

Resumen: Basado en los enfoques de E. Goffman y G. Deleuze, abordo parte de mi tesis de maestría; el análisis del discurso médico en torno a la sexualidad y su relación con el cambio de sexo. Así surge la siguiente interrogante: Actualmente en Chile, ¿cómo concibe la sexualidad en el cuerpo el personal médico encargado de ejecutar la operación? Para lograr resolverla, contextualizaré de forma general el problema a partir del libro titulado *Sexo Anormal*, obra fundamental de la sexología chilena, para luego realizar un análisis del referente más importante a nivel local de la regeneración, el Dr. MacMillan. El análisis revela que el tratamiento actual de la reasignación sexual representa la continuidad de preceptos del discurso sexológico de principios del siglo XX, naturalizando la dualidad de género en su fundamento.

Palabras clave: Sexología, urología, estudios de género, cirugía de reasignación sexual, transexualidad, intersexualidad, territorialización, sociología del cuerpo.

Abstract: "Based on the approaches of E. Goffman and G. Deleuze, i will expose part of my master's thesis; the analysis of the medical discourse around sexuality and its relationship with sex change. So the question arises: currently in Chile, how is the sexuality of the body conceived by the medical personnel responsible for executing the sex change operation? To answer, I will give context by presenting a book entitled *Abnormal Sex*, fundamental work of Chilean sexology, and then undertake an analysis of the most important at the local level concerning the re-generationalization, Dr. MacMillan. The analysis reveals that the current treatment of sexual reassignment represents the continuity of sexological discourse precepts of the early twentieth century, naturalizing gender duality in its foundation."

Keywords: Sexology, urology, gender studies, Sex reassignment surgery, transsexuality,

intersex, territorialization, body's sociology.

Dado que en Europa de principios del XX la época de “criminalización y de encierro en prisiones y cárceles, los ‘desvíos sexuales’ pasarán a ser objeto de estudio de las ciencias médicas y sexuales que establecerán distintas formas de desviación, entre ellas: el travestismo y homosexualidad, travestismo y transexualismo” (Fernández, 2004: 22), podemos observar un correlato local en la clasificación de los estados intersexuales en la obra del doctor Romeo Cádiz Oyarzún, Jefe del servicio de Cirugía General y Ginecología del Hospital Enrique Deformes Villegas, quien en su obra titulada ‘Sexo anormal’ menciona que:

“(se) entiende(n) por estados intersexuales en la especie humana, aquellos casos en que coinciden en un mismo individuo, sea hombre, sea mujer, estigmas físico o funcionales de los dos sexos; ya mezclados en proporciones equivalentes o casi equivalente; y esto es mucho más frecuente, con indiscutible predominio del sexo legítimo sobre el espúreo.”  
(Cádiz, 1958: 85)

Dentro de esta clasificación de estados intersexuales se encuentran: El hermafroditismo, el pseudohermafroditismo masculino y femenino, la ginecomastia, la virilización y la homosexualidad (Cádiz, 1958). A su vez, es posible encontrar una imagen previa del que más tarde será llamado como transexual por Benjamin, padre del concepto de transexualidad, mencionando que: “le damos gran importancia a los juegos infantiles, porque ellos ya anuncian en forma muy clara, los aspectos y matices funcionales que tendrían estos seres ambiguos en la edad adulta, en muchas ocasiones en clara contradicción con su morfología” (Cádiz, 1958: 40), caracterización que coincide con el segundo criterio diagnóstico de la disforia de género en el DSM-5, a saber: "En los chicos

(sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas” (APA, 2014: 239), asociando una condición congénita de insatisfacción con la morfología.

Comprendiendo que en el siglo pasado “el cirujano no ‘cambiaba el sexo’ del afectado; producía un simulacro físico que propiciaba la adecuada regulación de las imágenes formadoras de la identidad sexual. En esta lo decisivo era el ‘verdadero género’ inducido por socialización, no un supuesto ‘sexo verdadero’ dado en la naturaleza” (Vázquez, 2013: 89), es que nos enfrentamos a la siguiente pregunta: Actualmente en Chile, ¿cómo concibe la sexualidad en el cuerpo el personal médico encargado de ejecutar la Cirugía de Reasignación Sexual (CRS)?”, por lo que recurrimos al discurso contemporáneo del médico más destacado en el área de regeneración en Chile, el urólogo Guillermo MacMillan.

Guillermo MacMillan, jefe del servicio de Urología del Hospital Carlos van Buren, cuyo trabajo con la población trans desde 1976 pasó en 30 años desde el completo anonimato al reconocimiento institucional siendo premiado recientemente por las autoridades de salud “por transformar la existencia de las personas transexuales” (UCVRADIO, 2013), al hablar sobre su posición en el campo de la medicina el menciona que:

“trabajaba escondido, ¿me entiende? O sea yo hasta hace como dos años nunca tuve una autorización o un respaldo escrito de ninguna autoridad de salud (...) A mí se me permitía operar, me decían: ‘ya mira okey sigue haciendo esto y que no se sepa’.” (G. MacMillan)

Si observamos esta resistencia por parte del campo médico a aceptar el cuerpo transexual como uno digno de ser atendido desde la noción de violencia simbólica en Bourdieu, “esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en

unas ‘expectativas colectivas’, en unas creencias socialmente inculcadas” (1999: 173), podemos percatarnos cómo desde la reproducción de una visión patriarcal de la sociedad el cuerpo médico termina transformando el derecho de la atención para personas trans en una labor de poca relevancia en comparación con los trastornos indiferenciados sexualmente. Este tipo de violencia es “insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente del desconocimiento” (2000: 11-12), y con su reproducción posiciona a los cuerpos trans en un campo de menor relevancia médica y por ende los hace menos merecedores de interés.

Este escenario se ve radicalizado al momento de observar la comunicación entre las distintas áreas médicas, como sucede en este ejemplo narrado por el doctor desde sus intervenciones en transexuales desde la urología:

“los endocrinólogos en general, son muy... digamos, estructurados, y no entienden el concepto del transexual, porque me dicen: ‘MacMillan, por qué no nos mandan al paciente para estudiarlo’. Pero si ellos tienen que tratarlo no estudiarlo, pero me dicen: ‘tú les hiciste XX, les pusiste hormonas’, pero si yo sé que es XY ¿me entiende?, yo sé que tienen testículos, y lo que yo tengo que hacer es anularles sus hormonas y yo les voy a sacar sus testículos... no, no lo entienden.” (G. MacMillan)

Y es precisamente esta noción estructurada que menciona MacMillan la que divide el campo de la observación médica en subcampos encargados de tratar trastornos específicos de partes específicas del cuerpo, lo que en búsqueda de una honda especificidad termina muchas veces en un reduccionismo analítico que al momento de hablar de trastornos del género, su cambio “es falsamente atribuido a la conformación anatómica genital (...) En suma, se orada el emblema social de la ‘auténtica’, rígida, esencialmente pura y única

forma posible de establecer la masculinidad y la feminidad: genitalia.” (Nieto, 2008: 133)

Frente a este reduccionismo genital existe cierta resistencia que va a la par de la lucha contra la patologización de la identidad trans, ya que con el uso de la categoría de disforia de género “se presupone que todo transexual sufre por su condición y que este sufrimiento es ‘clínicamente significativo’.” (Mas Grau, 2010: 78) No obstante, esa molestia que presentan hacia la patologización termina por negar la posibilidad al acceso a la atención en cuanto a que es la patología lo que se busca intervenir en el trabajo clínico, presentando el escenario en que “van a pedir ayuda a un médico y van a pedir ayuda quirúrgica y resulta que no tienen nada.” (G. MacMillan).

Como ejemplo del procedimiento médico de clasificación de las irregularidades sexuales, en donde la visión patologizante de las identidades trans se deja entrever, nos podemos encontrar con casos como el de la CRS llevada a cabo por el doctor MacMillan, quien relata sus primeras experiencias:

“Era una niña de unos 25 años que yo la percibí como mujer, no tan femenina como usted pero arregladita con un pantalón, un traje cruzado que se yo (...) la mandamos a un psiquiatra, y los psiquiatras dijeron que si, que correspondía a un sexo femenino, ellos no dijeron: ‘cambien de sexo’, lo interpretaron como un sexo femenino y nosotros revisamos la literatura y que se yo y la operamos, es interesante destacar que las tres primeras, claro porque la primera trajo a otra y a otra, dentro del primer año las tres primeras nosotros fracasamos (...) en el sentido que estas personas quedaron sin penes, sin testículos pero no quedaron con vagina.”

La intervención del doctor MacMillan en la década de los setentas, puede ser considerada como una reproducción de la noción de Benjamin al respecto de lo que se entiende por un ‘transexual verdadero’, aquel travesti disfórico que hace de la CRS una intervención necesaria, ya que “estas personas se sienten de una manera y el cuerpo se va desarrollando

en contra y ellos hacen todo lo posible por oponerse y han demostrado que esa es la mejor manera de resolver el problema.” (G. MacMillan) Pese a que el urólogo haya desarrollado todo un argumento para validar sus procedimientos al decir que “la transexualidad es una anomalía de la identidad sexual, o sea la identidad de lo que yo siento que soy, no de con quien yo me quiera acostar”, e incluso haga uso de tipologías para diferenciar distintos tipos de identidades trans, tales como “los trans un XY, cuerpo de hombre, usted se siente mujer desgraciadamente y le gustan los hombres, transexual de psique femenino, como les llamo yo”, y “un XX, cuerpo de mujer pero resulta que se siente hombre por desgracia, le gustan las mujeres o no, transexual de psique masculina”, al momento de declarar que no le “gusta hablar de cambio de sexo, porque no se puede cambiar, ni con psiquiatra, ni con las hormonas, ni con la cirugía”, deja entrever una homologación entre el concepto de sexo y el de género, declarando incluso que lo que él entiende por sexo es:

“Lo que yo siento, o sea el género, el género no se puede cambiar, o sea por eso hay que hacer una cirugía, porque si usted se siente hombre yo no saco nada con darle hormonas femeninas, no saco nada con ponerle o quitarle lo que quiera y por eso nosotros hacemos la cirugía por eso que estas personas luchan tanto o sea, una vez que la persona se siente hombre o mujer igual que usted.”

De esta manera, a pesar de considerar la transexualidad como “un desorden en la identidad del sexo y no de la orientación que sería el con quien me quiero acostar (...) no es un capricho, ni psicosis ni perversión”, los requisitos de “feminización física o masculinización razonable”, y el argumento de negarse a realizar la operación en caso contrario porque “si a mí me choca yo no lo hago”, reduce sus intervenciones médicas a la crítica proveniente del mundo trans que basándose en la lectura de la disforia de género. Así mismo, el modelo biomédico seguido por MacMillan presentan un procedimiento en

donde “los profesionales no curan ni el cuerpo ni la mente, sino que realizan una función moral que les ha sido otorgada por la sociedad al promover la transición de un estatus sexual a otro.” (Mas Grau, 2010: 39) Y de la misma manera, si consideramos su criterio y en el caso de la faloplastía al decir que “yo no opero ninguno que no haya tenido pareja en el contexto heterosexual, si alguien sin pene tuvo una pareja que lo tomó como hombre y se llevaron bien, ¡perfecto!” (G. MacMillan), lo que nos hace pensar en la función que tiene su intervención del estigma, ya que “las personas que tienen un estigma aceptado suministran un modelo de ‘normalización’, mostrando hasta dónde pueden llegar los normales cuando tratan a un individuo estigmatizado como si no lo fuera.” (Goffman, 2006: 44)

Esto último puede ser leído como un “ejercicio explícito de individualización y psicologización de la opresión, en tanto transmuta el efecto en causa, al ubicar la disforia en el género y no en las consecuencias relacionales de la transfobia.” (Roselló, 2013: 60) La reasignación sexual llevada a cabo por el urólogo de mayor importancia en el tema, reconocido institucionalmente, y formador de futuras generaciones de médicos especializados, termina a través de la cirugía por normalizar la irregularidad sexual en función de la correspondencia de las dicotomías de sexo y género. De esta manera, al igual que “los intersexuales o hermafroditas son los sujetos que nacen con una corporalidad ambigua, en tanto que sus cuerpos no se ajustan a la norma cultural y médica del sistema de dos sexos” (Balza, 2009: 246), la entrada al quirófano por medio del ajuste del trans al diagnóstico de la disforia hace de la práctica médica un acto transfóbico en pos de la superación de la propia transfobia que la persona trans vive antes de operarse. En este sentido, en términos de estigma, “los códigos que se presentan a los individuos estigmatizados, tanto explícita como implícitamente tienden a cubrir determinadas

cuestiones corrientes. Se les sugieren las pautas deseables de la revelación y el ocultamiento” (Goffman, 2006: 130), haciéndose necesario para el cambio el demostrarse como trans frente al médico para así luego dejar de serlo y pasar a ser una persona “normal” luego del proceso de regeneración.

Bajo esta noción del discurso médico imperante en la intervención de personas transexuales, en definitiva, se hace de la CRS una tecnología que constituye nuevas trayectorias de vida encausadas hacia la concepción de normalidad que subyace en la propia psiquiatrización del cuerpo del paciente, que posibilita el escenario en donde “el individuo se transforma en sujeto pensable y diseccionable, susceptible de tratamiento y optimización por parte de expertos/especialistas que ignoran los efectos políticos y autoritarios de sus prácticas.” (Roselló y Cabruja, 2012: 112) MacMillan al decir “traigo a las más bonitas, si no soy un gallo que está cambiando los esquemas, soy simplemente un médico que resuelve el problema de una paciente y me encanta que me den las gracias y que estén contentas, y que me digan que nacieron de nuevo, me encanta, me encanta”, y luego insistir en que “algunas me dicen papá, sí. Algunas dicen que nacen de nuevo”, nos trae a colación que, al igual que “en forma deliberada o no, el ex enfermo mental oculta información sobre su identidad real, recibiendo y aceptando un trato basado en suposiciones falsas respecto de su persona” (Goffman, 2006: 57), nos lleva directo a “la idea de que la operación significa un ‘volver a nacer’ lleva aparejada la negación de la historia anterior, historia plagada generalmente de ambigüedad y sufrimiento.” (Garainzabal en Nieto, 1998: 58)

De esta manera es posible observar cómo los procedimientos de reasignación replican la preeminencia de la cultura al validar el cuerpo nuevo dándole una posibilidad de ser



aceptado a través del nuevo genital el cual eclipsa la presencia de características consideradas como propias de la masculinidad en un cuerpo femenino, como características consideradas propias de la feminidad en un cuerpo masculino. Es así como al “introducir al transexual en un armazón exclusivamente biomédico y aislarle de la sociedad es simplificar de manera unilateral una realidad trans mucho más compleja, que favorece claramente, a través de una práctica reduccionista, los determinismos biologicistas.” (Nieto, 2008: 81) A través de los requisitos establecidos por el doctor, con el establecimiento de un estereotipo con la idea del perfil ideal para intervenir, “el manejo del estigma es un vástago de algo básico en la sociedad: la estereotipia o el ‘recorte’ de nuestras expectativas normativas referentes a la conducta y el carácter” (Goffman, 2006: 67), el procedimiento de la CRS termina siendo la guinda de la torta en el proceso de negación del cuerpo que no es aceptado socialmente, del cuerpo que no importa, como diría Butler, haciendo de la entrada al quirófano un acto de reconocimiento de los logros de la medicina para desnaturalizar la anatomía transexual, ya que “el hecho de que se vean bonitas y muy femeninas no depende de mí cirugía, porque yo hago genitoplastía, depende de que ellas precozmente tomaron las hormonas adecuadas y se hicieron algunas cirugías de retoque.” (G. MacMillan) Este ajuste de los cuerpos a los criterios culturales de aceptación, a su vez, se replica dentro de la misma relación que tiene el médico, como he dejado ver en momentos previos del análisis, respecto a la comunidad científica, lo que es posible de observar al tomar en cuenta que:

“trataba de demostrar que mis pacientes (...) menos chocantes, porque son personas que quieren hacer el rol completamente normal, quieren parecer mujeres perfectas, no quieren pichula, no quieren testículos, no quieren meterle el pene a nadie, y no solo homo, atiando a heteros, y no solo a los travestis entonces yo decía que mis pacientes no son homo ni son travestis. (...) A mí me parece honestamente más fácil aceptar mostrar.” (G. MacMillan)

En esa búsqueda de la facilidad para mostrar, en ese establecimiento de un criterio excluyente, se devela la pretensión normalizadora de la CRS, que muy por lejos de posibilitar la aceptación de una identidad trans, termina por negar toda posibilidad de hacer sus cuerpos visibles sin antes pasar por el quirófano, limitando los procedimientos de MacMillan al marco establecido por Benjamin en cuanto a que “su énfasis frecuente en la ‘normalidad’ de sus pacientes transexuales y su emergencia como miembros comunes y corrientes de su sexo asignado, por lo general heterosexuales y convencionales, condujo inevitablemente a un privilegio de un cierto tipo de experiencia transexual y un resultado a expensas de otros.” (Ekins, 2005: 310)

La lectura de las expresiones de las corporalidades por fuera del dictamen de los criterios de diagnóstico que encasillan al cuerpo trans a los límites impuestos desde Benjamin posibilita el concebir la existencia de “personas felices que se sienten bien en su condición bio-psico-social y que no tienen nada que ver con enfermedades mentales, crímenes ni pecados, sino que son productoras de estilísticas de la existencia que crean singularidades y amplían sus universos de existencialización.” (Fernández y Siqueira, 2013: 30-31) A diferencia de la perspectiva de MacMillan, que encubre la normalización de los roles culturales a través de las justificaciones de sus procedimientos clínicos, la aceptación de la lectura cultural de las identidades transexuales posibilita otras maneras de abordarlas sin recurrir a la CRS. En este sentido, pese a que “la categoría médica ‘transexualidad’ nace cuando la voluntad de someterse a la cirugía de reasignación sexual deviene un requisito médicamente indispensable para que la persona sea considerada transexual” (Mas Grau, 2010: 33). El reconocimiento del trabajo de MacMillan y el fomento de la formación de nuevos cirujanos a través de su experiencia hace de su perspectiva “la ideología imperante

en torno a la noción de la transexualidad. Ello significa que, como diversos autores analizan y critican, la construcción de la subjetividad transexual es producto de la tecnología médica.” (Balza, 2009: 246)

Al momento de generar clasificaciones por medio de la observación de los fenómenos naturales, el discurso médico termina por hacer de la lectura de ciertos fenómenos que asocian a las categorías por medio de la lectura desde las mismas clasificaciones, cierta pertenencia a los cuadros clínicos fundados en las mismas. En este sentido, “la repetición pura y totalmente fiel de las categorías no es nunca posible, ya que siempre que repetimos actos producimos un desplazamiento de la categoría” (Mas Grau, 2010: 43), haciendo de la lectura de estos movimientos dependiente de las categorías que se buscan con su acontecer. Esta referencialidad al concepto al momento de clasificar la emergencia de caracteres leídos como pertenecientes a él nos permite acercarnos a la noción de mapa en oposición al de *calco* en Deleuze y Guattari, pues para ellos, si éste “se opone al calco es precisamente porque está totalmente orientado hacia una experimentación que actúa sobre lo real. El mapa no reproduce un inconsciente cerrado sobre sí mismo, lo construye (...) Forma parte del rizoma.” (2004: 17) Si tomamos la emergencia de los fenómenos leídos como caracteres sexuales de los cuerpos ‘anormales’ fuera de la misma lectura que los asocia como tales a los caracteres sexuales, es posible pensar en los cuerpos intersexuales como cuerpos no orgánicos, cuyas partes serían formaciones rizomáticas, es decir, cuerpos con elementos que se escapan a su constitución de organismos, cuerpos que devienen *por fuera* de la misma noción de cuerpo una vez que se asienta su existencia como responsabilidad del criterio médico, transformando la intervención en máquinas binarias, “aparatos de poder para interrumpir los devenires” (Deleuze y Parnet, 2002: 43), interrupción que se logra por

medio de la obliteración de estereotipos, permitiendo así que no surja “el problema del estigma (...) aquí sino tan solo donde existe una expectativa difundida de que quienes pertenecen a una categoría dada deben no solo apoyar una norma en particular sino también llevarla a cabo.” (Goffman, 2006: 16)

Tal como el médico esconde sus prejuicios bajo la blanca neutralidad de su delantal, tanto las personas intersexuales como las transexuales abandonan su identidad al disfrazarse de un paciente más en la consulta, “el ‘cuerpo’ es en sí una construcción, como lo son los múltiples ‘cuerpos’ que conforman el campo de los sujetos con género. Con la operación, la persona transexual pasa de ser desacreditada a ser desacreditable, escenario en donde el problema no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien en manejar la información que se posee acerca de su deficiencia” (Goffman, 2006: 56), ya que no puede afirmarse que los cuerpos posean una existencia significativa antes de la marca de su género.” (Butler, 2007: 58) En este sentido, no es que en la intervención médica contemporánea se le obligue a los inter o transexuales a someterse a la CRS, sino más bien la CRS es condición de inteligibilidad cultural para el reconocimiento de sus cuerpos. De esta manera, el hecho de estar la sociedad estructurada bajo la lógica del binomio, frente a falta de un cuerpo anatómicamente inteligible desde las condiciones congénitas, genitalizado, con un sólo sexo asignado, la medicina cumple un rol ortopédico, regenitaliza, reasigna un sexo, normalizando los cuerpos para hacerlos legibles por las leyes que dividen el mundo bajo la lógica binaria, siendo precisamente la readecuación genital un posible espacio de reconocimiento cognoscitivo, comprendiendo este como el “acto perceptual de ‘ubicar’ a un individuo, en tanto poseedor de una identidad social o personal particular.” (Goffman, 2006: 85)

Bajo este orden, el malestar sentido por las personas transexuales, y por qué no, también por las intersexuales, “debe ser entendido desde la negación de un reconocimiento en los marcos de inteligibilidad, que puede hacer que unas determinadas vidas no sean entendidas ni entendibles, que no tengan un lugar especial e incluso que no puedan ser vividas.” (Roselló, 2013: 62) La vía clínica hoy manifiesta la concreción del anclaje del aparato médico con el psiquiátrico en la tecnología médica que posiciona a la CRS en la cúspide de la migración de un sexo/género a otro, “lo que cuenta en un camino, lo que cuenta en una línea, nunca es ni el principio ni el final, siempre es el medio. Siempre se está en medio de un camino, en medio de algo” (Deleuze y Parnet, 2002: 38), el lugar de los estados intersexuales un no lugar, un lugar de tránsito, un momento efímero y por ende inválido como punto de asentamiento inteligible por fuera de los requisitos de la intervención médica, y es precisamente este contexto hostil el que nos permite concluir con la idea de que “el manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad. (...) el rol del normal y el rol del estigmatizado son partes del mismo complejo, recortes de una misma tela estándar” (Goffman, 2006: 152), por lo que no estará fuera de lugar decir que para defender la normalidad del binomio, será necesaria la elaboración conceptual de la transexualidad, y así, naturalizando la violencia de género el género mismo persiste como un aparato caracterizado por una supuesta diversidad que finalmente lo que hace es desviar la atención de un posible cuestionamiento del género como tal.

## Bibliografía.

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™, Washington, DC, Estados Unidos, American Psychiatric Publishing.
- Balza, I., 2009, “Bioética de los cuerpos sexuados: transexualidad, intersexualidad y transgenerismo”, ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política. Num. 40, enero-junio, 245-258.
- Bourdieu, P., 1999, Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción, Barcelona, España, Anagrama.
- Butler, J., 2007, El género en disputa, El feminismo y la subversión de la identidad, España, Paidós.
- Cádiz, R., 1958, Sexo anormal. Hermafroditismo, pseudohermafroditismo, ginecomastia, homosexualidad y otros estados intersexuales y anomalías del sexo, Valparaíso, Chile, Hospital Dr. Enrique Deformes Villegas.
- Deleuze, G. y Guattari, F., 2004, Mil mesetas, Capitalismo y esquizofrenia, Valencia, España, Pre-Textos.
- Deleuze, G. y Parnet, C., 2002, Diálogos, Madrid, España, Editorial Nacional.
- Ekins, R., 2005, “Science, Politics and Clinical Intervention: Harry Benjamin, Transsexualism and the Problem of Heteronormativity”, Sexualities 8: 306.
- Fernández, A., Siqueira, W., 2013, La diferencia desquiciada, géneros y diversidades sexuales, Buenos Aires, Argentina, Editorial biblos.
- Fernández, J., 2004, Cuerpos desobedientes, travestismo e identidad de género, Buenos Aires, Argentina, Edhasa.
- Garaizabal, C., 1998, “La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante”, En Nieto, J. (comp.) (1998), Transexualidad, transgenerismo y

cultura. Antropología, identidad y género, Madrid, España, Talasa.

- Goffman, E., 2006, Estigma, La identidad deteriorada, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu editores.
- Mas Grau, J., 2010, “Identidades gestionadas. Un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad”. Trabajo final del Máster Oficial en Antropología y Etnografía. Universidad de Barcelona, España, Departamento de Antropología Social y Cultural. Facultad de Geografía e Historia.
- Nieto, J. (comp.), 1998, Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género, Madrid, España, Talasa.
- Nieto, J.A., 2008, Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género, España, Edicions Bellaterra,
- Roselló, M., 2013, “Entre cuerpos inacabados e intersexualidades imposibles: La (Psico)Patologización de la Transexualidad en el Discurso Psiquiátrico”, Quaderns de Psicologia, Vol. 15, No 1, 57-67.
- Roselló, M. y Cabruja, T., 2012, “Bio-Ciencia-Ficción: La Biologización de la Identidad en los Discursos Médicos y clínicos de la Transexualidad”, Quaderns de Psicologia. Vol. 14, No 2, 111-123.
- UCVRADIO., 4.12.2013, “Autoridades de Salud reconocen a médico del hospital Carlos Van Buren por su connotada trayectoria como urólogo”, [on line] Chile, UCV Radio 103.5 FM. Viña del Mar. Available at: <http://www.ucvradio.cl/bsite/2013/12/04/autoridades-de-salud-reconocen-a-medico-del-hospital-carlos-van-buren-por-su-connotada-trayectoria-como-uologo/> [Visitado el 20.7.15].
- Vázquez, F., 2013, “Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual”, España, CONSTELACIONES. Revista de Teoría Crítica. Número 5 (Diciembre 2013).