

Análisis del discurso del saber científico-médico que legitima las mutilaciones médicas a personas intersex en Costa Rica

The Discourse Analysis of the Scientific-Medical Knowledge that Legitimizes Medical Mutilations to Intersex People in Costa Rica

Carlos Guillermo Calderón Tenorio

Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica

Montes de Oca, San José, Costa Rica

carlos.calderontenorio@ucr.ac.cr

<https://orcid.org/0000-0001-8735-751X>

Nathan Romano-Solís

Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica

Montes de Oca, San José, Costa Rica

nathan.romano@ucr.ac.cr

<https://orcid.org/0009-0007-7630-2370>

Fecha de recepción: 16 de enero del 2025

Fecha de aceptación: 7 de julio del 2025

Cómo citar:

Calderón Tenorio, Carlos Guillermo y Nathan Romano-Solís. 2026. Análisis del discurso del saber científico-médico que legitima las mutilaciones médicas a personas intersex en Costa Rica. *Revista Reflexiones*, 105 (2). DOI 10.15517/rr.v105i2.63078

Resumen

Introducción: En Costa Rica, el sistema médico ha sido perpetrador de violencia contra las personas intersex, al patologizarles y mutilarles. En función de esto, es necesario un cuestionamiento contundente del sistema médico que justifica ambas violencias.

Objetivo: Analizar el discurso y las prácticas no discursivas médicas que legitiman y perpetúan la patologización y mutilación a personas con sexo variante recién nacidas.

Metodología: Cualitativa y de corte exploratorio, se utilizó el análisis foucaultiano del discurso y se realizaron entrevistas semiestructuradas a profundidad.

Resultados: En el discurso y prácticas no discursivas médicas se patologiza el sexo variante a partir de la construcción de un “cuerpo saludable” contra el cual se compara. Este “cuerpo saludable” es endosexual y es posicionado como base material para promover la continuidad del género binario desde su construcción patriarcal.

Conclusión: El discurso y prácticas no discursivas médicas continúan legitimando las mutilaciones a personas con sexo variante recién nacidas, utilizando para este fin justificaciones en su mayoría no médicas y métodos de coacción subrepticios.

Palabras clave: Intersexualidad, Discurso, Sexo variante, Reglas de formación, Prácticas no discursivas.

Abstract

Introduction: the Costa Rican medical system has perpetrated violence towards intersex people by means of pathologization and mutilation. Thus, there must be a convincing questioning towards this system that justifies these types of violence.

Objective: the purpose of this article is to analyze the medical discourse and non-discursive practices that legitimate and perpetuate the pathologization and mutilation of people who were born with sex variations.

Methodology: this study has a qualitative and exploratory approach in which the Foucauldian discourse analysis was used and semi-structured in-depth interviews were conducted.

Results: sex variations are pathologized from the construction of a “healthy body” and towards which are compared within the medical discourse and non-discursive practices. This “healthy body” type is endosexual and positioned as base material that promotes the continuity of the gender binary from its patriarchal construction.

Conclusions: the medical discourse and non-discursive practices keep legitimating mutilations towards people born with sex variations by using mostly and for this purpose non-medical reasoning and surreptitious coercive methods.

Key words: Intersexuality, Discourse, Sex Variations, Rules of Formation, Non-discursive Practices.

Introducción

Este texto presenta un análisis foucaultiano del discurso y prácticas no discursivas médicas que legitiman las intervenciones quirúrgicas a las personas con sexo variante recién nacidas, en el sistema médico público de Costa Rica. Este estudio fue realizado como Trabajo Final de Graduación (TFG) de la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica, titulado “Personas con sexo variante y saber médico. La subjetivación de personas intersexuales y los mecanismos de poder tras las formaciones discursivas científico-médicas” (2020). El objetivo principal fue encontrar las organizaciones de fuerzas del poder tras las reglas de formación del discurso médico y prácticas no discursivas analizadas. De la mano con este, políticamente se posiciona el objetivo de luchar contra las mutilaciones médicas realizadas a personas con sexo variante recién nacidas.

Dicho posicionamiento dual, académico y político, se encuentra de forma contundente en el ámbito internacional. Destacan personas como Charyl Chase, Mauro Cabral, Eva Alcántara, Laura Inter y Ana Aoi; así como organizaciones como Brújula Intersex o Potencia Intersex, entre muchas más. Estos actores sociales e institucionales afianzan escrituras potentes desde la vivencia personal y desde otras personas intersex, que promueven la consigna del activismo de garantizar la posibilidad de decisión sobre el propio cuerpo de las personas intersex y el cese de toda intervención médica no imprescindible para salvaguardar la vida de las personas recién nacidas.

En Costa Rica, también han ocurrido esfuerzos políticos relevantes contra las cirugías médicas, la patologización y el binarismo corporal: el Informe sobre la situación de las personas intersex en las Américas (2017) y la Guía corta: situación de derechos de las personas LGBTI en Costa Rica (s.f.). También destaca la Declaración de San José de Costa Rica (2018), la cual abarca no solo la lucha contra el sistema médico, sino que también posiciona demandas en los ámbitos de salud, comunicación, familia, educación e instituciones, en función de las violencias que las personas intersex experimentan en el país.

En cuanto al ámbito académico, en Costa Rica la intersexualidad ha sido un tema que se ha explorado poco. Principalmente se encuentran dos posiciones. La primera parte de la patologización médica y psicológica de las personas intersex: Chacón y Lara (1987) realizaron una aproximación interpretativo-hermenéutica de la construcción de la identidad de cinco adolescentes “hermafroditas”. Concluyeron que las cinco personas tenían identidades fragmentadas, en rechazo de su cuerpo y con proyecciones persecutorias. Años después, Gutiérrez et al. (1990) hicieron una revisión de los diagnósticos médicos existentes para intervenir de forma eficiente a personas con “ambigüedad genital”.

La segunda posición se vincula con el activismo político intersex y reivindica la posibilidad de autonomía y agencia de las personas intersexuales sobre sus propios cuerpos: Alvarado (2016) argumenta por la necesidad del consentimiento de las personas intersex de cara a las intervenciones quirúrgicas de sus genitales, enfatizando cómo la normativa binaria del cuerpo es impuesta por profesionales en medicina en los hospitales. Bermúdez (2017) señala que la ausencia de protocolos de atención para personas intersex recién nacidas en la Caja Costarricense del Seguro Social promueve que las intervenciones se realicen desde la óptica médica, violentando con ello la identidad personal, sexual y de autodeterminación de las personas intersex. Por otro lado, Vargas y Bejar (2019) analizan la situación jurídica de las personas intersex en Costa Rica y encuentran que esta no hace efectivo el Derecho Internacional de los Derechos Humanos para estas. Finalmente, Romano-Solís y Calderón-Tenorio (2024) exploraron los procesos de subjetivación de 3 personas intersex en el contexto costarricense, sus análisis dan cuenta de las violencias recibidas y las formas de resistencia mostradas por las personas intersex.

El presente estudio destaca, a nivel nacional y académico, porque cuenta como fuente de información con entrevistas a las personas médicas y enfermeras directamente implicadas en el abordaje médico que se realiza de los nacimientos de personas intersex.

Estos datos son analizados a partir de los conceptos de sexo variante, poder, discurso y reglas de formación:

Sexo variante

Cabral y Benzur (2005) parten del concepto de variación para describir los cuerpos sexuados que no se ajustan a la norma cultural acerca de lo que debería ser un cuerpo de hombre y un cuerpo de mujer. Apuntan, además, que solo el hecho de poseer un cuerpo que varía de la norma endosexual¹ no implica como tal que una persona se identifique como persona intersex, dado que tal identificación implica la reivindicación y posicionamiento político de su variación para sí misma o la otredad.

Debido a esto, en esta investigación se ha optado por proponer el concepto de sexo variante, para describir las situaciones en donde una persona recién nacida no posee un cuerpo que se ajusta a la norma, pero cuya imposibilidad de nombrarse como intersex implica, necesariamente, que nadie más puede adjudicarle el nombre de persona intersex en tanto hacerlo sería un ejercicio impositivo. Luego, por sexo variante se comprende a las características de variación corporal como tal, no a la reivindicación de la variación que implica la identificación como persona intersex.

Poder, discurso y reglas de formación

Foucault (1999) establece que el poder determina aquello que puede ser posible de surgir como saber dentro de la maquinaria de producción de la ciencia. Este saber será sometido a los procedimientos científicos de verificación o invalidación para ser constituido, o no, como verdad. En este sentido, el poder produce y mantiene la verdad, a su vez que esta acompaña y consolida la organización de poder que la produce.

De esta forma, la noción de poder que aparece es como productor de verdad, la cual se articula a través, principalmente, del discurso (Foucault 1999). De suerte que es a través de éste que se instauran los sentidos que regulan el entramado social mediante la producción de la verdad; luego, el discurso es un mecanismo con el cual el poder somete (Ávila-Fuenmayor 2006). En su conjunto, la presencia del discurso, las instituciones (en este caso la institución médica), los enunciados científicos y morales, lo dicho y lo no dicho, conforman un dispositivo (Foucault 1999). Su encargo radica en efectuar una manipulación de las relaciones de fuerza de poder que sostienen algunos saberes (Foucault 1999).

El saber médico será uno de los cuales tiene mayor poder de instauración de sentidos, en tanto será la disciplina escolar que producirá el saber fisiológico a través de la constitución del cuerpo como su campo de estudio (Foucault 1979). Como consecuencia, la persona pasa a ser sometida a ciertos tipos de dominación, donde la noción de salud y patología regirá dicho control: «se redirigirá una verdad de *los cuerpos* hacia *el cuerpo* único de la salud universal, la pluralidad de las diferencias será, entonces,

¹ Se refiere a la norma respecto a aquellas personas que tienen características sexuales típicas, en contraste, con una persona intersexual, y establece esos cuerpos como los únicos correctos.

los bordes de las formas corporales ahora constituidas como patologías» (Calderón-Tenorio y Romano-Solís 2020, 14).

Ahora bien, el discurso es definido por Arribas-Ayllon y Walkerdine (2008) como un cuerpo de conocimiento que ha sido construido según ciertas reglas y procedimientos históricos situados. Esta definición toma central el concepto de reglas de formación y formación discursiva de Foucault (2002). El primero hace referencia a las condiciones de existencia, posibilidad, coexistencia, modificación y desaparición del discurso, siendo que las reglas de formación darán lugar a un sistema regular de dispersión, llamado formación discursiva. Este sistema de dispersión, entonces, sigue reglas de formación determinadas. Y a su vez, estas reglas de formación son establecidas según la posibilidad o no de su aparición en determinada organización de poder.

Diseño metodológico

Esta investigación utilizó el diseño de análisis del discurso (AFD) el cual, al no tener una definición unívoca, parte de dos criterios de Arribas-Ayllon y Walkerdine (2008) para su definición: 1) los mecanismos de poder y la descripción de su funcionamiento en el discurso y 2) las condiciones que permiten la aparición del discurso, es decir, sus reglas de formación. Esto permitió entender el discurso como representación de una realidad social, cuya articulación parte de coordenadas dominantes de interpretación asociadas a la organización del poder (Díaz-Bone et al 2007). A su vez, Arribas-Ayllon y Walkerdine (2008) confieren importancia a las prácticas institucionales donde aparece el discurso, lo cual permitió poner en análisis las prácticas no discursivas médicas.

La técnica de recolección de información fue la entrevista a profundidad semiestructurada, mientras que el análisis de información fue efectuado según un método construido con base a Wodak y Meyer (2001), a partir del cual se ordena y analiza el discurso según las siguientes categorías:

- **Discursos especiales e interdiscursos:** son discursos científicos y no científicos, respectivamente.
- **Hebras discursivas:** contenidos temáticamente uniformes que conforman los temas centrales.
- **Fragmentos del discurso:** contenidos específicos dentro de las hebras discursivas, los cuales posicionan subtemas.
- **Entrelazamientos de hebras discursivas:** fragmentos del discurso que se entrelazan entre distintas hebras discursivas.

En total, durante 2019 se aplicaron 5 entrevistas a profundidad semiestructuradas (Brinkmann 2018) a 5 personas profesionales en medicina; 1 de estas personas participaba, para el momento de la investigación, en las mesas de deliberación en las cuales se elige las intervenciones médicas a realizar a las personas recién nacidas con sexo variante, en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Todas estas personas recibieron y firmaron un consentimiento informado, el cual fue aprobado por el Comité Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica.

Desarrollo

El análisis se muestra dividido en discurso y prácticas no discursivas. El primero comprende tres categorías distintas, mientras el segundo tiene dos categorías, tal como se muestra a continuación:

Entre las líneas del discurso

La normatividad endosexual

Para describir el cuerpo con sexo variante, se parte de su comparación con lo que se llamará el cuerpo referente, el cual señala las características corporales que deben aparecer desde el nacimiento para poder determinar que un cuerpo es saludable (respecto a hormonas, cromosomas, gónadas y órganos sexuales). Partiendo de esto, el sexo variante aparece bajo los calificativos de ambiguo, indeterminado y no clarificado: «Desde el punto de vista de nosotros, de endocrino, y como nos lo enseñan, siempre es ambigüedad genital, es como el nombre que más se utiliza... No se puede determinar según genitales externos el sexo de la persona, es como la forma fácil de entender, que puede haber una confusión hacia el lado femenino o masculino y que no hay claridad en cómo determinar el sexo de esa persona» (Comunicación personal 2019). Segunda cita: «Lo que uno habla ahora son de trastornos de diferenciación sexual... dentro del trastorno de diferenciación sexual se categorizan, por lo menos desde un punto de vista médico, verdad, en si es un problema XX, digamos para mujeres, si es un problema XY para hombres y algunos donde hay lo que se llama una disgenesia gonadal, o sea que las gónadas ya sea ovarios o testículos no se formaron adecuadamente y entonces hay más dificultad para determinar el sexo» (Comunicación personal 2019).

Mírese que, en principio, lo que señala el saber médico es la imposibilidad de determinar el sexo dentro del binario y cómo esto les suscita un problema. Esta cualidad de indeterminación frente al cuerpo referente implica la naturalización de este como la única posibilidad de cuerpo viable y la legítima formación adecuada. Además, en el discurso aparecen conocimientos técnicos y científicos a partir de los que se realizan diagnósticos e intervenciones a bebés con sexo variante:

«Pasa precisamente por un proceso de orientación y de identificación y de pruebas clínicas y diagnósticas que nos ayudan a tener mayores subsidios para decir si lo ideal es este procedimiento, y si tiene mayor exposición de un sexo sobre otro entonces se prefiere ese otro sexo... entonces necesitamos reconstruirlo lo más rápido posible... claro con estudios que van de base, verdad, no son aleatorias las decisiones» (Comunicación personal, 2019). Segunda cita: «Se ve el resultado del tamizaje que ahí se ve si hay una hormona, que lo que se llama es -17 y es hidroxiprogesterona, que eso se relaciona con las pruebas de hiperplasia suprarrenal congénita... entonces eso es lo primero y ya después si eso no era y es otra cosa, bueno ahí ya sigue que cariotipo... Se cataloga el sexo que si genético, se hacen ultrasonidos para ver cuáles son los gentiles internos que tiene la persona, exámenes de laboratorio como para evaluar si hay algún otro trastorno

hormonal... y acompañar ahí ya con la ayuda de otros profesionales hacia donde sería como la elección» (Comunicación personal 2019).

En apoyo de estas deliberaciones, el sistema médico establece que hay cuatro grandes grupos que utilizan para establecer los diagnósticos y posteriores intervenciones:

- a. Pseudohermafroditismo femenino. O llamado también virilización femenina, que cuenta con una característica genética de 46 XX, genitales internos con características normales, pero se asocia a ciertos grados de ambigüedad genital: clitorimegalia; formaciones labioescrotales; seno urogenital independiente o la existencia del mismo, pero además se comprueba la no presencia de gónadas en la zona labio-escrotal y en la región (canal) inguinal.
- b. Pseudohermafroditismo masculino. Caracterizado principalmente por presentar sexo gonadal y genético de origen masculino, sin embargo, los genitales presentan características femeninas o presentarse cierto grado de ambigüedad sexual.
- c. Hermafroditismo verdadero. Caracterizado por que las gónadas contienen tejido o parénquima tanto testicular como ovárico. Estos individuos contienen ambigüedad de genitales internos y de los genitales externos.
- d. Disgenesia gonadal. Son aquellos, en donde en las gónadas no se aprecian las típicas células germinales, ni cualquier otro elemento de esta vía germinal (Macías-Solís y Montoya-Chacón 2021, 601-602).

En las citas anteriores, se parte de que la decisión hacia qué “reconstruir” es dada por la biología de la persona: cariotipo, genitales y hormonas. Ahora bien, este escrutinio del interior biológico se formaliza sobre la base de un axioma que le da soporte: el discurso no brinda explicación alguna acerca de porqué determinada combinación cromosómica es equivalente a un sexo de hombre o de mujer, lo mismo ocurre con los genitales y las hormonas. La asunción de que esto no requiere explicación se debe a que el cuerpo binario se encuentra naturalizado, como algo que el saber médico describe tal y como es. La ausencia del método para dar soporte a tal axioma se explica en el hecho de la implicación moral e ideológica en los saberes médicos sobre los sistemas sexuales (Fausto-Sterling 2006) y se encubre en la concepción general de la ciencia como un sistema de conocimiento ajeno de los conocimientos de la cultura (Vendrell 2013).

Mírese la siguiente cita como un último ejemplo de un proceso de deliberación que acentúa el conocimiento científico: «Para las chicas puede haber un mosaicismo, entonces eso quiere decir, por darle un ejemplo, tienen un 60% de células XX, sin la otra X, y un 40 % XY, entonces, cuando hay ese mosaicismo, ahí sí puede haber cierta ambigüedad genital... a veces hay porcentajes X, porcentajes Y, más o menos de uno o de otro, entonces, también depende de que predomine, eso lo puede orientar a uno hacia dónde dirigir la evaluación y de tomar la decisión de asignación de sexo» (Comunicación personal 2019).

Este criterio técnico enfatiza la relevancia de los cromosomas en la deliberación. Además, concuerda con las citas previas acerca de la importancia que detenta la biología. En este sentido, el cuerpo referente se establece como el único sano, mientras que el

cuerpo con sexo variante es enunciado como enfermedad dada su diferencia cromosómica, gonadal, hormonal o genital respecto al referente.

A partir de lo anterior, cabe el cuestionamiento sobre estos saberes científicos que sostienen, y se sostienen en, sistemas sexuales cisheteroendonormativos que se encuentran traspasados por convicciones morales e ideológicas acerca de lo que son y deben ser las mujeres y los hombres, por tanto, tal identificación y eliminación de la ambigüedad y de la diferencia están basados en supuestos que carecen de una base médica real (Fausto-Sterling 2006). Como se verá en el siguiente apartado, la demanda de intervención deja de ser justificada por un diagnóstico médico basado en conocimiento científicos para pasar a ser una evaluación basada en criterios culturales acerca de la identidad de género y su apoyatura material en el cuerpo (Maffia y Cabral 2003). Así pues, la intersexualidad no es una enfermedad, sino una condición de no conformidad física con criterios culturalmente definidos de normalidad corporal, criterios que establecen un mínimo posible para el largo de un pene culturalmente admisible y la máxima extensión de un clítoris culturalmente aceptable (Cabral 2006).

La previsión performativa

Siguiendo a Gangi (2022), se ha ejercido sobre las personas lo que Foucault denomina poder sobre la vida, es decir, se percibe un adiestramiento disciplinario del cuerpo entendido como una máquina, donde el valor central es su utilidad para el sistema hegemónico. En este sentido, las intervenciones médicas sobre los cuerpos intersex están pensadas para adaptar dicha corporalidad para un futuro cisheteronormativo y coitocéntrico.

En esta línea, los criterios para realizar una cirugía donde se construya un pene o una vulva están generizados, de manera que el discurso médico sobreentiende que construir uno u otro es equiparable a construir un hombre y una mujer cisgénero. Para ambas posiciones, se encontraron dos argumentaciones distintas.

Comenzando con la mujer cisgénero, la hiperplasia suprarrenal congénita fue el diagnóstico al que más se hizo referencia para justificar las intervenciones, debido a la supuesta peligrosidad que acarrea para la vida de bebés con sexo variante:

«Es un trastorno hormonal donde hay un bloqueo de producción de algunas hormonas y un exceso de producción de otras, en este caso el exceso es los andrógenos... que es la hormona masculina, entonces si esta enfermedad afecta a un hombre no hay mucho problema porque no va a producir ninguna ambigüedad a nivel de sus genitales, pero si afecta a una mujer, sí, porque el exceso de testosterona a la que se ve expuesta durante el útero hace que sus genitales externamente parezcan de un hombre» (Comunicación personal 2019). Segunda cita: «Con anterioridad, las personas con CAH 46, XX por 21-OHD clásica se sometían a genitoplastia en la infancia, pero ahora es controversial el momento para llevar a cabo estas cirugías. Ha surgido inquietud sobre la importancia de la anuencia/consentimiento de la persona para la cirugía genital» (Loscalzo et al 2022, en «CAPÍTULO 390: Trastornos del desarrollo sexual»).

Continúa: «Las guías actuales de la práctica clínica recomiendan informar a los padres sobre todas las opciones quirúrgicas, incluida la opción de diferir la cirugía» (Loscalzo et al 2022, en «CAPÍTULO 390: Trastornos del desarrollo sexual»).

De estas citas se destacan principalmente dos cosas. La primera, la cirugía en los genitales externos no es necesaria para salvaguardar la vida de la persona, dado que el consentimiento para su realización implica el carácter elegible de la misma. En segundo lugar, debe notarse que la persona entrevistada no se refirió en ningún momento a las implicaciones fisiológicas que, si acarrearán peligro para la vida, sino solamente a las implicaciones para los genitales externos, enfatizando con ello la urgencia de justificar la cirugía, aún si no hay peligro para la vida. Ahora bien, enseguida aparece una nueva razón para justificar la intervención: «De su inicio de actividad sexual, porque sufren de tal vez ahí por la parte de fusión de los labios, un espacio estrecho a nivel vaginal, entonces no tienen tal vez como su sexualidad desarrollada plena... tal vez nos preocupamos más de la cuenta, por ejemplo que vaya a tener relaciones sexuales muy dolorosas, y la persona, di no, una mujer tiene relaciones sexuales con una mujer y no necesita mayor cirugía o mayor procedimiento, está tranquila con su sexualidad, entonces sí, abordamos como esa parte también» (Comunicación personal 2019).

De esta forma, a la necesidad de binarización se le complementa un interdiscurso sexológico. Su ordenamiento da cuenta de una preocupación por la actividad sexual sólo si la pareja de la persona es un hombre cisgénero². Dado que no se prevé problemas si la pareja es otra mujer cisgénero o persona sin pene, se entiende que lo que resulta problemático para la medicina es la imposibilidad, o dificultad, de efectuar la penetración. Más aún, ni siquiera se considera la posibilidad de que ocurra la penetración si la pareja de la persona es otra mujer o de género diverso, delegando la penetración como función exclusiva del hombre cisgénero.

Ahora bien, en cuanto a la argumentación para justificar las intervenciones a hombres cisgénero, el análisis inicia con las siguientes dos citas:

Imagínese en una sociedad donde esta estigmatizado tener el pene pequeño o sea, sería muy cruel para otro niño que en la adolescencia y todo eso, imagínese que esté con alguna muchacha o lo que sea y le haga bullying por lo mismo y le cuente a los amigos y todo lo demás... Entonces, al ver que por A o por B no es un niño normal. Los niños tienen una etapa de curiosidad en la que se ven, se comparan, se tocan y todo lo demás y puede que el otro niño le haga bullying porque el niño no es normal en teoría, en teoría es algo normal que puede tener reparación (Comunicación personal 2019).

Porque digamos, bueno, ahí hay un pedacito de pene, yo quiero formarlo hombre, bueno, fórmelo hombre, pero usted sabe que ese pene si acaso va a dar para orinar, y eso pudiera generar frustración después cuando esa persona sea adulta y busque una vida sexual, verdad, entonces la funcionalidad es lo más importante... Lo que define si escogemos uno u otro, es la posibilidad del cirujano de construir esos genitales de una forma u de otra forma, entonces la deliberación sería esa, hay que

² Sobre el tema, bien podría ser una mujer trans o alguna persona con pene independiente de su género, no obstante, siguiendo el discurso normativo, se puede suponer que se refiere a un hombre cisgénero.

pensar en la funcionalidad de ese bebé a largo plazo, o sea, si se le voy a construir un pene, pero que ese pene vaya a funcionar (Comunicación personal 2019).

Se destacan dos argumentos: la certidumbre sobre la presunta estigmatización que produciría tener un pene pequeño y la insatisfacción sexual que derivaría al tener un pene pequeño. De entre estas, es la insatisfacción sexual la que aparece como el criterio principal que determina la funcionalidad del pene, de suerte que la decisión de construir/ reparar un pene que vaya a funcionar, es su capacidad de penetrar.

De esta forma, tanto la deliberación para construir un pene o una vulva aparece según un interdiscurso sexológico que busca darle continuidad al coito cisheterosexual centrado en la penetración vaginal; pero no solo esto, sino que la previsión del estigma tal como está planteada implica que el hombre cis que tenga un pene pequeño recibirá violencia, mientras que el que lo tenga grande podrá ejercerla. Es decir, el pene aparece como símbolo que implica posiciones de poder entre los hombres cisgénero y entre éstos con el resto de las personas que tengan un pene pequeño y sobre quienes recae el lugar de la penetrabilidad. En este sentido, Sáez y Carrasco (2011) establecen que la posibilidad de penetrar otros cuerpos brinda el lugar de dominio y amo al hombre del patriarcado, mientras que, según los sentidos patriarcales de la asignación de género, la función del cuerpo de la mujer cisgénero es ser penetrado, conllevando con ello el lugar de ser dominada, esclava, propiedad, perdedora y objeto.

En su conjunto, debe ser entendido que la decisión de construir una vagina o un pene no se realiza según una argumentación teórica propia del saber médico, el cual podría estar basado en el determinismo biológico o la presencia de cromosomas, sino que ocurre según el interdiscurso sexológico y la previsión del estigma. De suerte que lo que interesa a la medicina es lo que Cabral y Benzur (2005) explican como la necesidad de un cuerpo que dé soporte material a la asignación de género, a partir del cual, en el futuro, se instituyan las prácticas constitutivas de la feminidad y masculinidad. En este caso, en el discurso médico se prevé una relación asimétrica entre los hombres y las mujeres cis, en la cual los primeros ejercen la violencia y la penetración. Por ello, la regla de formación del discurso es brindar continuidad a la organización de fuerzas patriarcal y de la matriz heterosexual³.

El cuerpo “imposible”

Los nacimientos de personas con sexo variante se consideran una urgencia socio-médica que exige realizar las acciones que permitan intervenir sus cuerpos para que la persona pueda ajustarse al sistema imperante y situarse en la matriz heterosexual. Este orden obligatorio que construye el cuerpo referente como endosexual y que impone formas de calzar dentro de lo esperado performativamente como hombre o mujer, también

³ Alude a una matriz sociocultural que influye en los sistemas jurídico, social, religioso y mental que considera como única posibilidad las relaciones heterosexuales. Se basa en ficciones de la dicotomía del sexo y coherencia sexo-género (hombres y mujeres cishetero), obligando a las personas a seguir este régimen, que dificulta la existencia de otras formas de existir desde las diversas orientaciones y afectividades (Butler 2006).

se erige sobre lo no-dicho, lo impensable, una serie de características de corporalidades que son excluidas pues el cuerpo referente no podría poseer. El cuerpo referente entonces es endosexual, capaz de performatizar el binario cisheteronormativo, pero, además, se instituye a partir de todo lo que no es. Mírese nuevamente las citas presentadas, en las cuales la definición del sexo variante es enunciada a partir de lo que no es comparativamente con el cuerpo referente; no es determinado, no es clarificado.

El sexo es una construcción social donde en los cuerpos se encarna la norma; es una ficción moldeada, subyugada y reproducida a partir del poder disciplinario implantado en el discurso dominante y en las practicas no discursivas (Butler 2006), cuyo fin es construir cuerpos que importan (Butler 2002), mientras que aquello que no se ajusta a lo esperado es considerado defectuoso, incompleto, malformado y anormal, o como dice Vendrell (2009) son considerados como peligro social, corporalidades riesgosas para el statu quo al visibilizar y desdibujar los límites de la lógica del biopoder.

Según Gangi (2022) el poder prescribe un orden de lo que es inteligible, por lo que las corporalidades intersexuales han sido empujadas a una condición de ininteligibilidad, ya que se encuentra sistemáticamente censuradas, anuladas, negadas, borradas y mutiladas. Para Butler (2006) el marco de inteligibilidad cultural es desde donde las personas se definen y se relacionan.

Al respecto, Maffía y Cabral (2003) mencionan que aquello que no entra naturalmente en el dimorfismo sexual no se tolera, se mutila un pene demasiado pequeño para ser aceptable, se corta un clítoris demasiado largo para ser aceptable, transformándolo en insensible, se abren y ensanchan vaginas o se construyen con otros tejidos a fin de permitir la penetración, se extirpan gónadas que no pueden convivir con la anatomía externa, todo por la futura “felicidad” de un bebé que así podrá mostrar su sexo sin avergonzarse.

Además, siguiendo a Cabral y Benzur (2005) existen temores que justifican la inadmisión de las personas con sexo variante. En primer lugar, el temor a que si no se realiza una intervención (o varias intervenciones) para *normalizar* la apariencia de los genitales, ese individuo se quedará *sin género*, o *fuera del género* ya que se ha naturalizado el paradigma que fija el género, como *identidad sexual* verdadera, en la genitalidad. Sin genitales *congruentes* al género de asignación, daría la impresión de que no hay sujeto, puesto que no habrá *generización* posible; es más, parecería que no hay cuerpo, todavía, sino carne desorganizada, que no *hace cuerpo*. En segundo término, el temor a la discriminación a la que expondría quien anduviera por el mundo con una marcada tan fuertemente estigmatizadora

La intersexualidad funciona como un orden donde el secreto es el trabajo imperativo. Secreto de lo fallado, secreto en la novela familiar que esconde, en la mayor parte de los casos por consejo médico, la historia de la intervención sobre los cuerpos. La idea es instalar la posibilidad de iniciar, esta vez sin pasos en falso, una vida anclada en una corporalidad descifrable, legible y deseable, no subversiva, no vergonzante (Cabral 2003). Por lo tanto, las personas con sexo variante, al no cumplir con el cuerpo referente, resultan inadmisibles y excluidas de las posibilidades inteligibles dentro del discurso hegemónico.

Prácticas no discursivas

Las siguientes dos prácticas discursivas tienen lugar cuando nace una persona con sexo variante. En la primera, se señala lo que sucede inmediatamente después del nacimiento. En la segunda, se presenta la práctica de deliberación que sucede en las mesas de especialistas respecto a qué hacer con la persona recién nacida.

Supuesto parto de emergencia

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene el Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de salud (2022), con información sobre los procedimientos y disciplinas de la salud encargadas de realizar intervenciones durante las tres etapas. En esta guía se establece que los partos pueden ser de alto riesgo o bajo riesgo, dependiendo de si hay factores de riesgo epidemiológico o social, o patología gineco-obstétrica con o sin morbilidad.

En los partos de bajo riesgo e inmediatamente después al alumbramiento, la persona gestante y recién nacida deben recibir control cada 30 minutos por personas profesionales en enfermería, con el fin de detectar cualquier riesgo; en caso de no haber detección de ninguno, ambas personas deben permanecer juntas, con el fin de propiciar apego y contacto entre estas (Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de salud 2022). Dicho esto, un ejemplo de lo que puede ocurrir ante el nacimiento de una persona con sexo variante es lo siguiente: «Cuando nace el bebé con alguna circunstancia, bueno el bebé nació *bien*, pero fue así como: vea señora, y el señor ahí verdad, es que, y se lo enseñó así verdad (se sostiene a la persona recién nacida de frente, de tal forma que los genitales queden a la vista), se lo puso, es que su bebé no sabemos que sexo es, entonces no sabemos si es hombre o si es mujer, por el momento va a quedar reportado como indefinido, este chiquito se lo van a llevar para el Hospital de Niños» (Comunicación personal 2019; cursivas propias).

De esta forma, a pesar de que la persona con sexo variante nació bien, la forma de sus genitales implica comenzar a seguir el procedimiento de alto riesgo para el periodo posparto, en tanto, bajo criterio médico, ya no se trata de un parto normal. Posteriormente, en el Hospital Nacional de Niños se realizará una deliberación para decidir qué intervenciones realizar a la persona recién nacida. Esta deliberación sucede en una mesa redonda donde se reúnen especialistas de varias disciplinas y donde se dice considerar la decisión de la familia de la persona recién nacida.

Mesa redonda

La deliberación tendrá lugar entre personas profesionales en salud junto con la persona encargada o tutora legal, según se explica a continuación: si la persona con sexo variante corre riesgo de morir, la deliberación la tomarán solamente las personas profesionales en salud; en caso de que no, la deliberación final la tendrá la persona encargada o tutora legal. Sin embargo, como se ha expuesto anteriormente, son muy pocos los casos donde hay peligro para la vida de la persona recién nacida. Debido a esto, la mayoría de las veces es la o las personas tutoras legales quienes, en apariencia, toman

la decisión de la intervención o de la no intervención. El proceso de deliberación ocurre como sigue:

«La decisión tiene que ser de todo el equipo y se debe involucrar a los papás... se les explica con el lenguaje más sencillo posible y de la forma más clara que ellos puedan entender, se les presentan las opciones y ellos toman la decisión, un poco también orientada por uno, porque también no va a depender de decir: yo quiero que sea un hombre, y ahí uno sabe que por más cirugía y por más tratamiento hormonal no vamos a lograr que ese hombre tenga un pene que funcione» (Comunicación personal 2019). Segunda cita: «Digamos, si la toman ellos, pero una vez que uno les ha presentado todas las opciones de forma clara, pero como te digo a veces, o sea uno no quiere forzar las cosas a los papás, ellos tomaran la decisión, pero habrá situaciones en la que uno si tiene que guiarlos y casi que tomarla uno por ellos, porque no hay opción de otra cosa, por más que el papá quiera: es que yo quiero tener un hombre, es que no hay opción, medicamento» (Comunicación personal 2019).

Aquí aparece, nuevamente, la argumentación por la funcionalidad del pene; asimismo, el hecho de que esta cita corresponde al saber de una de las personas con la que se analizó las reglas de formación, permite dar cuenta que el discurso con el que se dice orientar a las personas encargadas o tutoras legales se articula según las mismas reglas de formación patriarcales y binarias. Por otro lado, los eufemismos de orientar y guiar se difuminan en la segunda cita al afirmar que se toma la decisión por la tutoría legal, según el imperativo médico de (re)producir el cuerpo referente porque, aparentemente, no hay otra opción.

Ahora bien, en el análisis se identificaron dos formas para dirigir la decisión de las personas encargadas o tutoras legales hacia la realización de la cirugía. 1) La primera hace referencia a los procesos de subjetivación de la persona tutora legal. Partiendo del concepto de contrato social de Wittig (2006)⁴, el análisis denomina ordenamiento tácito de rigor presuntamente pre-social al orden social que naturaliza la cisendosexualidad sobre el sexo, el género y le expresión de género como parte constitutiva e inherente a la persona humana (Calderón-Tenorio y Romano-Solís 2020). Dado que los procesos de subjetivación ocurren bajo este ordenamiento, la reacción de las familias ante el nacimiento de una persona intersex es traspasada por incertidumbre y desconcierto:

«De momento entran en una fase de silencio, como que no reaccionan, de shock será, ante algo tan, por eso te digo... la reacción de ellos para mí, lo que yo logro ver ahí, primero en esa etapa como de incredulidad, de shock, de incertidumbre, ya después viene un poco, cuando ya reaccionan que es como de duda, de incertidumbre ante qué va a pasar, ante lo desconocido... y entonces me preguntaron ¿y qué hacemos y qué le parece a usted? (en pregunta a si permitir la intervención médica o no)» (Comunicación personal 2019).

Ante esto, la respuesta médica es la siguiente:

⁴ Wittig (2006) utiliza el término contrato social para referirse a un conjunto de reglas y convenciones tácitas que rigen un orden social sin necesidad de ser enunciadas. Al ser entendidas como reglas naturales, actúan como si fuese un ordenamiento presocial.

«Tratan de evitar como identificar a la persona, me acuerdo particularmente, diay los nombres tal vez no vienen al caso, pero como decir que se llamaba María Pérez Rojas, entonces dice, no, bebé Pérez Rojas, y hacen como ese cambio... entonces para ellos mismos tratan como de no hacer una determinación de género con base en el nombre, verdad» (Comunicación personal 2019).

De esta forma, frente al shock, el desconcierto y la pregunta de la familia sobre qué hacer, la medicina sostiene la incertidumbre al no nominar la identidad de género de la persona recién nacida. Como se verá a continuación, esto se resuelve al posicionar a la intervención médica como la solución ante la incertidumbre y ante la imposibilidad de tener una identidad de género.

2) La función *psi*, comprendida como el ejercicio de las disciplinas *psi*, la institución donde ocurre y la figura de la persona profesional (Foucault 2005), es la que contribuye a posicionar a la intervención médica como solución: «Lo hace propiamente el psicólogo exactamente, les explica más o menos cual va a ser el proceso, cómo deben de tomarlo y la paciencia que deben de tener de ver el hecho que su hijo “no es normal”, pero necesita cirugía para llegar a ser como los otros niños verdad» (Comunicación personal 2019).

Adicionalmente: «Decirles, bueno, se le va a asignar hombre porque no hay otra opción, porque desde un punto de vista de cirugía no se puede hacer nada... es el acompañamiento de que como pueden aceptar eso» (Comunicación personal, 2019). De esta forma, la supuesta posibilidad de la familia de decidir es un eufemismo para encubrir una intervención de orden impositivo por parte de la psicología. En concreto, se muestra una psicología que sirve al criterio médico y, por tanto, intenta reorientar la significación del nacimiento de la persona con sexo variante según los sentidos del cuerpo que la medicina establecer como saludable. Su función es tratar de que la familia signifique el nacimiento de la persona como una tragedia, con el fin de posicionar a la intervención médica como la opción más favorable. Es oportuno señalar que, no hubo mención a ningún tipo de acompañamiento que vele por la posibilidad de agencia y decisión a futuro de la persona recién nacida, ni por una apertura hacia cuerpos distintos al binario.

Según Foucault (2005), la función *psi* es disciplinar a la persona hacia la norma que se articula según una determinada organización de poder. En el momento en que la familia no logra disciplinar a la persona descarriada, la función *psi* intercede con el fin de corregirla hacia la norma. Dadas las citas anteriores, se propone hablar de una función *psi* medicalizada, donde el objeto de su intervención no es la persona descarriada (la persona recién nacida) sino la familia de esta. Su objetivo es asegurar la materialidad corporal binaria mediante la intervención, lo cual impondrá que la persona con sexo variante se adapte a la norma sexual binaria. Ahora bien, el objetivo refamiliarizante establecido por Foucault (2005) se mantiene, en tanto en el discurso médico se encuentra muy presente una preocupación por la familia: «Las personas siempre esperan niños sanos o sea que tengan todo enterito, ojalá que no venga con ninguna trisomía, que no venga con ninguna alteración, que todo sea súper bien, entonces al haber alguna alteración por medio de lo que sea la familia siempre se preocupa y siempre dirá que sea algo malo» (Comunicación personal 2019)

De esta forma, se presume que el deseo familiar es congruente con la norma del cuerpo binario. Dado que dicha norma se articula en el discurso en torno al cuerpo referente, acá lo que se encuentra en juego es una psicología patriarcal, congruente con la maquinaria médica de administración de la sexualidad.

Conclusión

El discurso, las prácticas no discursivas y la institución médica como tal se conforman como parte de un dispositivo de administración: se instaura y reproduce una mitología de lo normal, estableciendo el cuerpo referente como ideal, sano y deseado, y autorizando con ello la modificación, intervención y mutilación del cuerpo con sexo variante para con ello hacerle encajar en la ficción binaria que sostiene: existe una producción del cuerpo como diferente a partir de la intervención médica (Inter y Alcántara 2015). En este sentido, el sistema de salud público costarricense es partícipe de una maquinaria de regulación del sexo, el cual continúa funcionando como se ha inaugurado desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI, bajo criterios morales, culturales y heterosexuales (Battaglini 2019).

En función de esto, lo normal procede de un tejido social, cultural e histórico, dando lugar a un discurso que en apariencia busca brindar una vida libre de discriminación (Cabral y Benzur 2005) y la posibilidad de integración en la sociedad (Aoi 2018) para las personas mutiladas. Así pues, situando el contexto costarricense con respecto al sexo variante y como demuestra el análisis del discurso, se da cuenta de un sistema que refuerza el hacer invisible/imposible a las variaciones con respecto a la endonorma, a partir de un supuesto cientificismo que se encuentra traspasado por las valoraciones, juicios sexológicos y criterios personales de las personas profesionales involucradas. En este sentido, se percibe bajo las nociones del aspecto físico y capacitistas los diversos estigmas sobre corporalidades que son diferentes al cuerpo referente, así como la urgencia de construir penes grandes que permitan la continuidad del signo del hombre cishetero penetrador y la mujer cishetero penetrable, consolidando con ello la dinámica de dominador sobre dominada, así como criterios fundamentalmente falocéntricos, heteronormados y patriarcales.

En esta línea, el saber médico es uno de los mayores instauradores de sentido y de subjetivación, que bajo los principios de salud y patología rige cierto control y dominación. Nótese cómo este discurso ha sido interiorizado por las personas profesionales de salud quienes, a pesar de argumentar con nociones personales, consideran que estas ideas están sustentadas por la ciencia y para el bienestar de la persona neonata con sexo variante; la transmisión de la información hacia las personas legalmente encargadas de quien acaba de nacer con sexo variante sigue esta premisa. La práctica médica ocurre considerando que la persona con sexo variante tiene una malformación, patología y urgencia médica que debe ser arreglada, a pesar de que, siguiendo a Chase (2013), la insistencia en únicamente dos sexos claramente discernibles y su posterior instauración en los cuerpos tiene desastrosas consecuencias subjetivas, corporales y

fisiológicas para las personas que nacen con anatomías que, desde el discurso médico, no pueden ser determinadas como de hombre o de mujer.

Contribución de personas autoras: las personas autoras contribuyeron de manera equitativa en la elaboración del artículo.

Apoyo financiero: Este trabajo no tuvo apoyo financiero de ninguna organización, institución, persona o ente.

Referencias

- Alvarado, José. 2016. «Una aproximación bioética y de Derechos Humanos a la intersexualidad en Costa Rica». *Praxis Revista de Filosofía*, 74 (julio-diciembre): 65-93. <http://dx.doi.org/10.15359/praxis.74.4>
- Aoi, Hanna. 2018. «Derechos humanos intersex e intervenciones médicas». *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*, 3 (marzo): 11-16. https://piensadh.cdihcm.org.mx/images/2018_dfensor03_intersexualidad.pdf
- Arribas-Ayllon, Michael, y Valerie Walkerdine. 2011. «Foucauldian Discourse Analysis». En *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*, editado por Carla Willig y Wendy Stainton-Rogers, 91-108. Los Ángeles: SAGE Publications.
- Ávila-Fuenmayor, Francisco. 2006. «El concepto de poder en Michel Foucault». *Telos*, 8 (mayo-agosto): 215-234. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99318557005.pdf>
- Battaglini, Vanesa. 2019. «Intersexualidad: un análisis crítico de las representaciones socioculturales hegemónicas de los cuerpos y las identidades». *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 7 (mayo-setiembre): 41-54. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.275>
- Bermúdez, Melissa. 2017. «La construcción de la intersexualidad en Costa Rica». *Con X*, 3 (). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6811566>
- Brinkmann, Svend. 2018. «The Interview». En *The SAGE Handbook of Qualitative Research. Fifth Edition*, editado por Norman Denzin y Yvonna Lincoln, 997-1039. Thousand Oaks, California: Sage.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Butler, Judith. 2006. *Deshacer el género*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Cabral, Mauro, y Gabriela Benzur. 2005. «Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad». *Debate feminista*, 47 (abril-setiembre): 31-47. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30066-4](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30066-4)
- Cabral, Mauro. 2006. «En estado de excepción: intersexualidad e intervenciones sociomédicas». En *Sexualidad, Estigma y Derechos Humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*, editado por Carlos Cáceres, Gloria Careaga, Tim Frasca y Mario Pecheny, 69-90. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Calderón-Tenorio, Carlos Guillermo, y Nathan Romano-Solís. 2020. «Personas con sexo variante y saber médico. La subjetivación de personas intersexuales y los

- mecanismos de poder tras las formaciones discursivas científico-médicas». Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica
- Chacón, Laura, y Doris Lara. 1987. «La construcción de la identidad sexual en cinco adolescentes diagnosticados pseudohermafroditas». Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica.
- Chase, Cherry. 2013. «Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual». *Debate Feminista*, 47 (abril-setiembre): 87-112. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30067-6](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30067-6)
- Chinchilla, Hellen, Laura Valenciano y Megan Hernández. «Guía corta: situación de derechos de las personas LGBTI en Costa Rica», acceso el 9 de julio de 2024, <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/documentos-vinculados-politicas-y-planes/5074-informe-de-derechos-lgtbi-costa-rica-2018/file>
- Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe de Personas Intersex. 2018. «Declaración de San José de Costa Rica», <https://brujulintersexual.org/2018/04/02/declaracion-de-san-jose-de-costa-rica/>
- Díaz-Bone, Rainer, Andrea D. Bührmann, Encarnación Gutiérrez Rodríguez, Werner Schneider, Gavin Kendall y Francisco Tirado. 2007. «El campo del análisis del discurso Foucaultiano. Características, desarrollos y perspectivas». *Forum: qualitative social research Sozialforschung*, 8 (mayo-agosto). <https://doi.org/10.17169/fqs-8.2.234>
- Fausto-Sterling, Anne. 2006. *Cuerpos sexuados. Las políticas de género y la construcción de la identidad*. Barcelona, España: Melusina.
- Foucault, Michel. 1979. *Microfísica del poder*. Madrid, España: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, Michel. 1999. *Estrategias del poder*. Argentina: Editorial Paidós.
- Foucault, Michel. 1999. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Foucault, Michel. 2002. *Arqueología del saber*. México: siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. 2005. *El poder psiquiátrico*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Gangi, Dolores. 2022. *Cuerpos regulados, sexos intervenidos, identidades ininteligibles: un acercamiento a los (des)encuentros médicos con la intersexualidad*. Argentina: Julia, Antropología y Ciencias Sociales.
- Gutiérrez, Regina, Luis Calzada, Manuel Saborío y Yadira Estrada. 1999. «Ambigüedad genital». *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera*, 34: 99-112. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1017-85461999000100011&script=sci_abstract
- Inter, Laura y Eva Alcántara. 2015. «Intersexualidad y derechos humanos». *Dfensor, revista de Derechos Humanos*, 3 (marzo): 28-32. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34720.pdf>

- Loscalzo, Joseph, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser y J. Larry Jameson. 2022. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. New York: McGraw Hill Education.
- Macías-Solís, Luis y Selene Montoya-Chacón. 2021. «El principio de la autonomía del paciente pediátrico en estados de intersexualidad». En *Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas*, 6 (julio-diciembre): 114-125. <http://dx.doi.org/10.35381/racji.v6i1.1513>
- Maffia, Diana, y Mauro Cabral. 2003. «Los Sexos, son o se hacen?». En *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*, editado por Diana Maffia, 86-97. Buenos Aires: Feminaria.
- Sáez, Javier, y Sejo Carrascosa. 2011. *Por el culo. Políticas anales*. Madrid: Egales.
- Rivera, Andrés, y Natasha Jiménez. 2017. «Informe sobre la situación de las personas intersex en las Américas. Costa Rica y Chile», <http://www.mulabilatino.org/publicaciones/informe%20sobre%20la%20situacion%20de%20las%20personas%20intersex%20periodo%20161%20CIDH.pdf>
- Romano-Solís, Nathan, y Carlos Guillermo Calderón-Tenorio. 2024. «Subjetividades intersex en Costa Rica: incertidumbre del propio cuerpo, espacios de resistencia y la matriz no binaria». *Revista Reflexiones*, 104 (febrero): 1-21. <https://doi.org/10.15517/rr.v104i1.55111>
- Vargas, Jota, y Berioska Bejar. 2019. «Derechos de las personas Intersex en Costa Rica a la luz de los estándares de derechos humanos». Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/13018>
- Vendrell, Joan. 2013. *La violencia del género: una aproximación desde la antropología*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Wittig, Monique. 2006. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. España: Editorial EGALES.
- Wodak, Ruth, y Michael Meyer. 2009. *Methods for Critical Discourse Analysis*. Los Ángeles: SAGE Publications.