentración de “expertise” médica), el activismo reproduce involuntariamente esta centralización por factores logísticos y de acceso a recursos.

El límite de esta categoría analítica radica en su insuficiente atención a las condiciones materiales y geográficas que determinan quién puede participar en estos actos de legitimación. Un análisis más robusto requeriría contemplar cómo las desigualdades estructurales (clase, ubicación geográfica, acceso a internet) condicionan las posibilidades de ser reconocido como un sujeto legítimo dentro del activismo (Crenshaw, 1989).

En la misma línea, un aspecto significativo que emerge del análisis es la temporalidad divergente que caracteriza el activismo frente a la gestión médico-institucional. Mientras las instituciones médicas y jurídicas muestran una notable resistencia al cambio,

manteniendo paradigmas relativamente estables a lo largo del tiempo (aunque con adaptaciones cosméticas), el activismo experimenta transformaciones más rápidas y radicales en sus discursos y estrategias.

Esta diferencia temporal genera tensiones específicas para las personas intersexuales, que deben navegar simultáneamente instituciones caracterizadas por la inercia y movimientos sociales en constante evolución. Como expresa Ana (2023): “Yo no soy de esta generación, tampoco me puedo sentir parte del activismo hoy por hoy”. Esta declaración evidencia cómo las brechas generacionales dentro del activismo pueden producir desafilaciones temporales que complejizan la construcción de una solidaridad duradera.

Por su parte, las **tramas de afecto y poder** adquieren en el activismo una dimensión política que configura comunidades emocionales con fronteras específicas. El testimonio de Ana (2023) evidencia la potencia transformadora de estas tramas: “cuando ves que gente del movimiento político se ama, se reivindica, tú dices ¡*chucha!*!, sí que puedo gustar, así como soy”. Este proceso de “espejeo” (*mirroring*) muestra cómo la identificación afectiva con otros cuerpos intersexuales puede transformar radicalmente la relación con el propio cuerpo. Sin embargo, la etnografía también revela cómo estas economías afectivas pueden producir exclusiones cuando privilegian ciertos estados emocionales sobre otros, como expuse previamente. Esta “desafiliación afectiva” evidencia que los afectos no son simplemente reacciones individuales, sino campos de fuerza que delimitan pertenencias y exclusiones.

El límite de esta categoría analítica está en la tensión entre su dimensión descriptiva y su potencial normativo. Al identificar ciertas tramas afectivas como constitutivas del activismo, podría inadvertidamente reforzar la idea de que hay formas “correctas” e “incorrectas” de sentir la intersexualidad, reproduciendo así las jerarquías afectivas que pretendo analizar.

La **reconfiguración corporal** adquiere en el activismo una dimensión colectiva que puede tanto liberar como constreñir. Como señala Lily (2021): “Yo no quiero que me digan que tengo que aceptar mi cuerpo o no operarme. Mi cuerpo es mío, y yo decido sobre él”. Esta afirmación evidencia una tensión fundamental entre la autodeterminación corporal y las prescripciones implícitas del activismo sobre cómo debe habitarse un cuerpo intersexual “político”.

Esta tensión revela un límite significativo en nuestra categoría analítica: la reconfiguración corporal no puede entenderse solo como un proceso individual de negociación con normas sociales, sino que debe contemplar cómo los propios espacios de resistencia pueden generar nuevas normatividades corporales. El activismo, al enfatizar ciertos ideales de corporalidad no intervenida o “natural”, puede inadvertidamente reproducir lógicas prescriptivas similares a las que critica en el sistema médico, aunque con contenidos opuestos.

Este hallazgo complica las narrativas simplistas sobre “liberación corporal” que suelen acompañar los análisis de movimientos sociales. La etnografía muestra que la relación entre cuerpo, agencia y colectividad es más compleja: el mismo espacio que ofrece herramientas para resignificar positivamente la diversidad corporal puede simultáneamente generar nuevas prescripciones sobre cómo habitar un cuerpo intersexual “auténtico”.

Finalmente, las **prácticas de autoconstrucción** adquieren en relación con el activismo una dimensión de “resistencia dentro de la resistencia”. Como afirma Flor (2022): “Yo no soy activista, no estoy en la organización, pero sí tengo mi propia *pega*, que es ir por ahí diciendo lo que soy yo”. Esta declaración evidencia cómo muchas personas intersexuales desarrollan “tecnologías del yo” que operan al margen o en tensión con el activismo organizado.

Estas prácticas no representan una despolitización de la experiencia intersexual, sino formas alternativas de politización que responden a barreras estructurales de acceso o a desacuerdos con las narrativas dominantes del activismo. Estas prácticas “periféricas” negocian simultáneamente con las normatividades activistas, generando espacios intersticiales de subjetivación.

El límite de esta categoría analítica radica en su tendencia a privilegiar formas visibles y articuladas de autoconstrucción, invisibilizando prácticas más silenciosas o menos legibles como “resistencia”. Un análisis robusto requiere atender a lo que Scott (1990) denomina “infrapolítica”: formas cotidianas de resistencia que no se expresan en el lenguaje explícito de la contestación política, pero que, sin embargo, constituyen modos significativos de transformar la propia experiencia.

En términos metodológicos, la etnografía del activismo intersexual ha enfrentado desafíos significativos que desbordan los marcos tradicionales. A diferencia de etnografías

centradas en comunidades geográficamente delimitadas, este estudio ha debido navegar un campo multilocal, con presencias físicas y digitales, y atravesado por profundas asimetrías en el acceso a la participación (Figura 33). Este carácter disperso y desigual del campo etnográfico refleja las propias condiciones estructurales que determinan quién puede participar plenamente en el activismo intersexual.

De esta forma, el análisis del activismo intersexual revela la insuficiencia de los marcos dicotómicos (dominación/resistencia, normatividad/agencia, individual/colectivo) para comprender la complejidad de las experiencias intersexuales. La etnografía muestra cómo estos términos, lejos de oponerse de manera simple, se entrelazan y constituyen mutuamente en configuraciones paradójicas.

La paradoja central que emerge de este análisis es que los espacios de resistencia, como el activismo intersexual chileno, simultáneamente liberan y constriñen, visibilizan y excluyen, empoderan y regulan. Este estudio del activismo reveló la necesidad de una “etnografía de las paradojas y ambivalencias” que pueda captar las tensiones constitutivas de toda práctica de resistencia, lo que desarrollé en el siguiente capítulo. Esta aproximación no busca “resolver” estas tensiones, sino comprenderlas como el terreno mismo donde se negocian y transforman las subjetividades intersexuales.

Capítulo X

Lo no abarcado en el discurso

Cualquier teoría social digna de su ambición requiere un espacio para apegos enigmáticos, caóticos, incoherentes y estructuralmente contradictorios.

(Berlant, 2011, s.p)

1. Lo “no dicho” como estructura del relato y desafío etnográfico

La etnografía es siempre un ejercicio de interpretación de lo decible y lo indecible. Cada entrevista, cada conversación y cada observación contienen no solo palabras, sino silencios, gestos, risas incómodas y estrategias narrativas que revelan lo que no puede o no quiere ser dicho. En este análisis, profundizo en las capas de significado que emergen en lo no dicho, explorando los silencios estratégicos, los chistes como resistencia, la incomodidad de la investigadora y la tensión entre la representación y la experiencia.

Uno de los aspectos más recurrentes en el trabajo etnográfico fue la presencia de silencios estratégicos en las narrativas de las entrevistadas. A menudo, al abordar ciertos temas, las respuestas eran breves, ambiguas o acompañadas de largos silencios que decían más que las palabras, lo que he denominado “etnografía de lo no dicho”.

Por ejemplo, en una conversación con Gema (entrevista 2022), le pregunté cómo había sido la relación con su familia después de enterarse de su diagnóstico. Hizo una pausa larga, miró hacia otro lado y, después de unos segundos, dijo:

“Bien, supongo.”

Silencio.

“O sea... no sé. Creo que hicieron lo que pudieron.”

Silencio otra vez.

“Es que igual no quiero hablar mal de mi mamá, ¿cachai?”

Este intercambio encapsula lo que Das (2007) describe como la incorporación del trauma en la vida cotidiana. Lo que Gema no dice no es solo una ausencia de información, sino una estrategia de gestión emocional. Al evitar profundizar en su relación con su familia,

Gema no solo protege a su madre de la crítica, sino que también se protege a sí misma de revivir ciertos malestares.

Aquí podemos retomar la idea de “injusticia epistémica” de Fricker (2007), donde ciertos sujetos no solo son silenciados por las estructuras de poder, sino que también desarrollan sus propias estrategias de silencio para navegar esas estructuras. Gema no niega su experiencia, pero opta por no verbalizarla completamente, manteniendo un equilibrio entre decir y callar.

Otra dimensión de lo no dicho en la etnografía es la manera en que las propias personas intersexuales eligen qué contar y qué callar. En la entrevista con Nico (2022), por ejemplo, después de casi dos horas de conversación en un café, hizo una pausa y agregó: “Igual hay cosas que no te voy a contar. No porque no quiera, sino porque... no sé, no quiero que suenen como una historia triste”. Esta afirmación es clave porque demuestra que no solo las estructuras sociales imponen silencios, sino que las propias personas intersexuales pueden optar por omitir ciertas partes de su historia para evitar encasillamientos narrativos, una impresión que fue reiterada por otras personas entrevistadas en contextos activistas, detallados en el Capítulo IX.

Richardson (1990) plantea que las personas no solo cuentan sus experiencias, sino que las narran estratégicamente de acuerdo con los marcos de interpretación disponibles en su sociedad. Si la única manera en que las intersexualidades aparecen en el discurso público es a través del sufrimiento o la victimización, entonces algunas personas pueden decidir qué partes de su historia compartir y cuáles silenciar para no ser reducidas a un relato de dolor. Nico, en este sentido, estaba ejerciendo un acto de agencia narrativa: se resistía a convertirse en una historia de victimización para consumo ajeno. Su silencio era una manera de protegerse de ser reducida a un guion preestablecido.

Entonces, ¿cómo abordar en la etnografía esas historias que las personas deciden no contar? ¿Cómo hacer etnografía sin caer en la expectativa de que la otra persona nos “reveal” su verdad más íntima?

Uno de los momentos más inesperados en las entrevistas fue cuando Ana (2023), al hablar de la relación con su familia, hizo una imitación teatral de su madre:

Imagínate, mi mamá diciéndome: ‘pero hijita, si todos los cuerpos son diferentes’, mientras por dentro seguro estaba pensando ‘puta la hueá’ rara esta’”. (Ana, entrevista 2023)

Risas. Ana no solo estaba narrando su historia, sino interpretándola para mí, creando un acto de performance en el que ella misma se situaba en el papel de narradora y actriz. En este caso, Ana usó el humor como una manera de distanciarse de la mirada de la madre y de resignificar su propia historia.

Lo interesante es que, si bien la imitación fue graciosa, también contenía una crítica latente: su madre, aunque discursivamente aceptaba la diversidad corporal, probablemente seguía viéndola como algo fuera de lo normativo. A través del humor, Ana no solo narró su historia, sino que expuso las contradicciones en los discursos de aceptación familiar.

El humor surgió en varias entrevistas como un mecanismo para gestionar la incomodidad y la vulnerabilidad. En muchos casos, el humor negro o la ironía funcionaban como una táctica de distanciamiento, permitiendo a las entrevistadas hablar de experiencias difíciles sin quedar atrapadas en la lógica del sufrimiento.

Por ejemplo, en la entrevista con Nico (2022), hablamos sobre su experiencia en la adolescencia cuando descubrió que no tenía útero ni ovarios. En un momento, después de contarme lo difícil que fue ese periodo, se rió y dijo: “Igual, piénsalo por el lado bueno: nunca me iba a embarazar” Nos reímos las dos.

Aquí, el humor no es solo un chiste casual, sino un acto de agencia narrativa. Nico transforma lo que podría ser un relato de trauma en una afirmación de control sobre su propio cuerpo y su historia. Esta estrategia puede entenderse desde la perspectiva de la performatividad de la identidad de Judith Butler (1993): al contar su historia de esta manera, Nico está construyendo activamente su subjetividad, resistiéndose a ser vista únicamente como una víctima.

Richardson (1990) plantea que las personas narran sus experiencias estratégicamente según los marcos de interpretación disponibles. En este caso, Nico rechaza el discurso de la victimización y opta por una narrativa donde el humor le permite ejercer control sobre su propio relato.

Similar, fue otro momento particularmente significativo el que ocurrió durante la entrevista con Cami, cuando hablábamos sobre su diagnóstico y la reacción de su madre. Al recordar la conversación en la que se enteró de que no tenía útero, Cami hizo una pausa y, luego de un silencio, soltó una risa seca y dijo:

Bueno, al menos nunca tuve que preocuparme de comprar toallitas. Un gasto menos. (Cami, entrevista 2021).

Nos reímos. Fue un momento incómodo, pero necesario. La risa no era solo una manera de aligerar el tema, sino un mecanismo de defensa y un dispositivo de resignificación (Scott, 2001). Este tipo de humor negro es característico de quienes han experimentado situaciones de vulnerabilidad y buscan recuperar el control sobre su narrativa.

Aquí, la noción de “agencia en los márgenes” (Ortner, 2006) es relevante. La risa, lejos de ser un simple reflejo de nerviosismo, puede ser entendida como una estrategia de subjetivación, una forma de marcar una distancia crítica con la propia experiencia sin necesariamente rechazarla. A través del humor, Cami se apropia de un aspecto de su historia que, en otras circunstancias, podría haber sido narrado como pura tragedia.

Por su parte, el humor en la medicina no es casual. Como han señalado estudios sobre la cultura médica (Atkinson, 1995; Luhrmann, 2000), los médicos a menudo utilizan el humor como un mecanismo para reafirmar su autoridad y enmarcar el conocimiento biomédico como la única verdad legítima. Esto es particularmente visible en contextos donde la autonomía de las pacientes es cuestionada.

Durante las entrevistas con personas intersexuales, se relataron múltiples casos en los que los médicos recurrieron a bromas o sarcasmos para minimizar las preocupaciones de sus pacientes. Por ejemplo, Cami durante la entrevista, recordó una consulta en la que intentó discutir sobre la posibilidad de suspender su tratamiento hormonal:

Le pregunté al doctor si realmente tenía que seguir con esto, porque cada vez que tomaba hormonas me sentía peor. Y él se rió y me dijo: “Claro, y si quieres también puedes dejar de comer y ver cómo te va”. (Cami, entrevista 2021)

La risa del médico aquí no es una simple reacción espontánea, sino una estrategia discursiva para cerrar la conversación. Al equiparar la decisión de Cami con algo absurdo como dejar de comer, el médico descarta cualquier cuestionamiento a la necesidad del tratamiento.

Otro caso similar ocurrió en la consulta de Nico, quien relató que uno de los médicos usó el humor para ridiculizar sus preocupaciones sobre su desarrollo corporal:

Yo le dije que no lograba los cambios que quería para mi cuerpo. Y él, con una sonrisita, me dijo: “Ah, claro, porque todos pueden elegir cómo se desarrolla su cuerpo, ¿no?” (Nico, entrevista 2022)

Aquí, el humor opera como una estrategia de desautorización del paciente. En lugar de tomar en serio la inquietud de Nico, el médico usa una broma para trivializarla, manteniendo la asimetría de poder en la consulta.

Este tipo de interacciones son un ejemplo de lo que Foucault (1983[1975]) llama “tecnologías de control discursivo”, donde el humor no es solo una herramienta de comunicación, sino una forma de disciplinamiento. En estos casos, el sarcasmo médico marca los límites de lo que es debatible y lo que no lo es dentro del campo biomédico.

Si bien la condescendencia médica se presenta como una forma de control, las pacientes intersexuales también han desarrollado estrategias discursivas para responder a este humor soberbio. Muchas veces, la resistencia no se manifiesta en la confrontación directa, sino en la ironía y el sarcasmo.

Lily me narró un episodio donde, cansada del tono paternalista de su endocrinólogo, decidió darle una respuesta en su mismo lenguaje:

El doctor me explicó que tenía que tomar hormonas ‘para completar mi desarrollo como mujer’. Yo le dije: ‘Ah, perfecto, entonces ¿en cuánto tiempo me crece el instinto maternal?’ (Lily, entrevista 2021)

Al comentármelo, ambas reímos, ambas sabíamos que Lily no quiere ser madre, a la vez de que ella me recordaba de que su respuesta provocó risas incómodas en todo el consultorio, pero también generó un momento de tensión. El médico no supo qué responder de inmediato y terminó cambiando de tema. La ironía aquí revela un juego de inversión de poder: si el médico utiliza el humor para infantilizar y minimizar la angustia de sus pacientes, las personas intersexuales pueden utilizar el sarcasmo como un arma de retorno.

Esto se alinea con lo que Bourdieu (1997) describe como “subversión del capital simbólico”, donde los grupos subordinados pueden utilizar el mismo lenguaje de las élites para desafiarlas. En este caso, el uso del humor no solo es una forma de resistencia discursiva utilizada para articular sus relatos, sino también una manera de marcar una distancia crítica con el discurso médico.

Por otra parte, un elemento que rara vez se discute en la etnografía es la incomodidad de la propia investigadora. Si bien buscamos capturar lo no dicho en las entrevistas, a menudo evitamos confrontar nuestras propias reacciones y silencios ¿qué ocurre con la postura de la investigadora en esos momentos incómodos? Durante muchas entrevistas,

sentí que mi papel oscilaba entre investigadora, confidente y, a veces, extraña receptora de historias llenas de ambivalencias.

En este sentido, también me vi enfrentada a bromas incómodas dirigidas a mí y, otras, donde debí responder con una sonrisa para continuar con el *rapport*.

En las entrevistas realizadas con médicos, fue evidente que el humor no solo se usaba dentro de la consulta con pacientes, sino también como una forma de autoafirmación profesional dentro del campo médico.

Uno de los momentos más incómodos ocurrió en una entrevista con un endocrinólogo (Dr. Lozano, 2022), quien al hablar sobre la intersexualidad recurrió a una analogía que minimizaba la experiencia de sus pacientes: “Mira, la gente lo ve muy complicado, pero en realidad es como cuando compras una casa y tienes que hacerle arreglos para que quede como te gusta”.

Me reí por nerviosismo. No porque me pareciera gracioso, sino porque no supe cómo responder de inmediato. El médico continuó: “El problema es cuando el dueño de la casa no sabe qué remodelación le hicieron y después se enoja. Pero si hubieran sabido desde el principio, no habría tanto drama.” Este comentario, disfrazado de broma, contenía una justificación implícita de las cirugías en la infancia sin consentimiento. La risa aquí no es solo una forma de humor, sino una estrategia para hacer que una intervención médica irreversible parezca un procedimiento trivial.

Una situación similar sucedió cuando subestimó la vivencia intersexual, enunciando que hoy es más una cosa de “moda” que una experiencia vital, ridiculizando las identificaciones: “...y tú te *encontrai*’ con los no binarios, los *contrabinarios*, los “animalegos” y los no sé qué”. Este episodio me hizo pensar en la idea de “injusticia epistémica normalizada” (Fricker, 2007), donde el conocimiento biomédico se presenta como el único marco válido de interpretación, dejando fuera otras formas de entender la experiencia intersexual.

Mi propia risa en ese momento fue una forma de incomodidad performativa. No reí porque estuviera de acuerdo, sino porque la estructura de la entrevista me puso en una posición donde confrontar al médico de manera directa no parecía viable. Este tipo de situaciones revelan cómo la risa puede ser una herramienta de dominación, pero también de negociación dentro del espacio etnográfico.

En el caso de las personas intersexuales entrevistadas, también me vi expuesta a algunos momentos de humor incómodo. Por ejemplo, en una conversación con Flor (entrevista 2022), hablamos sobre cómo su familia había mantenido su intersexualidad en secreto hasta que fue necesario que comenzara con tratamiento hormonal. En un momento, me miró y dijo: “Oye, pero dime... ¿tú habrías contado algo así si fueras mamá? a veces siento que le doy mucho color y yo, en su caso, haría la misma *hueá*”.

Me reí, nerviosa. Flor rio también. La pregunta me dejó sin palabras. ¿Cómo responder sin imponer un juicio moral sobre sus *mapadres*? ¿Cómo evitar una respuesta políticamente correcta sin perder mi lugar en la conversación? Este momento me hizo pensar en lo que Abu-Lughod (1991) describe como “reflexividad incómoda”: la etnografía no es solo un proceso de recolección de información, sino una interacción donde la investigadora también está siendo observada y evaluada. Mi silencio y mi evasión en ese momento fueron una respuesta al dilema ético de no querer imponer una lectura sobre su experiencia, pero también revelaron mis propios límites como etnógrafa⁷⁴.

Este episodio también ilustra lo que Erving Goffman (1959) denomina “manejo de la impresión”: en toda interacción social, las personas presentan una imagen estratégica de sí mismas. Flor jugó con mi incomodidad y me hizo consciente de mi propio rol en la entrevista. Esteban (2018) describe como el coste afectivo de la investigación feminista crítica, en la que la neutralidad epistémica es una ilusión. Mi cuerpo también “habla”, y mi risa también es una inscripción del poder y del saber en el campo.

Otras incomodidades las evidencié en mis notas de campo sobre las entrevistas con hombres evidencian momentos significativos de “incomodidad cognitiva” que reflejan los límites de mi propio aparato conceptual para comprender experiencias corporales radicalmente diferentes. Este fenómeno fue especialmente notable en mi interacción con Aldo, a quien conocí a través de una aplicación de citas. Sus silencios evocaban proyecciones eróticas implícitas que nunca llegamos a verbalizar explícitamente, pero que permanecieron como una posibilidad latente entre ambos, lo cual se manifestaba en los diversos contextos en los que se desarrollaban nuestros diálogos. A diferencia de las otras personas entrevistadas, con Aldo todo adquiría el carácter implícito de una “cita”,

⁷⁴ Más información en Capítulo IV-

condicionando así la dinámica de nuestras interacciones y el proceso mismo de recolección de datos.

Estas incomodidades no constituyeron meros obstáculos metodológicos a superar, sino datos etnográficos valiosos que revelan cómo las normatividades de género y corporalidad operan tanto en la sociedad estudiada como en mi propia aproximación como investigadora. El reconocimiento de estas limitaciones no busca reforzar una posición de privilegio epistemológico mediante la confesión, sino hacer explícitas las condiciones de producción del conocimiento etnográfico, asumiendo que toda comprensión de las experiencias intersexuales está inevitablemente mediada por relaciones de poder, privilegio y diferencia. Esta reflexividad resulta especialmente importante en un campo como los estudios intersexuales, donde históricamente las voces académicas han tenido mayor legitimidad y poder que las voces de las propias personas intersexuales, replicando dinámicas de objetivación y extractivismo epistémico que este trabajo busca conscientemente evitar.

De esta forma, lo “no dicho” en la etnografía intersexual no es simplemente una ausencia, sino un espacio de significado. Las risas, silencios incómodos y omisiones estratégicas no son vacíos, sino formas de narrar lo inenarrable, del exceso de afecto que rebasa las narrativas disponibles, de resistir ciertos encasillamientos y de negociar lo decible en distintos contextos. Lo no dicho no es silencio, sino desborde: emociones que no encuentran aún una forma lingüística para expresarse. Así, lo no dicho se transforma en una forma de conocimiento afectivo que interpela a la etnografía desde sus límites.

Durante esta etnografía, el desafío fue aprender a escuchar no solo las palabras, sino también los momentos de duda, las risas que ocultaban incomodidad, los gestos que desmienten el discurso verbal. Porque en esos intersticios del lenguaje es donde realmente se revela la complejidad de la experiencia intersexual.

Siguiendo a Esteban (2018), es posible afirmar que las risas, los silencios y los gestos en esta etnografía no son meros acompañamientos del relato, sino formas encarnadas de producción de conocimiento. La risa, en particular, opera como un gesto táctico y político que permite a las personas entrevistadas resistir el encasillamiento narrativo, marcar distancias críticas y construir espacios de subjetivación. Asimismo, mi propia incomodidad y mis respuestas afectivas en el campo (las risas nerviosas, el no saber cómo responder) también son datos etnográficos que revelan la dimensión emocional del poder, el género y el conocimiento. En este sentido, la etnografía no solo recoge relatos, sino

que también los co-produce emocionalmente, y es allí, en ese entre-lugar afectivo, donde se revelan muchas veces los sentidos más profundos de lo no dicho.

En esta línea, es importa señalar que, en esta investigación, la mayoría de los relatos provienen de personas que han pasado por un proceso reflexión sobre su intersexualidad, ya sea por acceso a internet, redes activistas, comunitarias o de otra índole. Pero ¿qué pasa con aquellas personas que no tienen una narrativa clara sobre su identidad?, ¿aquellas a quienes no llega el concepto de “intersexualidad” a sus vidas como para resignificarse como tales?

Este desafío fue identificado no solo por mí, sino también por las personas intersexuales e incluso, fue explícito en una entrevista con Padre 1, quién al explicarme que él contaba con formación previa en medicina y con los recursos para brindarle “opciones” variadas a su hijo, cuestionaba y criticaba al sistema estructural de no permitir que esta reflexión se diera en otros casos de lejanía geográfica, acceso a información o en limitación de recursos.

En este sentido, es importante analizar cómo la estructura de la etnografía misma configura lo que queda fuera del discurso. Como menciona Bourdieu (1997), todo conocimiento está mediado por las estructuras de poder que determinan qué se considera relevante y qué se omite, lo que evidentemente, se transformó en una limitante en esta investigación y también en un desafío por abordar en un futuro investigativo.

2. Fricciones epistémicas: Contradicciones y ambivalencias en los relatos intersexuales

Las ambivalencias que emergen en las narrativas intersexuales no constituyen simplemente inconsistencias o contradicciones problemáticas, sino elementos constitutivos de las subjetividades en contextos de normatividad corporal. Como señala Berlant (2011), la ambivalencia puede entenderse como una “estructura de sentimiento” que permite habitar simultáneamente posiciones aparentemente incompatibles sin resolverlas en una síntesis definitiva. En este sentido, las ambivalencias que expresan las personas intersexuales no reflejan confusión o falta de claridad, sino una manera sofisticada de habitar un mundo cuyas categorías binarias resultan insuficientes.

Durante mi trabajo de campo, Chuli expresó esta ambivalencia constitutiva de manera elocuente:

A veces me encanta mi cuerpo, ser diferente, y después me quejo, porque me molesta o porque quisiera ser como cualquier otra mujer, pero, después se me pasa...siempre una *hueá* muy rara, me *ahueono* yo misma. (Chuli, entrevista 2022)

Esta coexistencia de sentimientos aparentemente contradictorios refleja lo que Probyn (2005) denomina “pertenencia ambivalente”: la capacidad de sentirse simultáneamente parte y extraño en relación con determinadas categorías identitarias. Chuli no “oscila” entre dos posiciones, sino que habita productivamente la tensión entre ellas, desarrollando lo que podríamos llamar, siguiendo a Shotwell (2016), una “subjetividad compleja” que resiste las demandas de coherencia normativa.

En el ámbito médico, las ambivalencias no son meramente impuestas, sino también estratégicamente habitadas. Como relata Karen:

Cuando me diagnosticaron, me sentí por fin validada medicamenté. Entendí que lo que me pasaba tenía un nombre, que no estaba loca. Pero a la vez, ese mismo diagnóstico me encasilló en un montón de expectativas sobre cómo debía sentirme y qué debía hacer con mi cuerpo. Hasta el día de hoy juego con esa ambigüedad: uso el diagnóstico cuando me sirve y lo rechazo cuando limita mi libertad. (Karen, entrevista 2023)

Esta relación ambivalente con el diagnóstico médico ilustra lo que Epstein (1996) identifica como la “movilización del conocimiento lego”, y lo que yo he denominado en el Capítulo VII como “proceso de expertización”, donde las personas pacientes desarrollan una relación táctica con el conocimiento biomédico, apropiándose de él selectivamente según sus necesidades. La ambivalencia se convierte así no en una parálisis sino en un recurso estratégico que permite a las personas intersexuales navegar un sistema médico que simultáneamente ofrece reconocimiento y ejerce control.

Siguiendo a Mol (2002, 2008), podríamos hablar de una “política ontológica” donde la paciente no rechaza totalmente la biomedicina ni la acepta acríticamente, sino que participa en la negociación de qué significa “estar bien” o “ser saludable”.

En el plano identitario, las ambivalencias funcionan como recursos narrativos que permiten una autocomprensión más rica y matizada. Como explicó Chuli:

Me dan días que entro en bucle: ¿soy mujer? ¿soy intersexual? ¿ambas? Hasta que comprendí que mi identidad no es una *hueá* de elección entre categorías, sino que podía ser un espacio de tensión

entre ellas. No tengo por qué resolver la ecuación, puedo vivir perfectamente en la pregunta, y me gusta. (Chuli, entrevista 2022)

Esta postura, así como otras que expuse en detalle en el capítulo VIII, ilustra una subjetividad que habita productivamente los espacios fronterizos entre categorías establecidas. Chuli no experimenta su ambivalencia identitaria como una carencia de definición, sino como una forma de conocimiento situado que le permite desafiar las lógicas binarias desde su propia experiencia encarnada.

Chuli me comentaba, que dentro de esta misma ambivalencia encontró una forma de expresar su arte. De esta forma, la ambivalencia corporal aquí puede reinterpretarse como una potencia creativa. Esta perspectiva conecta con lo que Braidotti (2013) denomina “subjetividad nómada”: una forma de habitar el mundo que celebra la diferencia como potencia creativa y no como carencia. La ambivalencia corporal de Chuli no es experimentada como una falta de definición, sino como una apertura a posibilidades no normativas de existencia.

En el ámbito familiar, la cohabitación de discursos emancipatorios y prácticas de tutela reviste un matiz especialmente agudo: madres y padres que defienden el derecho a la autodeterminación de sus hijas, hijos o hijes, pero que simultáneamente delegan incondicionalmente en el saber médico, revelan un “*impasse* ético” donde el deseo de protección colisiona con el temor a la catástrofe corporal o social en caso de asunción plena de la agencia intersexual (Abu-Lughod 1991; Butler 1993). Estas contradicciones, si bien se despejan con mayor información; también se profundizan en el horizonte de incertidumbre que implica tomar decisiones irreversibles en contextos de asimetría epistémica.

Esta forma de cuidado complejo se puede ejemplificar con el relato de Madre 3:

Llevo a mi hijo a todas sus citas médicas, porque quiero que tenga las mejores opciones posibles. Pero cada vez que entramos al consultorio, me invade la duda: ¿estoy haciendo lo correcto? ¿Qué pasa si Diego mañana quiere volver a ser una niña? Sería repetir este mismo proceso a la inversa. Esta duda constante me agota, pero también me mantiene alerta. (Madre 3, entrevista 2023)

Esta reflexión ilustra lo que Kittay (2011) denomina “ética de la dependencia”: un cuidado que reconoce las asimetrías de poder, pero busca constantemente minimizar sus efectos dominantes. La ambivalencia maternal, lejos de ser paralizante, genera una vigilancia crítica que protege al hijo no solo de posibles daños médicos, sino también de la naturalización completa de la patologización. La madre no resuelve la contradicción

entre cuidado médico y afirmación de la integridad corporal, sino que la habita como un espacio de reflexión ética continua.

En otra entrevista, Padre 1 compartió:

Cuando nació mi hija y los médicos empezaron a hablar de cirugías, sentí simultáneamente el impulso de protegerla de intervenciones innecesarias y el miedo de que, si no hacíamos nada, ella sufriría por ser diferente. Esa tensión nunca se ha resuelto completamente. Cada decisión que tomamos está entre estos dos miedos. (Padre 1, entrevista 2022)

Este testimonio refleja no una indecisión moral, sino una conciencia aguda de que cualquier decisión implica tanto beneficios como costos éticos. El padre no presenta esta ambivalencia como un fracaso, sino como una forma de paternidad responsable que rechaza las certezas absolutas en favor de un compromiso continuo con la complejidad.

Estas ambivalencias se repiten en muchos casos, como expuse en el Capítulo VI, *mapadres* que han tenido la oportunidad de acercarse al activismo y “transformar” el sentido común, han resuelto algunas ambivalencias. No obstante, en ninguno de los casos, las decisiones se presentan como una seguridad absoluta.

En el ámbito activista, como expuse tanto en el Capítulo V como en el Capítulo IX, las ambivalencias también funcionan como estrategias político-discursivas deliberadas. Una activista intersexual con experiencia en incidencia política me explicó:

Cuando hablamos con políticos, es necesario *hinchar*⁷⁵ con lo de los derechos humanos y el consentimiento. Cuando hablo con médicos, uso su vocabulario, a regañadientes, pero lo hago. Cuando hablo con otras personas intersex, soy más radical. No es que sea hipócrita, es intentar sobrevivir políticamente (conversación informal, 2022)

Esta reflexión ilustra la capacidad de mantener posturas en tensión sin buscar una resolución final que elimine la diferencia. La ambivalencia estratégica del activismo intersexual no es una debilidad teórica, sino una sofisticación política que permite incidir simultáneamente en múltiples espacios sin comprometer objetivos fundamentales. Esta postura refleja lo que Ferguson (2004) denomina “rearticulación crítica”: la capacidad de relacionarse con instituciones dominantes de maneras que simultáneamente reconocen su poder y buscan transformarlo desde dentro. La ambivalencia aquí no es indecisión sino una posición política sofisticada que reconoce la complejidad de la transformación social.

⁷⁵ Presionar.

Otro ejemplo, fue aquello que he denominado “virajes del activismo”, donde en el cambio de discurso, hacia una experiencia que antes consideraban criticable, hoy busca la adherencia e inclusión de personas intersexuales heterocis.

Finalmente, en la dimensión metodológica, las ambivalencias que experimenté como investigadora también pueden reinterpretarse como elementos productivos del proceso etnográfico.

Esto lo he señalado en detalle en el Capítulo IV “reflexiones etnográficas”, donde expongo algo cercano a lo que Behar (1996) denomina “antropología vulnerable”: una práctica etnográfica que no elimina las ambivalencias afectivas y epistemológicas, sino que las incorpora como elementos constitutivos del conocimiento situado. Mi propia ambivalencia como investigadora no era un obstáculo para la comprensión sino una forma de “resonancia empática” (Wikan, 2012) que me permitía aproximarme a la complejidad experiencial de mis interlocutoras. La ambivalencia metodológica, en este sentido, no es una falta de rigor, sino una apertura epistémica que permite captar dimensiones de la experiencia que escapan a aproximaciones más rígidamente definidas.

Las ambivalencias que aparecen en los relatos intersexuales — identitarias, corporales, médicas, familiares, identitarias, corporales, activistas y metodológicas — no son obstáculos para la comprensión, sino ventanas hacia formas más ricas y matizadas de habitar el mundo. Como señala Das (2007), estas ambivalencias constituyen un “conocimiento en los márgenes” que, precisamente por su resistencia a la sistematización completa, nos ofrece perspectivas críticas sobre las categorías dominantes.

En última instancia, las ambivalencias en las experiencias intersexuales nos invitan a lo que Haraway (2016) llamaría “pensamiento tentacular”: un modo de conocer que se mueve a través de conexiones parciales y tensiones productivas, en lugar de buscar síntesis definitivas o verdades absolutas. La etnografía intersexual, al hacer visibles estas ambivalencias, no solo documenta realidades complejas, sino que también contribuye a imaginar mundos donde la diferencia corporal pueda ser vivida como potencia creativa y no como problema a resolver.

Como expresó poéticamente Chuli (entrevista 2023): “puedo vivir perfectamente en la pregunta” Esta afirmación captura la esencia de las ambivalencias como sabiduría encarnada: no son estados transitorios hacia una resolución futura, sino modos válidos y potentes de ser y conocer desde la diferencia. Mantener visible esa fricción —más allá de

ofrecer síntesis o conclusiones definitivas— significa reivindicar la etnografía como práctica cognitiva situada, una forma de conocimiento que se nutre del desborde y del desajuste, y que invita a seguir indagando sin pretender cerrar jamás el círculo de la duda.

3. Reflexiones de cierre: Desbordando los marcos entre silencios, risas y ambivalencias en la etnografía de experiencias intersexuales

La inmersión en esta etnografía de experiencias intersexuales revela una tensión fundamental: mientras la academia busca categorizar, sistematizar y hacer inteligible, las vidas intersexuales desbordan persistentemente los marcos conceptuales que intentan contenerlas. Este desborde no constituye un fracaso metodológico, sino la evidencia de un conocimiento que resiste la domesticación teórica y que nos obliga a repensar nuestras herramientas de análisis.

Los silencios, las risas incómodas y las ambivalencias que pueblan los relatos de Gema, Nico, Cami y tantos otros no son periféricos al análisis, sino centrales. Cuando Gema calla al hablar de su familia o cuando Nico afirma “hay cosas que no te voy a contar”, nos enfrentamos a una resistencia epistémica que desafía la pretensión etnográfica de capturar la totalidad de la experiencia. El silencio aquí funciona como barricada contra la apropiación académica de vivencias que, históricamente, han sido objeto de extractivismo epistémico por parte de la medicina, la psicología y, también, la antropología.

La persistencia del humor negro en estos relatos —”al menos nunca tuve que preocuparme de comprar toallitas”— tampoco es un simple mecanismo de alivio emocional, sino una estrategia sofisticada de contra-narrativa que desestabiliza los relatos médicos hegemónicos. Este humor corrosivo evidencia una conciencia aguda de la violencia epistémica que supone la patologización, transformando lo que podría ser narrado como déficit en un espacio de ironía crítica. No debemos romantizar esta resistencia, sin embargo: surge en condiciones de asimetría radical y a menudo conlleva un costo emocional considerable.

La investigación, sin embargo, cae en momentos de cierta complacencia autocrítica al reconocer sus limitaciones sin cuestionar más radicalmente las condiciones de producción

del conocimiento. Reflexionar sobre la “incomodidad de la investigadora” puede convertirse en un gesto autoindulgente si no se traduce en una crítica sustantiva de las jerarquías epistémicas que continúan privilegiando la voz académica sobre la experiencia vivida. La mera conciencia de estas asimetrías no las desactiva.

Particularmente problemático resulta el enfoque predominante en personas que ya han desarrollado reflexiones elaboradas sobre su intersexualidad. Esta selección, aunque metodológicamente comprensible, reproduce una jerarquía implícita entre intersexualidades “reflexivas” y aquellas que permanecen sin nombrarse, carentes del lenguaje activista o académico para ser “legibles”. La pregunta lacerante que emerge es si esta etnografía, en su esfuerzo por visibilizar, no termina reforzando una nueva normatividad: la de la intersexualidad políticamente articulada.

Las ambivalencias documentadas —identitarias, corporales, médicas, familiares— demuestran que las personas intersexuales habitan productivamente los espacios fronterizos entre categorías establecidas. El testimonio de Chuli, “puedo vivir perfectamente en la pregunta”, desafía epistemologías que privilegian la resolución y la coherencia sobre la contradicción productiva. Sin embargo, también debemos preguntarnos si esta celebración de la ambivalencia no corre el riesgo de estetizar la lucha cotidiana contra estructuras que continúan patologizando las diferencias corporales y ejerciendo violencia material sobre los cuerpos intersexuales.

En la consulta médica, el humor condescendiente del endocrinólogo que compara las corporalidades intersexuales con “casas que necesitan remodelación” revela la persistencia de un poder biomédico que, incluso cuando parece flexible o jovial, continúa ejerciendo control normalizador. La risa nerviosa de la investigadora ante este comentario evidencia la dificultad de desafiar estas jerarquías en tiempo real, incluso desde posiciones críticas. No hay exterioridad absoluta respecto a las relaciones de poder que estructuran el campo.

El activismo intersexual, con su uso táctico de diferentes registros discursivos según contextos e interlocutores, demuestra una sofisticación política considerable. Sin embargo, esta adaptabilidad estratégica también revela la persistencia de marcos institucionales que siguen exigiendo que las demandas intersexuales se traduzcan a lenguajes “legibles” para el Estado, la medicina o la academia. La necesidad misma de esta traducción constante evidencia la distribución desigual del poder de definición.

Esta etnografía nos deja, finalmente, ante una paradoja productiva: los esfuerzos por representar las experiencias intersexuales inevitablemente las domesticar, mientras que respetar su irreductibilidad puede conducir a una parálisis analítica. Quizás el desafío no sea resolver esta paradoja sino habitarla críticamente, reconociendo que toda teorización sobre cuerpos y vidas intersexuales es provisional, parcial y está atravesada por relaciones de poder.

Lo que queda claro es que las experiencias intersexuales, con su persistente desborde de categorías binarias, nos obligan a un “pensamiento tentacular” (Haraway, 2016) que avanza por conexiones parciales sin pretensión de totalidad. Si algo nos enseña esta etnografía es que la diferencia corporal es un espacio de conocimiento desde los márgenes que interroga radicalmente nuestras certezas sobre el cuerpo, el género y la normalidad. El reto está en escuchar estas interrogaciones sin apresurar respuestas que las clausuren.

CONCLUSIONES

En diciembre de 2024, mientras finalizaba la redacción del capítulo de resultados de esta tesis, asistí en Valencia a la presentación de un libro que exploraba la construcción del sujeto político intersexual. Este evento significativo no solo cerraba un ciclo personal y académico, sino que me permitió reflexionar sobre las tensiones y desafíos que atraviesan las experiencias intersexuales, tanto a nivel individual como colectivo. Las ponentes eran activistas españolas a quienes había conocido en 2019, al comienzo de esta trayectoria investigativa durante la elaboración de mi TFM. Reencontrarme con estas personas, sus relatos y reflexiones me condujo a una introspección profunda sobre el camino recorrido y los horizontes por explorar.

El evento estuvo cargado de emoción y significados compartidos. Las expositoras narraron historias de vida marcadas por experiencias comunes: rechazo familiar, malestar con el cuerpo, sentimientos de ser un “error” y la necesidad de ocultarse. No obstante, todas destacaron la importancia de haber encontrado una comunidad que les permitió resignificar sus identidades y construir un camino colectivo que trascendiera el dolor. Este proceso, según sus palabras, no solo implicaba sanar heridas personales, sino también desafiar narrativas normativas que patologizan la intersexualidad, reconfigurando el lugar de esta vivencia dentro del marco social y político.

El público, compuesto mayoritariamente por jóvenes identificados con el colectivo LGBTQ+, reaccionaba con entusiasmo ante cada testimonio. Las ovaciones se repetían cada vez que se mencionaban conceptos como el “camino queer”, la resignificación identitaria o la lucha contra la heteronormatividad.

Escuchaba atentamente este discurso que, de algún modo, me resultaba familiar y cercano. En él encontraba ecos de las ideas que he compartido durante estos cinco años de trabajo junto a IntersexualesChile. Sin embargo, a diferencia de aquel primer encuentro en 2019, cuando escuché a estas valientes mujeres relatar sus experiencias, esta vez hubo una frase que resonó profundamente en mí. Una de las expositoras afirmó: “*Aquelles* que quieren adecuarse, están mal, eso está mal”, refiriéndose a las personas intersexuales que optan por intervenciones quirúrgicas o eligen vivir dentro del binarismo de género.

Esta declaración, lejos de sorprenderme, me llevó a reflexionar críticamente sobre las tensiones que habitan en los propios discursos activistas. ¿Quién define qué significa

“estar bien” en el contexto de las experiencias intersexuales? ¿Es la “diversidad” un destino uniforme o un circuito de experiencias múltiples y contradictorias? ¿Acaso la resistencia a la normalización no puede generar, paradójicamente, nuevas normatividades?

Estas reflexiones se conectan profundamente con las conclusiones de esta tesis, donde se aborda la intersexualidad como un campo en constante resignificación, atravesado por tensiones irreductibles entre normatividad y resistencia, entre imposiciones externas y afirmaciones internas. El evento no solo reafirmó la relevancia de las discusiones planteadas en este trabajo, sino que también abrió nuevas interrogantes sobre cómo las experiencias individuales se entrelazan con las estructuras sociales y políticas más amplias.

La convergencia de estas inquietudes, surgidas tanto de manera personal como durante el transcurso de la investigación, evidenció la complejidad del tema abordado. En este contexto, la decisión inicial de emplear la perspectiva teórico-metodológica de la antropología de la subjetividad para desarrollar este análisis resultó sumamente valiosa y representa una contribución original al campo. Dado que la subjetividad se configura a partir de aspectos existenciales, materiales, simbólicos y políticos, abordar el estudio desde este enfoque me permitió explorarlos con profundidad, articulando dimensiones tradicionalmente fragmentadas en los estudios sobre intersexualidad. Más relevante fue la posibilidad de integrarlos mediante una aproximación etnográfica que los hiciera dialogar con lo recogido en el campo.

Para ello, diseñé un conjunto de herramientas teóricas basado en estudios sobre cuerpo, subjetividad y emociones. Este enfoque me ayudó a esclarecer los componentes sociales presentes en las experiencias relatadas, así como los desafíos que estas implican. Esta síntesis teórica innovadora permitió superar las limitaciones de los enfoques únicamente biomédicos o exclusivamente activistas que han dominado el campo hasta ahora, proponiendo un diálogo crítico entre ambas perspectivas.

El análisis inició con un distanciamiento analítico de las voces de las protagonistas, tomando como referencia teórica el debate entre esencialismo y construccionismo en torno al cuerpo intersexual. Este punto de partida buscaba comprender las dimensiones históricas y estructurales de la intersexualidad, así como el contexto más amplio en el que se sitúa, para examinar su influencia en las vivencias individuales. Mi objetivo fue explorar las dinámicas de poder subyacentes en las que estas construcciones sociales se

forman, identificando los actores sociales que compiten por legitimar sus definiciones y, sobre todo, sus intereses en la distribución de recursos dentro de relaciones de poder a niveles macro.

Continué el análisis adoptando un enfoque feminista e interseccional, una elección metodológica que vino a desafiar las concepciones hegemónicas sobre el cuerpo y la subjetividad expuestas en los primeros epígrafes. En este contexto, la interseccionalidad hace referencia a una posición epistemológica que privilegia conocimientos situados, emergentes de experiencias concretas y locales, por sobre narrativas universalistas que tienden a homogenizar la diversidad de vivencias. Esta perspectiva implica escuchar activamente a quienes han sido relegadas a los márgenes, reconociendo la validez de sus formas de saber y de sus estrategias de resistencia frente a las normativas impuestas desde el centro.

Este marco permitió cuestionar la preeminencia de perspectivas biomédicas y patologizantes, proponiendo una mirada más inclusiva centrada en las experiencias vividas, las relaciones de poder que las atraviesan y los modos en que las personas intersexuales resignifican sus cuerpos e identidades. A su vez, este enfoque feminista e interseccional también posibilitó la identificación de tensiones y contradicciones que emergen dentro de los propios movimientos activistas, destacando la diversidad de perspectivas y caminos posibles dentro de estas luchas colectivas, así como las exclusiones internas que pueden producirse.

De esta forma, analicé la influencia del feminismo en la creación del sujeto político intersexual y del activismo tanto a nivel internacional como en Chile por medio de publicaciones y artículos testimoniales escritos por ellas mismas, presentes en internet. Esto fue particularmente relevante, ya que las organizaciones de la sociedad civil y los movimientos sociales han jugado roles clave en la disputa por las definiciones y recursos asociados a las experiencias intersexuales.

Un hallazgo relevante que desarrollé en el Capítulo II fue la constatación de lo que he denominado “arquetipo intersexual”: una representación simbólica o modelo idealizado que encapsula características asociadas con la intersexualidad y que ha sido útil para la articulación del movimiento activista en contextos culturales, psicológicos y narrativos. Este concepto representa una contribución original al campo que permite comprender mejor la construcción de narrativas colectivas en torno a la intersexualidad, así como su influencia en la generación y articulación del activismo intersexual latinoamericano.

Hasta este punto, el análisis avanzó de manera paralela al trabajo de campo, con un distanciamiento analítico —aunque no físico— del contexto etnográfico, con el objetivo de abordar las dimensiones más amplias que lo enmarcan. Al regresar al campo, lo hice con una perspectiva enriquecida que comprendía como una red de interacciones complejas entre múltiples actores. Esto me llevó a la necesidad de situar en contexto la disputa paradigmática entre desorden y diversidad, en cuyo marco se inserta la emergencia de la intersexualidad en Chile. Este análisis se presentó detalladamente en el Capítulo V.

A través del análisis etnográfico institucional, donde el Estado fue el actor principal, consideré no solo su legislación y políticas públicas, sino también las formas en que los discursos se combinan para crear estas normativas y cómo estas se implementan, afectando directamente la configuración de subjetividades intersexuales. Entender al Estado como una entidad diversa y no homogénea permitió identificar a los distintos actores que conforman los espacios de participación y analizar sus dinámicas de poder. En consecuencia, incluí las voces del funcionariado, profesionales del ámbito médico y activistas intersexuales que, desde su quehacer diario, participan en la gestión de la intersexualidad en Chile, reproduciendo y transformando estos discursos.

A modo de antecedentes, la emergencia de la intersexualidad en Chile se manifestó de manera acusada en el Estado chileno a partir de 2015, iniciándose con la incidencia política que buscaba el reconocimiento del derecho a la autonomía e integridad corporal exigido por organismos internacionales. Esto dio paso a la creación de la Circular N.18/2015, cuyo objetivo era prohibir las intervenciones quirúrgicas en las infancias intersexuales. Estos cambios fueron contestados por la comunidad médica, las familias y también por algunas personas intersexuales, lo que resultó en la imposición de la Circular N.7/2016, que vino a patologizar las vivencias intersexuales, imponer el uso de lenguaje DSD y protocolizar intervenciones dependiendo del tipo de “condición”.

El panorama en Chile había experimentado transformaciones incoherentes en este corto período, cuyos cambios no habían estado exentos de actualizaciones continuas y discrepancias, las cuales pude evidenciar durante la etnografía institucional ejecutada entre 2022 y 2024, donde, además, fui testigo de la creación de un nuevo documento regulatorio, la Circular N.15/2023, impulsada por presiones internacionales y denuncias que exigían al Estado tomar medidas concretas.

No obstante, a pesar de que esta iniciativa incluyó la diversidad de voces, el nuevo documento no logró el reconocimiento esperado por las personas intersexuales implicadas, ya que los recursos médicos prevalecieron sobre los discursos activistas. Esta prevalencia impactó en lo que he denominado “dispositivos institucionales médicos y jurídicos”, destacando su capacidad para moldear subjetividades y las posibles fugas o excesos normativos que inciden en las experiencias de las personas intersexuales, a través de lineamientos estatales que presionan para categorizar la intersexualidad de nuevas maneras, incluso con la manifestación de rechazo explícito de algunas personas intersexuales.

De esta forma, un hallazgo de este capítulo fue identificar la “paradoja del reconocimiento” en las políticas contemporáneas de diversidad sexual. El reconocimiento institucional opera bajo lógicas que exigen que las experiencias sean legibles y clasificables dentro de racionalidades políticas que privilegian la cuantificación. Esta gubernamentalidad produce formas específicas de subjetividad que exigen determinadas actuaciones para acceder al reconocimiento, configurando un tipo de reconocimiento que puede convertirse en nueva forma de captura.

Asimismo, los discursos institucionales no solo reflejan saberes biomédicos, sino que funcionan como dispositivos que estructuran prácticas cotidianas dentro del sistema público de salud. A través de estos discursos, el Estado se hace presente en la gestión local de cuerpos, subjetividades y recursos, afectando directamente las experiencias de las personas intersexuales. Los sujetos se convierten en pacientes y usuarios/as que deben adecuarse a categorías diagnósticas, aprender a convivir con su “condición” y negociar su acceso al sistema según las dinámicas propias de la salud pública. Por su parte, los profesionales de la salud oscilan entre sus roles como agentes médicos y funcionariado estatal.

Uno de los aspectos más reveladores fue constatar que, pese a los esfuerzos del Ministerio de Salud por diseñar normativas inclusivas, estas no llegaron a implementarse en regiones ni en hospitales centrales. La Circular N.º15/2023, en la práctica, quedó como una declaración de buenas intenciones, mientras en los territorios persistieron las estructuras sociales históricas que reproducen exclusiones y silenciamientos.

A partir de estos resultados obtenidos, argumenté que estos procesos no solo se vinculan a las experiencias individuales, sino también a las dimensiones estructurales que las moldean. Las estructuras relacionadas con la intersexualidad abarcan tanto significados

culturales y sociales—es decir, la intersexualidad como una construcción simbólica— como estructuras materiales.

Así, correspondió el análisis a nivel micro. En el Capítulo VI: “Polifonías del devenir intersexual” centré mi análisis en uno de los momentos críticos enunciados por las personas entrevistadas: el diagnóstico o revelación de la intersexualidad. Identifiqué que este proceso constituye un punto de inflexión biográfico caracterizado por comunicación fragmentada y asimétrica, con patrones diferenciados según el momento vital del descubrimiento.

En muchos relatos, las llamadas “mitologías familiares” —narrativas parcialmente ficcionalizadas sobre intervenciones médicas o particularidades corporales— emergieron como mecanismos protectores que, sin embargo, generaron posteriores confusiones y silencios. La categoría de género aparece como eje estructurante en estas experiencias, operando desde lo biológico hacia lo normativo. Las asignaciones iniciales, sustentadas en marcos médicos y sociales binarios, refuerzan dinámicas de poder que modelan las subjetividades desde la infancia.

Para captar la complejidad de estas configuraciones, desarrollé una aproximación polifónica, que permitió registrar cómo múltiples voces —familiares, médicas, personales— se entrelazan en la construcción del relato intersexual. Este enfoque superó los modelos que privilegian exclusivamente la voz del sujeto, y permitió evidenciar cómo el “secreto constitutivo” opera como forma de silenciamiento traumático, generando lo que conceptualicé como un “conocimiento venenoso”: saberes que circulan sin articulación, y que producen efectos subjetivos significativos.

No obstante, la investigación también documentó la emergencia de “microagencias” desarrolladas por personas intersexuales, particularmente durante la infancia y adolescencia. Estas formas de agencia no siempre implican transformación estructural, pero permiten generar espacios habitables dentro de marcos opresivos, evidenciando creatividad y adaptabilidad subjetiva.

En el Capítulo VII, “Gestión médico-institucional”, quedó en evidencia la persistencia del modelo médico-hegemónico en Chile. Este modelo se caracteriza por la centralización del saber biomédico como fuente legítima para interpretar los cuerpos intersexuales, junto con una atención fragmentada, despersonalizante y sin articulación efectiva entre especialidades. El lenguaje utilizado —como “Desórdenes del Desarrollo Sexual

(DSD)”— refuerza la patologización y profundiza la distancia entre profesional y paciente.

Un hallazgo clave fue la identificación de desigualdades en el acceso a información y alternativas de tratamiento, determinadas por clase social y ubicación geográfica. Mientras quienes habitan sectores urbanos y cuentan con capital económico pueden acceder a segundas opiniones y opciones menos invasivas, las personas de sectores rurales o con bajos recursos enfrentan diagnósticos tardíos y procesos sin acompañamiento.

Frente a esto, observé prácticas que contradicen la idea de pasividad del paciente. Las personas intersexuales desarrollan estrategias sofisticadas de “navegación institucional estratégica” y, en muchos casos, prácticas alternativas que priorizan sus experiencias sobre los protocolos normativos. Algunas se apropian de saberes médicos desde sus propios marcos de bienestar, lo que denominé “procesos de expertización”, mientras otras se distancian completamente de los discursos clínicos, priorizando redes de cuidado comunitarias y saberes situados.

Una hipótesis que se desmoronó en este capítulo fue la idea de que el proceso de normalización opera exclusivamente desde la medicina hacia la sociedad. Si bien la relación médico-paciente tiene raíces históricamente desiguales, también evidencié un flujo inverso, donde las normas sociales configuran el conocimiento y las prácticas médicas, reforzando nociones de “normalidad” y “anormalidad” en una interacción bidireccional que problematiza las narrativas lineales de dominación.

En el Capítulo VIII: “Gestión de lo cotidiano” exploré cómo la esfera íntima emerge como ámbito crucial donde se negocian impactos de intervenciones médicas, estigmas sociales y expectativas normativas. Identifiqué “ciclos de revelación/ocultamiento” en relaciones sexoafectivas: complejos procesos decisionales sobre cuándo, cómo y a quién revelar la vivencia intersexual. Estos ciclos, según pude observar, generan una carga cognitiva y emocional sustancial, pero también constituyen espacios donde las personas intersexuales desarrollan estrategias comunicativas y relacionales sofisticadas.

En esta dimensión, documenté estrategias que incluyen la resignificación de la sexualidad y el bienestar, donde muchas personas intersexuales desafían narrativas médicas para redefinir su corporalidad fuera de marcos normativos, transformando las disposiciones que estructuran la interpretación de sus cuerpos como abyectos. Analicé cómo el lenguaje funciona como herramienta performativa crucial, donde afirmar “soy intersexual” opera

como acto de “soberanía corporal lingüística” que desborda el léxico médico impuesto. Sin embargo, mi investigación también reveló que el acceso al capital cultural determina significativamente las posibilidades de autodenominación y construcción identitaria, generando desigualdades en la capacidad de articular experiencias divergentes.

En el Capítulo IX: “Encuentros y desencuentros identitarios en el activismo” retomé el concepto de “arquetipo intersexual” para analizarlo críticamente. Observé que, si bien puede entenderse como posibilidad política, para algunas personas entrevistadas funciona como narrativa maestra que establece un horizonte normativo sobre qué significa ser “correctamente intersexual”. Analicé cómo el activismo opera como fuerza ambivalente que simultáneamente empodera y constriñe, ofreciendo lenguaje político para resignificar colectivamente experiencias patologizadas, pero también generando normatividades propias que pueden reproducir exclusiones.

Identifiqué que la centralización geográfica del activismo en Chile genera una “jerarquía espacial” que determina posibilidades de participación y reconocimiento, donde personas de zonas rurales o periféricas experimentan doble marginalidad. Asimismo, documenté cómo las brechas generacionales producen desafiliaciones temporales que complican la construcción de solidaridad duradera. Una paradoja central que identifiqué es que el activismo puede generar prescripciones implícitas sobre cómo debe habitarse un cuerpo intersexual “político”, tensionando la autodeterminación corporal y provocando formas alternativas de politización que desafían tanto el binarismo médico como las normatividades activistas emergentes.

Al finalizar cada uno de estos capítulos, realicé una reflexión de cierre en torno a cinco categorías analíticas que surgieron como un diálogo entre la propuesta teórico-metodológica de la antropología de la subjetividad (Cabrera, 2017) y los datos etnográficos obtenidos: disposiciones encarnadas (*habitus* corporales y esquemas perceptivos), actos de legitimación/subversión (rituales médicos, jurídicos, comunitarios), tramas de afecto y poder (relaciones familiares, médicas, activistas), reconfiguración corporal (*embodiment*) y prácticas de autoconstrucción (tecnologías del yo).

Si bien las presenté secuencialmente por necesidades expositivas, reconozco que conforman en realidad un campo de fuerzas mutuamente constitutivas cuya separación es más artificial que ontológica. De esta forma, entendí estas categorías, no como descriptores de realidades discretas, sino como herramientas provisionales para navegar

la radical heterogeneidad de experiencias que desafían sistemáticamente los marcos teóricos eurocéntricos sobre el cuerpo, el género y la subjetividad. A su vez, me permitió evidenciar lo que he denominado “desbordes teóricos y etnográficos”, aquello que no alcanza a ser capturado por las teorías existentes y que se ven rebosadas por las experiencias intersexuales recogidas.

Estas cinco categorías operan de manera rizomática, configurando un entramado no jerárquico donde cada elemento se conecta con cualquier otro sin seguir una lógica lineal o causal. En este rizoma etnográfico, las *disposiciones encarnadas* (nivel de imposición estructural) se entrelazan con los *actos de legitimación/subversión* y las *tramas de afecto y poder* (nivel de negociación identitaria), mientras que la *reconfiguración corporal* y las *prácticas de autoconstrucción* (nivel de autonomía agencial) atraviesan transversalmente todas las dimensiones experienciales —desde el punto de partida diagnóstico hasta los espacios médico-institucionales, cotidianos y activistas, como expongo en este rizoma combinado final:

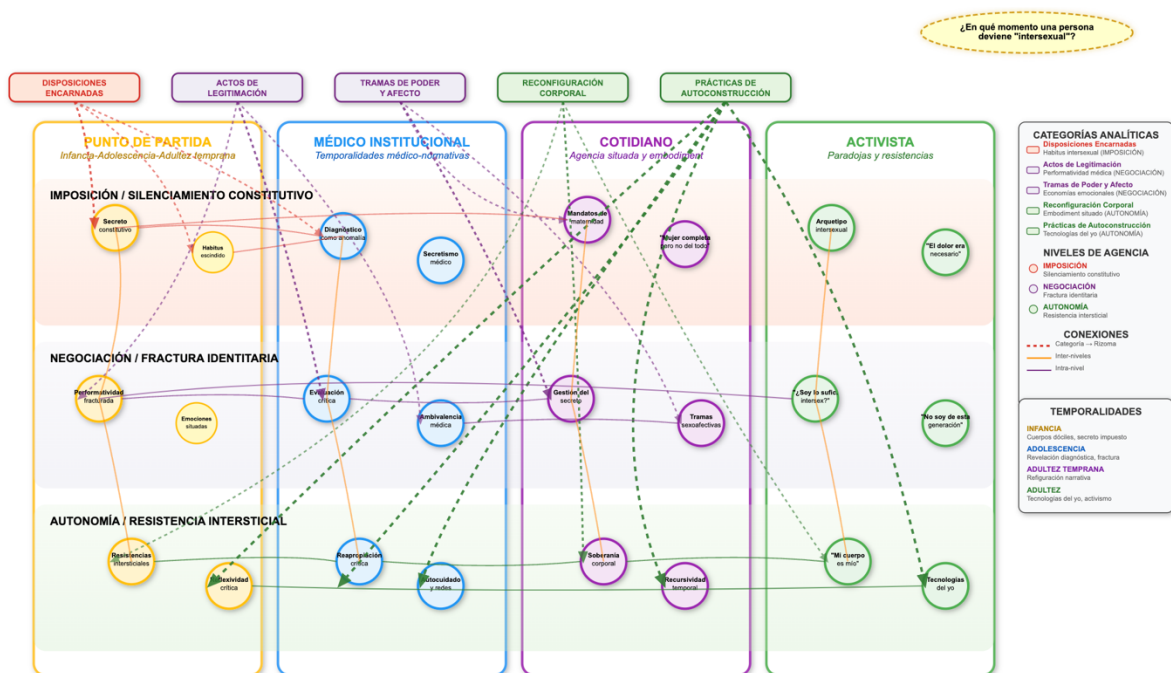


Figura 34: rizoma combinado de las dimensiones analizadas. Elaboración propia

Finalmente, en el Capítulo X: “Aquello no abarcado por el discurso” exploré elementos no verbalizados como componentes centrales de narrativas intersexuales. Identifiqué patrones de silencio estructurado en torno a experiencias de dolor físico/emocional, confusiones identitarias y vivencias de estigma que revelan aspectos cruciales

inaccesibles a metodologías exclusivamente discursivas. Esta aproximación, que denominé “etnografía de lo no dicho”, se caracterizó por atención sistemática a elementos que exceden la verbalización, pero resultan fundamentales para comprender experiencias que desafían categorías lingüísticas disponibles, reconociendo que ciertos aspectos se manifiestan precisamente en los límites del lenguaje. Esta aproximación no considera el silencio, las risas o las ambivalencias como déficit, sino como expresión legítima de zonas de inexplicabilidad subjetiva, reconociendo el derecho a no ser completamente comprendido como una forma de agencia epistémica.

De esta forma, la etnografía desarrollada en esta investigación, que abarcó tanto dimensiones institucionales como experiencias vividas de personas intersexuales en Chile, desveló un entramado complejo de tensiones estructurales que configuran las posibilidades de subjetivación intersexual. En este análisis identifiqué tres desafíos fundamentales que, lejos de constituir obstáculos aislados, operan como un campo de fuerzas interconectadas donde se despliega una negociación constante y desigual entre la agencia individual y las estructuras de poder que organizan lo social.

Estos desafíos no emergen de manera fortuita, sino que responden a la arquitectura específica del poder en el contexto chileno, donde convergen dispositivos neoliberales de gestión de la vida, tradiciones católico-conservadoras y marcos jurídicos que, bajo la apariencia de inclusión, perpetúan formas renovadas de exclusión. La intersexualidad, en este contexto, se constituye como un sitio privilegiado para observar cómo operan los mecanismos contemporáneos de normalización y disciplinamiento corporal.

El **primer desafío** se materializa en el marco de lo que he denominado “dispositivos institucionales”. Estos, en lugar de garantizar derechos, tienden a sofisticar violencias estructurales hacia cuerpos que desestabilizan la normatividad binaria. El sistema de salud, como dispositivo foucaultiano paradigmático, patologiza la diversidad corporal mediante una política molecular que fragmenta el cuerpo en unidades intervenibles (hormonas, genitales, cromosomas), cada una sujeta a protocolos específicos de normalización. Esta fragmentación técnica es, en realidad, profundamente política.

El control del tiempo institucional —quién accede a diagnósticos, tratamientos, acompañamiento— produce desigualdades que configuran lo que conceptualicé como un “apartheid biopolítico”. Mientras las personas con capital económico pueden acelerar procesos mediante el sistema privado, quienes dependen del sistema público enfrentan

demoras que impactan directamente en su autonomía corporal. A esto se suma la persistencia de una lógica médica patriarcal y falocéntrica, donde la asignación de sexo sigue organizada en torno a la penetrabilidad y la reproductividad como criterios legitimadores de masculinidad y feminidad.

Por otra parte, los procedimientos administrativos institucionales reproducen el binarismo bajo lógicas tecnocráticas que, en apariencia inclusivas, vacían de contenido político los discursos activistas. A través de procesos como la tecnocratización del debate, la individualización de problemas estructurales y la apropiación superficial de terminología intersexual, el Estado despolitiza demandas colectivas. La categoría “indeterminado” en el registro civil ilustra lo que Fraser (2020) denomina *inclusión diferencial*: formas de reconocimiento que incorporan al sujeto marginal sin cuestionar los marcos normativos que lo excluyen.

Esta lógica de exclusión se reproduce transversalmente también en el sistema educativo, que perpetúa la ausencia total de diversidad corporal tanto en el currículum formal como en el oculto, y en el sistema judicial, que mantiene una impunidad estructural frente a las intervenciones médicas no consentidas. Esta configuración genera una distribución profundamente desigual de la precariedad jurídica que deja a las personas intersexuales sin recursos legales efectivos para enfrentar las violaciones a su autonomía corporal.

Así, la “lotería del cuidado” revela que el Estado no opera como una máquina coherente, sino como un campo de tensiones donde se disputan saberes, prácticas y verdades sobre los cuerpos. La legalidad chilena guarda silencio frente a la intersexualidad; la educación reproduce normas binarias; y los discursos públicos solo nombran esta experiencia de forma excepcional, muchas veces desde el morbo o la compasión. Esta inconsistencia institucional genera trayectorias radicalmente diferentes para personas con experiencias similares, reforzando las geografías desiguales de posibilidad identificadas.

El **segundo desafío** emerge en el marco complejo del “reconocimiento y la dependencia”, reflejando el rol simultáneamente crucial y contradictorio que desempeñan las familias y el activismo en el acompañamiento de personas intersexuales. Este desafío revela cómo los vínculos afectivos más íntimos pueden convertirse en vectores de normalización y disciplinamiento. La familia opera como un espacio neurálgico fundamentalmente ambivalente: constituye el ámbito inaugural de socialización y protección, pero simultáneamente funciona como el territorio donde se materializa con mayor eficacia el poder normalizador binario. Las familias, enfrentadas a lo que podemos conceptualizar

como una “crisis clasificatoria” ante el nacimiento de una persona intersexual, y condicionadas por el monopolio interpretativo del discurso médico, responden frecuentemente con intervenciones quirúrgicas tempranas, procesos de hormonización y la producción activa de silencios familiares, motivadas paradójicamente por sentimientos genuinos de afecto y protección.

El “secreto familiar” constituye una herramienta particularmente poderosa de normalización que construye identidades “desacreditables” en el sentido goffmaniano. Este secreto no es simplemente la ausencia de información, sino una producción activa de silencio que genera fragmentación subjetiva y pérdida sistemática de agencia. La familia se convierte así en un lugar de disciplinamiento afectivo, donde el amor se condensa estructuralmente con formas sofisticadas de control. Sin embargo, es crucial reconocer que la capacidad familiar para contestar el mandato biomédico depende de factores estructurales específicos: capital cultural, posición socioeconómica, acceso a redes de apoyo alternativas, y proximidad a discursos contrahegemónicos. Esto evidencia que la aparente “decisión familiar” está estructuralmente condicionada y no puede comprenderse como una elección libre e individual.

Ambos desafíos convergen en el **tercero**, que constituye el eje conceptual de esta tesis: el “devenir intersexual”. El devenir intersexual representa un desafío existencial y político de primer orden que no puede reducirse a una identidad fija ni a una condición médica estática. Siguiendo las conceptualizaciones de Puar (2015) y la filosofía del devenir de Deleuze-Guattari (1980), este proceso debe comprenderse como un campo de batalla simbólico donde se disputan las posibilidades mismas de existir fuera de la norma binaria.

El desafío radica precisamente en que no todas las personas intersexuales pueden desplegarlo. Sus cuerpos enfrentan marcos institucionales, discursivos, culturales y afectivos que exigen silencios, adecuaciones normativas o conformidades binarias como prerequisite para el reconocimiento social. Esta condición estructural convierte el devenir intersexual en un “privilegio” desigualmente distribuido, no en una posibilidad universal.

Como proceso performativo, este devenir desafía simultáneamente dos dimensiones fundamentales: la dimensión de la acción, donde el género y el cuerpo se materializan a través de prácticas que van más allá de la repetición normativa, incluyendo formas creativas de desplazamiento y subversión que desestabilizan las certezas sociales sobre lo

que constituye un cuerpo “legítimo”; y la dimensión de la construcción subjetiva, donde estas prácticas configuran posicionamientos éticos y políticos que desafían las estructuras de poder que intentan clasificar, normalizar y disciplinar la diversidad corporal.

La mayoría de las personas entrevistadas enuncian el recuerdo de una infancia donde se encarnaron disposiciones específicas que configuraron lo que denominé *habitus intersexual*: un desafío cotidiano de habitar un cuerpo que la sociedad percibe como problemático, incompleto o necesitado de corrección.

Este *habitus* se constituye no solamente por la experiencia corporal diferente, sino fundamentalmente por las reacciones sociales que la rodean y la significan como desafío al orden establecido: los gestos de quienes callan, los espacios que exigen explicaciones, las miradas que se desvían, las intervenciones médicas que buscan “corregir” la diferencia.

El desafío surge desde la infancia: las intervenciones médicas trascienden su dimensión clínica para convertirse en actos de legitimación normativa que buscan resolver el “problema” que representa un cuerpo intersexual para el orden binario. Estas prácticas configuran maneras específicas de habitar el mundo, estableciendo disposiciones que orientan la percepción del género, del dolor y del silencio como elementos constitutivos de una experiencia marcada por la constante interpelación normalizadora.

A pesar de estos condicionamientos, algunas personas han logrado desarrollar prácticas de autoconstrucción que constituyen respuestas creativas al desafío de existir fuera de la norma: apropiación estética del propio cuerpo, resignificación narrativa de cicatrices como marcas de supervivencia, reconstrucción semántica de eventos traumáticos. Estas “tecnologías del yo” (Foucault, 1990) no son decorativas: son actos concretos de autodeterminación que desafían activamente un entorno que niega, silencia o disciplina. Representan formas sofisticadas de agencia que prefiguran transformaciones más amplias en las relaciones de poder.

No obstante, el acceso al devenir intersexual está estructuralmente mediado por desigualdades profundas. El capital cultural, la clase social, la ubicación geográfica y el acceso a redes comunitarias determinan quién puede enfrentar exitosamente el desafío de devenir intersexual y cómo puede hacerlo.

Esta realidad revela geografías de posibilidad profundamente desiguales: no todos los cuerpos disidentes tienen la misma oportunidad de transformarse en cuerpos legibles,

habitables o políticamente articulados. El devenir intersexual se convierte así en un desafío que requiere recursos materiales y simbólicos específicos para ser navegado exitosamente.

Poder decir “soy intersexual” constituye un desafío político fundamental que reorganiza el sentido de la experiencia vivida. Esta capacidad de enunciación representa una frontera epistémica crucial: desafía los marcos culturales disponibles, los afectos que circulan socialmente, y la legitimidad asignada a diferentes discursos sobre la corporalidad.

El desafío reside en que muchas personas se identifican como “hombres” o “mujeres” no por representación total de su experiencia, sino porque constituye la única forma de viabilidad social disponible frente a un entorno hostil. Otras se afirman intersexuales desde lugares híbridos que desafían la lógica de la coherencia identitaria, evidenciando formas creativas de habitar múltiples mundos simbólicos simultáneamente según recursos.

Esta complejidad se intensifica en personas intersexuales con proximidad a cosmovisiones mapuche, donde emergen formas específicas de desafío epistémico que entrelazan elementos ancestrales con marcos contemporáneos de derechos humanos, representando resistencias culturales que desafían directamente la patologización biomédica occidental. Esta hibridación epistémica no representa “contaminación” de saberes ancestrales, sino procesos creativos de reelaboración cultural que desafían las hegemonías occidentales sobre la comprensión del cuerpo y la diversidad.

En este panorama, el activismo intersexual constituye un ejercicio de imaginación política que desafía no solo a las instituciones, sino también a las formas dominantes de pensar la identidad, el reconocimiento, la comunidad y la agencia. El desafío específico del activismo reside en navegar la tensión entre construir un “arquetipo intersexual” como estrategia política inmediata, y la necesidad de desafiar estos mismos arquetipos mediante el concepto de devenir intersexual. Esta tensión es productiva: mientras el arquetipo permite cierta inteligibilidad política, el devenir propone una resignificación radical que desafía los estereotipos y limitaciones impuestas, comprendiendo la intersexualidad como un proceso continuo y contingente que no se agota en las categorías binarias tradicionales.

Los tres desafíos identificados no operan de manera independiente, sino que configuran un campo de fuerzas mutuamente constitutivas donde el devenir intersexual debe desplegarse navegando tensiones simultáneas y contradictorias, evidenciando circuitos

complejos de retroalimentación donde la patologización médica refuerza los silencios familiares, que a su vez limitan las posibilidades de politización activista, debilitando la presión por transformaciones institucionales.

El devenir intersexual en Chile, entonces, es un proceso profundamente situado en estructuras materiales, en afectos compartidos, en disposiciones encarnadas, en actos de resignificación, en posibilidades desiguales de narración. Es una forma de estar en el mundo que resiste la clausura de la norma que, apuesta por una vida más vivible, aunque esa vida todavía no haya sido plenamente autorizada por las instituciones dominantes. Hacer habitable ese devenir no implica solo reformar leyes específicas o capacitar profesionales de la salud: implica transformar las condiciones de posibilidad del cuerpo, el lenguaje y el afecto que estructuran la experiencia social. Implica, como señala Butler (2017), suavizar la coerción de las normas para que otras vidas, otras formas de ser, puedan desplegarse sin tener que justificarse constantemente ante tribunales médicos, familiares o políticos. Solo así el devenir intersexual dejará de ser una excepción patologizada para convertirse en parte legítima y digna de la diversidad humana, abriendo posibilidades de habitabilidad que trascienden las fronteras de lo intersexual para incluir todas las formas de diversidad corporal y subjetiva que han sido marginalizadas por los regímenes de normalización contemporáneos.

El verdadero desafío que plantea la intersexualidad es fundamentalmente ontológico: ¿podemos imaginar formas de reconocimiento que no dependan de la transparencia o la categorización? ¿Es posible construir espacios donde la opacidad y la contradicción sean también formas legítimas de existir? ¿Cómo negociar las tensiones entre lo colectivo y lo individual, lo normativo y lo disruptivo, sin reproducir las lógicas totalizantes que se pretende resistir?

Una limitación fundamental de esta investigación residió —y reside— en la dificultad para trasladar las comprensiones académicas complejas al terreno de las políticas públicas, que tienden a operar con categorías simplificadoras y mediciones cuantificables. Mientras la antropología revela la naturaleza fluida y contextual de las experiencias intersexuales, los mecanismos estatales requieren definiciones estables para implementar protocolos y asignar recursos. Esta tensión genera un dilema persistente: ¿cómo garantizar protecciones institucionales sin reducir la diversidad de experiencias a categorías rígidas que reproducen nuevas exclusiones?

La composición de la muestra, predominantemente urbana y de clase media, constituyó otra limitación estructural. Aunque se realizaron esfuerzos para diversificar las voces, las experiencias rurales, indígenas y de sectores populares quedaron subrepresentadas. Esta limitación no es meramente técnica, sino que revela cómo las metodologías académicas convencionales pueden reforzar silencios epistémicos al privilegiar voces que ya tienen mayor acceso a recursos materiales y simbólicos.

El énfasis en la subjetividad, aunque valioso, puede inadvertidamente desviar la atención de las condiciones estructurales que determinan quién puede articular su experiencia en términos propios. En un contexto como el chileno, marcado por profundas desigualdades socioeconómicas, el acceso a recursos materiales y simbólicos condiciona radicalmente las posibilidades de autodeterminación, lo que requiere un análisis más sistemático de las determinaciones estructurales.

Frente a estas limitaciones, desarrollé una propuesta ética fundada en el “derecho a la opacidad”. Las personas intersexuales que rechazaron participar formalmente o mantuvieron zonas de su experiencia fuera de la conversación no evidencian “falta de conciencia política”, sino que ejercen una forma sofisticada de agencia epistémica. Como expresó una participante: “No quiero que me entiendan, quiero que me dejen ser.” Esta afirmación desafía los fundamentos éticos de la investigación social, obligándonos a preguntarnos si la comprensión completa del otro es prerequisite para la justicia.

A partir de estos hallazgos, propongo tres líneas de acción transformadora experimentales que articulen los desafíos identificados:

1. **Laboratorios de narrativas corporales** donde las personas intersexuales elaboren sus propias formas de narración sin verse obligadas a traducirse constantemente al lenguaje del derecho o la ciencia, desafiando el monopolio interpretativo de los dispositivos institucionales.
2. **Redes de acompañamiento entre pares** que fortalezcan conocimientos situados sobre cuidado y bienestar, articulando saberes experienciales que contesten las ambivalencias familiares y activistas mediante creación de comunidades alternativas de reconocimiento.
3. **Intervenciones pedagógicas críticas** con profesionales orientadas a cuestionar nociones normativas de cuerpo y género, reconociendo los límites de la experticia técnica frente a la complejidad del devenir intersexual.

Como futuras líneas de investigación, considero relevante explorar cómo la consolidación de comunidades de resistencia y la implementación de nuevas políticas públicas transformarán las experiencias intersexuales, analizando si lo que hoy se está generando construye entornos más inclusivos o produce exclusiones no intencionadas que reproducen lógicas de poder bajo nuevas formas.

Analizar cómo se representa la intersexualidad en medios, instituciones educativas y otros espacios culturales es vital para entender y dismantlar los prejuicios que operan en el nivel de los imaginarios sociales. La educación podría ser una herramienta clave para promover una comprensión más inclusiva de la diversidad corporal, pero solo si logra descentrar las lógicas normativas que organizan los currículos y las prácticas pedagógicas.

El principal aporte de esta investigación radica en haber situado las intersexualidades en un marco relacional que conecta dimensiones aparentemente opuestas: lo hegemónico con las prácticas cotidianas, las experiencias individuales con las dinámicas estructurales, y las resistencias con los discursos dominantes. Este enfoque permitió explorar cómo las narrativas sociales y médicas no solo configuran las experiencias de las personas intersexuales, sino que también influyen en sus estrategias de resistencia y resignificación, evidenciando la naturaleza dialéctica de estos procesos.

La identificación de los tres desafíos fundamentales —institucional, de reconocimiento y del devenir— constituye una contribución teórica original que permite comprender la intersexualidad como campo de fuerzas complejas donde se articulan múltiples niveles de experiencia y poder. Esta aproximación supera tanto enfoques exclusivamente biomédicos como perspectivas activistas homogeneizantes, proponiendo un marco analítico que honra la complejidad sin renunciar a la transformación social.

El concepto de “devenir intersexual” como proceso performativo condicionado por estructuras de poder representa una innovación teórica que permite pensar la subjetivación intersexual más allá de identidades fijas, reconociendo su carácter contingente, situado y desigualmente accesible.

No obstante, esta investigación no pretende cerrar el debate sobre intersexualidad, sino abrir nuevas preguntas sobre los límites de nuestros marcos de comprensión. Quizás el verdadero desafío ético y político sea aprender a convivir con lo que no entendemos del

todo, con lo que escapa a nuestras categorías, reconociendo que la búsqueda obsesiva de comprensión total puede reproducir violencias epistémicas sutiles.

En un mundo que progresivamente reconoce la diversidad corporal y de género, la investigación sobre las experiencias intersexuales no solo contribuye a mejorar la vida de quienes las viven, sino que también nos invita a repensar nuestras concepciones sobre el cuerpo, la identidad y la agencia. El devenir intersexual emerge así no como destino individual, sino como horizonte político que desafía formas hegemónicas de organizar la vida social, apuntando hacia posibilidades más amplias de justicia, reconocimiento y autodeterminación corporal.

Este proceso exige transitar desde una “lógica de la elección” centrada en decisiones médicas hacia una “lógica del cuidado” que reconozca la complejidad de experiencias intersexuales y priorice el bienestar integral sobre la conformidad normativa

Este trabajo aspira a formar parte de ese diálogo transformador, aportando una mirada que honre tanto la complejidad de las estructuras sociales como la irreductible singularidad de cada experiencia humana, reconociendo que el verdadero reto reside en construir formas de reconocimiento que honren tanto la singularidad de cada experiencia como la necesidad de transformación social colectiva, sin pretender resolver las tensiones constitutivas que hacen de la intersexualidad un campo de disputas irreductiblemente político.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Lughod, L. (1990). Can there be a feminist ethnography? *Women & Performance: A Journal of Feminist Theory*, 5(1), 7-27.
- Abu-Lughod, L. (1991). Writing against culture. En R. Fox (Ed.), *Recapturing anthropology: Working in the present* (pp. 137-162). School of American Research Press.
- Agamben, G. (2003). *Estado de excepción. Homo sacer II*. Pre-Textos.
- Agamben, G. (2007[1979]). *Infancia e historia. Destrucción de la experiencia y origen de la historia*. Adriana Hidalgo Editora.
- Agar, M. (1996). *The professional stranger: An informal introduction to ethnography*. Academic Press.
- Ahmed, S. (2004). *The cultural politics of emotion*. Routledge.
- Ahmed, S. (2006). *Queer phenomenology: Orientations, objects, others*. Duke University Press.
- Aizura, A. Z. (2006). Of borders and homes: The imaginary community of (trans)sexual citizenship. *Inter-Asia Cultural Studies*, 7(2), 289-309.
- Alcántara, E. (2016). *Identidad sexual/rol de género*. PUEG-UNAM.
- Alderson, P. (2006). Who should decide and how? En E. Parens (Ed.), *Surgically shaping children: Technology, ethics and the pursuit of normality*. Johns Hopkins University Press.
- Aliaga, C. (1929). Un caso de pseudohermafroditismo. Tipo androginoideo irregular. *Revista Médica de Chile*, (6).
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa*. Fundamentos.
- Anderson, B. (1983). *Imagined communities: Reflections on the origin and spread of nationalism*. Verso.
- Apple, M. (1979). *Ideología y currículo*. Akal.
- Ardévol, E. (2012). Virtual/visual ethnography. *Advances in Visual Methodology*, 74-94.
- Asociación Peruana de Personas Intersexuales (APPI). (s.f.). *¿Qué es la intersexualidad?* Recuperado el 5 junio del 2022 de: <https://peruintersex.org/intersexualidad/>
- Asociación Peruana de Personas Intersexuales (APPI). (s.f.). *Quiénes somos*. Recuperado el 4 junio 2022 de: <https://peruintersex.org/about/>

- Associação Brasileira Intersexo (ABRAI). (s.f.). *História*. Recuperado el 3 junio del 2022 de: <https://abrai.org.br/sobre-a-abrai/historia/>
- Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work*. SAGE Publications.
- Atria, P., Etchart, M., Vela, P., & Rodriguez, J. (1963). Pseudohermafroditismo masculino como causa de amenorrea primaria. *Revista Médica de Chile*, (8).
- Austin, J. L. (1994[1962]). *Cómo hacer cosas con palabras: Palabras y acciones*. Paidós.
- Barley, N. (1992[1983]). *El antropólogo inocente*. Anagrama.
- Barrientos, J. (2016). *Situación social y legal de gays, lesbianas y personas transgénero en Chile*. Sexualidad, Salud y Sociedad, 22, 331-354.
- Barril, J. P. (2015). La (re) asignación sexual en Chile: la (re) territorialización de la ambigüedad del género por el discurso médico del sexo binario. En *I Congreso Latinoamericano de Teoría Social*. Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Baskin, L. S. (2004). Hypospadias and urethral development. *The Journal of Urology*, 171(5), 1923-1931. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000123777.80010.50>
- Batista, R. L., & Costa, E. M. F. (2018). Understanding androgen insensitivity syndrome. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1043, 163-178. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71788-3_9
- Beatty, A. (2014). Anthropology and emotion. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 20(3), 545-563.
- Behar, R. (1996). *The vulnerable observer: Anthropology that breaks your heart*. Beacon Press.
- Bennett, A. (1999). Subcultures or neo-tribes? Rethinking the relationship between youth, style, and musical taste. *Sociology*, 33(3), 599-617.
- Berlant, L. (2011). *Cruel optimism*. Duke University Press.
- Biehl, J., Good, B., & gan, A. (2007). *Subjectivity: Ethnographic investigations*. University of California Press.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., & Fausto-Sterling, A. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151-166.
- Blackwood, E. (1995). Falling in love with an-Other lesbian: Reflections on identity in fieldwork. En D. Kulick & M. Willson (Eds.), *Taboo: Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork* (pp. 51-75). Routledge.
- Bolea, R. C. (2013). Marañón y la identidad sexual: biología, sexualidad y género en la España de la década de 1920. *Arbor*, 189(759).

- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. University of California Press.
- Bourdieu, P. (1977[1972]). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1984[1979]). *La distinction: Critique sociale du jugement*. Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). Greenwood.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (1990[1980]). *The logic of practice*. Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1997[1994]). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000[1987]). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). *An invitation to reflexive sociology*. University of Chicago Press.
- Bourdin, G. L. (2016). Antropología de las emociones: conceptos y tendencias. *Cuicuilco. Revista de Ciencias Antropológicas*, 23(67).
- Brah, A. (1992). Difference. *Race, culture and difference*, 126.
- Braidotti, R. (2000). *Sujetos nómades* (pp. 207-240). Paidós.
- Braidotti, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade* (Vol. 110). Gedisa.
- Braidotti, R. (2013). *The posthuman*. Polity Press.
- Brubaker, R., & Cooper, F. (2000). Beyond “identity”. *Theory and Society*, 29(1), 1-47.
- BrújulaIntersexual (2015). *Historia de Ale una persona con Hiperplasia Suprarrenal Congénita*. Recuperado el 17 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2015/02/08/historia-de-una-persona-con-hiperplasia-suprarrenal-congenita/>
- BrújulaIntersexual (2015). *Iglesia cristiana: Mi historia intersexual Por Sara Gillingham*. Recuperado el 16 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2019/02/22/iglesia-cristiana-historia-intersexual-sara/>

- BrújulaIntersexual (2015). *Mi historia intersexual por Cecilia*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2020/01/31/mi-historia-por-c-l/>
- BrújulaIntersexual (2019). *Buscándome.... Por BEA IS*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2019/04/20/buscandome-por-bea-is/>
- BrújulaIntersexual (2020). *Intersexualidad en primera persona*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2020/11/06/intersexualidad-primera-persona-ananda/>
- BrújulaIntersexual (2020). *Mi cuerpo, por Laura Inter*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2020/08/29/brujula-mi-cuerpo-laura-inter/>
- BrújulaIntersexual (2021). *Como fuera de este mundo*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2021/05/12/fuera-de-este-mundo-cris/>
- BrújulaIntersexual (2021). *Recorriendo un camino hacia la libertad*. Recuperado el 17 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2021/04/14/camino-libertad-mary/>
- BrújulaIntersexual (2023) *¿qué es la intersexualidad?* Recuperado el 17 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/2015/01/19/que-es-la-intersexualidad/>
- BrújulaIntersexual (s.f) *Historias de personas intersexuales*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <https://brujulaintersexual.org/tag/historias-de-personas-intersexuales/>
- Bruner, E. M. (1986). Experience and its expressions. En V. W. Turner & E. M. Bruner (Eds.), *The anthropology of experience* (pp. 3-32). University of Illinois Press.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Butler, J. (1994). Against proper objects: Introduction. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 6(2), 3.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Butler, J. (2004[1997]). *Lenguaje, poder e identidad*. Síntesis.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Butler, J. (2007[1990]). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (2009). *Frames of War: When Is Life Grievable?* London: Verso.
- Butler, J. (2015). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault* (pp. 291-312).
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política: Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Paidós.

- Cabral, M. (2003). Pensar la intersexualidad, hoy. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, 117-126.
- Cabral, M. (2008). No saber--acerca de XXY. *O Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos*.
- Cabral, M. (2009). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Anarrés.
- Cabral, M. (2010). Autodeterminación y libertad. *Página12, Suplemento Soy*. <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1675-2010-10-22.html>
- Cabral, M. (2011). La paradoja transgénero. *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: Un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*, 97-104.
- Cabral, M. (2017). Right answers. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2505-2506.
- Cabral, M., & Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex: Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, 283-304.
- Cabral, M., & Carpenter, M. (2015). Intersex issues in the international classification of diseases: A revision.
- Cabrera, P. (2004). Ideario religioso y ritual en los grupos de oración de la Renovación Carismática Católica. *Trabajos en Antropología Social y Arqueología*, 51-64.
- Cabrera, P. (2014). Propuesta teórico-metodológica para el estudio de la subjetividad desde una perspectiva antropológica. *Virajes*, 16(1), 185-208.
- Cabrera, P. (2017). *Antropología de la subjetividad: Un estudio desde las alquimias corporales, la sensibilidad teórica y el habitus*. Universidad de Buenos Aires.
- Cabrera, P. (2017). *La conformación de la persona en el contexto (pos)neoliberal. Una mirada desde y hacia las subjetividades*. Miño y Dávila.
- Cabrera, P. (2017). La temporalidad del padecer: El papel de la narrativa en la construcción de la enfermedad crónica. *Revista de Antropología Social*, 26(1), 69-91.
- Cádiz, R. (1958). *Sexo anormal (hermafroditismo-pseudohermafroditismo-ginecomastia-homosexualidad y otros estados intersexuales y anomalías del sexo)*. Hospital Deformes.
- Caicedo, A. (2003). Aproximaciones a una antropología reflexiva. *Tabula Rasa*, (1), 165-181.
- Califia, P. (2003[1997]). *Sex changes: The politics of transgenderism*. Cleiss Press.
- Carpenter, M. (2018). The “normalization” of intersex bodies and “othering” of intersex identities in Australia. *Journal of Bioethical Inquiry*, 15(4), 487-495.

- Casanova Molina, G. E. (2021). Cuerpos ficticios, identidades falseadas: La construcción socio-médica de la(s) intersexualidad(es). *Revista do Nucleo de Antropologia - Ponto Urbe*. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.11112>
- Casanova Molina, G. E. (2023a). Aproximaciones teóricas desde la comprensión del cuerpo como construcción socio-cultural hasta la experiencia del cuerpo sujeto. *Rumbos TS*, 18(30), 135-150. <https://dx.doi.org/10.51188/rrts.num30.751>
- Casanova Molina, G. E. (2023b). Infancia subalterna: Reflexiones en torno al control del cuerpo y de la sexualidad de la niñez intersex en Chile. *Revista de Antropología Social*, 32(1).
- Casanova Molina, G. E. (2025). Configuration of “Intersexuality” in the Chilean Context: Approaches, Paradigms and Institutional Devices Controlling the Experience (s). *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 18, e64173
- Cesara, M. (1982). *Reflections of a woman anthropologist: No hiding place*. Academic Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chase, C. (1998). Affronting reason. *Looking queer: Body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities*, 205-220.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240-242.
- Chiland, C. (2003). *Le transsexualisme*. Presses Universitaires de France.
- Chiland, C. (2011). Les mots et les réalités. *L'information Psychiatrique*, 87, 261-267.
- Chiland, C. (2014). La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence*, 32(1), 165-179.
- Chinchilla, M. (1995). *Mitología clásica y simbolismo del hermafrodita*. Editorial Trotta.
- Cleminson, R., & Vázquez García, F. (2007). *Los invisibles: A history of male homosexuality in Spain, 1850-1940*. University of Wales Press.
- Clifford, J. (1995). *Dilemas de la cultura: Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Gedisa.
- Coll-Planas, G. (2010). La policía del género. En G. Coll-Planas & M. Missé (Coords.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 55-66). Egales.
- Collins, P. H. (1990). Black feminist thought in the matrix of domination. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, 138(1990), 221-238.

- Comité contra la Tortura. (2017). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile*. ONU.
- Comité de los Derechos del Niño. (2016). *Observaciones finales sobre los informes presentados por Chile en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño*. ONU.
- Connell, R. (1987). *Gender and power*. Polity Press.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Connell, R. (2007). *Southern theory: The global dynamics of knowledge in social science*. Allen & Unwin Australia.
- Connell, R. (2009). *Gender: In world perspective*. Polity Press.
- Connell, R. (2010[1997]). *Escuelas y justicia social*. Morata.
- Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859.
- Conrad, P. (1982). The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science & Medicine*, 15(5), 833-846. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(81\)90320-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(81)90320-5)
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67-S79.
- Contardo, Ó. (2011). *Raro: Una historia gay de Chile*. Planeta.
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO CDN (1989). Recuperado el 2 de enero de 2021 de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO CDN (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. Recuperado el 2 de enero de 2021 de: <https://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2020/02/CRC-2015.pdf>
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: El malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, 16(53), 89-115.
- Crapanzano, V. (1984). Life histories. *American Anthropologist*, 86(4), 953-960. <https://doi.org/10.1525/aa.1984.86.4.02a00060>
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS. *Social Science and Medicine*, 38, 1347-1365.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Csordas, T. J. (1994). Introduction: The body as representation and being-in-the-world. En T. J. Csordas (Ed.), *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self* (pp. 1-24). Cambridge University Press.
- Csordas, T. J. (2002). Embodiment as a paradigm for anthropology. En *Body/meaning/healing* (pp. 58-87). Palgrave Macmillan.
- Das, V. (2000). *Violence and subjectivity*. University of California Press.
- Das, V. (2007). How the body speaks. *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, 7, 66.
- Das, V. (2008). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Universidad Nacional de Colombia.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, disease, poverty*. Fordham University Press.
- Davis, G. (2015). *Contesting intersex: The dubious diagnosis*. NYU Press.
- De Beauvoir, S. (2007[1949]). *El segundo sexo* (2ª ed.). Ediciones Cátedra.
- De Certeau, M. (1984). *The practice of everyday life*. University of California Press.
- De Lauretis, T. (1987). The female body and heterosexual presumption. *Semiotica*, 67(3-4), 259-79.
- De Lauretis, T. (2011). *Teoría queer: Sexualidades lésbicas y gay*. PUEG-UNAM.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Trilce.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Éditions de Minuit.
- Dembroff, R., & Wodak, S. (2016). The politics of embodiment: A feminist approach to intersex and identity. *Gender and Society*, 30(2), 209-229. <https://doi.org/10.1177/0891243215627819>
- Denzin, N. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine Publishing Company.
- Denzin, N. (2017). Autoetnografía interpretativa. *Investigación Cualitativa*, 2(1), 81-90.
- Denzin, N. K., & Giardina, M. D. (2008). *Qualitative inquiry and the politics of evidence*. Left Coast Press.
- Descartes, R. (2024[1641]). *Meditaciones sobre la filosofía primera* (Vol. 5). LP.
- Díaz Cruz, R. (1997). La vivencia en circulación: Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7(13), 5-15.
- Díaz Cruz, R. (2011). *Danzante en los intersticios. Una conversación con Victor W. Turner*. Diario de Campo, (6-7), 75-78.

- Dorlin, E. (2005). Sexe, genre et intersexualité: La crise comme régime théorique. *Raisons Politiques*, 18, 117-137. <http://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2005-2.htm>
- Douglas, M. (1973[1966]). *Pureza y peligro: Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Routledge.
- Dreger, A. D. (1998). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Harvard University Press.
- Dreger, A. D. (1999). *Intersex in the age of ethics*. University Publishing Group.
- Dreger, A. D., & Herndon, A. M. (2009). Progress and politics in the intersex rights movement: Feminist theory in action. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2), 199-224.
- Dular, N. (2021). Mansplaining as epistemic injustice. *Feminist Philosophy Quarterly*, 7(1).
- Eckert, C. A. (2003). *The historicisation of the hermaphroditic/Intersexed body: From medicalisation to de-medicalisation* [Master's thesis]. University of Essex.
- Edelman, L. (2004). *No future: Queer theory and the death drive*. Duke University Press.
- Ekman, P. (1980a). L'expression des emotions. *La Recherche*, 117, 1408-1415.
- Ekman, P. (1980b). *The face of man. Expressions of universal emotions in a New Guinea village*. Garland STPM Press.
- Eliade, M., & Anaya, R. (1994[1929]). *El mito del eterno retorno*. Altaya.
- Enguix, B. (2011). Cuerpo y transgresión: De Helena de Céspedes a Lady Gaga. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (5), 25-38.
- Epstein, S. (1996). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California Press.
- Escala, J. M., Cadena, Y., López, P. J., Ángel, L., Retamal, M., Letelier, N., & Zubieta, R. (2009). Feminizing genitoplasty in adrenal congenital hiperplasia: One or two surgical steps? *Archivos Españoles de Urología*, 62(9), 724-730.
- Estalella, A., & Ardévol, E. (2007). Ética de campo: hacia una ética situada para la investigación etnográfica de internet. In *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2007, 8 (3). Forum Qualitative Sozialforschung.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra.
- Esteban, M. L. (2007). *El amor en el contexto de la marginalidad: El papel de las emociones en la resistencia social*. Editorial Universitaria.

- Esteban, M. L. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: Apuntes teóricos y metodológicos. En E. Imaz (Ed.), *La materialidad de la identidad* (pp. 135-158). Hariadna.
- Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso: Temas contemporáneos*.
- Esteban, M. L. (2016). Antropología del cuerpo, itinerarios corporales y relaciones de género. *Perifèria. Cristianisme, Postmodernitat, Globalització*, 3(3).
- Esteban, M. L. (2018). Etnografías feministas. Una mirada al siglo XXI desde la antropología vasca. *Athenea Digital*, 18(2), e1977.
- Eudave, C. (2014). Del cuerpo monstruoso a la representación fantástica: El caso de Monstruos y prodigios de Ambroise Paré. *Sincronía*, (66), 113-131.
- Fabian, J. (2014[1983]). *Time and the other: How anthropology makes its object*. Columbia University Press.
- Fassin, D. (2009). *Les économies morales revisitées*. Annales. Histoire, Sciences Sociales, 64(6), 1237-1266.
- Fassin, D. (2012). *La razón humanitaria: Una historia moral del tiempo presente*. Prometeo.
- Fassin, D. (2018). *Life: A critical user's manual*. Polity Press.
- Fassin, D., & Memmi, D. (Eds.). (2004). *Le gouvernement des corps*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Fausto-Sterling, A. (1998[1993]). Los cinco sexos. En *Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género* (pp. 79-90).
- Fausto-Sterling, A. (2006[2000]). *Cuerpos sexuados*. Melusina.
- Feder, E. (2006). In their best interests. Parents' experience of atypical genitalia. En E. Parens (Ed.), *Surgically shaping children. Technology, ethics and the pursuit of normality* (pp. 189-210).
- Fernández-Garrido, S. (2021). *La clínica intersexual como "zona de contacto". Binarismo sexual, saberes expertos y otras artesanías biológicas en la clínica española contemporánea* [Doctoral dissertation]. Universidad de Granada.
- Fernández-Garrido, S., & Alegre-Agís, E. (Eds.). (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II). Perspectivas feministas en la investigación en salud* (Vol. 31). Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Fernández, A. M. (2012). Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. *Versión. Estudios de Comunicación y Política*, (26), 315-339.
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. *A Companion to Qualitative Research*, 3, 178-183.

- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*. Morata.
- Foucault, M. (1983[1975]). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1986). Of other spaces. *Diacritics*, 16(1), 22-27.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.
- Foucault, M. (1999[1984]). *Historia de la sexualidad. Vol. II: El uso de los placeres*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001[1975]). *Los anormales*. Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2004[1984]). *Historia de la sexualidad. Vol. III: La inquietud de sí*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007 [1984]). *Nacimiento de la biopolítica: Curso del Collège de France (1978-1979)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007[1976]). *Histoire de la sexualité, I: La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (2021[1978]). *Herculine Barbin dite Alexina B.* Gallimard.
- Foucault, M. (2021[2018]). *Historia de la sexualidad. Vol. IV: Las confesiones de la carne*. Akal.
- Fraser, N. (1997). *Justice interruptus: Critical reflections on the “postsocialist” condition*. Routledge.
- Fraser, N. (2008). *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press.
- Freeman, E. (2010). *Time binds: Queer temporalities, queer histories*. Duke University Press.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Siglo XXI Editores.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Funes, J. (2008). Adolescentes de hoy. *Un encaje difícil en una sociedad compleja. A: C. Brullet i C. Gómez (ed): Malestares, adolescencia y familia*. Barcelona: CIIMU, 127-168.
- Gallardo, C. (2017). *La situación jurídica de la intersexualidad en Chile: Un desafío para el Estado* [Tesis de Grado]. Universidad de Valparaíso.
- Garcés, M. (2019). *Un mundo común*. Bellaterra.
- García, D. (2015). La intersexualidad en el discurso médico-jurídico. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 8, 54-70.

- García, F. V. (2019). Cuerpos ambiguos. Elementos para una genealogía de la intersexualidad. *Ayer*, (114), 359-374.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall.
- Garland-Thomson, R. (2009). *Staring: How we look*. Oxford University Press.
- Gauché, X. (2011). *Sexualidad diversa y discriminación. Una mirada desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Editorial Académica Española.
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge: Further essays in interpretive anthropology*. Basic Books.
- Geertz, C. (2000[1973]). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Geertz, C. (2004[1988]). *El antropólogo como autor*. Paidós.
- Gelfman, I. (2010). Because of intersex: Intersexuality, Title VII, and the reality of discrimination because of...(perceived) sex. *NYU Review of Law & Social Change*, 34, 55.
- Ghattas, D. C. (2019). *Protecting intersex people in Europe: A toolkit for law and policymakers*. ILGA-Europe.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.
- Godoy, C. (2015). *Análisis del tratamiento de la intersexualidad a la luz del derecho internacional de los derechos humanos y su realidad en Chile* [Tesis de Grado]. Universidad de Concepción.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Anchor Books.
- Goffman, E. (2008[1963]). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Goldie, T. (2014). *The man who invented gender: Engaging the ideas of John Money*. UBC Press.
- Gómez-Torres, M. J., Pérez, C., Rm, V. M., Mf, G., & JI Segovia Huertas, Y. (2006). Autoaprendizaje, campus virtual y grupos de discusión en la enseñanza de la Histología. *La reconfiguración curricular en el escenario universitario*, 139-159.
- González Echevarría, A. (1994). Teorías del parentesco: Nuevas aproximaciones.
- González Echevarría, A. (2009). Del enfoque emic a los procedimientos críticos de interpretación: Retrospectiva y anticipaciones. *Papeles de Trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (18), 0-0.
- González, J. (2007). Marcia Alejandra Torres, la primera transexual de Chile. *Instituto Nacional de Derechos Humanos*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de:

http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/423/entrevista_marcia.pdf?sequence=1

- González, M. (2018). *De la visibilización a invisibilización de las personas intersexuales en Chile* [Tesis de Grado]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Bellaterra.
- Gorduza, D. B., Vidal, I., Birraux, J., Gay, C. L., Demède, D., Mure, P. Y., & Mouriquand, P. (2010). The surgical challenges of disorders of sex development (DSD). *Archives of the Spanish Society of Urology*, 63(7), 495-504.
- Gramsci, A. (1971). *Selections from the prison notebooks*. International Publishers.
- Grau, A., & Gómez, E. (2022). Trayectorias corporales y lecturas contrahegemónicas del cuerpo. *Recerca*, 27(1).
- Grau i Muñoz, A., Faus Bertomeu, A., Marco Arocas, E., Robledo Diaz, L., & Torres Palomares, J. (2024). Des-naturalitzant el cos, trajectòries dels estudis sociològics sobre corporalitats socials.
- Gravholt, C. H., Chang, S., Wallentin, M., Fedder, J., Moore, P., & Skakkebaek, A. (2018). Klinefelter syndrome: Integrating genetics, neuropsychology, and endocrinology. *Endocrine Reviews*, 39(4), 389-423. <https://doi.org/10.1210/er.2017-00212>
- Greenberg, J. (2012). Health care issues affecting people with an intersex condition or DSD: Sex or disability discrimination? *Loyola of Los Angeles Law Review*, 45(3), 849-907. <http://digitalcommons.lmu.edu/llr/vol45/iss3/>
- Gregori Flor, N. (2015). *Encuentros y des-encuentros en torno a las intersexualidades/DSD. Narrativas, procesos y emergencias* [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia.
- Grosz, E. (1994). *Volatile bodies: Toward a corporeal feminism*. Indiana University Press.
- Guasch, Ó. (1997). *Observación participante*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guerrero, S., & Muñoz, L. (2018). Ontopolíticas del cuerpo trans: Controversia, historia e identidad. En L. Raphael & A. Gómez (Coords.), *Diálogos diversos para más mundos posibles* (pp. 71-94).
- Guzmán, C. (2016, marzo 15). Cambiados de sexo al nacer. *El Mercurio*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=233702>

- Hajer, M. (2002). Discourse analysis and the study of policy making. *European Political Science*, 2(1), 61-65.
- Hajer, M. A. (2005). Coalitions, practices, and meaning in environmental politics: From acid rain to BSE. En D. Howarth & J. Torfing (Eds.), *Discourse theory in European politics: Identity, policy and governance* (pp. 297-315). Palgrave Macmillan.
- Halberstam, J. (2005). *In a queer time and place: Transgender bodies, subcultural lives*. NYU Press.
- Halberstam, J. (2011). *The Queer Art of Failure*. Durham: Duke University Press.
- Hall, S. (1996). Who needs "identity"? En S. Hall & P. Du Gay (Eds.), *Questions of cultural identity* (pp. 1-17). Sage.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Paidós.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Haraway, D. (1991). *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. Routledge.
- Haraway, D. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob.
- Hernández, V. (2009). Intersexualidad y práctica científicas: ¿Ciencia o ficción? *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 8(1), 89-102. <http://www.redalyc.org/pdf/380/38011446008.pdf>
- Hine, C. (2015). *Ethnography for the internet: Embedded, embodied and everyday*. Bloomsbury Publishing.
- Hinkle, C. (2006). *Intersex. The right to one's self*. OII Europe.
- Hinkle, C. (2007). *The DSD chronicles*. OII Europe.
- Holmes, M. (2008). *Intersex: A perilous difference*. Associated University Presse.
- Holmes, M. (2009). *Critical intersex*. Routledge.
- Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. Polity Press.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563.
- Ingold, T. (2021). *Imagining for real: Essays on creation, attention and correspondence*. Routledge.
- Inter, L. (2015). Finding my compass. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2), 95-98.

- Íñiguez-Rueda, L., & Antaki, C. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 44(1), 57-75.
- Inter, L. (2015). Finding my compass. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2), 95-98.
- IntersexChile (2014) *¿Qué es la intersexualidad?* Recuperado el 5 abril del 2022 de: <https://intersexchile.wordpress.com/2014/10/29/que-es-la-intersexualidad/>
- ISNA (1996a). *Hermaphrodites with attitude take to the streets*. Recuperado el 15 marzo del 2022 de: <http://www.isna.org/books/chrysalis/beck>
- ISNA (1996b). *News Release: American Academy of Pediatrics position on intersexuality*. Recuperado el 5 de julio de 2022 de: <http://www.isna.org/books/chrysalis/aap>
- Jones, T. (2016). The needs of students with intersex variations. *Sex Education*, 16(6), 602-618.
- Jorge, J. (2011). Lecciones médicas sobre la variante sexual: Los hermafroditas del siglo XVI y los intersexuales del siglo XXI. *Cuicuilco*, 18(52), 251-272.
- JusticiaIntersex (s.f) *Acerca de Justiciaintersex*. Recuperado el 17 marzo de 2022 de: <https://justiciaintersex.org>
- Kaleidos (2020) *quiénes somos?* Recuperado el 17 marzo de 2022 de: <https://kaleidosintersex.com/kaleidos-2/>
- Karkazis, K. (2008). *Fixing sex: Intersex, medical authority, and lived experience*. Duke University Press.
- Karkazis, K. (2019). The misuses of “biological sex”. *The Lancet*, 394(10212), 1898-1899.
- Kessler, S. J. (1998). *Lessons from the intersexed*. Rutgers University Press.
- Kessler, S. J., & McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. University of Chicago Press.
- Kipnis, K., & Diamond, M. (1998). Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. *The Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 398-410. <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/1961to1999/1998-pediatric-ethics.html>
- Kittay, E. F. (2011). The ethics of care, dependence, and disability. *Ratio Juris*, 24(1), 49-58.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Klebs, E. (1876). *Handbuch der pathologischen anatomie*. G. Fischer.

- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kozinets, R. V. (2015). *Netnography: Redefined* (2nd ed.). Sage.
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: An essay on abjection*. Columbia University Press.
- Krueger, R. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- Kulick, D. (1995). Introduction. The sexual life of anthropologists: Erotic subjectivity and ethnographic work. En D. Kulick & M. Willson (Eds.), *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork* (pp. 1-28). Routledge.
- Kulick, D. (1998). *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. University of Chicago Press.
- Lahire, B. (2004). *El hombre plural: Los resortes de la acción*. Bellaterra.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. University of Chicago Press.
- Lamas, M. (2014). *Cuerpo, sexo y política*. Océano.
- Laqueur, T. (1994[1986]). *La construcción del sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19(4), 3-12.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del dolor*. Ediciones Siglo XXI.
- Le Breton, D. (2008[1990]). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2010). *Cuerpo sensible*. Santiago: Metales Pesados.
- Le Breton, D. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 67-77.
- Le Breton, D. (2018[1992]). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Leavitt, J. (1996). Significado y sentimiento en la antropología de las emociones. *American Ethnologist*, 23(3), 514-539.
- Ledig, S., & Wieacker, P. (2011). Clinical and genetic aspects of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Medizinische Genetik*, 23(3), 313-319.
<https://doi.org/10.1007/s11825-011-0296-8>
- Lesko, N. (1996). Denaturalizing adolescence: The politics of contemporary representations. *Youth & Society*, 28(2), 139-161.
- Lesko, N. (2012). *Act your age! A cultural construction of adolescence*. Routledge.

- Lev, A. (2006). Intersexuality in the family: An unacknowledged trauma. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 10(2), 27-56. https://doi.org/10.1300/J236v10n02_03
- Lipschutz, A. (1929). La intersexualidad en el cuy. *Revista Médica de Chile*, (6).
- Lock, M., & Scheper-Hughes, N. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Lorde, A. (1984). *Sister outsider: Essays and speeches*. Crossing Press.
- Löwy, I. (2003). Intersexe et transsexualités: Les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social. *Cahiers du Genre*, (34), 81-104. <http://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2003-1-page-81.htm>
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
- Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. Alfred A. Knopf.
- Lupton, D. (2016). Digital health technologies and digital data: new ways of monitoring, measuring and commodifying human bodies. In *Research handbook on digital transformations* (pp. 85-102). Edward Elgar Publishing.
- Lutz, C. (1988). *Unnatural emotions: Everyday sentiments on a Micronesian atoll and their challenge to Western theory*. University of Chicago Press.
- Mahmood, S. (2005). *Politics of piety: The Islamic revival and the feminist subject*. Princeton University Press.
- Mahmood, S. (2009). Agency, performativity, and the feminist subject. En *Pieties and gender* (pp. 11-45). Brill.
- Malatino, H. (2019). *Queer embodiment: Monstrosity, medical violence, and intersex experience*. University of Nebraska Press.
- Malinowski, B. (2001[1922]). *Los argonautas del Pacífico Occidental: Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*. Ediciones Península.
- Maneiro, R. (2012). ¿Quién habla la infancia? *Revista Científica Multimedia sobre la Infancia y sus Institución (es) INFEIES RM*, 1(1).
- Mansbridge, J., & Flaster, K. (2007). The cultural politics of everyday discourse: The case of “male chauvinist”. *Critical Sociology*, 33(4), 627-660.
- Mara-McKay, N. (2018). Two medieval approaches to intersex gender assignment. *Prandium: The Journal of Historical Studies at U of T Mississauga*, 7(1).

- Marañón, G. (1929). La homosexualidad como estado intersexual. *Revista médica de Chile*, 57(6), 413-443.
- Marañón, G. (1936). *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Morata.
- Marañón, G. (1944). Sobre la intersexualidad química y sus aspectos clínicos terapéuticos. *Revista Médica de Chile*, (7).
- Markham, A., & Buchanan, E. (2012). *Ethical decision-making and internet research: Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee* (Version 2.0). Association of Internet Researchers. <https://aoir.org/reports/ethics2.pdf>
- Martin, E. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501. <https://doi.org/10.1086/494680>
- Martínez, A. (2013). Dimensiones del cuerpo bajo el umbral de los debates feministas. Convergencias y divergencias en Simone de Beauvoir, Luce Irigaray y Judith Butler. *Fundamentos en Humanidades*, 14(2), 141-166.
- Mattingly, C. (2010). *The paradox of hope: Journeys through a clinical borderland*. University of California Press.
- Mauss, M. (1973[1934]). Techniques of the body. *Economy and Society*, 2(1), 70-88. <https://doi.org/10.1080/03085147300000003>
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Melusina.
- Mead, M. (1939). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Paidós.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30, 451-464.
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.
- Menéndez, E. L. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (Comp.), *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad; epidemiología, gestión y políticas* (pp. 11-47). Lugar Editorial.
- Menéndez, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: Biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 11(3), 301-330.

- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615.
- Menéndez, E. L. (2021). Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Médica*, 22(52).
- Merleau-Ponty, M. (1993[1945]). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-Agostini.
- Michala, L., Liao, L. M., Wood, D., Conway, G. S., & Creighton, S. M. (2014). Practice changes in childhood surgery for ambiguous genitalia? *Journal of Pediatric Urology*, 10(5), 934-939.
- Michaud, P., Magiolo, C., Beas, F., Pierret, T., Roa, A., & Chuaqui, B. (1972). Hermafroditismo verdadero con mosaico XX-XY. Estudio clínico y psicológico. *Revista Médica de Chile*, (6).
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Circular N°18, Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex*. Recuperado el 1 de marzo de 2022 de: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/Circular-08-22-12-15-Instruye-Sobre-Ciertos-Aspectos-de-la-atención-de....pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2016). *Circular N°7, Complementa Circular N°18 que instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex*. Recuperado el 7 marzo de 2022 de: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/Circular-aclaratoria-002.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Circular N.15 Instruye a equipos de salud a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el interés superior de niños, niñas y adolescentes con variaciones de las características sexuales* 2023. Recuperado el 25 de diciembre de 2023 de: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/Circular-15-Instruye-a-equipos-de-salud-a-adoptar-todas-las-medidas-necesarias-para-asegurar-el-interes-superior-de-ninos-ninas-y-adolescentes-con-variaciones-de-las-caracteristicas-sexuales.pdf>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1982). *Man and woman, boy and girl: Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Johns Hopkins University Press.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 77(3), 333-336.

- Montecino, S. (1996). *Madres y huachos: Alegorías del mestizaje chileno*. Sudamericana.
- Mora, C. (2013). Género y educación en Chile: La persistencia del binarismo en las instituciones escolares. *Estudios Pedagógicos*, 39(1), 279-295.
- Mora, E. (2019). La percepción flotante situacional. Autoetnografía y emociones. In *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II): Perspectivas feministas en la investigación en salud* (pp. 81-102). Publicacions URV.
- Morcel, K., Camborieu, L., & Guerrier, D. (2007). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2(13). <https://doi.org/10.1186/1750-1172-2-13>
- Morland, I. (2009). What can queer theory do for intersex? *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2), 285-312.
- Morland, I. (2014). Intersex. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 111-115.
- Morris, E. (1998). The missing vagina monologue. *Our Bodies, Ourselves*.
- Mortimer, L. (1999). Les aventures de l'esprit et la chaleur vivante: A new encounter with Simone de Beauvoir. *French Cultural Studies*, 10, 277-305.
- Namaste, V. K. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people*. University of Chicago Press.
- Neugebauer, F. L. V. (1908). *Hermaphroditismus beim menschen*. Vol. II.
- Nevada, E., & Chase, C. (1995). Natural allies. *Hermaphrodites with Attitude Summer*, 1-ff11.
- O'Brien, M. (2009). What is intersex? <http://oii.org.au/725/intersex-michelle-obrien/>
- OII International (2012). *About OII*. Recuperado el 4 junio 2023 de: <http://oiiinternational.com/2533/welcome/>
- Olavarría, J. (2001). *Y todos querían ser (buenos) padres: Varones de Santiago de Chile en conflicto*. FLACSO-Chile.
- Ong, A. (2006). *Neoliberalism as exception: Mutations in citizenship and sovereignty*. Duke University Press.
- Organization Intersex International Australia. (2013). OII Australia/OII NZ release submission on DSM-5 and SOC-7. *What is Intersex? Defining Intersex*.
- Ortiz, M. (1998). Hacia una antropología implicada: Una propuesta de discusión. *ANTROPOLógicas*. Edición especial.
- Ortner, S. (2005). Subjectivity and cultural critique. *Anthropological Theory*, 5(1), 31-52.
- Ortner, S. (2006). *Anthropology and social theory: Culture, power, and the acting subject*. Duke University Press.

- Ortner, S. (2024[1974]). 21. Is female to male as nature is to culture? *Anthropological Theory: An Introductory History*, 344.
- Owen, G. (2011). Queer theory and the logic of adolescence. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 17(4), 597-617.
- Owen, G. (2014). Adolescence. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 22-24. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399479>
- Paré, A. (1982). *Des monstres et prodiges*. University of Chicago Press.
- Parrini, R. (2018). *Deseografías: Una antropología del deseo*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pateman, C. (1997). *El contrato sexual*. Anthropos.
- Pateman, C. (1997). The fraternal social contract. *Contemporary political philosophy: An anthology*, 45-59.
- Paula, A. (2013, junio 20). Identidad forzada: La negligencia médica que obligó a un niño a crecer como niña. *La Tercera*. Recuperado el 17 marzo de 2022 de: <https://www.latercera.com/paula/identidad-forzada/>
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Sabrina Balaña, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramirez, *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires (Argentina): Tinta Limón.
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En S. Balaña, A. Finielli, C. Giuliano, A. Paz, & C. Ramirez, *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón.
- Pichardo, J. I. (2009). *Entender la diversidad familiar: Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia*. Bellaterra.
- Pimentel, R. (2012). Corpos, heteronormatividade e performances híbridadas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1). <http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewissue.php?id=31>
- Pink, S., Sinanan, J., Hjorth, L., & Horst, H. (2016). Tactile digital ethnography: Researching mobile media through the hand. *Mobile media & communication*, 4(2), 237-251.
- Pizzi, R., Parpacén, L., Fernandes, J., Hernández, E., Fung, L., & Centeno, I. (2016). Trastornos de diferenciación sexual. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(2), 133-142.
- Platero, R. L. (2020). Redistribution and recognition in Spanish transgender laws. *Politics and Governance*, 8(3), 253-265.
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima.

- Preciado, P. B. (2008). *Testo yonqui*. Espasa.
- Preves, S. (2002). Sexing the intersexed: An analysis of sociocultural responses to intersexuality. *Signs*, 27(2), 523-556.
<https://stjsociologyofgender.files.wordpress.com/2010/10/preves-intersexed.pdf>
- Preves, S. (2003). *Intersex and identity: The contested self*. Rutgers University Press.
- Probyn, E. (1993). *Sexing the self: Gendered positions in cultural studies*. Routledge.
- Probyn, E. (2005). *Blush: Faces of shame*. University of Minnesota Press.
- Puar, J. (2015). Bodies with new organs: Becoming trans, becoming disabled. *Social Text*, 33(3), 45-73.
- Puelma, G. (1924). Nociones recientes de endocrinología sexual -- Los caracteres sexuales secundarios. *Revista Médica de Chile*, 8-9.
- Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Pujadas, J. J., & Comas d'Argemir, D. (2004). *Etnografía*. UOC.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). CLACSO.
- Recoder, S. (2001). Reflexiones sobre la adhesión médica y las prácticas de control. *Revista de Ciencias Sociales*, 3(5), 112-130.
- Redhead, S. (1997). *Subculture to clubcultures: An introduction to popular cultural studies*.
- Richardson, L. (1990). Narrative and sociology. *Journal of Contemporary Ethnography*, 19(1), 116-135.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.
- Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa: Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Tinta Limón Ediciones.
- Rosaldo, M. (1980). *Knowledge and passion* (Vol. 4). Cambridge University Press.
- Rubin, D. A. (2017). *Intersex matters: Biomedical embodiment, gender regulation, and transnational activism*. SUNY Press.
- Rubin, D. A. (2021). Anger, aggression, attitude: Intersex rage as biopolitical protest. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 46(4), 987-1011.
- Rubin, G. (1975). *El tráfico de mujeres: Notas hacia una economía política del sexo*. En R. R. Reiter (Ed.), *Hacia una antropología de la mujer* (pp. 157-210). Monthly Review Press.

- Rubin, G., & Butler, J. (1994). Sexual traffic. *A Journal of Feminist Cultural Studies*, 6(2), 63-99.
- Salamanca, A. B., & Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27, 1-4.
- San Francisco Human Rights Commission. (2005). *A human rights investigation into the "normalization" of intersex people*. Por M. de María Arana. <http://sf-hrc.org/reports-research-investigations>
- Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir: La práctica de la investigación cualitativa*. Ariel.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta de Moebio*, (41), 207-224. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2011000200006>
- Santos, B. S. (2009). *Sociología jurídica crítica: Para un nuevo sentido común en el derecho*. Trotta.
- Santos, B. S. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Trilce.
- Santos, B. S. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Paradigm Publishers.
- Scott, J. (1985). *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. Yale University Press.
- Scott, J. (1990). *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. Yale University Press.
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.
- Scott, J. W. (1991). The evidence of experience. *Critical Inquiry*, 17(4), 773-797.
- Scott, J. W. (2001). Experiencia. *La Ventana*, 2(13), 42-73.
- Scribano, A. (2009a). A modo de epílogo: ¿Por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones? En C. Figari & A. Scribano (Comps.), *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s): Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica* (pp. 141-151). CLACSO.
- Scribano, A., & De Sena, A. (2009b). Construcción de conocimiento en Latinoamérica: Algunas reflexiones desde la auto-etnografía como estrategia de investigación. *Cinta de Moebio*, (34), 1-15.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género, entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.

- Semler, K. (2010). Let the child decide: Surgical intervention after parental consent should no longer be considered the best option for children with intersex conditions. *Student Scholarship*, 16, 1-29.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: Reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (10), 21-49.
- Shore, C. (2012). Anthropology and public policy. *The Sage Handbook of Social Anthropology*, 2, 89-104.
- Shotwell, A. (2016). *Against purity: Living ethically in compromised times*. University of Minnesota Press.
- Simmel, G. (2012[1908]). El extranjero. *Sociología del extraño*, 21-26.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. AltaMira Press.
- Snow, D. A., & Benford, R. D. (1988). Ideology, frame resonance, and participant mobilization. *International Social Movement Research*, 1, 197-217.
- Solomon, R. (2008[1978]). Emotions and anthropology: The logic of emotional world views. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, 21(1-4), 181-199.
- Souza. de S. (2014). Variações do feminino: circuitos do universo trans na Paraíba. *Revista de Antropologia*, 57(2), 377-411. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2014.89117>
- Spivak, A., & Simarco, L. (2019). Emotions and power: A critical review of epistemological approaches. *Journal of Critical Anthropology*, 25(2), 74-90.
- Spivak, G. (2003[1988]). Can the subaltern speak? En *Imperialism* (pp.171-219). Routledge.
- Spivak, G. (2008[1985]). Estudios de la subalternidad. Deconstruyendo la historiografía. En S. Mezzadra (Comp.), *Estudios postcoloniales. Ensayos fundamentales* (pp.33-67). Traficantes de Sueños.
- Spivak, G. C. (1990). *The post-colonial criticism: A reader*. Routledge.
- Spivak, G. C. (2003[1988]). ¿Puede hablar el subalterno? *Revista Colombiana de Antropología*, 39, 297-364.
- Springer, A., van den Heijkant, M., & Baumann, S. (2016). Worldwide prevalence of hypospadias. *Journal of Pediatric Urology*, 12(3), 152.e1-152.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.04.007>
- Star, S. L., & Bowker, G. (1999). Sorting things out. *Classification an its consequences* The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.

- Stolcke, V. (2003). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (19), 69-95.
- Stolcke, V. (2013a). Is sex to gender as race is to ethnicity? En *Gendered anthropology* (pp. 17-37). Routledge.
- Stolcke, V., & Browne, W. (2013b). Invaded women: Gender, race, and class in the formation of colonial society. En *Women, 'Race' and writing in the early modern period* (pp. 272-286). Routledge.
- Stolkiner, A. (2011). *Reflexiones sobre la mercantilización de la salud*. Publicaciones académicas.
- Stryker, S. (2006[1994]). My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing transgender rage. En S. Stryker & S. Whittle (Eds.), *The transgender studies reader* (pp. 244-256). Routledge.
- Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Seal Press.
- Suess, A. (2018). Derechos de las personas trans e intersex: Revisión del marco legislativo en el contexto español desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos. *Revista Derecho y Salud*, 28, 97-115.
- Surrallés, A. (1998). Entre el pensar y el sentir. La antropología frente a las emociones. *Anthropologica*, 16(16), 291-304.
- Taussig, M. (1987). *Shamanism, colonialism, and the wild man: A study in terror and healing*. University of Chicago Press.
- Taussig, M. (1993). *Mimesis and alterity: A particular history of the senses*. Routledge.
- Taussig, M. (2010). *Desfiguraciones. El secreto público y la labor de lo negativo*. Fineo.
- Taylor, J. (2011). The intimate insider: Negotiating the ethics of friendship when doing insider research. *Qualitative Research*, 11(1), 3-22.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- Tellez, R., Araya, A., & Yañez, A. (1949). Relación de un caso clínico de pseudohermafroditismo masculino externo. *Revista Médica de Chile*, (1).
- Tilley-Lubbs, G. A. (2014). Critical autoethnography and the vulnerable self as researcher. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 4(3), 268-285. <https://doi.org/10.4471/remie.2014.14>
- Torrentera, A. (2019). Intersexualidad e intertextualidad. Sentido común y políticas corporales como desafío cultural. *Cuicuilco*, (74), 88-102.
- Tuana, N. (2006). The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19.

- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. Routledge.
- Turner, B. S. (1987). *Medical power and social knowledge*. SAGE Publications.
- Turner, B. S. (1989). *El cuerpo y la sociedad: Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica.
- Turner, V. (1967). *The forest of symbols: Aspects of Ndembu ritual*. Cornell University Press.
- Turner, V. (1974). *Dramas, fields and metaphors: Symbolic action in human society*. Cornell University Press.
- Turner, V. (1985). *On the edge of the bush: Anthropology as experience*. The University of Arizona Press.
- Turner, V. (1986). Dewey, Dilthey, and drama: An essay in the anthropology of experience. En V. Turner & E. Bruner (Eds.), *The anthropology of experience* (pp. 33-44). University of Illinois Press.
- Turner, V. (1987). The anthropology of performance. En V. Turner (Comp.), *The anthropology of performance*. PAJ Publications.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual: Estructura y antiestructura*. Taurus.
- Turney, I. & Pocknee, C. (2005). Virtual Focus Groups: New Frontiers. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), 1-10. DOI: 10.1177/160940690500400203
- UDP (Universidad Diego Portales). (2009). *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2009*. Universidad Diego Portales.
- United Nations Human Rights Office. (2015). *Free and equal: Fact sheet on intersex*. UNOHCHR.
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Duke University Press.
- Valentini, R. (s.f.). *Etimologías*.
- Vallés, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- Van Dijk, T. (2006). Discurso y manipulación: Discusión teórica y algunas aplicaciones. *Revista Signos*, 39(60), 49-74.
- Van Dijk, T. (2011a). *Discurso y poder*. Gedisa.
- Van Dijk, T. (2017). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (30), 203-222.
- Van Dijk, T. A. (1995). *De la gramática del texto al análisis crítico del discurso: Una breve autobiografía académica*. Universidad Pompeu Fabra.

- Van Dijk, T. A. (2011b). *Sociedad y discurso: Cómo influyen los contextos sociales sobre el texto y la conversación*. Gedisa.
- Van Genneep, A. (1986[1909]). *Los ritos de paso*. Taurus.
- Visootsak, J., & Graham, J. M. (2009). Klinefelter syndrome and other sex chromosomal aneuploidies. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 4(8). <https://doi.org/10.1186/1750-1172-4-8>
- Viveros, M. (2002). *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Von Neugebauer, F. L. (1908). *Hermaphroditismus beim Menschen* (Vol. 2). Klinkhardt.
- Wacquant, L. (2013[2007]). *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y estado*. Siglo XXI.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.
- WHO (World Health Organization). (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Recuperado el 22 enero de 2023 de: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf;jsessionid=A4119456BA51D49D0C72C5777C43B5E0?sequence=1
- Wikan, U. (2012). *Resonance: Beyond the words*. University of Chicago Press.
- Williams, C. (2014). Gender performance: The TransAdvocate interviews Judith Butler. *TransAdvocate*.
- Wittig, M. (1973). *The lesbian body*. Avon Book.
- Wittig, M. (2006[1992]). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.
- Woodward, K. (2020). 8 gendered bodies: Sexed. *Introducing gender and women's studies*, 128.
- Yankovic, F. (2018). Desafíos urológicos en la transición de pacientes pediátricos hacia la adultez. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(2), 242-248.
- Young, I. M. (1980). Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comportment, motility, and spatiality. *Human Studies*, 3(2), 137-156. <https://doi.org/10.1007/BF02331805>

ANEXOS

Anexo 1: Guiones de entrevistas

GUION 1: PERSONAS INTERSEXUALES

INTRODUCCIÓN

- Presentación de la investigadora y explicación del propósito de la investigación
- Aclaración sobre confidencialidad y consentimiento informado
- Explicación sobre la posibilidad de no responder preguntas o detener la entrevista en cualquier momento

HISTORIA PERSONAL Y DESCUBRIMIENTO

1. ¿Podrías contarme un poco sobre tu historia personal en relación con la intersexualidad? ¿Cómo y cuándo descubriste que eras una persona intersexual?
2. ¿Qué información recibiste en ese momento? ¿Quién te la proporcionó y cómo fue comunicada?
3. ¿Cómo fue el proceso de comprensión y aceptación de tu condición intersexual?

EXPERIENCIAS MÉDICAS

4. ¿Podrías describir tus experiencias con el sistema médico en relación con tu intersexualidad?
5. ¿Has pasado por alguna intervención médica relacionada con tu condición? Si es así, ¿podrías hablarme sobre esas experiencias?
6. ¿En qué medida sentiste que tuviste control o participación en las decisiones médicas relacionadas con tu cuerpo?
7. ¿Cómo evaluarías la información que has recibido de los profesionales médicos sobre tu condición?

IMPACTO PSICOSOCIAL

8. ¿Cómo ha influido la intersexualidad en tu desarrollo personal, emocional y social?
9. ¿Has enfrentado desafíos particulares en tus relaciones personales, familiares, románticas o sociales debido a tu intersexualidad?
10. ¿Qué estrategias has desarrollado para manejar posibles situaciones difíciles relacionadas con tu vivencia?

IDENTIDAD Y PERTENENCIA

11. ¿Cómo describirías tu identidad en relación con tu intersexualidad?
12. ¿Qué papel ha jugado la comunidad intersexual u otros grupos de apoyo en tu vida?
13. ¿Cómo te relacionas con otros movimientos como el LGBTIQ+?

PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES

14. Desde tu experiencia, ¿qué cambios consideras necesarios en el ámbito médico, legal o social para mejorar la situación de las personas intersexuales?
15. ¿Qué recomendaciones darías a profesionales de la salud que trabajan con personas intersexuales?
16. ¿Qué mensaje te gustaría transmitir a otras personas intersexuales o a sus familias?

CIERRE

17. ¿Hay algo más que te gustaría compartir que no hayamos abordado en esta entrevista?
18. ¿Tienes alguna pregunta para mí?
19. Agradecimiento por la participación

GUION 2: MAPADRES DE PERSONAS INTERSEXUALES

INTRODUCCIÓN

- Presentación de la investigadora y explicación del propósito de la investigación
- Aclaración sobre confidencialidad y consentimiento informado
- Explicación sobre la posibilidad de no responder preguntas o detener la entrevista en cualquier momento

DESCUBRIMIENTO Y PRIMERAS EXPERIENCIAS

1. ¿Podría compartir cómo y cuándo descubrió que su hijo/a tenía una vivencia intersexual?
2. ¿Qué información recibió en ese momento y cómo fue comunicada?
3. ¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos, sentimientos y preocupaciones?

EXPERIENCIAS CON EL SISTEMA MÉDICO

4. ¿Podría describir sus experiencias con los profesionales médicos durante este proceso?
5. ¿Qué tipo de opciones o recomendaciones médicas recibió?
6. ¿Cómo fueron los procesos de toma de decisiones médicas respecto a su hijo/a?
7. ¿Qué información le hubiera gustado recibir que no le fue proporcionada?

IMPACTO FAMILIAR

8. ¿Cómo ha afectado esta situación a su familia?
9. ¿Cómo ha sido la comunicación familiar sobre este tema?
10. ¿Qué desafíos han enfrentado como familia y cómo los han manejado?

CRIANZA Y DESARROLLO

11. ¿Cómo ha abordado la crianza de su hijo/a en relación con su condición intersexual?
12. ¿Qué estrategias ha desarrollado para apoyar el bienestar emocional y social de su hijo/a?

13. ¿Cómo ha manejado la comunicación con su hijo/a sobre su condición a lo largo de diferentes etapas de desarrollo?

APOYO Y RECURSOS

14. ¿Ha encontrado fuentes de apoyo o información útiles? ¿Cuáles?
15. ¿Ha conectado con otras familias en situaciones similares? ¿Cómo ha sido esa experiencia?
16. ¿Qué recursos o apoyos han faltado en su experiencia?

PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES

17. Desde su experiencia, ¿qué cambios considera necesarios en el ámbito médico, educativo o social para mejorar la situación de las familias con hijos/as intersexuales?
18. ¿Qué recomendaciones daría a otros padres que acaban de descubrir que su hijo/a tiene una condición intersexual?

CIERRE

19. ¿Hay algo más que le gustaría compartir que no hayamos abordado en esta entrevista?
20. ¿Tiene alguna pregunta para mí?
21. Agradecimiento por la participación

GUION 3: PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD MÉDICA

INTRODUCCIÓN

- Presentación de la investigadora y explicación del propósito de la investigación
- Aclaración sobre confidencialidad y consentimiento informado
- Explicación sobre la posibilidad de no responder preguntas o detener la entrevista en cualquier momento

FORMACIÓN Y EXPERIENCIA PROFESIONAL

1. ¿Podría describir brevemente su formación y experiencia profesional en relación con la atención a personas intersexuales?
2. ¿Cómo describiría la formación que recibió sobre variaciones intersexuales durante sus estudios y posteriormente?
3. ¿Cuál ha sido su experiencia clínica con pacientes intersexuales?

ENFOQUE CLÍNICO Y TOMA DE DECISIONES

4. ¿Cómo definiría su enfoque clínico respecto a las variaciones intersexuales?
5. ¿Qué factores considera al evaluar y planificar la atención de un paciente con una variación intersexual?
6. ¿Cómo aborda la toma de decisiones respecto a posibles intervenciones? ¿Quiénes participan en este proceso?
7. ¿Cómo ha evolucionado su enfoque clínico a lo largo del tiempo?

COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIAS

8. ¿Cómo comunica el diagnóstico a los pacientes y/o sus familias?
9. ¿Qué información considera esencial proporcionar? ¿Cómo la presenta?
10. ¿Qué desafíos ha encontrado en la comunicación con pacientes y familias?
11. ¿Cómo aborda las preocupaciones y expectativas de los padres?

CONSIDERACIONES ÉTICAS

12. ¿Qué consideraciones éticas guían su práctica profesional en este ámbito?
13. ¿Cómo equilibra los diferentes principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) en casos complejos?
14. ¿Cómo ha influido el debate actual sobre derechos humanos y consentimiento en su práctica clínica?

TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

15. ¿Cómo funciona el trabajo interdisciplinario en la atención a personas intersexuales en su contexto profesional?
16. ¿Qué disciplinas considera esenciales en un equipo de atención integral?
17. ¿Qué desafíos y oportunidades presenta el trabajo interdisciplinario?

CAMBIOS Y PERSPECTIVAS

18. ¿Qué cambios ha observado en el abordaje médico de las variaciones intersexuales a lo largo de su carrera?
19. ¿Cómo ve el futuro del abordaje médico de las variaciones intersexuales?
20. ¿Qué cambios considera necesarios en la formación médica sobre este tema?

CIERRE

21. ¿Hay algo más que le gustaría compartir que no hayamos abordado en esta entrevista?
22. ¿Tiene alguna pregunta para mí?
23. Agradecimiento por la participación

GUION 4: ALIADAS DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

INTRODUCCIÓN

- Presentación de la investigadora y explicación del propósito de la investigación
- Aclaración sobre confidencialidad y consentimiento informado
- Explicación sobre la posibilidad de no responder preguntas o detener la entrevista en cualquier momento

TRAYECTORIA Y MOTIVACIÓN

1. ¿Podría describir su trayectoria profesional y académica en relación con el tema de la intersexualidad?
2. ¿Cómo surgió su interés por trabajar en este campo?
3. ¿Cuáles son sus principales líneas de investigación o áreas de trabajo relacionadas con la intersexualidad?

PERSPECTIVA TEÓRICA Y METODOLÓGICA

4. ¿Desde qué perspectiva teórica aborda el tema de la intersexualidad?
5. ¿Cómo definiría la intersexualidad desde su disciplina?
6. ¿Qué metodologías ha encontrado más adecuadas para investigar sobre este tema?
7. ¿Qué desafíos metodológicos o éticos ha enfrentado en su trabajo?

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

8. ¿Cómo describiría la situación actual de las personas intersexuales desde una perspectiva social?
9. ¿Qué factores sociales, culturales o políticos considera más relevantes en la configuración de esta realidad?
10. ¿Cómo evalúa el impacto del modelo biomédico en la vida de las personas intersexuales?
11. ¿Qué avances y retrocesos observa en el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas intersexuales?

INTERSECCIONALIDAD Y CONEXIONES

12. ¿Cómo se relaciona la intersexualidad con otras áreas como el género, la sexualidad, la discapacidad o los derechos humanos?
13. ¿Qué aportes puede hacer la perspectiva interseccional al estudio y abordaje de la intersexualidad?
14. ¿Cómo se posiciona o relaciona el movimiento intersex con otros movimientos sociales?

ACTIVISMO Y ACADEMIA

15. ¿Cómo describiría la relación entre la academia y el activismo intersex?
16. ¿Qué papel considera que deben tener las personas intersexuales en la producción de conocimiento sobre intersexualidad?
17. ¿Cómo gestiona la tensión entre la objetividad académica y el compromiso político en su trabajo?

CAMBIO SOCIAL Y PERSPECTIVAS

18. ¿Qué cambios considera prioritarios para mejorar la situación de las personas intersexuales?
19. ¿Qué papel pueden jugar las ciencias sociales en estos cambios?

20. ¿Cómo visualiza el futuro en relación con el reconocimiento y respeto de la diversidad corporal?

CIERRE

21. ¿Hay algo más que le gustaría compartir que no hayamos abordado en esta entrevista?
22. ¿Tiene alguna pregunta para mí?
23. Agradecimiento por la participación

Anexo 2: Códigos, ejes y categorías de análisis

EJE 1: RELACIONES DE PODER Y SABER EN LOS DISCURSOS SOBRE INTERSEXUALIDAD

A. Disposiciones Encarnadas (13 códigos)

1. **Percepción corporal divergente** - Formas en que las personas intersexuales perciben sus cuerpos en relación con normas dominantes
2. **Corporalidad no normativa** - Experiencia de habitar un cuerpo que no se ajusta a estándares binarios
3. **Esquemas de percepción interiorizados** - Estructuras mentales que organizan la experiencia corporal
4. **Sensación de diferencia** - Percepciones subjetivas de ser diferente a los demás
5. **Habitus corporal** - Disposiciones corporales adquiridas en contextos específicos
6. **Emociones encarnadas** - Manifestaciones corporeizadas de emociones vinculadas a la experiencia intersexual
7. **Lenguaje corporal no verbalizado** - Gestos, posturas y expresiones no verbales durante las entrevistas
8. **Desbordamientos emocionales** - Momentos de expresión emocional intensa durante las entrevistas
9. **Silencios significativos** - Pausas y silencios con valor interpretativo durante los relatos
10. **Estrategias de ocultamiento corporal** - Prácticas para esconder características corporales
11. **Narrativas de descubrimiento** - Relatos sobre el momento de descubrir la condición intersexual
12. **Dolor físico asociado a intervenciones** - Experiencias de dolor relacionadas con procedimientos médicos
13. **Tensiones identitarias** - Conflictos internos relacionados con la identidad

B. Actos de Legitimación o Subversión (12 códigos)

14. **Lenguaje patologizante** - Uso de terminología que patologiza la intersexualidad
15. **Construcción discursiva médica** - Formas en que el discurso médico define la intersexualidad
16. **Discursos feministas sobre intersexualidad** - Perspectivas feministas en la comprensión del fenómeno
17. **Discursos activistas** - Articulaciones discursivas desde el activismo intersexual
18. **Referencias históricas médicas** - Evolución histórica de la conceptualización médica
19. **Justificaciones médicas** - Argumentos utilizados para legitimar intervenciones

20. **Producción de conocimiento alternativo** - Generación de saberes fuera del ámbito médico hegemónico
21. **Estrategias discursivas de resistencia** - Modos de articular contradiscursos
22. **Performatividad de género** - Actos que instituyen significados de género
23. **Subversión de categorías binarias** - Cuestionamiento activo de clasificaciones normativas
24. **Testimonios como herramienta política** - Uso estratégico de la experiencia personal
25. **Visibilización estratégica** - Exposición pública con fines políticos

EJE 2: RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS INTERSEXUALES Y DIMENSIONES ESTRUCTURALES

C. Tramas de Poder y Afecto (17 códigos)

26. **Relación médico-paciente** - Dinámicas de poder en interacciones clínicas
27. **Toma de decisiones médicas** - Procesos decisionales sobre intervenciones corporales
28. **Consentimiento informado** - Prácticas relacionadas con la información y autonomía decisional
29. **Relaciones de poder institucional** - Jerarquías y ejercicios de autoridad en contextos médicos
30. **Secreto familiar** - Manejo de la información sobre intersexualidad dentro de la familia
31. **Comunicación intrafamiliar** - Patrones de comunicación sobre la intersexualidad
32. **Reacción parental al diagnóstico** - Respuestas emocionales de los padres
33. **Redes de pares** - Conexiones con otras personas intersexuales como soporte
34. **Comunidades virtuales** - Espacios digitales de apoyo y resistencia
35. **Alianzas afectivas** - Vínculos significativos de apoyo emocional
36. **Alianzas estratégicas activistas** - Coaliciones con otros movimientos sociales
37. **Tensiones intraactivistas** - Conflictos y negociaciones dentro del movimiento
38. **Relación Estado-medicina-sociedad civil** - Interacciones entre estos actores
39. **Dinámicas de género intrafamiliares** - Concepciones de género dentro de la familia
40. **Aislamiento social** - Experiencias de soledad y falta de comprensión
41. **Jerarquías de saberes** - Valoración diferencial de distintos tipos de conocimiento
42. **Apoyo familiar** - Manifestaciones de soporte emocional dentro de la familia

D. Reconfiguración Corporal (14 códigos)

- 43. **Cirugías normalizadoras** - Intervenciones quirúrgicas para adaptar el cuerpo a normas binarias
- 44. **Hormonización** - Tratamientos hormonales y sus efectos transformadores
- 45. **Protocolos de intervención** - Descripción de procedimientos médicos estandarizados
- 46. **Efectos secundarios** - Consecuencias no deseadas de tratamientos médicos
- 47. **Tecnologías médicas** - Técnicas y dispositivos utilizados en el abordaje corporal
- 48. **Medicalización temprana** - Intervenciones realizadas en la infancia
- 49. **Seguimiento médico** - Controles y revisiones posteriores a intervenciones
- 50. **Cambios históricos en protocolos** - Evolución de las prácticas médicas institucionales
- 51. **Acceso a la salud** - Condiciones de acceso a servicios médicos
- 52. **Itinerario terapéutico** - Recorrido por diferentes especialistas e instituciones
- 53. **Desmedicalización** - Esfuerzos para reducir la intervención médica
- 54. **Diagnóstico médico** - Procesos diagnósticos y terminología médica utilizada
- 55. **Institucionalidad médica** - Estructuras y protocolos institucionales
- 56. **Acceso a historiales clínicos** - Experiencias relacionadas con obtener información médica personal

EJE 3: PROCESOS DE CONFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE RECONFIGURACIÓN SUBJETIVA

E. Prácticas de Autoconstrucción (20 códigos)

- 57. **Autodeterminación corporal** - Expresiones de autonomía sobre el propio cuerpo
- 58. **Autoidentificación sexual y de género** - Formas de autodenominación identitaria
- 59. **Proceso de aceptación** - Etapas en la asimilación de la condición intersexual
- 60. **Resistencia a tratamientos** - Negativas o cuestionamientos a intervenciones propuestas
- 61. **Resignificación de la diferencia** - Transformación de estigmas en elementos positivos
- 62. **Construcción narrativa de la experiencia** - Elaboración de relatos personales coherentes
- 63. **Estrategias de afrontamiento** - Recursos psicológicos para manejar la adversidad
- 64. **Relaciones románticas** - Experiencias en relaciones de pareja y sexualidad
- 65. **Organización política** - Formas de articulación colectiva intersexual
- 66. **Demandas activistas** - Reivindicaciones específicas del movimiento intersexual
- 67. **Activismo digital** - Uso de plataformas virtuales para la movilización
- 68. **Interseccionalidad en la lucha** - Conexiones con otras opresiones y demandas sociales

- 69. **Resistencia cotidiana** - Formas no organizadas de resistencia individual
- 70. **Transformación de marcos legales** - Iniciativas para modificar normativas
- 71. **Registros de identidad** - Prácticas relacionadas con documentación oficial
- 72. **Soporte profesional no médico** - Apoyo psicológico, legal u otro tipo de acompañamiento
- 73. **Políticas públicas sobre intersexualidad** - Iniciativas estatales específicas
- 74. **Marco jurídico nacional** - Legislación chilena relevante
- 75. **Estándares internacionales** - Normativas y recomendaciones internacionales
- 76. **Derechos humanos aplicados** - Uso del marco de derechos en el contexto intersexual

Anexo 3: Consentimiento informado

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Título de la investigación: CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES INTERSEXUALES EN CHILE: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS EN LOS INTERSTICIOS

Investigadora principal: Gloria Casanova Molina

RUT: 17.045.508-8

Programa: Doctorado en Antropología Social y Cultural

Institución: Universitat Autònoma de Barcelona

Contacto: [correo electrónico] / [teléfono]

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene como objetivo comprender las experiencias de construcción de subjetividades intersexuales en Chile, explorando los desafíos, resistencias y estrategias de las personas intersexuales en el contexto social, médico y legal chileno. Su participación contribuirá al conocimiento académico sobre diversidad corporal y derechos humanos.

PROCEDIMIENTOS

Su participación en este estudio implicará:

- Una o más entrevistas en profundidad (duración aproximada: 60-90 minutos cada una)
- Posible observación participante en espacios que usted frecuente (previa autorización específica)
- Revisión de documentos personales que usted desee compartir voluntariamente
- Posibles encuentros de seguimiento para aclaraciones o profundización de temas

RIESGOS Y BENEFICIOS

Riesgos mínimos: Algunas preguntas pueden generar reflexiones emocionales sobre experiencias personales. Usted puede pausar, omitir respuestas o suspender su participación en cualquier momento.

Beneficios: Su participación contribuye a la visibilización académica de las experiencias intersexuales y puede aportar al desarrollo de políticas públicas más inclusivas.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

- Su identidad será protegida mediante el uso de seudónimos
- Los datos se almacenarán de forma segura y cifrada

- Solo la investigadora principal tendrá acceso a su identidad real
- Los resultados se presentarán de forma agregada y anónima
- Las grabaciones serán destruidas al finalizar la investigación

VOLUNTARIEDAD Y DERECHO A RETIRO

- Su participación es completamente voluntaria
- Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización
- Puede solicitar la eliminación de sus datos hasta antes de la publicación final
- No recibirá compensación económica por su participación

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados podrán ser publicados en:

- Tesis doctoral
- Artículos académicos
- Conferencias científicas
- Informes para organizaciones de la sociedad civil

CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información sobre este estudio de investigación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Autorizo mi participación en:

- ☐ Entrevistas en profundidad
- ☐ Observación participante
- ☐ Revisión de documentos personales
- ☐ Contacto para seguimiento

Autorizo el uso de:

- ☐ Grabación de audio de las entrevistas
- ☐ Notas de campo
- ☐ Fotografías (si aplica)

Acepto que:

- Mi participación es voluntaria
- Puedo retirarme en cualquier momento
- Mi identidad será protegida

- Los datos pueden ser utilizados para fines académicos

Nombre del/la participante: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

RUT: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Investigadora: Gloria E. Casanova Molina

Firma: _____ **Fecha:** _____

Para consultas sobre aspectos éticos de esta investigación, puede contactar al Comité de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Fecha de elaboración: junio 2022

Versión: 3.0 (cambio título de la tesis)

Anexo 4: Acuerdo de confidencialidad

INFORMACIÓN DE LAS PARTES

INVESTIGADORA:

- Nombre: Gloria E. Casanova Molina
- RUT: 17.045.508-8
- Programa: Doctorado en Antropología Social y Cultural
- Institución: Universitat Autònoma de Barcelona

PARTICIPANTE/COLABORADORA:

- Nombre: _____
- RUT: _____
- Dirección: _____
- Correo: _____
- Teléfono: _____

OBJETO DEL ACUERDO

El presente acuerdo tiene por objeto establecer los términos y condiciones de confidencialidad para el manejo de información sensible compartida en el marco de la investigación doctoral titulada: **”CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES INTERSEXUALES EN CHILE: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS EN LOS INTERSTICIOS”**.

DEFINICIONES

Información Confidencial: Toda información oral, escrita, gráfica, electrónica o de cualquier otra naturaleza que sea proporcionada por el/la participante, incluyendo, pero no limitándose a:

- Relatos de experiencias personales
- Datos médicos o de salud
- Información sobre relaciones familiares y sociales
- Documentos personales
- Fotografías o material audiovisual
- Cualquier dato que permita la identificación directa o indirecta

COMPROMISOS DE LA INVESTIGADORA

La investigadora se compromete a:

1. PROTECCIÓN DE DATOS:

- Mantener absoluta confidencialidad sobre toda la información proporcionada
- Utilizar seudónimos en todas las publicaciones y presentaciones
- Anonimizar cualquier dato que pueda permitir identificación
- Almacenar la información en dispositivos seguros y cifrados

2. USO ACADÉMICO EXCLUSIVO:

- Utilizar la información únicamente para fines académicos y de investigación
- No compartir información identificable con terceros sin autorización expresa
- Limitar el acceso a los datos a la investigadora principal

3. SEGURIDAD DIGITAL:

- Utilizar contraseñas seguras para todos los archivos
- Realizar copias de seguridad encriptadas
- No almacenar información en servicios de nube no seguros
- Eliminar grabaciones originales una vez finalizada la investigación

4. PUBLICACIÓN RESPONSABLE:

- Presentar resultados de forma agregada y anónima
- Evitar detalles que puedan facilitar identificación
- Someter manuscritos a revisión del/la participante cuando sea solicitado

COMPROMISOS DEL/LA/LE PARTICIPANTE

El/la participante se compromete a:

1. **VERACIDAD:** Proporcionar información veraz y precisa
2. **AUTORIZACIÓN:** Confirmar que tiene derecho a compartir la información proporcionada
3. **COMUNICACIÓN:** Informar cualquier cambio en sus condiciones de participación

EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD

La investigadora podrá revelar información confidencial únicamente en los siguientes casos:

- Orden judicial que lo requiera
- Riesgo inminente de daño para el/la/le participante u otras personas
- Autorización escrita y expresa del/la/le participante

DURACIÓN DEL ACUERDO

Este acuerdo tendrá vigencia desde la fecha de firma hasta:

- La finalización completa de la investigación y publicación de resultados
- La destrucción total de los datos según los plazos establecidos
- Un período mínimo de 5 años posteriores a la defensa de la tesis

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El incumplimiento de este acuerdo podrá generar:

- Responsabilidades civiles y penales según la legislación vigente
- Sanciones académicas por parte de la institución educativa
- Retiro inmediato de la autorización para usar la información

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier controversia derivada de este acuerdo será resuelta mediante:

1. Diálogo directo entre las partes
2. Mediación institucional a través de la Universitat Autònoma de Barcelona

LEGISLACIÓN APLICABLE

Este acuerdo se rige por:

- Normativas de la Universitat Autònoma de Barcelona

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Las partes declaran haber leído, comprendido y aceptado todos los términos de este acuerdo de confidencialidad.

INVESTIGADORA:

Nombre: Gloria E. Casanova Molina

Firma: _____

Fecha: _____

PARTICIPANTE/COLABORADORA:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

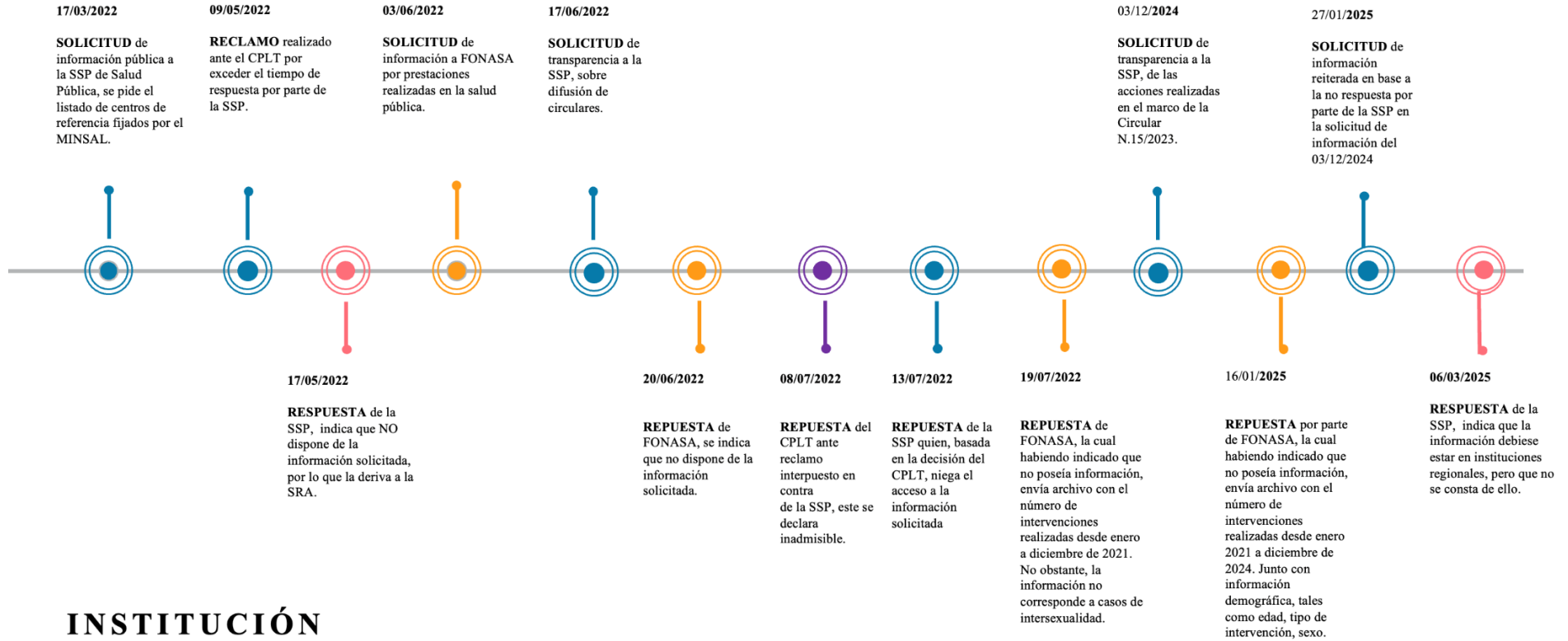
Este documento se firma en duplicado, quedando una copia para cada parte.

Lugar: _____

Fecha de elaboración: Junio 2022

Versión: 2.0 (cambio título de la tesis)

Anexo 5: Línea de tiempo Transparencia



INSTITUCIÓN

- SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA (SSP)
- SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES (SRA)
- FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)
- CONSEJO PARA LA TRANSPARENCIA (CPLT)