

Conceptos y preconcepciones en el paradigma biomédico de la psiquiatría. Una mirada queer sobre el dimorfismo sexual y la heteronorma.

Leani, Lautaro.

Cita:

Leani, Lautaro (2020). *Conceptos y preconcepciones en el paradigma biomédico de la psiquiatría. Una mirada queer sobre el dimorfismo sexual y la heteronorma*. ISSN: 2591-6394 - Revista Politikón, 3 (1), 75-88.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/lautaro.leani/5>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/peun/Ud4>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Conceptos y preconcepciones en el paradigma biomédico de la psiquiatría. Una mirada queer sobre el dimorfismo sexual y la heteronorma*

Lautaro Leani

Estudiante de Licenciatura en Filosofía—UBA

lautaro.leani@hotmail.com

RESUMEN

En las últimas décadas, profesionales de distintos ámbitos y movimientos sociales han comenzado a cuestionar la norma que divide a las personas en dos únicos fenotipos, macho y hembra. El objetivo de este ensayo es ofrecer un análisis queer que evidencie los presupuestos teóricos implícitos en ciertos discursos de la psiquiatría que establecen diferencias dicotómicas entre los sexos, y analizar su influencia en el campo académico y profesional, y en el imaginario social. A través de dos textos de medicina psiquiátrica pretendo mostrar y ejemplificar la forma en que ciertos discursos médicos logran construir un modelo de concepción de la norma del dimorfismo sexual y la heterosexualidad como naturales. Dicha naturalización retroalimenta las condiciones materiales que violentan a las personas que no las encarnan. Cuestionar tales supuestos y sus consecuentes relaciones de poder en las instituciones nos permite contribuir a su transformación, entendiendo que este ejercicio teórico es relevante para el diseño de políticas públicas y programas educativos. Teniendo esto en cuenta, resulta fundamental la consecución de las investigaciones en este campo de estudio, con el foco puesto en comprender de mejor forma los mecanismos de poder que ejercen las instituciones y buscar, en consecuencia, soluciones posibles a estas asimetrías estructurales.

**PSIQUIATRÍA/DIMORFISMO SEXUAL/
HETERONORMA/QUEER**

ABSTRACT

In recent decades, professionals from different fields and social movements have begun to question the norm that divides people into two unique phenotypes, male and female. The objective of this essay is to offer a queer analysis that evidences the theoretical assumptions implicit in certain psychiatry discourses that establish dichotomous differences between the sexes, and analyze their influence in the academic and professional field, and in the social imaginary. Through two psychiatric medicine texts, I intend to show and exemplify the way in which certain medical discourses manage to construct a model of conception of the norm of sexual dimorphism and heterosexuality as natural. Such naturalization feeds back the material conditions that violate people who do not embody them. Questioning such assumptions and their consequent power relations in the institutions allows us to contribute to their transformation, understanding that this theoretical exercise is relevant for the design of public policies and educational programs. Taking this into account, it is essential to achieve research in this field of study, with the focus on better understanding the power mechanisms that institutions exercise and, consequently, seeking possible solutions to these structural asymmetries.

**PSYCHIATRY/SEXUAL DIMORPHISM/
HETERONORMALITY/QUEER**

Fecha de recepción: 30/06/2018

Fecha de aceptación: 18/11/2018

Cómo citar:

Leani, L. (2020) "Conceptos y preconcepciones en el paradigma biomédico de la psiquiatría. Una mirada queer sobre el dimorfismo sexual y la heteronorma". *Revista Politikón* N°3, Vol. 1, pp. 75-88. Santa Fe, Argentina. ISSN 2591-6394.

*El presente artículo se enmarca en un proyecto de adscripción titulado: "La sexualidad en el lenguaje médico: un análisis queer de la conceptualización, reproducción y cristalización del dimorfismo sexual en el discurso médico" y desarrollado a través de los aportes del "Grupo de Perspectivas Queer en Filosofía Política", situado en la Sociedad Argentina De Análisis Filosófico.

1. Introducción

Desbaratar el carácter neutral de los discursos científicos es una cuestión sustancial para lograr comprender de qué forma la medicina crea normas acerca de la sexualidad y, en consecuencia, define lo que es natural, marginando a aquellos sujetos que no son compatibles con ellas. El objetivo de este artículo es contribuir con un análisis queer que evidencie los presupuestos teóricos presentes implícitamente en aquellos discursos de la psiquiatría que establecen diferencias dicotómicas entre los sexos, utilizando al *DSM-5*¹ como manual de psiquiatría paradigmático y un libro de divulgación general, ambos como base empírica para fundamentar mis argumentos teóricos. Además, pretendo establecer la influencia que ellos ejercen en el campo académico y profesional, y en el imaginario social, entendiendo que el estudio de dichos textos habilita el análisis de algunas características del proceso actual de patologización de ciertos comportamientos considerados anormales². Por otra parte, podemos decir que este desocultamiento permite descubrir y revalorizar a aquellas minorías oprimidas que quedan marginadas por la norma del sexo “natural”, la heterosexualidad obligatoria y, principalmente, el dimorfismo sexual³, y que se encuentran bajo un orden social desigual y opresor de la diversidad sexual. Finalmente, considero que incluir estos análisis en cuestiones propias de las Ciencias Sociales y las políticas públicas permite abrir un abanico de propuestas que enriquecen la teoría y praxis política. Para el desarrollo del presente artículo, considero necesario delimitar el estado de la cuestión que lo precede y definir algunos términos claves para introducir el análisis.

Desde hace ya varias décadas, para gran parte de la ciencia médica, el ser humano, al igual que gran parte de las especies animales, está dividido, por naturaleza, en dos grandes grupos fenotípicos⁴, macho y hembra. Tales categorías, además, son consideradas como bases biológicas inmutables, fijas y causales del género, entendido como vivencia interna, y del deseo, entendido como orientación sexual. Esta concepción estática de la sexualidad implica la producción y reproducción de obstáculos epistémicos para concebir la variabilidad con que las personas viven su propio género e, incluso, limita la autopercepción del mismo. Entre estas disciplinas, encontramos a la medicina quirúrgica, que no solo comparte estas premisas, sino que además las hace cumplir a través del bisturí. Todo cuerpo que no encarna esta diferencia dimórfica, es decir, que no presenta con claridad o uno u otro fenotipo, es intervenido por el/la profesional de la medicina para que encuadre en la categoría de macho o de hembra, puesto que, como tales, son exhaustivas y excluyentes (Piró Biosca, 2001: 129-140; Carrillo Soriano, 2005: 54-58; Fausto Sterling, 2006: 68-75, 78-84; Machado, 2009: 83; Diez y Coullery, 2011: 106). En este sentido, pareciera ser que, al menos en principio,

¹ Quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, desarrollado por la American Psychiatric Association.

² Voy a entender a la normalidad como la construcción socio-cultural de ciertas identidades como desviadas, lo “otro”, como contraposición a ciertas identidades dominantes, lo “uno”, que representan el orden natural de las cosas y que son beneficiadas por diversos tipos de privilegios discursivos y materiales (Pérez, 2016: 194).

³ El dimorfismo sexual consiste es una categorización que ha construido y reproducido la cultura occidental, principalmente a través de sus instituciones, como la medicina, que a la luz de características morfológicas y fisiológicas de los cuerpos humanos, aunque también animales, los clasifica en dos categorías exclusivas y excluyentes, macho y hembra (Fausto Sterling, 2006: 103-142).

⁴ El fenotipo es el conjunto de rasgos anatómicos presentes en un individuo que surgen como consecuencia de la interacción entre el genotipo y la influencia del ambiente, que incluye no solo las actividades realizadas conscientemente por dicho sujeto, sino también, por ejemplo, los procesos que ocurren durante la gestación embrionaria (Oliva Virgili y Oriola Ambrós, 2008:32).

comienza a tergiversarse aquello que llamamos “natural”, ya que si es construido por el cirujano con herramientas ajenas al cuerpo que nace, las categorías naturales pasan a ser artificiales.

Tal interpretación de las prácticas quirúrgicas tiene sus raíces en movimientos activistas intersex⁵ que vienen cuestionando la norma dicotómica desde hace, al menos, tres décadas. Dicho activismo se centró, en primera instancia, en transformar el abordaje médico de la intersexualidad y se distinguió por denunciar el statu quo sobre el tratamiento médico y por intentar reeducar y establecer alianzas con el personal médico. En segundo término, ha comenzado a forzar la implementación de estos cambios desde la arena legal, basándose en la defensa de los derechos humanos, sexuales y los del/de la paciente. La primera gestión de la intersexualidad en el ámbito legal fue resuelta por primera vez por la Corte Suprema de Colombia en 1995 (Gregory Flor, 2011: 69). En paralelo, y muchas de las veces complementando las iniciativas de tales grupos activistas, el aporte de estudios trans⁶, queer⁷ e intersex han contribuido con nuevas formas de interpretar los derechos de aquellos sujetos que son desplazados por la norma de “lo natural”. Activistas como Cheryl Chase, en Estados Unidos, Morgan Carpenter, en Australia, o Mauro Cabral, en Argentina, vienen desarrollando desde hace años investigaciones en el marco de las teorías intersex (Banzur y Cabral, 2005: 283-304, Cabral, 2009: 5-11, Carpenter, 2016: 74-84, Chase, 1998: 189-211). Aquella “naturaleza” que procuran conocer los/as especialistas parece justificar las intervenciones a personas recién nacidas en nombre de la “salud”. Sin embargo, muy lejos de significar el desarrollo del bienestar del sujeto intervenido, aquello que los/as profesionales de la salud consideran “saludable” se encuentra permeado de concepciones culturales acerca de lo que es el género y la sexualidad. La psiquiatría es un caso paradigmático para comprender la forma en que estos rasgos dicotómicos se trasladan a toda una serie de comportamientos y modelos de vida generizados y estandarizados, lo que genera un sistema teórico prescriptivo y, en consecuencia, una práctica médica normalizadora y un sentido común obediente a dicha norma. Un análisis de los conceptos y articulaciones utilizados en el *DSM-5*, pero también en un libro de psiquiatría de divulgación general, permitirá evidenciar tales afirmaciones. Mi tesis es que “saludable” es, al menos en los casos que presento en mi análisis, aquello que encarna los rasgos definitivamente “masculinos” o “femeninos” y que sirve para mantener relaciones sexuales heterocissexuales tales y como las concibe la medicina, es decir, en forma de coito y orientadas hacia la reproducción.

2. Dimorfismo sexual y heteronorma en el DSM-5

Ahora bien, ¿qué ocurre más precisamente en la medicina psiquiátrica? Para describirlo utilizaré la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 de la American Psychiatric Association (APA), una versión reducida y actualizada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V, de allí sus siglas “*DSM*”. Mi selección de dicha

⁵ Intersex es toda persona que haya nacido con características sexuales que no son reconocidas por las normas médicas y sociales como de mujer o de hombre. La intersexualidad no se trata de una identidad de género, puesto que atraviesa toda una gama de identidades de género posibles (Carpenter, 2016: 74).

⁶ Los estudios trans* consisten en un tipo de epistemología que tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de las personas trans*, sin renunciar, por ello, a la precisión teórica ni a un compromiso práctico (Radi, 2019: 44).

⁷ “Los abordajes canónicos de la Teoría Queer se concentran en sus contribuciones para la indagación acerca del sexo, el género y la opción sexual, y en particular en cómo estos se enlazan en un sistema binario y discreto.” Sin embargo, “[...] los

bibliografía se corresponde con la relevancia que ella posee en el campo de la teoría y práctica psiquiátrica. Según la *Revista chilena de psiquiatría*, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* “[...] tiene una enorme relevancia, en la medida en que es ampliamente empleado en todo el mundo y tiene un gran impacto en la investigación, la enseñanza, el tratamiento, el financiamiento de las prestaciones de salud y en la toma de decisiones políticas y forenses” (Jerez y Silva, 2014: 55). En este sentido, sus clasificaciones influyen a gran parte de los/as profesionales de la salud psiquiátrica en Argentina, principalmente en el campo de la sexualidad, por lo que es fundamental analizar sus presupuestos teóricos para reconocer las herramientas con las que teorizan y operan los/as médicos/as, y es por ello que lo tomo como fuente y caso modelo de mi tesis⁸.

Al igual que en la medicina quirúrgica, el *DSM* considera “varón” a aquellos sujetos que poseen pene, testículos, testosterona, espermatozoides y cromosoma XY⁹, y “mujer” a quienes poseen vagina, ovarios, estrógenos, óvulos y cromosoma XX. Esto se puede apreciar claramente en, por ejemplo, la definición del trastorno de Koro. En la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, los/as autores/as lo describen de la siguiente manera: “[...] un episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene (o la vulva y los pezones en las mujeres) se retraerá en el cuerpo y posiblemente causará la muerte” (American Psychiatric Association, 2014: 156-157). Como lo evidencia esta cita, “mujer” y “varón” son tratados aquí desde una concepción biologista¹⁰, por lo que, por ejemplo, la Ley de Identidad de Género argentina¹¹ queda totalmente fuera de alcance e incluso la utilización de tales diagnósticos en nuestro país contradicen sus postulados básicos. En este sentido, si la Ley establece que “Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo” (Ley N° 26.743, 2012: Artículo 2), no es posible tratar como sinónimos a conceptos como “macho” y “varón”, utilizado a este último para referirse a un conjunto de atributos físicos que la Ley contradice, puesto que ser varón, mujer, neutro, bi-género, género fluido, etc. va a depender de la vivencia interna de cada persona, y no de sus características corporales. Por último, en el caso de ser ejecutado el

enfoques queer también ofrecen modos de pensar mundos más vivibles, más inclusivos... y más interesantes” (Pérez, 2016: 191).

⁸ Dicha influencia se debe a que a pesar de que la *CIE-11, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada la clasificación de trastornos psiquiátricos oficial en la República Argentina, ésta se presenta como un mero conjunto de definiciones y estadísticas, y no como una guía explícita de los criterios diagnósticos. Por otro lado, a pesar de seguir incluyendo a la categoría de “Discordancia de género”, definida como la “discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado”, la *CIE-11* la ha reubicado de los “trastornos mentales y del comportamiento” a las “condiciones relacionadas con la salud sexual”, eliminando, además, respecto del *CIE-10*, al “transexualismo” y al “transvestismo” de dicha clasificación (De Benito, 2018: 1; Organización Mundial de la Salud, 2008: 344-345; OMS, 2018: 17). Por último, otra diferencia respecto del *DSM-5* es que la *CIE-11* considera que “Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no son por sí solas una base para determinar el diagnóstico” (OMS, 2018: 17). Es por todo ello que el *DSM-5* se muestra como la opción inmediata para la mayoría de los/as psiquiatras que buscan guías y herramientas prácticas que los/as habiliten a realizar un diagnóstico psiquiátrico de las “discordancias de género” respaldado institucionalmente (Bianchi, 2014: 110; Garay, 2013: 1; Valladares, Giusti, Helmich y Etchevers, 2017: 3).

⁹ Me refiero al par cromosómico número 23.

¹⁰ Utilizo aquí el término biologismo para referirme a aquellas interpretaciones que tratan a los fenómenos sociales como si fueran organismos vivos y que, por lo tanto, enfatizan en sus características innatas en detrimento de aquellas adquiridas.

¹¹ Ley N° 26.743.

protocolo de este manual, estaríamos ante una vulneración de la Ley de Identidad de Género, puesto que en el Artículo 13 expresa lo siguiente: “Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo” (Ley N° 26.743, 2012: Artículo 13).

Pero esto se torna más evidente cuando llegamos a las secciones de “Disfunciones sexuales” y de “Disforia de género”. Bajo estos rótulos encontramos tanto a los “trastornos sexuales” como también a las supuestas “incoherencias” entre sexo y género. Las “disfunciones sexuales” se dividen en cuatro grandes grupos: deseo, excitación, orgasmo y resolución (APA, 2014: 225-238). Como fui mostrando anteriormente, todas ellas bien diferenciadas entre los dos grandes grupos fenotípicos que establece la ciencia: macho y hembra. Pero lo más llamativo aquí no es precisamente esa división, presente en todo el manual, sino más bien qué es exactamente aquello que se entiende por trastorno o, más precisamente, disfunción. Por definición, la disfunción es el incorrecto funcionamiento de un objeto que tiene como objetivo natural o, parafraseando a Aristóteles, que tiene como causa final, una función determinada por su naturaleza (Aristóteles, 1975: 207-211). En este sentido, si un lápiz, que es creado con el objetivo de escribir, no deja tras su paso una línea de grafito sobre el papel, ese lápiz tiene una disfunción, que es no escribir. Ahora bien, para los órganos sexuales, la medicina determina ciertas funciones necesarias para cada uno de ellos, todas ellas con el objetivo, que permanece parcialmente oculto pero que guía toda investigación médica y permea todas sus definiciones, de la reproducción (Fausto Sterling, 2006: 226). De esta forma, el pene, por ejemplo, definido como órgano sexual y orientado a la reproducción, junto con su portador, deben poseer: 1) fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo, que es definido como deseo, y que genera como consecuencia, en aquellos sujetos que no lo cumplen, dos patologías: trastorno de deseo sexual hipoactivo y trastorno del interés sexual; 2) sensación subjetiva de placer sexual y los cambios fisiológicos correspondientes, lo que llamamos excitación, y que genera como consecuencia para aquellos/as que no lo logran, un trastorno de la excitación sexual y trastorno eréctil; 3) un punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores, llamado orgasmo, y que genera como consecuencia, trastorno orgásmico y eyaculación prematura/precoz; y respecto del 4), la resolución, no figura ningún trastorno relacionado a ella (APA, 2014: 225-238), justamente porque no representa un proceso relevante en la reproducción.

Con estos cuatro momentos ideales, es decir, donde ocurre un deseo, una excitación, un orgasmo y una resolución, y que están correlacionados, la psiquiatría anuncia que estamos ejecutando una relación sexual sana y adecuada. Como sostiene Georges Canguilhem, la fisiología se presenta a los/as médicos/as como una colección canónica de constantes funcionales naturales que se relaciona con funciones de regulaciones hormonales y nerviosas correspondientes. Tomar dicha colección como una clasificación de la normalidad del cuerpo humano implica dos movimientos: por un lado, entender la normalidad como designación descriptiva de caracteres frecuentes en los registros estadísticos, pero por otro, tomar dicha normalidad como ideal terapéutico que regula las prácticas e intervenciones médicas (Canguilhem, 1971: 89). De esta forma es como la medicina delimita y legitima, a través de un discurso de salud, aquellos comportamientos sexuales que son heterocissexuales y reproductivos.

Para comprender más a fondo este fenómeno, me detendré en dos de las “patologías” caracterizadas por la American Psychiatric Association que considero más sutiles pero que legitiman exitosamente un determinado estereotipo de relación sexual: el “deseo sexual hipoactivo en el varón” y la “eyaculación prematura/precoz”. El primero consiste en la deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual (Dios Blanco, Duany Navarro y Rojas Zuasnábar, 2016: 166-187; APA, 2014: 231). En este sentido, la disfunción o trastorno consiste en la ausencia de deseo sexual, tal y como la medicina lo define, es decir, genital. Esto quiere decir que la patología radica en que el sujeto portador del órgano sexual, destinado a la reproducción y que para la psiquiatría requiere de relaciones sexuales genitales, no tiene la capacidad psicológica de desear este tipo de actividad. Así, la medicina psiquiátrica define qué actividades debe desear una persona, por el simple hecho de que establece que en la naturaleza del ser humano la reproducción es una actividad fundamental para su esencia y desarrollo, premisa que obviamente no está fundamentada y que, por lo general, encontramos implícita. En otras palabras, que nuestro cerebro no responda a los intereses reproductivos de la psiquiatría va a implicar que nuestro cerebro padece un trastorno psiquiátrico, en este caso, de deseo sexual genital.

Respecto de la eyaculación prematura/precoz, ella es definida como la aparición de un orgasmo y eyaculación involuntarios, por lo general, poco tiempo luego de haber comenzado el acto sexual genital (OMS, 2018: 17; APA, 2014: 232). El manual parte de esta definición y luego, sin mediar explicación, comienza a describir el fenómeno como una patología meramente “masculina”, entendiéndolo por ella a los sujetos que tienen pene (APA, 2014: 232-233). Incluso toma como criterio para medir la gravedad del “trastorno” a una relación sexual con una persona con vagina, es decir, dentro de los parámetros de este manual, una relación heterosexual: “Leve: La eyaculación se produce aproximadamente entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración vaginal” (APA, 2014: 232). En este contexto, la eyaculación “masculina” precoz se vuelve un problema cuando suponemos que la base de la relación sexual consiste en el coito, puesto que no debería haber ningún inconveniente en la consecución del placer luego de la eyaculación del pene. Por otra parte, dejar fuera de esta patología a las personas con vulva es consecuencia de un tratamiento teórico jerarquizado que coloca a la eyaculación de la vulva en un sustrato inferior, puesto que su ejecución temprana o tardía no parece afectar las relaciones heterosexuales hegemónicas que defiende la psiquiatría. De esta forma, considerar a la eyaculación prematura/precoz como un trastorno sexual “masculino” implica una concepción de las relaciones sexuales que se centra en la figura del falo¹² como máximo exponente del placer y deja fuera toda otra zona erógena y forma de canalizar la sexualidad y el placer. En pocas palabras, la sección rotulada como “Disfunciones sexuales” esconde tras ella toda una concepción de las relaciones sexuales, la reproducción y el género que presupone con el objetivo de delimitar aquello que considera “sano” de aquello que no lo es, y establece, en consecuencia, una normalización de la actividad sexual y las relaciones interpersonales.

La siguiente sección se titula “Disforia de género”, y no es casual que esté incluida en un manual de diagnóstico psiquiátrico, puesto que gran parte de la medicina presupone concepciones fijas acerca del sexo y el género, y sus definiciones se trasladan desde lo biológico a lo psicológico o lo natural a lo cultural sin mediar diferenciaciones que aclaren los

¹² Categoría simbólica que representa y constituye al pene, situándolo como regulador de ciertas prácticas sociales dentro de la cultura heteronormativa occidental (Butler, 2007: 35-65).

límites de su análisis. Entre las premisas que supone encontramos la creencia de que existe una conexión natural entre sexo, género y deseo. Donde el primero es causa del segundo, y el segundo del tercero (Butler, 2007: 45-64). En este sentido, todo sujeto que no cumpla con los requisitos de conducta genéricos relativos al sexo que le fue asignado al nacer, es decir, que si el/la médico/a le asignó a alguien el sexo “hembra”, pero su comportamiento no es el de una “mujer” y su deseo no está orientado hacia un “hombre”, esa persona va a padecer una patología, en este caso, “disforia de género”. Respecto de las características de la “Disforia de género en niños”, escriben:

Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto. [...] En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos (APA, 2014: 239).

La psiquiatría se transforma, en este caso, en un aparato normativo desde donde los/as médicos/as psiquiátricos/as imparten la forma en que los/as niños/as deben comportarse. Una psiquiatría que simula ser descriptiva respecto de la psicología humana pero que se torna prescriptiva (Foucault, 1984: 115-120). Con expresiones como “actividades habitualmente utilizadas o practicadas por el sexo opuesto”, “típicamente masculinos”, “típicamente femeninos” o “evitación de los juegos bruscos”, el discurso médico esencializa comportamientos contingentes para mostrarlos como necesarios y naturales en nuestro sexo, y en consecuencia, género y deseo. Estas herramientas teóricas con las que cuenta la psiquiatría forman parte del sistema de biopoder¹³ de la medicina que destaca Foucault en sus análisis acerca de las relaciones de poder modernas, e implican, además, la normalidad de género¹⁴ que introducen y critican autoras y autores como Judith Butler, Teresa De Lauretis, Donna Haraway, Michael Warner, Cheryl Chase o Mauro Cabral (Butler, 2007: 7-100, Cabral, 2009: 5-11, Chase, 1998: 189-211, De Lauretis, 1991: iii-v, Haraway, 1991: 71-78; Warner, 1993: 3-16). Como detalla Foucault en *El nacimiento de la clínica*, las instituciones médicas, a partir del siglo XVIII, se han constituido como formas de control y regulación social de los cuerpos, que más tarde designará como prácticas biopolíticas. En este sentido, tanto la nacionalización de la profesión médica, como la expectativa de la desaparición total de la enfermedad, convirtió al médico en un funcionario estatal con responsabilidades que abarcan desde consejos de vida prudente hasta la prescripción de conductas alimentarias, autorizado a gestionar la existencia humana a fin de optimizar la salud pública, tarea que además requiere de la introducción de criterios claros de diferenciación entre lo normal y lo patológico (Foucault, 2008: 56-58). En la misma sintonía, Cabral considera que la producción de la normalidad en las prácticas generizadas:

No se trata de un destino dado de una vez y para siempre, contenido en la inmutabilidad de la carne o en la de las instituciones que la regulan. Se trata, por el contrario, de un destino que se actualiza

¹³ Es un término originalmente acuñado por el filósofo francés Michel Foucault para referirse a la práctica de los estados modernos de "explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población" (Foucault, 2002: 75-126).

¹⁴ Intercambio complejo de responsabilidades, actitudes y papeles que determinan la posición de cada ente social en torno al género.

con cada nacimiento, con cada diagnóstico, con cada padre, con cada madre, con cada fallo judicial, con cada texto periodístico, con cada comité de bioética reunido para decidir sobre la suerte de alguien, con cada referencia omitida o explícita en un texto de educación sexual, con cada desnudo que abre o cierra posibilidades de gozo, con cada dicción generizada que abre o cierra posibilidades de existencia (Cabral, 2009: 8).

3. Libros de divulgación general e impacto en el sentido común

Hasta aquí analicé los presupuestos sostenidos por la psiquiatría y la influencia que ellos imprimen en la concepción y delimitación del uso que los/as médicos/as psiquiatras hacen de las definiciones y los tratamientos psiquiátricos. Ahora quiero detenerme en las premisas que supone la medicina psiquiátrica en el campo del imaginario social¹⁵, es decir, en aquellos libros que son de divulgación general y que configuran la forma en que concebimos el sesgo sexual en la psicología del sentido común. Ya mostré brevemente la forma en que el lenguaje médico funda nuestras creencias acerca del dimorfismo sexual, la reproducción y la heterosexualidad, todas ellas consideradas naturales y necesarias. Ahora bien, ¿de qué forma lo reproducen los textos de divulgación general? Para ello utilizaré el libro *Ellas*, del cardiólogo y médico clínico, Daniel López Rosetti, también columnista del noticiero de *Telefé*¹⁶. Su participación en dicho noticiero hace que su figura sea conocida y sus libros difundidos entre los/as televidentes, y es por ello que sus palabras influyen y configuran el imaginario social y el sentido común de gran parte de la población no instruida en estudios médicos o científicos.

Ellas es un libro que pretende desarrollar y difundir una fundamentación científica a través de distintas áreas de la medicina, entre ellas, la teoría evolutiva, la endocrinología, la neurociencia, la genética, la psicología, la cardiología y la ginecología, acerca de la diferencia dimórfica entre los sexos. Argumentativamente, en primera instancia, propone la existencia de esa diferencia sexual, que sería innata y abarcaría casi todos los componentes de nuestro cuerpo, luego marca las principales diferencias entre el macho y la hembra y, por último, analiza en detalle las particularidades de la hembra humana, puesto que, “[...] sin duda la mujer es más sofisticada, más compleja y en ella cuentan más los detalles” (López Rosetti, 2016: 129). Rosetti comienza su libro con una explicación evolutiva, que es constantemente contrastada con estudios actuales en neurociencia y psicología. Uno de sus “hallazgos” es que las “mujeres” poseen más neuronas espejo¹⁷ que los “hombres”, gracias a un desarrollo evolutivo de la especie, por lo que, en principio, ya que éstas sirven para percibir los gestos emocionales del “otro”, las “mujeres” poseen más capacidad para empatizar (López Rosetti, 2016: 24-26). Uso de manera idéntica los conceptos de “hembra” y “mujer”, y de “macho” y “hombre” porque es justamente ésta la forma en que aparecen en el libro.

Pero, además, el autor no duda en afirmar: “En *Ellas* la empatía es natural” (López Rosetti,

¹⁵ En breves palabras, el imaginario social es un concepto creado por Cornelius Castoriadis, usado habitualmente en ciencias sociales para designar las representaciones sociales encarnadas en las instituciones. Tales representaciones son elementos simbólicos, [...] que condicionan y orientan el hacer y el representar sociales, en y por los cuales continúan ellas alterándose. Algunos ejemplos dados por el autor son Dios, la familia o el Estado (Fressard Olivier, 2006: 1).

¹⁶ Canal de televisión emitido en Buenos Aires, Argentina.

¹⁷ Según las definen algunas investigaciones en neurociencias, las neuronas espejo permiten “comprender íntimamente y así vivir” lo que otro está haciendo y, en consecuencia, se relacionan con la emoción conocida como “empatía” (López Rosetti, 2016: 25).

2016: 26). Aquí hay dos objeciones posibles, la primera es que el doctor Rosetti presupone que esas neuronas espejos son innatas, es decir, que son compartidas por todas las “mujeres” porque ellas ya nacen con esa mayor cantidad de neuronas, y en ningún momento se baraja la posibilidad de que esas neuronas hayan sido generadas a través de la socialización y la educación diferencial entre “hombres” y “mujeres”. En este sentido, como acostumbra a hacer cierto sector de la ciencia, se esencializa lo que puede ser contingente y cultural. En segundo término, el autor utiliza de mala manera la lógica, puesto que extrae conclusiones que no se encuentran presentes en las premisas. Él plantea que las “mujeres” poseen más neuronas espejo que los “hombres”, esto quiere decir que poseen mayor capacidad para empatizar, sin embargo, en su afirmación de que en ellas “la empatía es natural”, hay un error deductivo, puesto que lo “natural” en las “mujeres”, si es que le concedemos que es innato, es la capacidad para empatizar, es decir, en términos aristotélicos, la empatía en potencia, no la empatía misma, no la empatía en acto. En este sentido, Rosetti infiere que por poseer una capacidad biológica, se posee un comportamiento biológico, que en realidad va a depender completamente de su socialización, y poco importa la capacidad mayor o menor, si esa empatía en potencia no se desarrolla. De más está aclarar que el sujeto “masculino” aparece siempre como una vara de comparación que nunca se somete a análisis, pero que tiene la capacidad de analizar al sujeto “femenino”, que toma la condición de objeto de análisis, entrando en juego sus emociones, hormonas y sensaciones, las cuales parecen no afectar al sujeto “inmaterial masculino” (Millett, 1995: 71-72).

Más adelante, y una vez dejados de lado los argumentos evolutivos y neurocientíficos, el autor comienza con una descripción de la psicología de las hembras en contraste con la de los machos, puesto que, según él, ésta es causa de la diferencia entre los comportamientos y deseos sexuales de los dos sexos. Según sostiene Rosetti, los comportamientos y deseos sexuales de las “mujeres” son consecuencia directa de la forma en que su cerebro está configurado. En este contexto, la complejidad que el doctor asigna a los comportamientos sexuales “femeninos” es un efecto de la complejidad del “cerebro femenino”. En palabras del autor:

«En una mujer las preliminares del orgasmo es lo que sucede veinticuatro horas antes de la penetración, y para los hombres lo que sucede tres minutos antes». El cerebro femenino trabaja anticipadamente para llegar al momento. El deseo, las fantasías y la construcción mental de la «película» son necesarios y resultan ser fuertes estímulos eróticos. Sin duda, Ellas son más complejas, lo que de ningún modo significa que son más complicadas, sino que simplemente entran más variables en juego y eso es algo que debemos comprender (López Rosetti, 2016: 128-129).

En este punto, es posible realizar al menos dos críticas fundamentales a estos argumentos sexistas y esencializadores: la primera consiste en el constante pasaje de lo biológico a lo cultural, sin mediar precisiones acerca del juego de influencias que cada campo imprime en el otro. Evita el análisis de esa sofisticación que presupone, sin aclarar de qué forma esa biología aparentemente determinista es modificada por la socialización de los sujetos asignados como “femeninos”, omitiendo, en consecuencia, la experiencia personal y social de tales “mujeres” y esencializando sus comportamientos en desmedro de la capacidad para la transformación de estos. La segunda, que considero más relevante pero quizá menos evidente, radica en la construcción de un horizonte de expectativa acerca de la sexualidad “femenina” para quien interactúa con una “mujer” y un punto de comparación para aquellas que forman parte de esa identidad “femenina”. En otras palabras, con afirmaciones como “En una mujer las

preliminares del orgasmo es lo que sucede veinticuatro horas antes de la penetración”, el discurso médico no sólo describe una práctica social como un experimento de laboratorio, sino que, además, construye un estereotipo de sexualidad y orgasmo “femenino”, donde cada persona que se relaciona con “mujeres” que lo lea reproduce el “comportamiento requerido” para que la “mujer” llegue al orgasmo y cada “mujer” que lo lee busca encajar en esa normalidad, interpretada como biológica, asintiendo y reproduciendo eso mismo que el “especialista” afirma desde su posición de autoridad del saber (Martínez Ten y Escapa, 2016: 32-41).

Por último, en este libro encontramos explícito lo que en otros libros y manuales médicos encontramos de forma implícita: la pretensión de objetividad de los estudios médicos. Como escribe Rosetti: “Desde que estas diferencias han sido estudiadas, ha habido «intencionalidades» feministas o machistas que han sesgado los estudios psicológicos según la intencionalidad primaria del grupo de investigación, y esto, claro está, representa una situación inadmisibles desde la búsqueda de la objetividad científica” (López Rosetti, 2016: 146). Es una obviedad el error de Rosetti al asumir que las intencionalidades feministas y machistas son análogas. Pero además, el autor considera que la ciencia se encuentra ajena a los intereses políticos y económicos, lo que genera una concepción ficticia de la medicina, no sólo para los/as profesionales de la salud, sino también para las personas que acceden a este tipo de lecturas, formando así un imaginario social obediente al dogma científico (Foucault, 2002: 53-152, 2008: 160-176, Kuhn, 1971: 9-32).

4. Conclusión

Con este artículo creo haber dejado casos documentados que evidencian los mecanismos conceptuales que utiliza cierto sector del discurso médico en el ámbito de la psiquiatría, tanto académica como general, para moldear la forma en que percibimos los cuerpos y las prácticas sexuales y para establecer normas violentas que sirven a intereses económicos, políticos e ideológicos. Como he mostrado, la psiquiatría se basa en un modelo biologista que supone dos sexos a los cuales corresponden dos géneros y dos orientaciones sexuales, constituyéndose como una herramienta cultural machista, heterosexista¹⁸ y cissexista¹⁹. Se establece la heterosexualidad y la cissexualidad como leyes sociales que proclaman una verdad absoluta y que privilegian las prácticas heterosexuales y las identidades cis, reduciendo y excluyendo otros tipos de cuerpos, deseos y posibilidades subjetivas, y generando modos de ser, estar y pensar la sexualidad de manera dicotómica (Diez y Coullery, 2011: 108). Así, estas prácticas de medicalización permiten que lo anormal se asimile a lo patológico, por lo que los diagnósticos psiquiátricos tienen un rol destacado para la atribución de parámetros de normalidad y anormalidad sociales (Bianchi, 2016: 426-427).

En este sentido, la práctica clínica ha asumido que su misión consiste en reparar individuos que de alguna manera han perdido el camino hacia su objetivo “biológico”. Para ello, ha logrado transformar la ley moral en ley científica y ha actuado para imponer la

¹⁸ Me refiero a la creencia que concibe a la heterosexualidad como la naturaleza de las relaciones sexuales y románticas, la cual está cimentada en todas aquellas actitudes, ideologías y estructuras de poder que perpetúan la heteronormatividad.

¹⁹ El cisexismo es “[...] la creencia, muchas veces no explícita y hasta inconsciente, de que las personas que no son trans, las personas cis, son más importantes, más auténticas que las personas trans y, por lo tanto, sus problemas son más urgentes” (Radi, 2014: 5). Además, “El cisexismo se refiere a las maneras en que el privilegio cissexual se puede manifestar tanto entre como dentro de grupos sociales” (Nichols, 2018: 18-19).

convención sexual a pacientes leídos/as como “inquietos/as” que no encajan en las normativas dicotómicas de lo sexual. Estos discursos y prácticas en ningún sentido surgieron como modo de promover el goce o la salud sexual, sino como herramientas para demarcar los límites de la heterocisnormatividad reproductiva como única práctica legítima. En consecuencia, la psiquiatría, y sus derivaciones en el psicoanálisis y la sexología, se ha convertido en algo más que en una teoría de los mecanismos del comportamiento humano y de las prácticas sexuales: es, en realidad, uno de esos mecanismos (Rubin, 1986: 118, Di Segni, 2013: 1-2).

En consecuencia, estos mecanismos son producidos y reproducidos, por un lado, a través de manuales de medicina que imparten las herramientas conceptuales y materiales con las que operarán los/as futuros/as médicos/as, por otro, a través de las prácticas mismas que realizan dichos/as profesionales de la salud y que confirman en su actividad, a la luz de esas mismas herramientas incorporadas. Pero además, los libros de divulgación general producen y reproducen las herramientas conceptuales y materiales con las que las personas van a operar y comprender su actividad en la vida cotidiana y que conforman su sentido común respecto de la salud y la sexualidad. En este sentido, tanto en la formación de futuros/as médicos/as como en la información que adquieren las personas no especializadas, los discursos producidos por los/as especialistas en psiquiatría funcionan como autoridad epistémica que guía el ideal psicológico y sexual.

Finalmente, considero que la rigidez del actual modo de investigar y practicar la medicina y, particularmente, la psiquiatría, se cimienta en un régimen con pretensión de universalidad, objetividad y neutralidad que privilegia estereotipos psicológicos y biológicos por sobre el conjunto de factores dinámicos que constituye a un/a paciente y sus vivencias, en donde la expresión biológica es sólo una parte de tal conglomerado. Es por ello que creo necesario realizar un análisis crítico de las prácticas médicas que provenga de investigadores/as de Ciencias Sociales y Humanidades, activistas de movimientos sociales y pacientes, ajenos/as a las instituciones médicas económica y socialmente legitimadas. Esto permitiría una revisión crítica de las categorías con las que se ejecutan las prácticas de la psiquiatría, allí donde las nociones de género y diversidad sexual operan de forma transversal, puesto que en tales actores sociales encontramos una mayor exploración de las subjetividades y las normativas que la configuran. Por último, considero que politizar estos campos de saber institucionalmente legitimados es la única forma de alcanzar una ciencia médica que se constituya como garante de la diversidad corporal y de la salud de los/as pacientes.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014): *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, Traducción: Burg Translations, Inc., American Psychiatric Publishing, Chicago.

ARISTÓTELES (1975): *Metafísica*, V, capítulo 2. Editorial Gredos, Madrid, traducción de Tomás Calvo Martínez, pp. 207-211.

BANZUR, Gabriel y CABRAL, Mauro (2005): “Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad.”, en *Cadernos Pagu*, Número 24, Campinas.

BLANCHI, Eugenia (2014): “Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM-III. El

desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense”, en *Revista Culturas Psi*, Vol. 2, Buenos Aires, septiembre 2014, pp. 87-114.

_____ (2016): “Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad?” en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Número 14 (1), pp. 417-430.

BUTLER, Judith (2007): *El género en disputa*, Paidós, Barcelona.

CABRAL, Mauro (2009): *Interdicciones*, Editorial Anarrés, Córdoba, Argentina.

CANGUILHEM, Georges (1971): *Lo normal y lo patológico*, Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.

CARPENTER, Morgan (2016): “The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change”, en *Reproductive Health Matters*, Vol. 24, Número 47, pp. 74-84. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.06.003> [Fecha de consulta, 12/07/2019].

CARRILLO SORIANO, S. (2005) “Estados intersexuales. Genitales ambiguos”, en *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, Medisur, Vol. 3, Número 5, pp. 54-58. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/155/3496> [Fecha de consulta, 20/06/2019].

CHASE, Cheryl (1998): “Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism”, en *A Journal of Lesbian and Gay Studies. The Transgender Issue*, Vol. 9, Número 2, pp. 189-211.

DE BENITO, Emilio (2018): “La OMS saca la transexualidad de la lista de enfermedades mentales”, en *El País. El periódico global*, Madrid. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2018/06/18/actualidad/1529346704_000097.html [Fecha de consulta, 04/01/2020].

DE LAURETIS, Teresa (1991): “Queer Theory. Lesbian and Gay Sexualities: An Introduction”, en *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, Vol. 3, Número 2, pp. iii-xviii.

DIEZ, Manuelita y COULLERY, Yésica María José (2011): “Cuerpos falaces. La intersexualidad entre la psicología, la medicina y el derecho”, en *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología. UBA, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.academica.org/000-052/23> [Fecha de consulta, 20/06/2019]

DIOS BLANCO, Elvia, DUANY NAVARRO, Annia y ROJAS ZUASNÁBAR, Liliam (2016): “Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino” en *Revista Sexología y Sociedad*, Vol. 22, Número 2, pp. 166 -187. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/602/632> [Fecha de consulta, 20/06/2019].

DI SEGNI, Silvia (2013): “Sexología, géneros y heteronormatividad” en *III Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos*, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género, Universidad Nacional de La Plata.

FAUSTO-STERLING, Anne (2006): *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Melusina, Barcelona.

FOUCAULT, Michel (1984): *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Barcelona.

_____ (2002): *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*, Siglo XXI, Buenos Aires.

_____ (2008): *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, Buenos Aires.

FRESSARD, Olivier (2006): “El imaginario social o la potencia de inventar de los pueblos”, en *Revista Transversales*, Número 2. Edición digital de la Fundación Andreu Nin. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20080513023732/http://www.fundanin.org/fressard.htm> [Fecha de consulta, 21/06/2019].

GARAY, Cristian Javier (2013): “Sobre la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)” en *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*, Año 3, Número 8, pp. 29-32. Disponible en http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_8.pdf [Fecha de consulta, 26/12/2019].

GREGORY FLOR, Núria (2016) *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual o con DSD (diferencias del desarrollo sexual) en Barcelona*, Tau Traduccions SL, Barcelona.

HARAWAY, Donna (1991): *Ciencia, Cyborgs y Mujeres*, Ediciones cátedra, Valencia

JEREZ, Sonia y SILVA, Hernán (2014): “DSM-5. Análisis y controversias”, en *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, Marzo, Año 68, Vol. 52, Número 1, pp. 1-66.

KUHN, Thomas Samuel (1971): *La estructura de las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, México.

LÓPEZ ROSETTI, Daniel (2016): *Ellas*, Planeta Argentina, Buenos Aires.

MACHADO, Paula Sandrine (2009): “Confesiones corporales: algunas narrativas sociomédicas sobre los cuerpos intersex”, en CABRAL, Mauro (2015): *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, Anarrés Editorial, Córdoba.

MARTÍNEZ TEN, Luz y ESCAPA, Rosa (2016): “La discriminación de las mujeres: qué es y cómo se construye”, en *Guía de formación para la incorporación de la igualdad en la administración pública*, Escuela de Administración Pública de Extremadura, España. Disponible en: http://eap.gobex.es/external/guia_formacion_igualdad/guia.pdf [Fecha de consulta, 21/06/2019].

MILLETT, Kate (1995): *Política sexual*, Ediciones Cátedra, Madrid.

NICHOLS, Olivia (2018): “Discutiendo desde el interior: La marginación de los hombres trans dentro del movimiento por el aborto legal en Argentina, Independent Study Project (ISP) Colección: 2891. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2891 [Fecha de consulta, 12/07/2019].

OLIVA VIRGILI, Rafael y ORIOLA AMBRÓS, Josep (2008): *Genética médica*, Díaz de Santos Ediciones, Barcelona.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008): *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10*, Washington D.C.

_____ (2018): *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud para estadísticas de mortalidad y morbilidad. CIE-11*. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es> [Fecha de consulta, 04/01/2020].

PÉREZ, Moira (2016): “Teoría Queer, ¿para qué?”, *Revista ISEL*, Vol. 5, pp. 184-198. Disponible en <https://www.aacademica.org/moira.perez/33> [Fecha de consulta, 12/07/2019].

PIRÓ BIOSCA, Carmen (2001): “Estados intersexuales: tratamiento quirúrgico” en *Estados intersexuales e hipogonadismo*, Ediciones Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, España.

RADI, Blas (2014): *¿De qué no hablamos cuando hablamos de género?*, 12º Simposio Internacional SIDA 2014 y 2º Simposio Internacional Hepatitis 2014, Fundación Huésped, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/blas.radi/9> [Fecha de consulta, 12/07/2019]

_____ (2019): “On Trans* Epistemology. Critiques, Contributions, and Challenges”, en *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, Febrero, Vol. 6, Número 1, pp. 43-62. Disponible en: <https://read.dukeupress.edu/tsq/article-pdf/6/1/43/560259/43radi.pdf> [Fecha de consulta, 12/07/2019].

RUBIN, Gayle (1986) “El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo”, en *Nueva Antropología. Asociación Nueva Antropología A.C. Distrito Federal*, Vol. VIII, Número 30, Noviembre, México, pp. 95-145.

SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA (2012): Ley de Identidad de género. Ley 26.743. Disponible en: https://www.tgeu.org/sites/default/files/ley_26743.pdf [Fecha de consulta, 20/06/2019].

VALLADARES, María Laura, GIUSTI, Sheila y ETCHEVERS, Martín (2017): “Diagnóstico clínico” en *Publicaciones de la Cátedra de “Clínica Psicológica y Psicoterapias: Psicoterapias, Emergencia e Interconsultas, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.

WARNER, Michael (1993): *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*, U. of