

BUCEANDO EN LA DIVERSIDAD DESCONOCIDA

Guía para Terapeutas de pacientes con
Intersexualidad(es)/ DSD



Yolanda Melero Puche
Psicóloga Sanitaria

Colaboran:
GrApSIA
KALEIDOS

BUCEANDO EN LA DIVERSIDAD DESCONOCIDA.
Guía para Terapeutas de pacientes con Intersexualidad(es) /DSD

Yolanda Melero Puche

21 de mayo de 2020

Copyright: ©Yolanda Melero Puche, Mayo 2020.

"Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, sin autorización por escrito de la autora -salvo pasajes breves para reseñas o citas, siempre y cuando se cite la fuente, y únicamente con fines divulgativos científicos".

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1. ABSTRACT.....	1
2. ¿PARA QUÉ UNA GUÍA COMO ESTA?	2
3. OBJETIVO Y ENFOQUE DE LA GUÍA	3
4. DEFINICIÓN DE LA(S) INTERSEXUALIDAD(ES) /DSD	4
5. NOMENCLATURA.....	5
6. ALGUNAS CONDICIONES INTERSEXUALES	7
7. ¿EXISTE UNA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA?	12
II. DESARROLLO TEÓRICO: ÁREAS A EXPLORAR	13
8. LAS PRINCIPALES CORRIENTES TERAPÉUTICAS Y LA(S) INTERSEXUALIDAD(ES) / DSD.....	13
8.1. La Terapia Gestalt.....	13
8.2. Terapia Cognitivo-Conductual	21
8.3. Psicoterapia Corporal: Reichiana y Bioenergética	22
8.4. Psicoanálisis.....	23
9. LAS VIVENCIAS RELACIONADAS CON LO MÉDICO.....	25
9.1. La mirada médica.....	26
9.2. El Diagnóstico.....	27
9.3. Las cirugías	28
9.4. Tratamientos médicos	31
9.5. Cirugías, Exploraciones y desconexión del cuerpo	32
9.6. La Relación con la autoridad médica.....	33
10. MASCULINIDAD Y FEMINIDAD. SEXUALIDAD Y RELACIONES DE PAREJA 34	
10.1. Identidad. Masculinidad - Feminidad	34
10.2. Sexualidad, libido y relaciones de pareja.....	37
11. LA VIVENCIA DEL CUERPO	39

11.1.	El deseo de tener un cuerpo estándar, de ser “normal”	39
11.2.	La desconexión y el trabajo corporal	41
12.	LA FAMILIA	43
12.1.	Cómo suelen vivir las madres y padres el momento del diagnóstico	43
12.2.	Sobreprotecciones cruzadas	44
12.3.	Mentiras y Ocultaciones	45
12.4.	Mirar hacia otro lado.....	46
12.5.	Tabús y secretos familiares.....	47
12.6.	La vivencia de culpa en madres y padres	48
12.7.	El fantasma de la homosexualidad y de la no identificación con el “sexo asignado”	49
12.8.	No sentirse el hijo / la hija que la madre y/o el padre esperaban.....	50
12.9.	Lazos de sufrimiento entre personas “afectadas y portadoras”	51
13.	LA VERGÜENZA TÓXICA Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO	51
13.1.	¿Cómo se originó este sentimiento tóxico de vergüenza?	52
13.2.	¿Qué consecuencias tiene la vergüenza tóxica en la vida de la persona?.....	54
13.3.	Acceder y desenmascarar a la vergüenza	56
13.4.	Tratamiento de la vergüenza tóxica	57
14.	LAS VIVENCIAS DE DUELO	59
14.1.	El duelo por no tener el cuerpo “ideal”.....	59
14.2.	La pérdida de la maternidad o de la paternidad	60
14.3.	El duelo por las partes extirpadas o modificadas.....	61
14.4.	No poder experimentar la penetración vaginal	61
14.5.	La pérdida de la salud	62
14.6.	Fases del Duelo	63
14.7.	Sufrimiento Vs. Dolor.....	65
14.8.	Elaborando el Duelo y Aprendiendo a soltar.....	65

III. DESARROLLO PRÁCTICO: LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	67
15. SOLTANDO EL SECRETISMO Y AISLAMIENTO EMOCIONAL	67
15.1. Maestras y maestros en el disimulo y el aislamiento emocional	69
15.2. Soltando el disimulo y el secretismo	70
16. EL FOCO EN LO GENERATIVO	73
17. REFERENTES Y GRUPOS DE APOYO.....	76
18. LA ACTITUD Y EL LENGUAJE TERAPÉUTICO	80
18.1. Cuestión de Lenguaje y Conceptos: ¿Son las condiciones intersexuales enfermedades, patologías, problemas, anomalías, malformaciones?	81
19. EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA.....	85
19.1. Establecimiento del vínculo terapéutico	85
19.2. Contacto y expresión de experiencias traumáticas silenciadas/ apartadas	85
19.3. Trabajo con limitaciones y experiencias dolorosas del presente	86
19.4. Empoderamiento: Contacto con vivencias y creencias generadoras	87
20. UN CASO PRÁCTICO: MI TESTIMONIO.....	88
IV. CONCLUSIONES	100
21. VÍAS DE CRECIMIENTO COMO TERAPEUTA: ASPECTOS A REVISARSE Y CUESTIONARSE.....	100
21.1. ¿Qué es ser hombre y mujer?.....	100
21.2. Visión del cuerpo, de la diversidad y limitaciones	101
21.3. Etiquetas, diagnósticos y patologías	102
21.4. Desidealización del estamento médico	103
21.5. Visión de la sexualidad	103
V. RECURSOS.....	105
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

Dedicada a todas esas bellas personas con las que he buceado en esta travesía, amigas, familia, confidentes, espejos y en especial a GrApSIA y a la Dra. y amiga
Nuria Gregori.

Quiero también expresar mi agradecimiento por todo lo recibido (y tanto) de mis maestros y modelos en psicoterapia y en la vida: Maru Martí y Juanjo Albert, *in memoriam*.

Y no quiero olvidarme de dedicársela a mi niña, que tuvo que enfrentarse a estos misteriosos caminos, duros, ricos, dolorosos... Que fue valiente y pudo mirar de frente lo que ocurría y que culmina (en parte) con la realización de esta guía.

Ojalá sea un buen granito de arena que dé algo más de luz, y haya más personas que puedan ser acompañadas en su diversidad única y al mismo tiempo tan humana, y, por ende, tan “normal”.

I. INTRODUCCIÓN

1. ABSTRACT

Con la presente guía me propongo cubrir el enorme desconocimiento que existe en torno al ámbito de la(s) Intersexualidad(es). Definir de manera clara qué es la intersexualidad y qué no es, explicando también las principales condiciones que suelen presentar las personas con intersexualidades, y aclarando conceptos importantes en torno a ellas.

Es el primer acercamiento psicoterapéutico en profundidad en esta área. Esta guía incluye los principales temas que las personas con intersexualidad pueden experimentar, y que están relacionados con secretos, operaciones, miradas, estigma, invasiones, sexualidad, identidad, relaciones familiares, cuestiones vinculadas a lo médico, duelos, deseo, vivencias corporales, etc. Así como también los retos, caminos a transitar, a acompañar, y vías de crecimiento, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Por último, se incluye también un testimonio en primera persona, con vivencias personales tanto de lo sufrido, como del proceso de crecimiento realizado.

Palabras Clave:

Intersexualidad. Sexualidad. Diversidad. LGTBI. Secretismo. Estigma. Sexo. Desarrollo sexual. Cuerpo.

2. ¿PARA QUÉ UNA GUÍA COMO ESTA?

Actualmente existe una gran variedad de cursos y talleres dedicados a la exploración de la feminidad y masculinidad. También, cada vez más proliferan los grupos terapéuticos de mujeres y últimamente también de hombres. Las y los terapeutas solemos tener muy presente lo masculino y lo femenino como polaridad básica en pacientes y en nuestro propio desarrollo. Sin embargo, la inmensa mayoría de psicoterapeutas desconocen que la línea entre hombre y mujer no está tan clara y definida como creemos. Que hay personas con cuerpos y sentires que puede que no encajen con estas divisiones polares que hemos establecido en la sociedad. Este desconocimiento es compartido por gran parte de nosotras debido a nuestra rigidez de pensamiento y al secretismo de las personas que parecen no encajar dentro de estos cánones.

Al incluir la intersexualidad dentro de nuestra concepción de la vida y del ser humano, ésta se enriquece, adquiere unos matices necesarios para poder ver nuestra realidad de una manera más rica y completa. De alguna manera, todos somos intersexuales, nadie encaja totalmente con los cánones establecidos de hombre-mujer, ya sea física, emocional, conductualmente... Esto nos lleva a confrontarnos con cómo vemos estas dos categorías, a flexibilizarlas.

He decidido escribir sobre este tema dada la nula presencia de la intersexualidad en ningún material de corte psicoterapéutico. Para mí, es un área que es clave para entender esa polaridad nuclear y básica en nuestro sistema social que es mujer-hombre.

Al mismo tiempo, siento que es mi momento para Dar y Aportar. Aunque eso suponga recorrer un camino que no me resulte más fácil, ya que supone afrontar aspectos muy difíciles y espinosos para mí; y a su vez, noto cómo mi energía está fluyendo fácilmente en esta dirección.

He sentido el impulso de poner un poco de luz en este tema y poder compartir mis vivencias y mi experiencia de años colaborando con GrApSIA (Grupo de Apoyo a Personas con Insensibilidad a los andrógenos y condiciones relacionadas) y contactando con diferentes personas relacionadas con el mundo de la intersexualidad (otras asociaciones, investigadoras, personal sanitario, psicólogas...). Internamente siento que es un paso necesario a dar para mí misma, por el reto que supone afrontar mis miedos, asentarme en mí, en lo que sé, en lo que pienso, y poderlo ofrecer al mundo. Y también necesario para la comunidad de terapeutas, de tal manera que puedan conocer mejor la profundidad de las intersexualidades/DSD (Desarrollo Sexual Diferente), buceando, espero, en esta diversidad menos desconocida que ayer, pero más que mañana.

3. OBJETIVO Y ENFOQUE DE LA GUÍA

Esta tesina nace con el afán de dar a conocer a terapeutas una mirada más profunda acerca de las intersexualidades/DSD. El objetivo no es el de dar pautas cerradas sobre cómo se tiene que hacer o dejar de hacer, sino ampliar la visión, dar ideas sobre qué temas pueden estar ahí pendientes, líneas rojas y dolorosas...

La finalidad es que, como terapeuta, se pueda profundizar más en la comprensión de esta temática, empatizando con el dolor y también con el potencial de crecimiento que tienen estas situaciones. Es verdad que esto se puede hacer sin necesidad de una guía, puesto que todos somos personas y podemos tener vivencias similares con líneas de vida muy diferentes. Sin embargo, hay un vacío enorme de información y de referentes respecto a las intersexualidades/DSD, no sólo en la población general, sino en el colectivo médico, psicológico y terapéutico. Por tanto, el sentido de esta guía es subsanar este vacío y mostrar

algunas vivencias importantes que suelen experimentar estas personas y qué cuidados suelen ser necesarios. Todo ello teniendo en cuenta que cada persona y cada momento vital es muy diferente, y que antes que la teoría, que el mapa, hemos de mirar el territorio, lo que le acontece a la persona. El mapa es sólo una ayuda para movernos mejor, pero con cuidado de no quedarnos fijados en él, y olvidarnos del territorio.

4. DEFINICIÓN DE LA(S) INTERSEXUALIDAD(ES) /DSD

¿Quiénes son los intersexuales? Cualquiera que haya nacido con un cuerpo sexuado distinto al “promedio” femenino o masculino, y en particular quienes fueron sometidos a intervenciones médicas para corregirlo, quienes han sido y son violentados por el maltrato familiar, social e institucional de esta distinción. ¿Dónde están? En todas partes. ¿Cómo se los reconoce? No se los reconoce, pasan inadvertidos entre la gente porque son esa gente: la vecina heterosexual, el cura dando misa, el gay de la mano con su pareja..., el conocido del bar, la cuñada de alguien. Cualquier persona pudo haber nacido con un clítoris “muy largo” o un pene “muy corto”, con testículos que no descendieron o con ovostestes, sin vagina, con el agujerito para orinar al costado en la base del pene, con cromosomas XXY o X0, con alguno de los múltiples cuerpos sexuados que la medicina nombró primero en la lengua de los “síndromes” y que ahora nombra en la de los “trastornos”. Aquellos a quienes se llama intersexuales somos por lo general hombres o mujeres que encarnamos una diferencia entre tantas. (Gregori, 2015, p. 418, Discurso de Mauro Cabral en la UIMP 2008)

Según dice la EUROPSI (European Network for Psychosocial Studies in Intersex/ DSD: www.europsi.org) “la intersexualidad y DSD son términos paraguas para referirse a condiciones de nacimiento donde la configuración anatómica (de los genitales externos e

internos), hormonal y/o genética no se corresponde totalmente con los típicos parámetros de mujer y hombre”. Es decir, por ejemplo: mujeres con cromosomas “sexuales” XY, hombres XX o XXY, mujeres sin vagina, útero... o con pene, hombres con vagina, con período, y así un largo etcétera.

Es preciso aclarar que no todos los bebés con intersexualidades/DSD nacen con genitales externos atípicos; ni su madre, padre o el personal médico, han de decidir el sexo “oficial” del bebé, esto se da únicamente en algunos casos. Hay una amplia variedad respecto al momento del descubrimiento de dichas condiciones: puede ser al nacer, al poco del nacimiento, en la infancia, en la adolescencia e incluso en la edad adulta.

Por ello, como refiere Gregori (2015), sería más correcto hablar de intersexualidades o estados intersexuales más que de una única intersexualidad, dado el amplísimo abanico no solamente de condiciones intersexuales sino de vivencias, incluso en personas con la misma etiqueta diagnóstica. En su tesis, Gregori (2015) también hace referencia al peligro de caer en el caso único, es decir, en hacernos una expectativa de cómo es o funciona una persona con DSD y luego esperar que todas las personas con una de estas condiciones encajen dentro de este marco.

5. NOMENCLATURA

En cuanto a la terminología, el término **hermafrodita**, que es el más conocido, hace referencia a animales que tienen los dos性es y pueden realizar las funciones reproductivas de ambos, lo cual en los seres humanos no es posible. No obstante, los científicos acuñaron este término para lo que en la actualidad se conoce como intersexualidad y muy recientemente se está cambiando la terminología a **DSD**, *Disorders of Sexual Development*

(Anomalías del Desarrollo Sexual). Una terminología que desde muchos colectivos es también considerada como “patologizante”, prefiriendo el término *Differences of Sexual Development* (Diferencias del Desarrollo Sexual/ Desarrollo Sexual Diferente o Diverso). Hay que señalar que **diferencia o diversidad** (en lugar de anomalía) es la mejor opción según la literatura psicológica (Liao & Siamonds, 2013), debido al posible impacto negativo que podría tener en la persona y su familia el hecho de considerar su cuerpo anómalo, en vez de diferente o diverso.

He de señalar también que muy pocas personas en el contexto del estado español se definen como intersexuales (generalmente suelen identificar más lo que les ocurre mediante el diagnóstico médico recibido), incluso hay colectivos que rechazan esta concepción y terminología asociada. Las personas con este tipo de condiciones suelen definirse como hombre o mujer, y sólo en algunos casos, una mezcla de ambos o ninguno de ellos (es decir, más o menos igual que para el resto de la población). Pero en España no existe propiamente un colectivo intersexual con conciencia de tal, sino un conjunto de personas que en su mayoría se definen y se sienten como hombres y mujeres, con una serie de peculiaridades en su desarrollo sexual corporal y una amplia heterogeneidad de vivencias.

Por último, cabe aclarar que en esta tesina utilizaré preferentemente un lenguaje inclusivo, pudiendo utilizar indistintamente el femenino y el masculino para referirme al genérico que incluye a toda la población. Esta vía me parece más rica y menos excluyente.

6. ALGUNAS CONDICIONES INTERSEXUALES

No soy muy partidaria de las clasificaciones de intersexualidades por condiciones, me parece que encorsetan en la enfermedad, en la patología. Sin embargo, este diagnóstico o condición suele ser la primera y, a veces, la única explicación y asociación que la persona hace con lo que le ocurre. Por otro lado reconozco que, para facilitar el conocimiento de la temática, es interesante conocer algunas peculiaridades de cada condición. Teniendo en cuenta además que englobadas dentro de un mismo diagnóstico existen muchas variedades, y que cada cuerpo e historia pueden ser muy diferentes, incluso con un mismo diagnóstico.

En las siguientes líneas, haré una síntesis de las definiciones que aparecen en una publicación del *Ayuntamiento de Barcelona*, llamada *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual o con DSD (diferencias del desarrollo sexual) en Barcelona*, realizada por Gregori (2016, p. 115-119):

Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). Es la forma más habitual de intersexualidad/DSD entre personas con cariotipo XX. Se produce por un déficit enzimático que impide la conversión del colesterol a cortisol, y conduce a un déficit de cortisol y aldosterona, y a un exceso de andrógenos que inician la virilización de las personas XX en la vida intrauterina. La apariencia genital externa varía en un amplio continuo: puede ir, por ejemplo, desde tener una pequeña hipertrofia de clítoris, tener un clítoris que se define como un pequeño pene, hasta tener genitales típicamente masculinos. En todos los casos la menstruación está ausente o es irregular, pero se logra regularla con tratamientos que reducen los niveles de andrógenos. Las personas pueden llegar a ser fértiles.

Se dividen entre formas clásicas y no clásicas. Las formas no clásicas no suponen una urgencia médica ni se detectan en el nacimiento. Las clásicas son visibles en el nacimiento y,

dentro de éstas, la forma con pérdida de sal es un problema médico grave que requiere intervención médica inmediata. Suelen necesitar tratamiento con esteroides adrenales.

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA). Es una condición genética, heredada por vía materna, aunque en muchos casos son mutaciones espontáneas o de novo. Las personas presentan cariotipo XY, donde las células del cuerpo son insensibles a los andrógenos, conocidas como hormonas “masculinas” (aunque estas hormonas están presentes de manera permanente tanto en hombres como en mujeres) En las formas completas (SICA), la insensibilidad de los tejidos a los andrógenos es total, y en las parciales (SIPA) hay una cierta sensibilidad, dependiendo del caso. Así pues, el desarrollo de los genitales externos continúa en la línea femenina, pero el desarrollo de los órganos internos femeninos ya había sido detenido por una hormona —el FIM o factor inhibidor mülleriano— producida por las gónadas fetales. Lógicamente, no hay ovarios ni aparece menstruación. La variedad de características fenotípicas es muy amplia, incluso para una misma familia. En el extremo completo del espectro (SICA), los genitales externos son típicamente femeninos y el sexo de crianza es invariablemente femenino. En las insensibilidades parciales (SIPA), la apariencia de los genitales puede variar de manera continua desde una forma total y típicamente femenina, pasando por formas mixtas masculino-femenina, a ser totalmente masculina. Cuando aparecen genitales atípicos, éstos se suelen describir como un clítoris más grande o como un pene pequeño e hipospádico.

Deficiencia de 5-alfa reductasa. Para que la testosterona ejerza su función, es necesaria la existencia de dos enzimas, una de ellas la 5-alfa reductasa. De la inactividad de esta enzima durante el periodo prenatal y la infancia, aparece en el hombre un desarrollo atípico de los genitales externos y del seno urogenital. En el nacimiento, el síndrome clásico se caracteriza por la presencia de unos genitales externos atípicos (falo de aspecto clitoriano, hipospadias, escroto bífido y seno urogenital persistente con un orificio vaginal perineal ciego). No

obstante, los fenotipos de los genitales externos pueden ir desde un aspecto femenino completo hasta uno masculino con hipospadias y/o micropene. Los testículos se encuentran en los pliegues labioescrotales o en los canales inguinales. En la pubertad, a menos que se haya realizado una gonadectomía o extirpación de las gónadas, se produce una virilización significativa sin ginecomastia o desarrollo de mamas, como consecuencia de la acción de la testosterona. La mayoría de las personas son infértils.

Disgenesias gonadales Las personas con disgenesia gonadal pura 46, XY (**síndrome de Swyer**) tienen gónadas que no son testículos ni ovarios. Aparecen unas gónadas rudimentarias o bandas fibrosas que no producen hormonas y que se extirpan al considerar que existe un cierto riesgo de malignización. Tienen genitales externos típicamente femeninos, con una vagina estándar, trompas de Falopio, útero poco desarrollado, pero menor desarrollo de las características sexuales secundarias. **El síndrome de Turner** (45, X y mosaico 45, X / 46, XX) se describe como un hipogonadismo primario, talla baja y, con mucha menor frecuencia, malformaciones renales y cardíacas. En los casos de síndromes de Swyer y Turner, se induce la pubertad con estrógenos y el sangrado menstrual se produce con estrógenos y progestágenos combinados. Las personas pueden llegar a ser fértiles con técnicas de reproducción asistida, por transferencia de embriones y parto por cesárea.

Síndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser (MRKH) Sucede por una “alteración” durante el proceso de gestación del feto, en los conductos de Müller, a partir de los cuales se desarrolla el aparato reproductor femenino: las trompas, el útero, el cuello uterino o cérvix y la vagina. La vagina y el útero están ausentes o son muy pequeños. No obstante, los ovarios funcionan de forma típica, de manera que las mujeres experimentan un desarrollo típico femenino en la pubertad, excepto por la ausencia de menstruación (amenorrea primaria). Este es el primer síntoma, y es por eso que se suele diagnosticar en la pubertad. No está recogido

en las clasificaciones médicas como una forma de intersexualidad/DSD, sin embargo el grupo de apoyo del SIA lo incluye bajo el paraguas de síndromes que recoge.

Síndrome de Klinefelter y variantes. El cariotipo 47, XXY es la forma más frecuente, aunque se incluyen otras variaciones como XXXY o XXXX. Muchas clasificaciones dudan en incorporarla como una forma de intersexualidad, ya que las personas afectadas no tienen unos genitales atípicos y su anatomía no presenta características intersexuales. Sin embargo implica diferencias del desarrollo sexual que a menudo son tratadas con hormonas (igual que en el síndrome de Turner). Se describe la presencia de testículos pequeños y firmes, ausencia de esperma en la eyaculación e infertilidad. Los genitales no suelen ser atípicos, pero es frecuente la ginecomastia a partir de la pubertad. Los testículos producen cantidades de testosterona inferiores a la media, de manera que no se virilizan igual que en otros hombres en la pubertad: crecimiento del vello facial y corporal, voz grave, crecimiento de pene y testículos. Se relatan casos de hombres con Klinefelter que tienen útero y ovarios. En cualquier caso, los mayores problemas que relatan las asociaciones de afectados se relacionan con dificultades específicas en el aprendizaje, retraso en el desarrollo del habla y del lenguaje, así como un perfil caracterial específico.

Hipospadias Se dan cuando la abertura del meato uretral (lugar de salida de la orina) se sitúa en la cara inferior del pene en lugar del extremo más distal. Puede estar en la parte inferior del glande, a lo largo del tronco, o más atrás, en la unión del escroto y el pene. Las hipospadias también son definidas como un desplazamiento de la salida habitual de la uretra en hombres.

Criptorquidia Consiste en el descenso incompleto de uno o ambos testículos a través del canal inguinal hacia el escroto.

Hipogonadismo Se da cuando las gónadas (ovarios o testículos) producen pocas hormonas o ninguna. Las niñas que tienen hipogonadismo no llegan a menstruar, lo que puede afectar al

BUCEANDO EN LA DIVERSIDAD DESCONOCIDA
Guía para Terapeutas de pacientes con Intersexualidad(es)/ DSD

desarrollo de las mamas y a la estatura. Si el hipogonadismo ocurre después de la pubertad, se describen síntomas como sofocos, pérdida del vello corporal, libido baja o suspensión de la menstruación. En los niños, el hipogonadismo afecta al desarrollo muscular, crecimiento de la barba y conlleva problemas de crecimiento. En los hombres se describen síntomas de engrandecimiento de las mamas, disminución del vello corporal y de la barba, pérdida muscular y problemas sexuales.

Incluyo a continuación el siguiente esquema, *Las devaluaciones de la feminidad*, donde se muestran las diferencias y similitudes entre las principales condiciones que suelen diagnosticarse a mujeres intersexuales:

	SICA	SIPA	HSC	MRKH	SWYER	TURNER
Menstruación	No	No	Sí A (trat. para suprimir secreción excesiva androgénica)	No	Sí A (estrógeno + progest. comb.)	Sí A (en pocos casos espontánea estrógeno + progest.)
Fertilidad	No	No	Sí A (glucocorticoides)	Sí A (donación óvulos. Subrogación)	Sí A (transferencia embrion)	Sí A (transferencia embrion)
Embarazo	No	No	Sí A	No	Sí A (cesárea)	Sí A (terapia hormonal, fertilización in vitro)
Genitales atípicos	No	Si	Sí/No (diferentes grados)	No	No/A veces hipertrofia de clitoris	No
Desarrollo puberal atípico	No	Si	Sí/No (con trat.)	No	No/Sí (con trat. estrógenos)	Si
Vagina	De ausencia completa/parcial a vagina típica	De ausencia completa/parcial a vagina típica	Sí/No	Ausencia completa o parcial	Si	Si
Utero y estructuras	No	No	Si	Ausencia completa o parcial	Si (rudimentario. Estrógenos)	Si
Cariotipo/Gónadas	XY/Testículos	XY/Testículos	XX/Ovarios	XX/Ovarios	XY/Disgenesia gonadal (hipogonadismo)	XO/Disgenesia gonadal (hipogonadismo)
Problemas de salud asociados	Iatrogénicos (osteoporosis, cirugías). Bajo riesgo de malignización de gonadas	Malignización de gonadas. Iatrogénicos (osteoporosis, cirugías)	Deshidratación, arritmias cardíacas, etcétera (cuando hay pérdida de sal). Crisis adrenal (hiponatremia, choque). Efectos iatrogénicos esteroides (huesos)	Iatrogénicos (cirugía)	Gonadoblastoma. Iatrogénicos (cirugías y hormonas)	Problemas renales y cardíacos, presión arterial alta, diabetes mellitus, cataratas, problemas en el tiroides y artritis. Iatrogénicos
Intervenciones propuestas	Gonadectomía. Vaginoplastia.	Gonadectomía. Vulvovaginoplastia. Clitorrectomía. Vigilancia de género	Vulvovaginoplastia. Clitorrectomía. Vigilancia de género	Vaginoplastia	Gonadectomías	Correcciones plásticas (orejas aladas, alargamiento óseo, prótesis mamarias, etcétera) Vigilancia de género

Figura 1. Las Devaluaciones de La Feminidad. (Gregori 2016, p. 30-31).

7. ¿EXISTE UNA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA?

Las intersexualidades/DSD, no conllevan en sí mismas ningún tipo de psicopatología o problema psicológico asociado. Al igual que en cualquier persona, son las vivencias que se experimentan las que van configurando una serie de heridas, de asuntos inconclusos que van interfiriendo en el bienestar psicológico de la persona, irrumpiendo en el aquí y ahora, y configurando la estructura caracterial de una manera determinada.

No son las peculiaridades físicas, anatómicas, genéticas de estas personas las que les ocasionan problemas. Generalmente, no existen problemas físicos de gravedad, el problema radica en la mirada que han introyectado, interiorizado de sí mismas. Una mirada que suele ir mediatizada por la de los padres, madres, personal sanitario, familiares..., y por las situaciones más o menos traumáticas que han ido experimentando e interpretando. Dicho esto, sí que es cierto que algunas condiciones concretas, principalmente Klinefelter y Turner, pueden llevar asociadas algún tipo de afectación cognitiva en ciertos casos, aunque no en todas las personas con este tipo de condiciones.

II. DESARROLLO TEÓRICO: ÁREAS A EXPLORAR

En esta sección explico en primer lugar algunos conceptos que pueden ser importantes en el ámbito de la(s) intersexualidad(es). Luego, abordo las principales áreas de afectación que suelen presentar las personas con algún tipo de intersexualidad. Son los lugares donde mirar, temas y gestalt inconclusas importantes que aparecen en estos casos, y que tendremos que acompañar en el proceso terapéutico de la persona.

8. LAS PRINCIPALES CORRIENTES TERAPÉUTICAS Y LA(S) INTERSEXUALIDAD(ES) / DSD

Ninguna corriente psicológica tiene un acercamiento u abordaje específico para personas con algún tipo de intersexualidad. Sin embargo, considero importante tener en cuenta algunas concepciones de estas corrientes que nos pueden ayudar a una mejor comprensión y conocimiento de estas realidades.

8.1. La Terapia Gestalt

Aunque en la Terapia Gestalt no se ha tratado directamente este tema, hay algunos aspectos de la terapia que abordan puntos importantes y cruciales en la intersexualidad. Evidentemente, el trabajo de integración de las polaridades (y dentro de ellas la polaridad femenino-masculino) es uno de ellos. Pero también son buenos ejemplos otros puntos tales como el principio de autorregulación organísmica, el ciclo de contacto retirada, la figura y fondo...

La Polaridad Femenino-Masculino

La visión de la vida y del ser humano en polaridades no es nueva ni original de la Terapia Gestalt. Estaba ya presente en el pensamiento oriental muchos siglos antes. En el taoísmo existe la concepción de Yin y el Yang como principios opuestos y complementarios, y que representan ambos tipos de energía, la femenina y la masculina, respectivamente. Lo interesante de esta concepción es que tanto una como la otra, contienen a su vez a la otra parte, y una no se puede concebir sin la otra.

Perls (1999) hizo especial énfasis en la concepción del ser humano como una serie de polaridades, las cuales en numerosas ocasiones están en lucha, enfrentadas entre sí, siendo la labor del terapeuta gestáltico la de ayudar a que la persona pueda integrarlas. En esta misma línea, Peñarrubia (1998) expone que la Terapia Gestalt piensa en términos de polaridades ya que su filosofía es integrativa. Según este autor, el trabajo gestáltico consiste en encontrar y ejercitarse la división, de modo que las partes de la unidad puedan volver a juntarse.

Las personas con alguna condición intersexual suelen estar escindidas y peleadas con muchas de sus partes, las cuales experimentan como incompatibles y sienten que han sido castradas de alguna manera a lo largo de su historia. Entre todas esas partes, se destaca la polaridad masculino-femenino, ya que sus cuerpos no concuerdan con lo que “debería” ser el cuerpo de una mujer o de un hombre, presentando características del otro sexo. Por lo tanto, tienen dificultades para vivirse como integrados por ambas partes. Y, como señala el mismo Peñarrubia (1998), las partes femenina y masculina son una de las polaridades importantes a tener en cuenta en el trabajo gestáltico. Es decir, no sólo las personas intersex se encuentran disociadas en su polaridad femenino-masculino, sino que todas tenemos ambas partes, y es básico poder integrarlas para tener un cierto grado de paz y equilibrio interno.

El mismo Perls (1999) destaca las polaridades femenina y masculina, y las sitúa en el lado izquierdo y derecho del cuerpo respectivamente, describiendo también un hemisferio cerebral

masculino (el izquierdo) y otro femenino (el derecho), dándole a cada uno, unas características claramente diferenciadas. Gascón (1991) nos habla de dichas características, estando la parte femenina representada por el yin, la luna, el dar, la pasividad, lo lleno, lo horizontal, la tierra y el agua; y la parte masculina por el yang, el sol, la actividad, lo vacío, lo vertical, el aire y el fuego.

Lo interesante de las personas intersexuales es que integran, en sus cuerpos y vivencias, ambas polaridades de una forma más clara y patente. En sus cuerpos, lo masculino y lo femenino se encuentran de una manera diferente al resto, pudiendo ser menos polarizada. Aunque hemos de tener en cuenta que, incluso a nivel físico, en todas las personas ambas partes están presentes en mayor o menor grado. Por ejemplo, los andrógenos y estrógenos (hormonas masculinas y femeninas) están presentes en ambos sexos (sólo que generalmente en niveles diferentes); las mujeres también tienen falo, el clítoris; los hombres también tienen mamas; las mujeres tienen vello, etc.

Sin embargo, considero que una de las claves del sufrimiento de las personas intersex, es que se pone en entredicho la pertenencia a uno de los géneros. Y esto no es banal, ya que el género es una forma de encontrar el lugar en el mundo, es el lugar donde ubicarse en relación a una estructura social (Bendicho, 2005). Por lo tanto, las personas con una condición intersex sienten que sus cimientos, su lugar en el mundo, tiemblan, sienten que están casi constantemente en entredicho, ya que suelen sentir que no pertenecen completamente a ninguno de los dos géneros en los que nuestra sociedad occidental suele clasificarnos; se pueden sentir en “tierra de nadie”.

Interrupción en el Contacto-Retirada y Asuntos inconclusos

El Contacto-Retirada es otra de las polaridades más importantes descritas en la Terapia Gestalt. Peñarrubia (1998) se refiere al Contacto como salir al mundo, intervenir en el

entorno para satisfacer cualquier necesidad; mientras que Retirarse es un movimiento inevitable tras el contacto satisfactorio. Es un retraerse, descansar y prepararse para lo siguiente.

Para poder estar presentes en el Aquí y en el Ahora, hemos de poder fluir en el baile del contacto, viviendo lo que hay, y su retirada, donde vamos soltando para poder acoger lo nuevo que puede aparecer. La neurosis aparece cuando hay un bloqueo, una interrupción en dicho baile, y nos quedamos ahí estancadas.

Esta polaridad también juega un papel muy importante en lo que estamos abordando, ya que en numerosas personas con alguna intersexualidad/DSD, se da una interrupción en el ciclo natural contacto-retirada de forma bastante clara, en lo que tiene que ver con su condición. Es decir, tienen dificultades para hacerlo presente en su vida, para contactar con su realidad física (Contacto) y al mismo tiempo no pueden retirarse, se quedan ahí estancadas sin poder fluir. Es como si su condición de alguna manera afectara a sus relaciones, a su aquí y ahora. Por no mirar y hacer frente a lo que ocurre, a su realidad, lo van cargando de forma constante y pesada en su día a día (generalmente inconscientemente). Esta es la manera en la que se forman los asuntos inconclusos. Según Castanedo (2000): “Reteniendo esta experiencia incompleta o evitando el cierre, una persona invierte una gran parte de su energía, lo que hace que le quede poca energía disponible para hacer frente a nuevas situaciones”.

Otras autoras, como Berruete (2005), corroboran también que en situaciones traumáticas suelen haber dificultades en esta polaridad de contacto-retirada. La autora señala que los problemas más habituales en las personas traumatizadas se dan en el **contacto**, y los mecanismos de defensa más utilizados suelen ser la desensibilización-congelación, la disociación y la represión:

- La **desensibilización-congelación** es una respuesta cercana a la impotencia, en la que la persona, ante lo abrumada que se siente, se paraliza, se congela para no sentir, para no

contactar con lo que ocurre. Esto es muy frecuente en las personas intersex al principio de su proceso terapéutico, donde aparecen como bloqueadas, pesadas, sin una conciencia de lo que sienten.

- La **disociación** es un mecanismo por el que la persona se distancia o sale de sí, como si no tuviera que ver con ella lo que está ocurriendo. Así, muchas personas con algún DSD pueden hablar de ello como si no fuera con ellas.

- La **represión** tiene que ver con “olvidar” el impulso original. Por ejemplo, si hubo rabia, miedo, tristeza..., la persona aparta de su conciencia estas emociones, de tal forma que quedan retenidas; la energía está, pero no la conciencia de la emoción ni situación que subyacen. Así pues, muchas de las vivencias y dolores de las personas intersex quedan sepultados en una especie de armario cerrado con llave del que no hay ninguna conciencia, pero del cual se siente su peso.

Mientras que los mecanismos que según Berruete (2005) actúan habitualmente en **la retirada**, son la regresión y la indefensión:

- La **regresión** tiene que ver con hacerse pequeña y quedarse en un estadio anterior; por ejemplo, en ese estado de impotencia que la persona sufrió durante su infancia y/o adolescencia, quedándose dependiente e indefensa.

- La **indefensión** va muy ligada al anterior mecanismo. La persona siente que nada depende de ella, se siente incapaz, volcando en el resto o en la vida, la responsabilidad. Generalmente cuando la persona intersex comienza a contactar con su dolor y sus emociones reprimidas, es frecuente que se quede instalada en un estado infantil, en el que se desresponsabiliza de sí, se siente indefensa, desprotegida, le da miedo todo.

Así pues, a través de estos mecanismos de defensa, la persona bloquea el ciclo contacto-retirada. Estos mecanismos en un principio son adaptativos y funcionales, ya que es tal lo

desbordada que se siente la persona, que necesita esta interrupción para su supervivencia. Sin embargo, tiene como consecuencia que la persona vaya acumulando asuntos inconclusos.

En esta primera parte de la tesina, se profundizará en algunos de estos asuntos inconclusos que quedan ahí escondidos, sin afrontar, y que están interfiriendo en el aquí y ahora de la persona con alguna condición intersex.

Figura y Fondo

En la percepción visual hay algo más que lo que salta a la vista. El sujeto organiza básicamente las percepciones de la corriente sensorial aferente en la experiencia primaria de una figura vista o percibida contra un segundo plano, o fondo. (Polster, 1980, p. 43)

Otra ley de la percepción es la tendencia del sujeto al cierre, a ver la figura como una imagen completa, delimitada, y condicionada por la experiencia propia.

LA FIGURA: Por un lado, el cuerpo de la persona intersex no se corresponde con lo que muchas personas esperarían. Esto puede producir una disonancia, que al no comprenderla, se intenta eliminar de la experiencia, haciendo como si no estuviera. Hay una vivencia de no encajar, de que su cuerpo no es como tendría que ser o como se espera que sea. Es decir, la realidad de su cuerpo es diferente a la imagen mental propia y de la sociedad de “cómo un cuerpo sexuado tendría que ser”. Por todo ello, es necesario crear y tener referentes, personas que ayuden a visibilizar otras figuras posibles, y que estas figuras también sean aceptables y deseables. De hecho, para mí, este es uno de los sentidos de mi vida: ser referente para muchas personas que sienten que su cuerpo y sus vivencias no encajan con las demás. Es tan importante mostrar esta realidad, hacerla visible; así estamos mandando el mensaje de que

otros cuerpos están permitidos, tienen un lugar en la sociedad, creando una imagen de cuerpo y vivencias que también son aceptadas y aceptables.

EL FONDO: Por otro lado, aunque en figura puede haber unos temas concretos y definidos, como suele ocurrir, es en el fondo donde “se cuece”, donde está “el meollo de la cuestión”. Por ello, es muy importante no encandilarnos con la figura y ver más allá, poder ver el fondo. Este es también uno de los propósitos de esta tesina. Según los Polster:

“El fondo carece de tal magnetismo. Difuso y amorfo, su función principal es servir de contexto para la percepción de la figura, dándole profundidad y relieve, pero sin despertar interés por sí mismo. Su poder reside en su fertilidad” (Polster, 1980, p. 45).

Dicen también los Polster (1980) que la división entre figura y fondo es transitoria y difusa, hay un flujo espontáneo entre ambas, siendo el fondo una fuente inagotable de figuras. Así pues, cuando atendemos a pacientes intersexuales, es muy frecuente que en un principio la figura parezca estar en un lugar, pero si estamos abiertas, receptivas al fondo, a ese flujo inacabable de figuras, es posible que podamos acompañar a la persona a otros lugares mucho menos transitados, más ricos y reveladores. Soy consciente de que esto no es particular de pacientes con intersexualidades, pero en estos últimos, lo que se hace figura puede ser muy llamativo e hipnótico, y si no nos mantenemos con la suficiente distancia, podemos quedar “encandiladas” por esa figura que nos presentan.

Autorregulación Organísmica

El concepto de Autorregulación Organísmica fue acuñado por Fritz Perls y es uno de los pilares más importantes de la Terapia Gestalt. Según Naranjo (1990), consiste en algo así como una confianza en la espontaneidad, y no es una manera diferente, sino una traducción biológica de lo existencial de “ser una misma”. En ambos casos, se está haciendo referencia a un vivir desde dentro (en lugar de vivir desde fuera).

Las personas intersex suelen experimentar poca confianza en su cuerpo, ya que de alguna manera piensan que la vida, la naturaleza... les ha “traicionado” o se “ha equivocado” con ellas. Este es el mensaje que pueden haber recibido a través de las miradas e interacciones (una vez descubierta su condición). Sin embargo, la Gestalt enfatiza en la confianza en nuestro organismo, en nuestra parte genuina por encima de convencionalismos, ya que nuestro cuerpo es capaz, por sí mismo, de conectarse con sus necesidades y de satisfacerlas. En este sentido, Ferreira de Assis (2013) explica cómo la confianza en que el organismo sabe lo que es lo mejor para sí, conlleva tener fe en su capacidad sabia y autorreguladora.

La autorregulación orgánica nos marca nuestro camino, nuestra brújula en la vida, y también el ritmo y la velocidad con que podemos transitarlo. En este sentido, el fin de la Terapia Gestalt es que la persona recobre su autoapoyo, la confianza intrínseca en su naturaleza; que no tiene que forzar nada, sólo hay que escucharse, ir quitando obstáculos y el río fluye.

Esta concepción es fundamental en cualquier tipo de terapia, y si cabe aún más en las personas intersexuales, ya que algunas de ellas, aparte de no confiar en su cuerpo, han sido forzadas a cambiarlo, mediante cirugías, tratamientos hormonales, técnicas correctoras... Muchas han sufrido una fuerte invasión en la que no se ha respetado su voluntad, y de alguna manera son especialmente sensibles a estas invasiones, pudiendo permanecer muy disociadas de sí mismas. Pueden oscilar entre la obediencia a lo exterior, y la rebeldía y/o la parálisis para oponerse a lo de fuera. En ambos casos, no hay una escucha real de lo interno, el foco está afuera. Por lo tanto, es básico que aprendan a confiar en la vida y en sí mismas, sin forzar nada, sólo acompañando el movimiento de la vida, apartando de vez en cuando los obstáculos que van apareciendo, confiando en este flujo interno de la vida. Desde aquí todo es fácil, y al mismo tiempo, requiere un esfuerzo de presencia, de valentía de estar presente,

de ir caminando, de seguir este impulso de vida, que muchas veces asusta y conecta con heridas y asuntos inconclusos del pasado.

8.2. Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar la forma en que piensa (“cognitivo”) y cómo actúa (“conductual”) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras “terapias habladas”, la TCC se centra en problemas y dificultades del “aquí y ahora”. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas del pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. (Royal College of Psychiatrists, 2009)

En la TCC, no existe ningún abordaje específico para el ámbito de las intersexualidades. Únicamente para el caso de la población homosexual, se establece un tratamiento de elección preferente al que denominan *Psicoterapia Afirmativa*, que se basa en los principios de autenticidad y autoaceptación, y que rechaza cualquier identificación con la enfermedad mental (American Psychological Association [APA], 2012).

En cuanto a resultados empíricos de la psicoterapia afirmativa, Moradi y Budge (2018), exponen que no existe ningún estudio de relevancia que haya aportado resultados de esta psicoterapia en todo el espectro de la diversidad afectivo-sexual (LGBTQ+). Por tanto, se deduce que difícilmente los pueda haber únicamente en la población intersexual.

Dichas autoras (Moradi & Budge, 2018), recogen una serie elementos que ha de incluir la terapia con personas LGBTQ+, y que voy a resumir en los siguientes puntos, ya que nos pueden dar una buena perspectiva para el ámbito de las intersexualidades:

- Utilizar un lenguaje inclusivo y una actitud de apertura y aceptación a la diversidad.
- Romper los circuitos de los estresores de las minorías y la sintomatología psicológica.
- Reestructurar las cogniciones propias de las minorías que causan estrés (aunque sin minimizar sus experiencias).
- Calibrar la integración de las estrategias utilizadas, con la comprensión individualizada de las experiencias de la persona.
- Reconocer las fortalezas y la resiliencia.
- Trabajar con el estigma.
- Facilitar la regulación emocional y reducir la evitación de emociones dolorosas contenidas.
- Promover una comunicación asertiva.
- Favorecer la construcción de relaciones de apoyo.
- Buscar la afirmación de la expresión sana de su sexualidad.

8.3. Psicoterapia Corporal: Reichiana y Bioenergética

“Podríamos definir la psicoterapia corporal como aquella que se plantea la reducción del sufrimiento y de la sintomatología psicosomática y psicopatológica... utilizando herramientas clínicas verbales y psicocorporales articuladas a través de la relación terapéutica” (Serrano, 2011).

Según Serrano (2011) estas corrientes hacen referencia a una vinculación funcional en nuestro cuerpo entre lo psíquico y lo corporal, teniendo como base teórica que el yo es el cuerpo, y que existe una memoria muscular. Las técnicas corporales utilizadas tienen la finalidad de que aflore del inconsciente el contenido reprimido que está dificultando el libre

flujo energético, y que forma parte del carácter, que es el conjunto de defensas psíquico-somáticas que la persona ha desarrollado para hacer frente a las presiones del ambiente. Estas terapias suelen establecer diferentes clasificaciones de carácter según la etapa del desarrollo de la niña/del niño, en la cual se produjeron los principales bloqueos energéticos. Digamos que el individuo neurótico, ya adulto, se ha quedado fijado a todos los niveles (psíquico, corporal y energético) en una etapa concreta del desarrollo (aunque puedan existir defensas en todas las etapas).

Una aportación de estas corrientes en el campo de las intersexualidades radica en la visión de que los asuntos inconclusos se sitúan también en el cuerpo, y para ser abordados, el cuerpo ha de ser tenido en cuenta. Y justamente es el cuerpo intersex “el origen” de las diferencias con las demás. En él puede haber muchas vivencias difíciles, que suelen tener que ver con la invasión, la descalificación, el abandono... Además, algunas de estas personas han sufrido dichas vivencias desde muy pequeñas, cuando no había un procesamiento racional maduro. Por lo tanto, el acceso a dichas vivencias y situaciones traumáticas difícilmente será abordado a nivel del pensamiento racional de la persona, siendo el cuerpo una vía inigualablemente valiosa para acceder y trabajar estos importantísimos asuntos inconclusos.

8.4. Psicoanálisis

El Psicoanálisis es la corriente de psicoterapia más ampliamente conocida a nivel popular, tanto, que generalmente la “gente de a pie” suele confundir “psicoanalizar” con psicoterapia. Debido a su antigüedad, su fama y su heterogeneidad existen infinidad de definiciones. Yo he decidido quedarme con este acercamiento hecho por el psicoanalista Javier Arenas (2019):

Desde el psicoanálisis entendemos el **síntoma** como la expresión de un conflicto inconsciente, esto es, rechazado de la conciencia, y que desde su inconsciencia se hace oír de mala manera. Un análisis es ese proceso laborioso a través de las palabras,

necesario para poderlo escuchar de buena manera. Un viaje hacia sí mismo en busca de las causas, en busca de la verdad de uno, que una vez identificada y reconocida permite a cada cual gestionarla con mejores recursos y mayor libertad de acción. Y es que la mentira enferma, y claro, la verdad cura. (p. 27)

Justamente, para muchas personas intersex el camino a realizar es el mismo que propone el psicoanálisis, descubrir la propia verdad sobre ellas, sobre lo que pasó, sobre eso que quedó escondido en el inconsciente, para que pueda salir a flote a la conciencia. Como explicaré más adelante, es muy importante que realicen ese proceso de enfrentarse con su verdad: cuál es su condición con todos sus detalles, qué operaciones y para qué se les realizaron, quién supo y sabe de ellas, cómo lo vivió la familia y de qué eran conocedoras...

Para el Psicoanálisis, cada palabra enunciada tiene una dimensión simbólica, tiene un valor y un significante por descubrir. Como argumenta Arenas (2019), las cosas tienen un nombre, pero hace falta desapegarse, tomar una distancia, para poder reconocerlo. Esto, en el campo de las intersexualidades, nos ayuda a escuchar qué palabras utiliza la persona para referirse a ello, o si no utiliza, cómo lo hace y explorar qué hay detrás de ello. No quedarnos con la palabra concreta ahí pegadas a ella, sino “tirar del hilo” para ir soltando la madeja e ir poniendo luz y claridad.

Otro de los conceptos clave del psicoanálisis, que puede ser importante para la comprensión de las intersexualidades, es **El proceso edípico**, que hace referencia a cómo el individuo se va posicionando en el triángulo familiar (con la figura paterna, la materna y el límite), cómo toma su espacio, y según se realice este proceso, la persona se situará frente a la vida y desarrollará un tipo u otro de neurosis (Arenas, 2019). ¿Y por qué es tan importante este concepto en el campo de las intersexualidades? Lo es porque el hecho de que una persona tenga una condición intersexual y lo sepa su madre y su padre, influye en cómo se sitúa en

dicho triángulo. Por ejemplo, si la niña intersex no se sintió completamente niña o no fue mirada como tal, es posible que se pudiera identificar completa o parcialmente también con el mundo del padre, con lo masculino, excluyéndose de lo femenino. Según el Psicoanálisis, las miradas que la madre y el padre vuelcan en el hijo, en la hija, son básicas y determinan el lugar que él o ella ocuparán. Y es evidente que posibles resquemores y cuestionamientos más o menos conscientes sobre el género, influirán en cómo la persona se posiciona respecto a sus progenitores, y en un futuro, en la vida misma.

Averiguar y descubrir cómo se ha desarrollado el proceso edípico de la persona, nos puede dar gran claridad en la terapia, nos puede servir de guía hacia dónde ha de ir nuestra intervención. Por ejemplo, si la persona necesitó un límite que no le fue puesto, porque el padre y/o la madre se sentían culpables al consentir la(s) operación(es)/ intervención(es) que le realizaron a su hija, a su hijo.

9. LAS VIVENCIAS RELACIONADAS CON LO MÉDICO

Gregori (2015) describe cómo el itinerario asistencial de una persona con DSD acostumbra a estar lleno de profesionales desinformadas o incompetentes en la materia, de largos períodos sin diagnóstico, de diagnósticos que luego son desechados, de continuas derivaciones de una especialista a otra, y demás situaciones poco tranquilizadoras.

La mayoría de las personas con DSD han pasado por el circuito médico, y en muchos casos, más que pasar por este circuito, las personas refieren haberlo sufrido. Esto va desde el diagnóstico y las pruebas para confirmarlo, hasta las pruebas posteriores para decidir el sexo del bebé, revisiones y exploraciones periódicas, cirugías para “ajustar” el cuerpo al sexo asignado, extirpación de gónadas, tratamientos hormonales y otras medicaciones, analíticas y pruebas periódicas (densitometrías óseas, ecografías, mamografías, etc.). Algunos autores

incluso señalan que justamente este recorrido médico es uno de los factores que configuran la intersexualidad, ya que muchas de las vivencias de las personas con DSD son forjadas a través de la mirada médica, y de los tratamientos y pruebas que la acompañan.

9.1. La mirada médica

El personal médico es clave, ya que suele ser el primero en aportar una mirada y una información sobre lo que está aconteciendo. En el momento actual, en nuestro país, la visión médica y el vocabulario que le acompaña, suelen abordar las intersexualidades/DSD desde el prisma de la patología (desorden, problema, anomalía, trastorno, etc.), desde algo que no funciona o que funciona “mal” y que por lo tanto se ha de corregir y solucionar lo antes posible. Esto únicamente en algunos casos concretos (principalmente en algunas personas con Hiperplasia suprarrenal congénita) puede ser real: existen situaciones que hay que atender a nivel médico e incluso modificar quirúrgica y farmacológicamente. Podemos decir que para algunas médicas y médicos, una condición intersexual/ DSD es algo malo, a erradicar y solucionar, es una mala noticia que dar a la familia o persona implicada. Y por tanto, a la hora de dar el diagnóstico pueden trasmitir este enfoque cargado de creencias que básicamente se resume en etiquetar “lo que te pasa es malo”, “lo que le pasa a vuestro hijo, a vuestra hija es malo”. Al dar la noticia, al explicarlo en las revisiones siguientes, este mensaje que no sólo es verbal sino también no verbal, va calando en la familia y en las personas implicadas, de manera que se interioriza como tal. Además de “malo”, tiene un componente de vergüenza, de secretismo, con verbalizaciones como: “que nadie se entere, que nadie le cambie el pañal a la niña” o “nunca se lo digáis porque se podrá suicidar”. Esto es así porque afecta al ámbito sexual de la persona, y algunos médicos (y nuestra sociedad) cuestionan la “normalidad” sexual-corporal de la persona.

Al ser este cuerpo “malo, anómalo, patológico”, se ha de modificar para erradicar y solucionar el problema lo antes posible, con las operaciones y tratamientos médicos necesarios, muchas veces sin importar el número de operaciones, las consecuencias de dichos tratamientos, etc.

9.2. El Diagnóstico

El diagnóstico es uno de los momentos clave, tanto por cuando se da (edad que tiene la persona implicada), como por el cómo se realiza y se recibe por la persona y su familia. Si el diagnóstico médico se realizó en la infancia o en la adolescencia, entonces habrá varios momentos a tener en cuenta: el primero cuando se enteran la madre y/o el padre, y el segundo cuando se entera la persona en cuestión. No es lo mismo que la persona se entere gradualmente desde la infancia, según su grado de desarrollo y necesidad, que enterarse en la adultez, o recibir demasiada información bruscamente, difícil de procesar y asimilar.

A menudo el conocimiento del diagnóstico es un momento muy duro “como un puñal en el corazón”, pero a veces, sobre todo cuando éste es tardío y en algunos casos después de un largo peregrinaje por diferentes especialistas, también se observan otros sentimientos relacionados con el hecho de conocer, por fin, la verdad. Podemos identificar este tipo de sentimientos a través de las siguientes frases: “a partir de ese momento, supe a qué atenerme”, “sentí tranquilidad por saber lo que me ocurre”, “por primera vez estoy a gusto conmigo misma”, “he podido encontrar la pieza que faltaba para completar mi puzzle ” (GrApSIA, 2015, párr.4).

El conocimiento de un diagnóstico como éste supone una sensación de pérdida doble: de tu identidad personal y de tu identidad social. Por un lado, aparece un sentimiento

de no pertenencia al mundo de los sanos, de los “normales”. Muchas veces, sólo encontramos para definirnos palabras, expresiones, términos negativos que nos separan del resto (enfermedad rara, patología, cirugía correctiva...) apartándonos del lugar que habíamos ocupado hasta ese momento. A menudo, es difícil imaginar cómo va a ser la vida a partir de ese momento, porque en la mayoría de los casos, no hay referentes ni modelos. Ese desconocimiento provoca miedo, ansiedad, angustia. Estas connotaciones negativas se ven potenciadas al tratarse de una condición que incide directamente en la esfera sexual, y pueden aparecer miedos sobre la aceptación del propio cuerpo, o incluso el cuestionamiento sobre la “validez” para las relaciones sexuales. La siguiente etapa que tenemos en cuenta es el afrontamiento de ese diagnóstico, que puede traer consigo una serie de dificultades. A menudo hay una primera etapa de negación, en la que se elige no afrontar el síndrome. Esta etapa suele ir acompañada de fuertes sentimientos de “soledad, aislamiento, exclusión, vergüenza, rabia, incomprendión, desesperación, tristeza profunda y dificultad para establecer un rumbo en la vida y darle un sentido”. En algunas personas, puede haber incluso ideas de suicidio. (GrApSIA & Audí, 2014, p. 138-148) (Texto original de GrApSIA, anterior a su traducción al inglés)

9.3. Las cirugías

Mientras hablo, yo sé que para mi cirujano formo parte de su pasado, de un pasado nebuloso de pacientes que van y vienen. Mientras yo viva, él no podrá formar parte del mío: llevo las marcas de sus ideas sobre el género y la sexualidad grabadas en el cuerpo para siempre. Convivo con ellas todos los días, forman parte del paisaje cotidiano de mi piel, están ahí para ser explicadas cada vez que me desnudo,

responden con silencio de la insensibilidad que su práctica instaló en mi experiencia íntima de lo corporal. (Cabral, 2003, p. 124)

Muchas personas con intersexualidades han sido sometidas a cirugías, la mayoría de ellas en la infancia y adolescencia, algunas veces para solucionar problemas de salud importantes, pero generalmente para intentar ajustar, lo máximo posible, el cuerpo de la persona al sexo asignado. De esta manera, algunos sectores del estamento médico argumentan que la persona y su familia serán más felices, y no tendrán el trauma de tener un cuerpo demasiado distinto al resto. Estas cirugías van desde modificar el canal de la uretra, extirpación de gónadas (fundamentalmente si no son las típicas del sexo asignado), hernias inguinales, reducción de clítoris, fusión de labios, y un largo etcétera... Hemos de tener en cuenta que hay personas que han tenido que someterse a numerosas intervenciones, y a los efectos de éstas. Así, en mujeres XY, algunos estudios dan como resultado una alta insatisfacción y disfunciones sexuales después de cirugías feminizantes, a pesar de estar satisfechas con el resultado estético (Callens et al., 2012).

A nivel físico, las cirugías no son inocuas para las personas intervenidas. Por ejemplo, un estudio realizado con 28 pacientes adultas con HSC (Hiperplasia Suprarrenal Congénita) concluyó que la cirugía genital conlleva una pérdida de sensibilidad, además de dificultades sexuales (Crouch, Liao, Woodhouse, Conway & Creighton, 2008). Los resultados revelaban una disminución de la sensibilidad al calor, al frío y a la vibración en las pacientes que se les había realizado una cirugía de clítoris. El estudio también concluía que las mujeres que habían pasado por cirugía tenían malos resultados en la frecuencia de relaciones, dificultades de penetración vaginal y anorgasmia. Otros estudios, como el de Lesma, Bocciardi, Montorsi y Rigatti (2008) muestran resultados similares.

Es muy importante poder indagar qué repercusiones reales han tenido estas intervenciones en la psique de la persona, si tras estas cirugías hubo algún cambio en el ánimo, en el sentir y en el comportamiento de la persona (alimentación, sueño, relaciones interpersonales, enfermedades...). Ya que, aunque muchas veces la persona le quita importancia, al ir conectándose realmente con su cuerpo y con lo ocurrido, pueden aparecer sensaciones de gran impotencia, invasión, soledad, miedo, rabia, desconcierto... Si se realizaron en la infancia o adolescencia, pueden fomentar en la persona un estado apático de indefensión aprendida, al que a lo largo de su vida se puede ir aferrando. Si la rabia es retroflectada, se dirige a sí misma y se puede entrar en un estado de victimismo, al que la persona puede ir recurriendo de manera periódica o permanente.

Hay que tener en cuenta que generalmente a la niña, niño, adolescente, e incluso también a la adulta, en muchos casos se les mintió, se les ocultó información para operarle. Y la sensación de ser invadida, mentida, engañada..., puede ser muy grande. Estas operaciones fomentan justamente lo que querían evitar, la sensación de monstruosidad, de que “algo malo pasa con su cuerpo que para ser aceptada tenga que ser operada”. Incluso hay casos de niñas y niños muy pequeños que fueron atados (para no tocarse los puntos), sin acceso de su madre y padre a la habitación (durante días), y traídos al hospital engañados, sin una mínima y comprensible explicación.

Es básico que se tome contacto con la rabia sufrida, con el propio poder, con la propia fuerza. Las técnicas corporales pueden ser muy oportunas en este sentido, ya que este tipo de experiencias se quedan fijadas en la coraza corporal y muscular, habiendo en algunos casos poco acceso desde la conciencia mental.

Por último, también puede estar muy presente en muchos pacientes el duelo por lo extirpado (gónadas, clítoris...) o modificado.

9.4. Tratamientos médicos

Algunas preocupaciones médicas giran en torno al riesgo de cáncer, osteoporosis, consecuencias de la terapia hormonal, y otras medicaciones que sean tomadas a largo plazo y de las cuales se desconocen los efectos secundarios. Uno de los problemas más importantes al que se enfrentan estas personas, es el gran desconocimiento de la comunidad médica, ya que hay pocos estudios fiables (la casuística es baja y dispersa), y la mayoría de la literatura científica se refiere a suposiciones y casos concretos. Pero la realidad, es que el personal médico suele desconocer bastante, incluso las profesionales más informadas y motivadas reconocen estas limitaciones. Por lo tanto, la persona se ve en el interrogante de “¿Qué tomar? ¿Por qué vía tomarlo? (oral, cutánea, inyectada...) ¿Cuánto tomar?, ¿Cuándo comenzar? Si parar o no, ¿qué consecuencias tendrá, etc.?” Generalmente se encontrará con que cada profesional le recomendará unos tratamientos y dosis determinados.

Aquí el papel de la terapeuta es ayudar a la persona a pasar de una actitud pasiva, “que sea el médico el que me solucione y me guíe”, a tomar una actitud activa en el tratamiento, atreviéndose a dejarse sentir qué le sienta mejor o peor, informándose en cuantos más medios le sea posible (las asociaciones pueden ser muy útiles a este respecto), consultando a diferentes profesionales expertos en el tema (generalmente esto implica salir de la propia localidad) y tomar al médico o médica como un apoyo, en el que también están las experiencias de otras personas, la literatura médica, las propias experiencias e intuiciones...

Al mismo tiempo, como terapeutas, también hemos de tener en cuenta que hay personas que no desean tomar esta responsabilidad y prefieren ser pasivas y ponerla fuera. En estos casos, es interesante que las personas se den cuenta de las consecuencias de esto para ellas, y de cómo se posicionan frente a la autoridad médica, y frente a su propio tratamiento.

9.5. Cirugías, Exploraciones y desconexión del cuerpo

Al igual que las intervenciones quirúrgicas tempranas, se ha observado que las frecuentes exploraciones genitales pueden ocasionar una sensación de invasión. Ante esto, una respuesta bastante frecuente es la de desconectarse de los genitales y de las sensaciones que conllevan. El niño, la niña, despersonalizan su cuerpo (al igual que hace el personal médico), se desconectan de él, de su propia persona, para evitar el sufrimiento y malestar que sienten. El cuerpo, y concretamente la zona genital, deja de ser una zona “viva” y parte de la propia persona, fuente de sensaciones placenteras; pasa a ser una zona “muerta”, deja de ser sujeto y pasa a ser objeto, algo material e inerte. Esto, inconscientemente, se hace como defensa ante las sensaciones de invasión, de dolor, de ser “mala” o incluso “monstruosa”. En muchas personas se crea el mecanismo de que “esto no va conmigo, aquí no pasa nada”; esto se hace a través de la desconexión con el cuerpo, con el placer, con el deseo propio y con el sufrimiento e impotencia por lo vivido.

Funciona como una protección para no sentir lo desagradable, un arma para poder aguantar ese dolor. El problema es la sensación de impotencia que queda detrás, la paralización del movimiento natural de defensa ante la invasión, la congelación de las sensaciones placenteras. Es decir, se desconecta del impulso de defensa (con la idea de “¿cómo voy a defenderme frente a una situación que teóricamente no es mala para mí?”) y del impulso erótico y de intimidad que se sitúa precisamente en la zona genital, siendo esta última la que puede haber sido invadida en menor o mayor grado.

Las fotografías médicas y la presencia de un gran número de profesionales de la salud (que van a observar los genitales de ese caso “raro y/o exótico”) también son descritas como invasivas por muchas personas con intersexualidad/DSD. En este sentido, Gregori (2015) habla de expropiación corporal, que se inauguraría con la primera exploración médica de los genitales y que acabaría en la mesa de quirófano:

Ya en la primera interacción médica la persona es “desposeída” de su intimidad y de su autonomía... Su cuerpo queda alienado y pasa a manos de la biomedicina para inspeccionarlo, evaluarlo y, si se considera, corregirlo o tratarlo. En esta renuncia, “la vivencia de la intimidad queda borrada” ... y la vivencia de poseer un cuerpo equivocado grabada en fuego. Nos preguntamos cómo es posible entregarse a una experiencia sexual placentera desde este lugar. (Gregori, 2015, p. 298).

9.6. La Relación con la autoridad médica

La forma en la que las personas han sido tratadas en consulta, y la manera en que se han establecido los canales de comunicación, es importante e influye en la forma de relacionarse con la condición y el propio cuerpo. En algunos casos, sobre todo durante la infancia y adolescencia, las visitas han podido ser vividas con “tensión y angustia, como algo traumático”.

Las críticas más frecuentes hacia el estamento médico son dos: por un lado, la falta de información respecto al diagnóstico, aunque esta información haya sido requerida: “Solo cuentan lo que creen que debo saber”. Por otro lado, el hecho de sentirse objeto de estudio al haber sido fotografiadas, o haber pasado diferentes profesionales o estudiantes durante la consulta sólo para observar en directo un caso así. En al menos dos casos, se le ha presentado a la paciente la posibilidad de elegir vivir como hombre o como mujer, creando una duda y un desconcierto todavía mayores de lo que implica el conocimiento en sí mismo del diagnóstico. Todo esto ha hecho que el sentimiento hacia la clase médica sea en muchos casos de una “mezcla de rebeldía y resignación”. (GrApSIA & Audí, 2014, p. 138-148) (Versión original de GrApSIA, anterior a su traducción al inglés)

Al final del texto anterior, se habla de mezcla entre rebeldía y resignación como sentimientos predominantes ante la clase médica. Generalmente, la relación con el colectivo médico suele ser ambivalente, por un lado de obediencia, pasividad, de muchas expectativas puestas hacia él, sin que éstas sean cumplidas. Y por lo tanto, una sensación de frustración, de enfado y una victimización frente a estas figuras médicas, que “le han invadido, no le han respetado, no han sido honestas, han mentido, han ocultado, han sido prepotentes...”. Al identificar a esta figura médica con la autoridad, recuerda también a la relación con la madre y el padre, que tampoco cumple todas nuestras expectativas, porque tiene limitaciones. Este es el trabajo a realizar también con estas personas, crear un espacio que favorezca la vivencia y expresión de los asuntos inconclusos con las figuras médicas. Poniendo el foco en llegar a estar en paz, pasar página, e incluso poder sentir el cuidado recibido, que no fue perfecto ni ideal, pero que fue el que fue, el que le pudieron dar. Esto no quita que, en el momento actual, no se encargue de buscar a profesionales que mejor se ajusten al apoyo que desea.

Por último, también es importante explorar a quién (profesionales, padre, madre, a sí misma) o a qué (a la vida...) culpa la persona por las vivencias dolorosas vividas. La idea es que ésta pueda poner fuera eso que muchas veces está reteniendo de manera inconsciente y, al contenerlo, le está mermando energéticamente, anquilosado como asunto inconcluso.

10. MASCULINIDAD Y FEMINIDAD. SEXUALIDAD Y RELACIONES DE PAREJA

10.1. Identidad. Masculinidad - Feminidad

Hay una gran diferencia entre ser SIA (Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos) o tener una gripe, hepatitis o un problema de corazón. El SIA apunta directamente a tu

línea de flotación, hace tambalearse el suelo que pisas y difumina el horizonte al que te dirigías. Afecta a tu identidad y te sitúa ante el reto de reconstruirte, repensarte.

El conocimiento de un diagnóstico como este supone una sensación de pérdida doble: de tu identidad personal y de tu identidad social. Lo que creemos sobre nosotros mismos determina en gran medida las actitudes y las opiniones que otros tengan frente a nosotros. Es por ello que el principal caballo de batalla de GrApSIA es deshacer ese sistema de creencias negativas. (GrApSIA, 2015, párr. 1, 2)

Al superar la fase de negación, no obstante, encontramos el reconocimiento de una gran dificultad para aceptar esta condición, debiendo afrontar de alguna manera un reto de reconstrucción personal y de encaje dentro de los modelos sociales establecidos. Pueden surgir dudas sobre la identidad femenina, sobre todo asociadas al conocimiento del cariotipo XY, así como sentimientos de inferioridad respecto a otras mujeres. También acusamos la falta de referentes positivos para afrontar esta reconstrucción ya que, si estos existen dentro de la familia, suelen estar rodeados de un halo de tabú y secreto. (GrApSIA, 2015, párr.6)

Uno de los aspectos más comunes en la mayoría de las personas con intersexualidades es la devaluación de la masculinidad/feminidad (Gregori, 2015), es decir, internamente la persona se siente menos mujer/hombre. Suele haber también una vivencia interna de no ser un hombre o una mujer completos, incluso de ser un fraude, un engaño. Esta vivencia viene mediatisada y se introyecta por la creencia cultural de que para ser una “mujer de verdad” tiene que ser madre, tener el período, vagina, cromosomas XX, una apariencia genital determinada, ... Y para ser un “hombre de verdad” tiene que tener pene y testículos de unas determinadas características, vello, compleción... Al internalizar la persona estas creencias, y

sentir que no las cumple, el autocuestionamiento está servido. En muchas ocasiones, este cuestionamiento también viene desde la propia familia, no necesariamente con verbalizaciones directas, sino desde la mirada o verbalizaciones indirectas (Ej. “nunca encontrará una pareja, marido/mujer...”). O desde el colegio, amistades y el propio personal médico, con verbalizaciones del estilo “no es una mujer/hombre de verdad”, “realmente es un hombre” “por dentro es un hombre...” (En personas que se identifican como mujer).

A veces el personal médico, también el padre y la madre, se esfuerzan en intentar reafirmar la feminidad/masculinidad de la persona, de tal manera que el efecto que consiguen es totalmente el contrario, ya que puede ser percibido como una sobrecompensación, que confirma más aún su creencia.

Por lo tanto, la técnica de reforzar la feminidad/masculinidad de la persona puede ser contraproducente y conseguir justamente el efecto opuesto. No se trata de convencer a la persona de nada, ni de que es más o menos hombre/mujer. Una vía interesante es ayudar a que la persona explore las creencias sobre su feminidad/ masculinidad, qué consecuencias tienen en su vida (tanto generativas como inhibitorias), cómo se han formado y finalmente ponerlas en cuestión. Pero primeramente hemos de detectarlas, que salgan a la luz, que la persona les ponga voz y luego poco a poco vaya poniendo en relieve qué le han supuesto y le suponen esas creencias en su vida. Al final, la persona misma se ha de ir cuestionando esas creencias introyectadas, comenzando a masticarlas de verdad y pasándolas por el filtro de cómo se siente y cómo se define: hombre, mujer, incluso ambos o ninguno. El trabajo a realizar consiste en apoyarle en ese sentimiento de identificación genuino con su ser hombre, mujer, intersexual, ser humano... (Como sea que se defina la persona).

Y no hay que olvidarse que las personas con intersexualidades muchas veces no pasan por los supuestos ritos sociales que “hacen pasar” a la persona a ser hombre o mujer: tener el período

(que incluye utilizar compresas y tampones, sincronicidad del período con amigas...), ser madre/padre...

10.2. Sexualidad, libido y relaciones de pareja

Hemos de tener en cuenta que, en muchos casos, la persona no verbaliza directamente esta devaluación, incluso es muy posible que haya una falta de conciencia de este fenómeno. Sin embargo, sí que se pueden observar sus consecuencias, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones de pareja, donde al sentirse cuestionada en cuanto a su feminidad/masculinidad, puede experimentar una importante dificultad para la intimidad. Siendo en esta intimidad donde se pone en juego toda la inseguridad y autodevaluación. Aquí es donde más vulnerabilidad y más miedo hay a que la otra persona lo devalúe, lo rechace y descalifique. Realmente suele haber un mecanismo de proyección en la otra persona, de lo que realmente una se hace a sí misma; que no es otra cosa que rechazarse, criticarse, devaluarse como mujer, como hombre, en definitiva, como persona. Por lo tanto, primero se introyecta esta devaluación de la sociedad y de la mirada médica, familiar... y luego se vuelve a proyectar fuera.

La persona se mueve entonces en una fase de sensaciones difusas, en las que muchas veces no es consciente totalmente del miedo y la vulnerabilidad que siente, y lo que hace, en muchos casos, es bloquear todo lo que pueda conectarle con esto, brindándose para no tener pareja y encuentros íntimos.

Incluso muchas veces **la libido** resulta una amenaza para la persona, puesto que le lleva a contactar con ese ámbito que evita; así ésta puede ser bloqueada, o mejor dicho, puede haber una desensibilización de los impulsos sexuales y eróticos para no conectar con esa vulnerabilidad. De esta manera, la falta de deseo es una de las cuestiones que preocupa a las

personas con DSD, especialmente a las mujeres que han pasado por cirugías de normalización (Gregori, 2015).

Como terapeutas podemos ayudar a explorar este miedo, esta vulnerabilidad, hasta que la persona vaya conectándose con lo que hay detrás de todo esto, y que suele ser el miedo a la intimidad auténtica (no sólo con la otra persona, sino consigo misma). Sólo atravesando este miedo es como podrá ir a una posición más madura, a una sensación de mayor completud y se hará cargo de sí misma. Por lo tanto, podemos decir que esta dificultad en la intimidad real suele ser la auténtica figura que se queda sin resolver en la vida de la persona. Así que tenemos que ayudar en primera instancia a la toma de conciencia para llegar al contacto y satisfacción. Hemos de tener en cuenta que algunas personas con intersexualidades se hacen expertas en utilizar su degradación como hombres/mujeres para evitar esa experiencia que tanto miedo puede darles, que es la intimidad real. Es decir, se rechazan y anticipan el rechazo desde fuera, para no tener que hacer frente a estar cerca de otra persona; así evitan sentirse frágiles, vulnerables.

La dificultad en experimentar el placer genital puede estar también relacionada con el hecho de relacionar la zona genital, que es la zona asociada al placer por excelencia, con experiencias de invasión, de sentirse observada por extraños, de sentirse rara. Los genitales, desde que pasan por el circuito médico, se pueden asociar a lo patológico, a lo doloroso, a lo anormal, rompiendo así su asociación con el placer, el disfrute, la entrega...

En los siguientes fragmentos se puede observar cómo algunas personas con insensibilidad a los andrógenos expresan sus vivencias respecto a su sexualidad:

Durante la **adolescencia**, algunas características de este síndrome, como la ausencia de menstruación, la ausencia o escasa presencia de vello púbico y axilar, un desarrollo más tardío o inducido por hormonas, marcan una diferencia con el grupo, tan importante en esta etapa de la vida, haciendo aparecer un sentimiento de “bicho raro”. Cuando llega el momento

de las **relaciones sexuales**, la principal dificultad está relacionada con el hecho socialmente difundido de identificar relaciones sexuales con relaciones coitales. En muchos casos el tamaño pequeño de la vagina, o su ausencia, supone una dificultad y un motivo de preocupación. También el hecho de cómo solucionar esta característica supone una fuente de angustia. Al mismo tiempo, suele haber una dificultad para aceptar el propio cuerpo y un miedo al rechazo. Como la mayoría de dificultades en el campo de la sexualidad, las nuestras tienen sus raíces en el ámbito psicológico. La longitud de la vagina, las cicatrices o la ausencia de vello, cuando no se ha trabajado suficientemente la autoestima ni se ha transmitido una vivencia positiva del síndrome, hacen temer el hecho de que se pidan explicaciones. En general, este es un terreno que produce bastante inseguridad y a menudo se realizan conductas de evitación.

En cuanto a las **relaciones de pareja**, cuando esta es un varón, el tema que supone una mayor dificultad es si explicar o no el síndrome y cómo hacerlo. Sobre todo, si desvelar o no el cariotipo. Respecto al tema de la **maternidad**, en muchas ocasiones se evidencia una gran tristeza, desolación y desilusión al no poder ser madres biológicas. Para otras personas, en cambio, este no es un tema tan relevante.

(GrApSIA, 2015, párr.9, 10)

11. LA VIVENCIA DEL CUERPO

11.1. El deseo de tener un cuerpo estándar, de ser “normal”

Aunque lo normal de la humanidad sea la diversidad, la sociedad _a través de una serie de relaciones de fuerzas múltiples_, encorseta esa diversidad en una norma. De esta manera se consigue que el concepto de normal _que es un concepto estadístico_, se equipare al concepto de natural, que se refiere a todo lo que existe en la naturaleza.

(Gregori, 2015, p.118-119)

Precisamente las intersexualidades/DSD se refieren a personas cuyos cuerpos no cumplen con la normatividad, con lo convencional, con los cánones sociales establecidos. Seamos más o menos conscientes, es muy intensa la presión de la sociedad para tener un cuerpo determinado. Las familias y estamento médico, al estar dentro de esta sociedad, son receptores y perpetuadores de dicha presión. Por tanto, es casi inevitable que la mayoría de las personas con DSD la introyecten, teniendo una sensación de no ser “normales” y un gran deseo de serlo. En el fondo, la mayoría deseamos ser “normales” como una manera de ser aceptadas por el resto, de sentirnos válidas y validadas.

En numerosas personas afectadas, madres, padres y profesionales de la salud, el objetivo primordial es tener un cuerpo lo más normativo posible, con la menor diferencia respecto al que “tendría que tener” según su sexo asignado. Se trata de evitar el miedo a ser señalada, a la humillación, a la crítica, a no ser aceptada, acogida, a ser cuestionada en su sexo. Muchas de estas personas dicen que la sociedad aún no está preparada para esto; se proyecta por tanto en la sociedad la propia visión del cuerpo humano y de la sexualidad. En la mayoría de estas personas, este miedo nunca desaparece, ya que siempre está, aunque sea latente, ese miedo a ser descubiertas y rechazadas. En psicoterapia, sabemos que el miedo no se va evitándolo, ocultándolo, tapándolo, sino todo lo contrario, se va alimentando y va creciendo cada vez más. Por ejemplo, si alguien tiene fobia a los pájaros y los evita, ese miedo se enquistarán y cada vez le limitará más en su vida. Por lo tanto, solamente modificando el cuerpo, lo único que conseguimos es que ese miedo se haga más grande y más interno, menos detectable a simple vista pero igualmente presente en la vida de la persona, puesto que siempre suelen quedar señales físicas que acreditan que se es diferente: cicatrices y rasgos físicos que no concuerdan con lo estándar del sexo de identificación. Un rechazo intenso a estos rasgos

puede quedar subyacente, reforzando el miedo al rechazo y la falta de aceptación de sí misma.

Consideramos que nuestra misión no es aconsejar sobre este tipo de intervenciones. En todo caso, ayudar a tomar conciencia desde dónde toma sus decisiones, para qué lo hace, que pueda ir aceptándose tal y como es, a tomarse como referencia a sí misma, a ser su propio eje y tener una mirada más generativa de su persona, de su cuerpo. A que pueda comprender las decisiones que tomó y/o tomaron familiares y personal médico, y poder aceptar su pasado y presente, desde la paz y el amor a sí misma, acogiendo incluso su disconformidad, rabia, desagrado...

11.2. La desconexión y el trabajo corporal

La desconexión, con el cuerpo y con las emociones y sensaciones corporales, es un fenómeno común en nuestra sociedad, más intenso si cabe en muchas personas con DSD/intersexualidades, sobre todo en aquellas con cirugías u otras experiencias invasivas desde la infancia. Algunas de ellas equiparan dichas vivencias con las que experimentan las personas que han sufrido algún tipo de abuso físico o sexual.

Tal y como explica Albert (2009), la desconexión actuó en el pasado como un mecanismo de defensa ante el dolor que la persona experimentaba al conectar con su cuerpo. Ya que estas vivencias de invasión corporal y psico-emocional suelen generar estados en donde las necesidades del niño, de la niña, no son cubiertas (en este caso de protección, de integridad física, de apoyo...). Así, la única manera de disminuir la tensión, evitando un displacer mayor (que genera esa insatisfacción), es bloqueando ese impulso (de defenderse, de pedir ayuda, de frenar la invasión); aunque la energía de éste sigue pulsando sin volver a la relajación inicial. La persona entonces se insensibiliza a dicha tensión psico-corporal y los contenidos emocionales (rabia, dolor, tristeza...) son apartados de la conciencia mediante los

mecanismos de defensa (se olvidan los hechos, se justifican, se minimizan, se desconecta de esas experiencias). Se estructura así un asunto inconcluso, donde el fluir energético queda bloqueado y la energía que le es propia continúa pulsando, creando en el organismo zonas de falta de contacto, emocionalmente muertas y desenergetizadas, por haber perdido su función de darse cuenta sensorial de la emoción cuya expresión bloquean.

Mi hipótesis es que en estas personas suele haber bloqueos especialmente importantes en la zona pélvica (para evitar el contacto con el placer, la intimidad y con la propia fuerza), el tórax (endurecimiento emocional ante los sentimientos de soledad profunda) y diafragmáticos (se evita la conexión entre necesidades y afectos, y se disminuye la carga energética y el darse cuenta del organismo al disminuir la capacidad respiratoria). También en el cuello, ante el miedo al descontrol, a lo que pueda ocurrir, a volver a ser dañadas e invadidas.

Además de bloquear ciertas zonas, el cuerpo puede desenergetizarse como modo de disminuir la tensión y la angustia, y al mismo tiempo se disminuye enormemente el flujo energético, y por tanto, la conciencia corporal. Por eso, nos podemos encontrar personas con gran tendencia a desvitalizarse energéticamente. Hay que tener en cuenta que, a veces, esta desvitalización es tapada por un exceso de actividad y de estímulos externos que ayudan, aún más si cabe, a la desconexión con el cuerpo. Al parar, la persona puede entrar fácilmente en angustia, en vacío y/o apatía.

El trabajo corporal consiste fundamentalmente en que la persona vaya reapropiándose de su cuerpo, del que ha intentado e intenta desconectarse (de manera inconsciente), para ir conectando con esos impulsos y necesidades que no fueron satisfechos. Aquí inevitablemente tendrá que traspasar el dolor de lo vivido (invasión, agresión, descalificación de su cuerpo...) y de lo no tenido (apoyo, cercanía, respeto a su integridad...). Dándole un lugar, conectando con los impulsos del cuerpo (necesidades y deseos), para que en el presente los pueda sentir (subimpulso tierno) y satisfacerlos en la medida de lo posible (subimpulso agresivo).

Generalmente, y más en estas personas, los movimientos han de ser lentos y progresivos, hemos de tener en cuenta que el cuerpo y la psique de estas personas (las que han recibido invasiones corporales y psico-emocionales) pueden estar muy bloqueados y defendidos, por lo tanto, si forzamos el proceso, posiblemente, activemos sus defensas y su desconfianza, consiguiendo el efecto contrario.

12. LA FAMILIA

Tal y como explica Gregori (2015) en uno de los capítulos de su tesis: “*Los padres, los verdaderos afectados*”, refiriéndose a la enorme vulnerabilidad de éstos y a que no son sólo los representantes y cuidadores de sus hijos e hijas. Sino que también, y especialmente ellos, necesitan ayuda y apoyo. De hecho, para abordar este tema de manera adecuada necesitaríamos una guía entera dedicada expresamente a madres y padres.

12.1. Cómo suelen vivir las madres y padres el momento del diagnóstico

Numerosos padres y madres expresan la idea de la montaña rusa de emociones que comienza al conocer el diagnóstico de su hija o hijo. “Experiencias de desorientación, de confusión profunda, producto de la frustración y la desconfianza” (Zeiler & Wickström, 2009, p. 365. Traducción propia).

Estas experiencias pueden ser profundamente confusas y frustrantes (Zeiler & Malmqvist, 2010). Autores como Slijper, Frets, Boehmer, Drop y Niermeijer (2000) hablan de shock, pena, dolor, rabia, enfado y vergüenza como reacciones recurrentes de los padres al enfrentarse al diagnóstico. Le Marechal (2001) en sus investigaciones observa desolación, incredulidad, desconfianza, confusión y dolor, refiriéndose al miedo de padres y madres

respecto a las futuras relaciones de sus hijas o hijos. “La experiencia de los padres oscila entre el deseo de aceptar a sus hijos/as tal como son y “diseñarlos” de acuerdo a las normas sociales” (Zeiler & Wickström, 2009, p. 361. Traducción propia).

Es muy importante, como ya comentamos anteriormente, cómo se le transmite a la madre y al padre la condición de su hijo, de su hija. Si se hace desde la anomalía, la patología, de algo a modificar rápidamente para que no quede rastro. Incluso, en numerosos casos a esta angustia se suma el riesgo de tumoración (real o no) y la urgencia que conlleva la consiguiente extirpación de las gónadas.

La madre y el padre frecuentemente se encuentran sumergidos en un mundo que hasta hace unos días les era desconocido, sin asimilar ni entender lo que está pasando, de especialista en especialista (a veces con información diferente e incluso contradictoria), y urgidos por el personal médico, en muchos casos, a extirpar/descender gónadas, reducir clítoris, estimulaciones hormonales, cirugías plásticas genitales ... Cuanto mayor sea la diferencia del cuerpo del niño o niña con el prototipo de cada uno de los sexos, mayor suele ser la presión por cirugías, asignación a un determinado sexo, y mayor suele ser el impacto y angustia en los padres y madres. Aunque es evidente que en esta ecuación no se ha incluido una variable básica, la capacidad de éstos para aceptar la situación, para soltar sus expectativas sobre su hijo o hija, aceptándolos tal cual son. Aquí es extremadamente importante que la familia nuclear pueda tener información y referentes positivos, y un buen círculo de soporte emocional; en este sentido, nuevamente las asociaciones pueden ser de gran utilidad.

12.2. Sobreprotecciones cruzadas

Frente al miedo e inseguridad que sienten los padres y madres respecto a sus hijos e hijas, pueden adoptar una actitud de sobreprotección respecto a sus descendientes. La intención es de protección frente a las miradas, humillaciones, burlas... El miedo imperante es que su hijo,

su hija sufran, ya sea por el rechazo tanto externo como interno. Desde esta mirada de peligro y de riesgo, pueden mermar los recursos de sus hijos e hijas, ocupándose en exceso, tapando todo lo relacionado con la condición intersexual/DSD, intentando que sean masculinos (si están siendo criados como niños) o femeninos (si son criadas como niñas). Así, en algunos casos, las personas van interiorizando esas madres o padres miedosos, sobreprotectores, que no confían, y esto puede ir generando una falta de autosostén y de seguridad en ellas mismas, en la vida y en los demás.

En los padres y madres hay un miedo muy importante a la crítica y al rechazo de la sociedad, pero también a que su hijo, su hija, tengan algún problema físico o médico en el futuro por su condición. Otras preocupaciones importantes suelen girar en cuestiones como que no les estén dando el tratamiento correcto, o que no les hagan el seguimiento correspondiente con las pruebas que tocan.

Sin embargo, hemos observado que la sobreprotección no sólo se da de padres y madres a hijos e hijas, sino también en el sentido contrario. Así, por miedo a “hacer sufrir” a la madre y/o al padre, la persona deja de hablar, de cuestionar el secretismo, no les muestra su dolor por sentirse diferente, por sus limitaciones, por haberse sentido invadida, modificada, ... Este movimiento no suele ser plenamente consciente, la persona cree que su dolor hará sufrir a su familia y que “la hundirá”. Hay pues un ponerse por encima del padre y/o de la madre, una dificultad para mostrarse y dejarse cuidar, un no tomar el lugar natural de hijo o hija, y una falta pues de humildad (ya que la persona se hace más grande que su madre y/o padre).

12.3. Mentiras y Ocultaciones

Generalmente desde esta actitud de sobreprotección del padre y/o de la madre, la persona con DSD puede haber recibido ciertas mentiras respecto a su condición, de por qué le operan/operaron, de qué le ocurre, de cómo es y ha sido su cuerpo... Otras veces, se le ha

desvirtuado la información y omitido detalles importantes, como los referentes a los cromosomas sexuales. Como terapeutas, conocer esta realidad puede ser de gran importancia, ya que la relación con la madre y el padre, y el sentimiento y vínculo hacia ellos, pueden estar mediados por estas experiencias, que desde la persona suelen ser vividas como engaño o traición. A pesar de que conscientemente a veces la persona justifique dichas conductas, como gestaltistas hemos de poner especial atención por si hay señales que indiquen que la persona no está en paz con lo ocurrido.

12.4. Mirar hacia otro lado

Ante el shock y la falta de control que pueden sentir, otra estrategia seguida por algunas madres y padres es la de desconectarse de lo referido a la condición de su hijo o hija. Hacen como si no “pasara nada” y no se encargan de la situación, simplemente siguen sus vidas “como si nada”. Los mecanismos más utilizados aquí son la negación, donde las emociones y sensaciones son negadas, a pesar de que hay conocimiento y conciencia de ellas, pero se actúa como si no. Se lo niegan a sí mismos y también al hijo, a la hija. La desconexión con el dolor tanto de la madre o padre, como del hijo, de la hija, sirve como mecanismo de defensa ante algo que desborda internamente y que no se sabe cómo abordar. Así pues, muchos padres, madres y también personas “afectadas” pueden dar la sensación a primera vista de tener todo perfectamente encajado y asimilado, pueden incluso quitarle importancia y afirmar con total rotundidad que no les afecta, que “está superado, no es para tanto, ya está integrado...”. De tal manera, que puede dar la impresión de que esto es así, sin embargo, en cuanto se atiende a determinados detalles en la vida de las personas (relaciones de pareja, secretismo, cambios de humor...), se observa claramente que esto es un mecanismo de defensa muy potente, y que detrás se esconden unas heridas emocionales y una

vulnerabilidad que necesitan ser protegidas mediante esta desconexión, para que la persona no entre en crisis.

Algunas madres y padres suelen “olvidar” muchas explicaciones médicas, incluso cirugías e intervenciones médicas importantes. Pero, sobre todo, lo fundamental es, como acabamos de comentar, la desconexión con el propio dolor o con el dolor de la hija / hijo. De hecho, este es un factor muy determinante, que hace que la mayoría de los familiares y personas con DSD no acudan a asociaciones de apoyo o a psicoterapia, puesto que les supone estar en un lugar donde en primer plano está la condición y todo lo que le rodea. Y la mayoría suelen actuar como si no pasara nada, de espaldas a sus heridas emocionales, a su dolor, a sus miedos, tristezas, rabias, vulnerabilidades...

12.5. Tabús y secretos familiares

A diferencia de lo que ocurre con otras condiciones como el albinismo, la ceguera, la sordera, la mudez o el Síndrome de Down..., las intersexualidades “no suelen verse a simple vista”. Así que en muchas familias hay mucha energía puesta, consciente e inconscientemente, en evitar el estigma y rechazo (que se proyecta fuera, pero que es el propio de la familia). Esto se puede articular mediante leyes no escritas de no hablar acerca del tema, la prohibición explícita o implícita de no “contárselo” a nadie. También puede haber mentiras, ocultaciones de parte de la verdad, etc., de tal manera que hay personas que, incluso en la adolescencia o adultez, fueron operadas con explicaciones falsas sobre la intervención. Otras personas tienen parientes cercanos de los cuales sospechan que también puedan tener la misma condición, pero hay un silencio familiar al respecto. Hay familias incluso en las que varios hermanos o hermanas tienen un DSD y el resto de familiares cercanos desconocen esta realidad. Puede existir también una violencia explícita o implícita hacia el miembro de la familia que no “respete” este tabú (mediante recriminaciones, amenazas, enfrentamientos, silencios...).

Todo ello incrementa el sentimiento de aislamiento y soledad de la persona, y, lejos de protegerla, hace que la persona tenga que atravesar estas leyes no escritas, a veces desobedeciéndolas y cuestionándolas. Y, como acabamos de mencionar, se puede encontrar con violencia directa y también velada en contra suya. Aquí la culpa, el miedo y la fuerte tendencia a seguir los mandatos familiares son importantes retos en el camino que, como psicoterapeuta, se han de apoyar y reforzar poco a poco; teniendo en cuenta que a veces cambios radicales en los que se rompe de manera muy abrupta con el sistema pueden ser contraproducentes y difícilmente sostenibles. El sistema familiar suele ser la red más poderosa de los seres humanos, por lo tanto, este aspecto se ha de cuidar. Y al mismo tiempo, es cierto que puede ser inevitable que haya un choque y ruptura con la dinámica familiar imperante, que hará que, a su vez, cada una de las integrantes del sistema tenga que recolocarse. Y esto no suele ser fácil, puesto que hay una fuerza que tienen los sistemas a mantener el status quo. Afortunadamente, también hay una fuerza hacia la vida, hacia el crecimiento y el cambio, cuyo contacto y fluir se ha de favorecer y apoyar en el acompañamiento.

12.6. La vivencia de culpa en madres y padres

Como ya señalan algunos autores, en la mayoría de los casos, cuando nace un niño o una niña intersex/DSD, se observa shock, dolor, angustia, vergüenza y culpa en padres y madres (Slijper, Frets, Boehmer, Drop & Niermeijer, 2000).

Es común la vivencia y la creencia de que el “problema” del hijo, de la hija, es por algo que la madre o el padre han hecho o tienen mal. Puede ser desde sucesos en el embarazo, hasta un fallo en los genes del padre o de la madre. Esta culpa se agudiza si se confirma que alguno de los dos es “portador” de la condición de su hija o hijo. En los casos de varias personas con intersexualidad en la familia, la cadena de culpa puede traspasar a la madre y padre, y estar

presente en abuelas, abuelos, tíos, tías etc. Detrás de todo esto, está la concepción de la intersexualidad como un problema, como una vergüenza, incluso como una especie de maldición familiar.

La culpa también suele venir en referencia a las decisiones tomadas por los mismos padres y madres en la infancia, por haber consentido o no cirugías y otros tratamientos médicos invasivos, la crianza según un sexo determinado y no otro, etc. Suele haber en estos padres y madres, la duda sobre si lo han y/o lo están haciendo “bien”. Un miedo a ser recriminados por su hijo, por su hija, en el futuro o de que sufran por estas decisiones.

Hemos de tener en cuenta que a veces esta culpa es verbalizada y puesta en voz alta, y otras se experimenta de manera velada, y puede llevar al padre y/o la madre a compensar ese sentimiento con un exceso de protección, también a mirar hacia otro lado y hacer como que no pasa nada, evitando abordar conversaciones y el dolor de la hija o el hijo; puesto que este dolor les puede conectar directamente con su culpa.

12.7. El fantasma de la homosexualidad y de la no identificación con el “sexo asignado”

De manera más o menos explícita, algunas madres y padres tienen un miedo profundo a que su hijo, a que su hija, no se sientan identificados con el sexo con el que han sido criados. Junto con este miedo, también está el de que sientan atracción por personas de su mismo sexo. Detrás puede estar el sentimiento de culpa por no haber tomado las decisiones correctas sobre la asignación del sexo y también la devaluación de la feminidad/masculinidad asociada a su condición intersexual. Así, el padre y la madre pueden dudar de si su hija o hijo son una mujer o un hombre “completo” o “de verdad”.

Este fantasma se manifiesta, por ejemplo, en la obcecación de algunas madres por vestir al hijo, a la hija principalmente con ropa muy marcada del sexo asignado (ej. en niñas vestidos, color rosa), de que juegue sólo a juegos que teóricamente son de ese sexo y que los comportamientos que tenga también lo sean. De tal manera que, si en algún momento se sale de estos patrones, algunos padres y madres entran en angustia cuestionando sus decisiones, cuestionando el sexo asignado. Por lo tanto, algunas personas han sentido esta angustia de género por parte de sus progenitores y la pueden haber internalizado para ellas mismas. Sin permitirse vivir libremente sus partes femeninas o masculinas de manera fluida y sin angustia, puesto que detrás hay un cuestionamiento de su identidad y de su identificación con un sexo u otro.

Otras veces, la persona puede rebelarse y adoptar todos los patrones típicos del sexo contrario. Esto puede parecer una liberación, pero la carga y la presión pueden ser igual de grandes, puesto que al final no se permite ser y estar conforme con lo que siente, de manera flexible.

12.8. No sentirse el hijo / la hija que la madre y/o el padre esperaban

Esta vivencia puede estar arraigada en el fondo de algunas personas con este tipo de condiciones. Se pueden sentir fracasadas, con poco que ofrecer a su madre y/o padre, ya que, por ejemplo, no les pueden/podrán/han podido dar nietos o nietas. Aquí entraría el deseo no cumplido de ser una persona con una vida “normal”, exitosa (a nivel familiar, laboral, relacional, etc.). En estos casos la persona se vive con la sensación de tener poco que dar y ofrecer al resto, de ser carente, de no ser suficiente. Puede llegar a sentir en el fondo de sí, que su madre, su padre, no se merecen una hija así, y pasarse toda la vida intentando compensar de alguna manera esa vivencia de falta, de no llegar. Esto dificulta en gran medida que la persona se pueda hacer adulta internamente, rompiendo el cordón umbilical con su

familia de origen, ya que internamente la persona se queda pegada a ésta (aunque aparentemente no lo esté). Algunas veces, en estos casos se puede observar una apariencia infantil o adolescente, a pesar de que no se corresponda con la edad de la persona.

12.9. Lazos de sufrimiento entre personas “afectadas y portadoras”

En numerosos casos de DSD, en la familia puede haber varias personas con la misma condición y también personas portadoras de la mutación. Tal y como señala Gregori (2015), el conocimiento de esta herencia genética (en el caso de portadoras) o de compartir la misma condición, puede desencadenar emociones contradictorias. Ocasionando en algunos casos reproches, sentimientos de culpa, de rabia, crisis intrafamiliares importantes y, también en otros casos, el estrechamiento del vínculo. Por lo tanto, en el acompañamiento gestáltico, para tener un mapa completo de la realidad de la persona, se ha de tener en cuenta la presencia de familiares portadores o con la misma condición, y cómo se relacionan entre ellos y con la condición. Esto puede cambiar drásticamente al quedar, por ejemplo, una hermana portadora embarazada o al descubrir que un nuevo miembro de la familia presenta o puede presentar la condición.

13. LA VERGÜENZA TÓXICA Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

“He podido descubrir que cada vez que estoy en una situación que me hace sentir que haría mejor en ser de otra manera a como soy, estoy en una situación de vergüenza” (Molina, 2014, p. 16. Citando a Robine).

La vivencia tóxica de vergüenza es el núcleo, es la raíz de gran parte de la psicopatología y problemas psicológicos que experimentan las personas con algún tipo de DSD o

intersexualidad, y de sus familiares afectadas. El papel central de la vergüenza es reiterado por algunos autores; así la vergüenza “es el afecto más perturbador para el yo, el más central para el sentimiento de identidad, es la enfermedad el Yo, dolencia del alma” (Kaufman, 1994, p. 11). Por lo tanto, como terapeutas hemos de tener una especial atención hacia la vergüenza de la persona y a cómo nuestras percepciones e intervenciones influyen de una manera cuidadosa, o no, con su sentir.

13.1. ¿Cómo se originó este sentimiento tóxico de vergüenza?

Velasco lo expresa del siguiente modo: “un sentimiento de sí devaluado surge de mundos de experiencias en los que uno se ha visto expuesto a ser considerado defectuoso” (Molina, 2014, p. 24. Citando a Velasco).

Un aspecto básico a considerar y entender es cómo se ha ido forjando este sentimiento a lo largo de la vida de las personas con alguna de estas condiciones. Según Vázquez (2008), vivencias de sentirse dañada, invadida, incomprendida..., acompañadas de la negación de los propios sentimientos, son las semillas de la vergüenza tóxica. Así pues, hemos de observar el impacto de las revisiones frecuentes e invasivas de la zona genital, los tratamientos dolorosos, las intervenciones quirúrgicas, etc., junto con una negación de los sentimientos del niño, de la niña. En estas situaciones se pudieron ver expuestos a una importante sensación de peligro, de sentirse forzados e invadidos, y no saber qué hacer con esos sentimientos que teóricamente no deberían tener, que no suelen tener cabida para padres, madres y otras personas significativas.

Detrás de estas experiencias de invasión, y de otras muchas sutiles que reciben el niño o la niña desde momentos muy tempranos, está como base la mirada de los demás. Una mirada que, según Robine (1999), no es pura, está llena de juicio, de lo que está bien y está mal. A través de estas invasiones, pero también de tonos de voz, de conductas, gestos, miradas del

padre, de la madre, del personal sanitario, de familiares... el niño, la niña pueden recibir el mensaje de que su cuerpo es defectuoso, faltó de belleza, sucio, despreciable. Desgraciadamente el mensaje médico y social, al catalogar los cuerpos que se salen de la media como patológicos, enfermos, y que tienen que ser cambiados, no hace más que alimentar este tipo de miradas.

Otro aspecto importante en la mirada externa es la comparación e incorporación de un ideal de sí lejano a la esencia. El cuerpo con una condición intersexual tiene muchas probabilidades de no alcanzar ciertos estándares que lo incluyan plenamente en esa feminidad o masculinidad estándar. Así pues, la persona siente que no es reconocida, aceptada y respetada por lo que es.

Las intervenciones quirúrgicas “correctoras”, las modificaciones corporales tempranas, el secretismo... fuerzan de manera muy poderosa esta sensación, por un lado de monstruosidad (algo feo se cambia para que sea bonito), y por otro de no alcanzar la feminidad/masculinidad, de tener que cambiar la esencia propia para adaptarse a los estándares sociales. Detrás está el poderoso mensaje que recibe la persona de que no puede ser amada tal y como es, de que su cuerpo, su esencia es fea, monstruosa (nadie tiene que enterarse de ella) y ha de modificarse para poder estar con el resto.

En este proceso de formación de la vergüenza tóxica, se ha de introyectar esta mirada vergonzosa, se ha de realizar una identificación forzada, sin masticar lo que viene de fuera. Hay una fusión y complacencia al resto, desconectando de los propios sentimientos y necesidades. La persona toma esa mirada negativa, de no llegar, y la hace suya, se identifica con ella, desconectándose de lo que necesita en ese momento, de lo que le está pasando.

Sin embargo, algunos autores (Vázquez, 2008; Wheeler, 2005) sostienen que para que la vergüenza tóxica se desarrolle, estas valoraciones críticas y enjuiciadoras han de ir acompañadas en la experiencia del niño, de la niña, por una vivencia de falta de apoyo, sin

percibir a nadie capaz de ver y comprender qué pasaba. Esto tiene sentido con lo que comentábamos anteriormente, el poder experimentar este apoyo favorece que no introyecte esta mirada externa vergonzosa al focalizarse en su vivencia. El niño, la niña al ser mirados y acompañados, reciben el mensaje de que son importantes, de que SÍ pasa algo, de que su dolor es importante y, por lo tanto, se favorece una conexión con ellos mismos, con sus necesidades. Este aspecto puede ser clave entonces para el tratamiento y prevención en personas vulnerables a desarrollar la vergüenza tóxica, como suele ocurrir en muchas personas con condiciones intersexuales/DSD.

13.2. ¿Qué consecuencias tiene la vergüenza tóxica en la vida de la persona?

La vergüenza tóxica supone una merma en la autoestima, en la imagen de sí misma, en el amor propio, en la seguridad, en la confianza. Según Morrison (1997), implica un autocastigo, un sentimiento profundo de inferioridad, el convencimiento de que hay algo en una que está mal, que es imperfecto, inferior, sucio.

Hay una alienación de una misma y un perfeccionismo (Kaufman, 1994). Hay un intento constante de ser mejor, que anula cómo y quien se es, con la finalidad de ser perfecta a los ojos de la otra persona. Internamente, de manera más o menos evidente, está presente la invalidación, una visión limitante de sí misma, donde la persona anula la percepción de sus cualidades, recursos, apoyos... Hay una creencia central donde está convencida de que no tiene nada que aportar y de que no hay nada para ella.

Etxebarria (2008) observa cómo la vivencia de soledad profunda puede estar muy arraigada, y la persona se aísla del resto, evitando sentimientos, personas, intimidad. Se monta un caparazón protector de esa parte que siente tan frágil y fea. Los impulsos de huida, de esconderse, de “salir corriendo”, de aislarse, son inherentes a la vergüenza tóxica y son unos

de los mecanismos por excelencia, utilizados por las personas con este tipo de condiciones. Se trata más de un aislamiento emocional que físico, en el que la persona monta una barrera entre su mundo íntimo y el resto. Y también es una barrera hacia sus propios sentimientos y dolores, pudiendo haber vacíos o lagunas emocionales al desconectarse de sí, de lo que siente. Se deja de ser sujeto para convertirse en objeto, de esta manera se evita contactar de manera real y plena con el resto, se evita inconscientemente la escena temida de intimidad.

Así pues, un mecanismo que suelen utilizar estas personas es poner la mirada fuera de sí, mirando al resto, a lo que les pasa y desean, anulando sus propios deseos; mientras que el yo se inhibe ante los ojos externos (y prácticamente también ante los propios). En el fondo, está presente un temor a ser abandonadas, a que “nadie las vaya a querer” (especialmente si se muestran y ven como son). Según Kaufman (1994) no hay otro sentimiento tan perturbador como la vergüenza, porque implica la vivencia de deficiencia en el yo esencial, afectando al sentimiento de identidad. La persona no se siente merecedora de un lugar y dignidad propios, sino que siente que ocupa un lugar degradante. Un cuerpo intersexual suele ser percibido como problemático, rechazable, poco valioso. De hecho, las condiciones intersexuales están dentro de las condiciones por las que una mujer embarazada puede justificar un aborto. El mensaje de trasfondo es duro y contundente, la presencia de una condición intersexual/DSD en el feto justifica la no continuidad del embarazo, que el feto no llegue a tener un lugar en la vida por su diferencia corporal.

Ante esta imagen tan degradada de sí misma, la persona se puede pasar toda la vida rechazándose a sí misma e identificándose con una imagen que no corresponde con ella (Yontef, 1996). En esa imagen ideal no cabe lo imperfecto, lo que puede ser rechazable por el resto. Estas personas pueden relacionarse con otras e incluso vivirse como personas con éxito, brillantes, sociables, etc., adaptadas perfectamente al medio dónde viven y alejadas profundamente de su esencia, viviendo a espaldas de ésta. En este sentido, Morrison (1997)

define la vergüenza como un sentimiento de autocastigo que surge cuando estamos convencidas de que hay algo en nosotras que está mal, que es inferior, imperfecto, débil o sucio.

13.3. Acceder y desenmascarar a la vergüenza

Una de las mayores dificultades para tratar la vergüenza tóxica es poder detectarla y acceder a ella. Esto es así porque la persona utiliza mecanismos internos muy potentes que le protegen de vivirla plenamente y de que sea detectada por el resto. Según Vázquez (2008), las soluciones neuróticas al sentir vergüenza se pueden resumir en dos: por un lado, hacer frente de manera descarada como lo haría un individuo contrafóbico o una personalidad narcisista (fingir que no siento y mostrarlo en la acción), o alejarse de las situaciones potencialmente vergonzosas. Así pues, puede haber personas que se dediquen al activismo intersex, desde una gran exposición social y actitud de lucha, pero que, al mismo tiempo, estén desconectadas de su sentir, de su vergüenza. Esta acción, exposición y lucha puede servirles para ocultar ese fondo de vergüenza del que huyen y se protegen.

Yontef (1996) establece que el ataque, la racionalización, la rabia y la prepotencia se pueden usar con el fin de evitar el sentimiento de vergüenza. Muchas personas con algún tipo de DSD se endurecen, aparecen como fuertes, muy directas, competentes. Aparentemente también puede pasar que el orgullo y el narcisismo estén inflados, y puedan aparentar superioridad (como una manera de sobrecompensar el sentimiento interno de infravaloración). Realmente no es necesario sentirse superior si la persona internamente se siente válida y merecedora de amor.

Pueden ser personas que se aíslan, o que presenten algún tipo de adicción como manera de desconectarse de su dolor. Las actitudes temerosas y la permanente proyección del malestar

hacia fuera también son indicios de que la persona está tapando una vivencia de vergüenza tóxica.

La vergüenza se puede detectar cuando la persona mira hacia abajo al hablar de un tema y deja de mirar al interlocutor a los ojos, cuando se sonríe de manera vergonzosa, se retuerce o contonea en la silla. También pueden ser indicativas las lagunas o torpezas, reacciones repentinamente defensivas, afirmaciones tímidas o llenas de disculpas, ... Los silencios, las palabras descalificadoras, los “no sé”, los “debería”, el minimizar la importancia de lo que se está hablando, etc., pueden ser señales de esa vergüenza oculta. En general, hemos de tener en cuenta que, al introyectar esa mirada externa de falta de valía junto con la falta de apoyo, la persona entra en una energía retroflectora, en la que se descalifica, se anula, se imposibilita. Por lo tanto, si observamos en la persona este tipo de dinámica, nos puede ayudar para poder ir detectando que la vergüenza tóxica puede estar como trasfondo.

13.4. Tratamiento de la vergüenza tóxica

El abordar la vergüenza supone atravesarla, reconocerla y elaborarla (Yontef, 1996), porque no podemos acompañar al resto por lugares donde no somos capaces de transitar. Muchas veces volver a transitar por estos lugares nos supone como terapeutas un importante aprendizaje, una fuente de nutrición para poder observarnos y ver cómo nos sentimos con nuestra propia vergüenza.

El ir verbalizando y mostrando esta vivencia ha de ser algo muy cuidadoso, hemos de ir poco a poco, con mucha delicadeza y suavidad (más que realizar una confrontación directa, por ejemplo), haciendo saber a la persona que puede retirarse cuando lo desee. Hemos de tener en cuenta que nuestra actitud de escucha y aceptación, de respeto, ya en sí es un bálsamo para la persona. El simple hecho de poder mostrarse con su vergüenza, y sentirse acompañada y comprendida, puede ayudar a que la persona vaya cambiando su vivencia de “estar sola en el

“mundo” a la de “estar en el mundo con” (Vázquez, 2008). Es decir, la persona ya no se vivirá como un “bicho raro” que se tiene que esconder porque si no será rechazada, sino que puede mostrarse tal y como es, y es acogida, respetada, aceptada...

Según Yontef (1996), la expresión de la vergüenza puede tener el efecto contraproducente: que la vivencia de vergüenza aumente, al sentirse torpe al mostrarla, al contactar con la vulnerabilidad. Sin embargo, frente a la reacción de la persona de retraerse sobre sí misma y aislarse, la única vía posible de sanación es la experimentación de la vergüenza en relación. Para ello, aparte de la terapia, los grupos de apoyo, las personas de referencia y las personas de confianza juegan un papel fundamental en el camino para poder ir mostrando y sanando la vergüenza.

Como explica Soliva (2013), esta sanación se va dando a medida que la persona es capaz de abrazar su vergüenza, no controlarla, no eliminarla, no disminuirla. Aprender a quererse con ella, lo que puede ser complicado para la persona, porque supone hermanarse con un afecto limitante con el que ha estado luchando desde hace mucho. Esta lucha contra la vergüenza propia es la que la fija, la que impide cualquier tipo de movimiento y mantiene a la persona cogida a ella.

Un punto clave que ayuda a amistarse con la vergüenza, es tomar conciencia de su papel y función, tanto en sus orígenes, como en la actualidad. Por lo tanto, puede ser útil seguirle el rastro en la propia vida, ver cómo se formó, para qué sirvió y para qué sirve en el momento actual. Explorar de qué le salva la vergüenza, qué ganancias secundarias hay para que se siga alimentando y llamando en el aquí y ahora. Una de las finalidades de la vergüenza puede ser el mantener a la persona empequeñecida, no responsabilizándose de su vida, no afrontando su miedo a intimar con los demás, no queriendo vivenciarse vulnerable, etc. Morrison (1997) nos explica que es útil responsabilizarse de la vergüenza, ya que es el propio juicio interno el que la mantiene y alimenta. No se trata de rebajar los ideales del sí mismo, sino de soltarlos,

de despedirnos de ellos para poder acoger las realidades diferentes que nos componen (de esto se habla más profundamente en el apartado de duelo).

Detrás de la vergüenza, suele haber un intento de la persona de satisfacer unas necesidades muy importantes que desde la infancia no fueron satisfechas (Morrison, 1997). Por lo tanto, es importante sacar a la luz estas necesidades y que la persona se encargue como adulta de repararlas y satisfacerlas. Aquí puede ser de utilidad el trabajo con escenas reparadoras, donde el paciente revive el contexto de la situación traumática/avergonzante haciendo un “stop” justo antes de tener ningún tipo de sufrimiento, y aquí añadir un final reparador al introducirse como adulto empoderado en la escena.

Por último, hay que tener en cuenta la importancia de desvelar secretos para poder sanar la vergüenza, de esto se habla detenidamente en el apartado de secretismo.

14. LAS VIVENCIAS DE DUELO

Según Bucay (2001), el duelo es el proceso de elaboración de una pérdida, en el que vamos dando cabida a la nueva realidad y vamos dejando marchar la antigua, la que ya no nos sirve o ya no es. Generalmente es un proceso doloroso porque implica atravesar el dolor de sentir la ausencia de lo que ya no está, despedirse de ello y abrirse a lo nuevo y desconocido, saliendo necesariamente de la zona de confort.

Todas las personas atraviesan diferentes pérdidas, no obstante, este tipo de condiciones suelen implicar principalmente dos tipos de pérdidas: las referidas a aspectos de sí mismo y las referidas a objetivos, ideales e ilusiones.

14.1. El duelo por no tener el cuerpo “ideal”

La principal pérdida que suelen pasar estas personas tiene que ver con “**La pérdida de cumplir con el ideal de sí mismo**”. Sería asumir que sus cuerpos no cumplen con los

patrones ideales de hombre o mujer. Aceptar que sus cuerpos (genitales externos o internos, cromosomas sexuales, voz, constitución corporal...) son diferentes a los de la mayoría y que no “encajan” en determinados patrones de lo que “debería ser” el cuerpo de un hombre o de una mujer. Por un lado, se trata de encajar esta pérdida del ideal, y por otro, lo que hacen muchas personas es extender dicha pérdida a todo su ser. Es decir, por ejemplo, al asumir que se tiene poco pecho, o que su pene es pequeño, amplían la pérdida a todo el ser, viven la pérdida de la propia identidad, y se viven como “no normales”. También suele suponer **la pérdida de la pertenencia**, ya que las personas sienten que dejan de pertenecer en parte o de manera completa a una de las categorías más importantes que manejamos, ser hombre o ser mujer. Así, el hecho de tener unos genitales atípicos no sólo implica asumir el duelo por esos genitales ideales que no están, sino también puede implicar el no sentirse plenamente en el grupo de los hombres o de las mujeres. En este punto, es de mención especial las mujeres que no tienen el período, con las implicaciones que tiene no pasar por el rito que supuestamente se dice en la sociedad que “hace mujer”, y cuyo ciclo se comparte entre mujeres, funcionando como un claro elemento básico de identificación con la feminidad.

14.2. La pérdida de la maternidad o de la paternidad

Esta pérdida puede ser muy evidente en algunas personas que manifiestan abiertamente su dolor por no poder ser madres o padres biológicos (esto no es común a todas las personas con DSD, ya que hay algunas que sí tienen mayor o menor grado de fertilidad). Sin embargo, en otras personas el dolor por no poder tener descendencia puede estar soterrado para no conectar con él, ya que es más sencillo contarse la historia de que no se desea tener familia, en lugar de enfrentarse a la realidad, a la tristeza que supone vivir plenamente la pérdida. Aunque sólo cuando la persona se permita contactar con lo que no es posible, podrá contactar con lo que sí lo es. En este caso, serían otras maneras de ser madre o padre, o de llevar a cabo

esa función materna o paterna: adopción, acogida, mediante una determinada profesión, voluntariado, sobrinas, hijos de amistades, ahijadas, etc.

14.3. El duelo por las partes extirpadas o modificadas

Como ya se ha comentado, la mayoría de las personas con una condición intersexual han pasado por una o varias intervenciones de cirugía genital y/o extirpación de gónadas. En estos casos, algunas refieren sentir la tristeza de que su cuerpo haya sido modificado y/o corregido. Esto ocurre incluso en las que han decidido voluntariamente pasar por este tipo de intervenciones, y es mayor si las cirugías fueron realizadas sin el consentimiento de las personas, sin toda la información o mediante el engaño. La sensación es de traición, de arrepentimiento, de acordarse como era el cuerpo antes, o incluso de imaginar cómo sería el propio cuerpo si no hubiera sido intervenido. También puede aparecer la rabia hacia el estamento médico y/o hacia el padre y/o madre, por haberlo consentido, por no haber sido protegidas.

14.4. No poder experimentar la penetración vaginal

Hasta tal punto está ensalzado en nuestra sociedad, que según Gregori (2005):

Son muchos los autores que han definido el coito genital heterosexual como el elemento simbólico que sitúa en el centro del sistema de parentesco y en el que van a confluir el resto de elementos que van a caracterizar las relaciones familiares.

(p.139)

Hay algunas mujeres con este tipo de condiciones, que no presentan vagina, o bien ésta no es fácilmente penetrable. Y hay hombres, cuyo pene no tiene un tamaño “ideal” para la penetración. En ambos casos, estas personas suelen pasar por la pérdida de no poder realizar “el acto cumbre” de la sexualidad humana, eso que suele nombrarse como “relaciones

completas”. En la creencia de muchas está que “si no hay penetración vaginal no hay sexo”, como si la sexualidad fuera únicamente eso. Generalmente, el primer paso es aceptar y tomar esa realidad, permitirse experimentar y sentir el propio límite, ya que muchas veces puede haber una negación inconsciente de esta realidad. Luego, es importante que la persona pueda cuestionar esas creencias de la sociedad sobre la sexualidad y dejar de ampliar una limitación concreta a toda su sexualidad. Es decir, el hecho de no poder experimentar penetración vaginal no significa que no pueda disfrutar del sexo, que no pueda tener pareja... Debido a esta variabilidad física, algunas personas evitan la intimidad.

Como ya se ha hablado anteriormente, esto traspasa el ámbito del mero acto sexual, tocando la propia identidad. Según Goffman (1970), si hombre y mujer no pueden alcanzar los ideales de mujer con vagina penetrable y hombre con un pene con capacidad de penetrar, no podrán demostrar su feminidad o masculinidad, y es posible que su identidad seguramente quede deteriorada.

14.5. La pérdida de la salud

Cuantas más pruebas, revisiones, cirugías, medicaciones, etiquetas diagnósticas..., mayor será la probabilidad de vivencia de enfermedad, tanto por la persona implicada como por la familia. Generalmente, la mirada médica y sus protocolos inciden en que la persona tiene una patología a erradicar, sanar, tratar..., y esto puede ser tomado por paciente y familiares, como una realidad indiscutible. Como consecuencia de ello, la persona se puede vivir como enferma o no sana, sintiendo que su cuerpo no funciona correctamente y, por lo tanto, puede vivir la pérdida de su salud. Esta creencia puede ser reforzada por determinados familiares que la tratan como una enferma. Aquí, como en las demás pérdidas, es importante que no amplíe su sensación de pérdida a todo su ser, y que pueda conectar también con el sentirse sana, que su cuerpo está sano y es saludable (en lo que así lo sea).

14.6. Fases del Duelo

Las fases del duelo fueron presentadas por primera vez por Kübler-Ross (1969). No obstante, como ya han señalado varios autores (Bucay, 2001; Cabodevilla, 1999) el proceso de duelo no es lineal y no todas personas tienen que pasar por las mismas fases, ni en el mismo orden, incluso pueden pasar más de una vez por varias. Según las experiencias que la persona tenga, podrá ir transitando una u otra fase, e incluso varias al mismo tiempo. Lo importante es tomarlas, abrirse a ellas sin quedarse atrapada y poder fluir de este modo hacia la aceptación. He adaptado estas fases a mi experiencia en esta área, eliminando la fase de negociación y añadiendo la de vacío, que a mi parecer da un matiz muy importante.

Shock

Cuando la persona se entera del diagnóstico, o de partes que desconocía, puede haber una reacción de incredulidad. Se puede sentir sobrepasada, la sensación es de recibir un golpe y no saber reaccionar, no saber muy bien que está pasando. Este shock suele ser muy grande en las madres y padres cuando se enteran de que su niña o su niño tienen una de estas condiciones. En estos momentos la persona no puede procesar información a nivel cognitivo.

Negación

Esta es una fase muy común en la que se encuentran los familiares y las personas con alguna condición DSD. La negación consiste en que inconscientemente niegan, parcialmente o de manera completa, la realidad y el dolor interno. Así pueden “olvidar” hechos del pasado como cirugías u otras experiencias dolorosas. No es sólo que las personas actúan como que no pasa nada, sino que realmente creen que no sienten, que no pasa nada, que ya “lo tienen superado”. Hay familias enteras que viven sin mirar hacia allá, sin mirar el dolor, sin querer asumir lo que pasó.

Ira

La persona puede estar en una dinámica en la que está cabreada con el mundo, con la vida, con su madre, con su padre... en la que no entiende lo que ha pasado: “¿Por qué me ha tenido que pasar a mí esto? ¿Por qué yo? ¿Por qué no puedo ser normal? ¿Por qué los médicos me han tenido que hacer esto? ¿Por qué mi familia lo consintió?” Esta aparente búsqueda de explicaciones tapa el dolor de lo ocurrido, y el no querer tomar lo que hay y lo que ha pasado.

Depresión

La depresión suele ser la retroflexión de esa ira hacia una misma. En lugar de culpar al mundo, se agrede a sí misma. Aquí entran la vergüenza, la culpa, las autoacusaciones, la ampliación de la pérdida que afecta a la identidad y la pertenencia. Se ve y se siente como no merecedora de afecto, de amor. Hay un sentimiento de ser víctima y verdugo, de ser mala internamente, de no merecer, de ser lo peor que hay en el mundo: “¿Cómo alguien va a quererme así como soy?”

Vacío

En el vacío se deja sentir la pérdida, se despoja de todo lo demás y se queda con su dolor, con su tristeza por lo perdido. Aquí no hay porqués, no hay búsqueda de explicaciones. La persona se permite atravesar sus miedos y dejarse doler, vivir la ausencia de lo perdido.

Aceptación

Tras el vacío, suele venir la fase de aceptación. Que no quiere decir que a la persona le guste la nueva situación ni que sea de su agrado, sino que toma la vida como viene, se toma a sí misma como es, con su cuerpo. Deja de luchar contra lo ocurrido, contra la vida, contra sí misma. Así se siente más ligera, la energía ya no va hacia la expectativa de lo ideal, de lo que debería ser, sino que la persona se toma tal cual es, con sus limitaciones, con sus recursos, pudiendo vivir el presente y orientándose de manera más ligera hacia la vida.

14.7. Sufrimiento Vs. Dolor

Para acompañar a una persona en el proceso de duelo es muy importante tener en cuenta la diferencia entre el sufrimiento y el dolor. Según Bucay (2001), el sufrimiento es llamativo, hacia afuera, vistoso, escandaloso, busca razones lógicas, mantiene a la persona anclada, es circular. En este sentido, es interesante la analogía con “las pataletas infantiles”, donde los y las niñas no dejan de patalear, gruñir, lloriquear..., porque no tienen lo que desean. El sufrimiento corresponde con las fases de depresión e ira, y la idea es permitirlo en la conciencia y poder soltarlo para poder llegar al dolor (cuando la persona esté preparada), que es lo que se suele tapar con el sufrimiento.

Según Bucay (2001), el dolor en cambio es profundo, silencioso, íntimo; no es racional, no busca porqués, ni ancla, sino que abre a lo nuevo. Suele ir acompañado de una sensación de paz, de tranquilidad interna, incluso de una sensación dulce y de ternura hacia una misma. Suele ser la experiencia más temida, pero luego, cuando se experimenta, suele haber alivio y calma. Se correspondería con las fases de vacío y aceptación, y permite que la persona se “desatasque” y pueda seguir su camino.

14.8. Elaborando el Duelo y Aprendiendo a soltar

El primer paso para elaborar un duelo es querer hacerlo. Por tanto, si observamos que la persona no quiere elaborarlo, podemos devolverle esta realidad. Una vez la persona está preparada y motivada para elaborar la pérdida, es importante situar el duelo en lo que corresponde, favoreciendo *el darse cuenta* de cómo ha ido ampliando las pérdidas a lugares donde no las hay. Es decir, no hay que renunciar a ser hombre o a ser mujer, a ser valiosa, a la dignidad, a la belleza propia, sino a tener un cuerpo estándar, a no poder tener descendencia biológica (si es el caso), a tener poco pecho, etc. El proceso consiste pues en que vaya abrazando los sentimientos que tiene al experimentar la frustración de no ser como

esperaba. Se favorece pues que se acoja como es, con los sentimientos que experimenta, dejando de evitarlos, de negarlos, de exagerarlos incluso. Así se va acompañando en su dolor, reconciliándose con la vida y consigo misma, y soltando poco a poco la actitud de sufrimiento, de victimismo, de rabia. Tomando la actitud de: “así como es, está bien”, “así como ha sido está bien”. No quiere decir que le guste, ni que sea ideal, ni bonito, pero lo puede tomar y asumir sin taparlo, negarlo, exagerarlo ni luchar contra ello. Desde esta actitud, la persona conecta con el amor hacia sí misma que, al fin y al cabo, no es que le encante todo de ella, sino que pueda tomarse tal y como es, soltando el imperioso deseo de tener que modificarse.

III. DESARROLLO PRÁCTICO: LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Me ha resultado muy difícil separar la parte teórica de la práctica, ya que no he podido evitar hablar de los caminos a transitar al mismo tiempo que surgían los temas importantes. Sin embargo, en este apartado haré especial énfasis en los caminos a transitar, en qué dirección llevar en el acompañamiento gestáltico. Y en una segunda parte, para asentar todo esto, incluiré un caso, que es el mío propio, para exemplificar un proceso tanto de sufrimiento como de sanación y desarrollo.

15. SOLTANDO EL SECRETISMO Y AISLAMIENTO EMOCIONAL

“¿Vivir una vida “normal” con secretismo es más dañino que tener una vida sin secretos pero con una razonable posibilidad de estigma o vergüenza?” (Cohen-Kettenis, 2005, p. 328. Traducción propia).

Esta pregunta que se hace la autora está muy presente (de manera más o menos consciente) en una gran parte de las personas con este tipo de condiciones. De hecho, uno de los miedos más comunes y más arraigados es el miedo a ser “descubiertas”. Hay una fantasía catastrófica de que si los demás se enteran serán rechazadas, humilladas, agredidas, aisladas... Existe una creencia muy asentada de que “no pueden ser aceptadas tal y como son, con sus diferencias”, y esta creencia, como la mayoría, es vivida como una realidad incuestionable. Como cualquier creencia, tienden a confirmarla con las experiencias que se ajustan, y a ignorar las que la contradicen. De esta manera, la creencia actúa como una especie de gafas con las que

las personas miran a la vida. Se forma una realidad de miedo a ser descubiertas, rechazadas, de vergüenza respecto a sí mismas, de que si “tal y como son no pueden ser aceptadas, serán rechazadas”.

En este sentido, los resultados obtenidos por Allué (2008) apuntan a que las personas con una menor experiencia traumática son las que guardan menos secretos. El afrontamiento es más positivo en la medida en que las personas y sus familiares no tienen demasiadas expectativas en reproducir rituales y modelos de género, o en aquellas que tienen otras experiencias cercanas con la diferencia (tales como conocer personas de otras razas, diversidad funcional, orientación sexual, etc.). Gregori (2015) señala que, si estos ideales y modelos rígidos en cuanto al género y la sexualidad provocan sufrimiento, será sobre estos modelos sobre los que habrá que trabajar.

Muchas veces el secretismo se justifica con el derecho a la privacidad, a la intimidad: “nadie va contando su vida íntima a todo el mundo”. Pero la diferencia con esta privacidad es que la persona hace un gran esfuerzo (consciente o inconsciente) por ocultar sus diferencias y por aparentar “ser normal”. Monta un muro de protección respecto al resto, que siente que le protege, pero al mismo tiempo le separa y le mantiene aislada emocionalmente. Tanto es así, que numerosas personas con DSD refieren que únicamente cuando son capaces de mostrarse (con sus diferencias), son capaces de sentirse cerca, de poder intimar de verdad. Al hacer esto, se suele referir la vivencia de ligereza, de haber quitado un muro de separación con el resto, sintiéndose más cerca y viviéndose más humana. No obstante, puede aparecer también una especie de “vértigo”, la persona se siente “desnuda” y vulnerable frente al resto. Puede surgir el miedo a que la otra persona “ya no la vea igual”, “a que la vea como un bicho raro, un monstruo y la rechace”. Esta reacción tiene bastante sentido porque al quitar el muro que sentía que le protegía, se encuentra ante el otro sin esa protección, “al descubierto”. Se ha de tener en cuenta que justamente la verdadera intimidad sólo se puede dar desde ahí, cuando se

bajan las propias defensas, cuando se muestra tal y como se es. Para la mayoría, esto supone sentirse y mostrarse vulnerable a la otra persona. Aquí radica la verdadera fuerza y poder de las personas: poder sostener el miedo, tomándose y aceptándose tal y como se es, mostrándose así al mundo.

15.1. Maestras y maestros en el disimulo y el aislamiento emocional

Generalmente las personas con alguna condición intersexual se vuelven expertas en mentir acerca de sí mismas. Ocultan o mienten con maestría sobre la menstruación (comprando incluso compresas o tampones para no ser descubiertas), sobre operaciones realizadas en el pasado, cicatrices, a veces ocultando la zona genital, pechos... Y para tener éxito en dicha ocultación, necesitan taparse, no implicarse completamente, quedándose de alguna manera al margen. Y no sólo en temas que refieren a su condición y a la sexualidad; este quedarse al margen acaba expandiéndose a muchas áreas de su vida, no implicándose en sus relaciones para no entrar en la zona de peligro dónde pueden ser “descubiertas” por los demás.

Esto no sólo ocurre con conocidas y amistades, sino incluso puede pasar con los mismos padres y madres. Ya que algunas de estas personas, como mecanismo de protección a sus madres y padres, ocultan su dolor y sufrimiento ante ellos para no preocuparlos. Se acaban cargando ellas mismas con todo, ya que pueden temer que sus progenitores se sientan culpables por su dolor. Por ejemplo, el dolor por haber sido operadas en la niñez puede no ser compartido ni mostrado ante la idea de que: “bastante tenían ya mi madre y mi padre con todo lo que se les vino encima, como para además verme sufrir”. Así, la mayoría no transmite a sus progenitores sus vivencias íntimas de dolor, por miedo a que sufran o lo pasen “mal”. Aquí pueden tener una actitud de superioridad oculta respecto a sus progenitores, de protegerlos y hacerlos pequeños. Se hacen excesivamente grandes, soportan todo el peso e infravaloran los recursos de sus progenitores. Por lo tanto, puede haber una inversión de

roles, un no tomar el rol de hija, de hijo y no tomar al padre y a la madre como tales. El trabajo con la humildad y el cuestionamiento de las creencias sobre la supuesta debilidad de la madre y del padre, pueden ser puntos interesantes a trabajar en este sentido.

15.2. Soltando el disimulo y el secretismo

No se trata tanto de hacer un esfuerzo para mostrarse, de hacer muchas acciones para exponerse. La cuestión está más en dejar de hacer ese tremendo esfuerzo en ocultarse. Dejar de dedicar tanta energía al secretismo, dejar de alimentar ese miedo al rechazo, esa creencia de que “así como es será rechazada”. Este matiz es relevante, puesto que hay personas que realizan grandes acciones para “salir del armario” que luego no son capaces de sostener, y como consecuencia, al experimentar tanto miedo y desprotección, luego se sumergen más en su “caparazón”. Es decir, estos actings que aparentemente llevan a abrirse, suelen ser utilizados justamente para el efecto contrario, para cerrarse aún más y justificar ese muro, ese secretismo.

Como en cualquier proceso, la persona únicamente se puede ir abriendo según su ritmo y el punto donde se encuentre. Se trata de ir progresivamente saliendo de la zona de confort del secretismo, de la distancia emocional y de la soledad, para ir poco a poco a esa zona de aprendizaje en la que puede ir mostrándose con su miedo, su inseguridad y su vulnerabilidad, pudiendo sostenerlo. Si la persona va más allá, puede entrar en la zona de riesgo donde se siente sobrepasada, abrumada, en pánico. Esta es la actitud de respeto y cuidado, atravesando el camino temido al tiempo que respeta los límites propios, sin exigencia, pero tampoco con autocoplacencia.

Una intervención a realizar con la persona es que tome conciencia de cuáles son las consecuencias inhibitorias en su vida de secretismo, de cómo la mantiene separada del resto, y de cómo la ancla en su vivencia de vergüenza, de profunda soledad. Que esa protección que

siente, la hace también muy vulnerable, puesto que permanentemente está en una actitud de alerta, de miedo irracional a que la descubran. Desgasta pues una gran energía en ello, que la carga, tensa y separa del resto.

Otra línea de intervención, para que la persona pueda tomar mejor conciencia, puede ser utilizar metáforas o cuentos. Uno muy ilustrador al respecto es el cuento irlandés del *Rey que tenía las orejas de caballo*:

Esta es la historia de un rey irlandés, con un nombre rarísimo: Lora Lonshach... y con una costumbre rarísima: solamente se hacía cortar el cabello una vez al año. Misteriosa era la costumbre respecto a su cabellera y aún más misteriosa, la desaparición de cada peluquero que lo visitaba... una vez le cortaban el cabello al rey, desaparecían para siempre.

Quedando solamente un peluquero en el reino, el rey lo hizo llamar. Resultó ser el hijo único de una viuda, que ni corta ni perezosa, se dio mañas de llegar hasta el rey, para implorar por la vida de su hijo. Por supuesto, ¡el rey se enfureció con esa visita!... finalmente, prometió que respetaría la vida del barberillo.

Cuando el muchacho llegó, el rey, bajo toda suerte de amenazas, ¡le hizo prometer que no contaría nada de lo que viera, a “nadie que tuviera oídos y lengua”! El barberillo aceptó... y cuál no sería su sorpresa, cuando el rey se quitó la corona... ¡tenía orejas de caballo!

El joven barberillo llegó a su casa; la mamá no hacía más que preguntarle qué había pasado, pero el muchacho no musitaba palabra. A los dos días estaba tan enfermo, que la madre lo llevó el médico; se quedaron un momento a solas:

- Doctor, no importa cuánto haga, estoy condenado a morir pronto: tengo un secreto que, si lo digo, me quitan la vida y si no lo digo, reventaré.

El doctor lo tranquilizó y le sugirió que se fuera para el bosque, buscara un árbol o una cueva y allí contara su secreto; con esto, no reventaría ya que lo habría contado y tampoco lo matarían, ya que no lo habría dicho a nadie que tuviera oídos y lengua.

El barberillo se fue al bosque y buscando buscando, dio con una encina hueca; acercó los labios al árbol y exclamó ¡Lora Lonshach tiene orejas de caballo!

En efecto, el muchacho recuperó la tranquilidad y continuó con su vida.

Por esos días, se llevó a cabo el Concurso de Arpistas del reino; acudían los mejores, para deleitar al rey y al pueblo con sus soberbias interpretaciones. Sucedió, que a uno de ellos se le rompió el arpa ¡y no podía dejar de participar!...

Decidió ir corriendo al bosque para talar un árbol y construir un nuevo instrumento. No podía ser de otra manera, ¡escogió nada menos que la encina hueca! ...Talló su arpa y ésta sonaba maravillosamente...

Llegó el día de la fiesta, a la cual concurrieron gentes de todos los rincones del reino, damas y caballeros, nobles y monarcas de otros reinos.

Cuando le tocó el turno al músico que debió tallar su arpa con la encina, todos quedaron maravillados e inmediatamente lo proclamaron el mejor arpista del mundo. El rey quiso obsequiar a sus invitados con otra interpretación del arpista y así lo anunció... sin embargo, el hombre se postró ante el rey y le dijo:

- Rey mío, esta arpa me da miedo. No fueron mis dedos los que arrancaron la música que habéis oído, sino ella la que hizo mover mis dedos. Algo extraño tiene ese instrumento y temo que suceda alguna desgracia si vuelvo a tocarlo.

- ¡Déjate de tonterías -exclamó Lora Lonshach- y obedece lo que te he ordenado.

El arpista obedeció y tan pronto tocó las cuerdas, una voz sonora empezó a gritar ¡LORA LONSHACH TIENE OREJAS DE CABALLO!

Todos quedaron atónitos. El rey, fuera de sí, comenzó a gesticular y en uno de los movimientos, perdió la corona y quedaron al descubierto sus dos enormes orejas de caballo, grandes y peludas. Hubo alaridos, carreras, desmayos.

He aquí lo curioso: cuando Lora Lonshach vio que todos conocían su secreto se quedó, lo mismo que el barberillo, mucho más aliviado... En lo sucesivo fue un rey bondadoso y alegre, no teniendo otro pesar que el de haber hecho dar muerte a los 7 barberos anteriores. Para hacérselo perdonar, pidió perdón a sus familias y les dio espléndidas pensiones... En cuanto al barberillo, fue nombrado Barbero de Cámara perpetuo y desde entonces, una vez cada año le corta el cabello al rey, con la naturalidad con la que lo haría con cualquiera de nosotros. *(El Rey que tenía las orejas de caballo. Anónimo. s.f.)*

16. EL FOCO EN LO GENERATIVO

Es nuestra luz, no nuestra oscuridad, lo que nos asusta. Nos preguntamos: ¿Quién soy yo para ser brillante, hermoso, talentoso, extraordinario? Más bien, la pregunta a formular es: ¿Quién eres tú para no serlo? Tu pequeñez no le sirve al mundo. No hay nada iluminado en disminuirse para que otra gente no se sienta insegura a tu alrededor. Has nacido para manifestar la gloria divina que existe en nuestro interior. Esa gloria no está solamente en algunos de nosotros; está en cada uno. Y cuando permitimos que nuestra luz brille, inconscientemente le damos permiso a otra gente para hacer lo mismo. Al ser liberados de nuestro miedo, nuestra presencia automáticamente libera a otros. (Mandela, 1994)

Es interesante que nos preguntemos si estamos mirando a la persona desde sus carencias, falta de recursos, traumas... Ya que, si la vemos desde ahí, inconscientemente la estamos empequeñeciendo, le estamos transmitiendo: “pobrecita”, “¡cómo sufres!, ¡cómo has sufrido!”. Una cosa es tener empatía con la persona y dar espacio a que cualquier tipo de dolor surja, y otra es mirar y tratarla como una víctima de las circunstancias. El hecho de contactar con este dolor, atreverse a vivirlo y mostrarse así, es un acto de grandeza humana, de valentía y coraje. Esta es una visión generativa tanto para el terapeuta como para el paciente. Según Naranjo (1990, p.16): “otro corolario más de la postura básica de la sicoterapia gestáltica es la actitud con la cual el terapeuta contempla los aspectos aparentemente indeseables de la personalidad de su paciente”. Es decir, Naranjo pone en cuestión esos aspectos aparentemente desagradables y la actitud de contemplación, de no dejarnos llevar por lo aparente.

Empequeñece enormemente pasar demasiado tiempo en una actitud de niño o niña quejicosa, sufriente, culpabilizada o culpabilizadora. Por lo tanto, es fundamental que nos planteemos si estamos mirando a la persona con intersexualidad/ DSD como una “victima”. Centrémonos en el poder que está generando y ha desarrollado para sostener todo eso, para procesarlo. A pesar de todo lo que ha vivido, y/o aún vive, ha sobrevivido y está ahí en terapia buscando crecer y desarrollarse como persona.

De hecho, hay que tener en cuenta que muchas de estas posturas sufrientes, victimistas, pasivas, agresivas..., siendo actitudes que han ayudado a las personas a sobrevivir (aunque sea mediante la manipulación), las mantienen ahora en esos estados, no les permiten ir a otros lugares de crecimiento, donde tendrían que salir de su zona de confort, en la que están cómodas (aunque “sufrientes”). Como a la mayoría, a estas personas les cuesta romper el status quo y dejar de alimentar estos roles de sufrimiento, de aislamiento, de vergüenza, estigma... Les supone tener que hacer frente a una realidad desconocida que contradice

muchas veces su visión del mundo, las creencias personales y familiares. Incluso puede que vaya en contra del orden familiar establecido. Por lo tanto, el hacer psicoterapéutico ha de ser un trabajo cuidadoso, delicado, paciente. Y al mismo tiempo, como psicoterapeutas no hemos de “comprar lo que nos quiera vender” la persona, y así poder poner el foco en la luz, en lo generativo, en los recursos de la persona.

En este sentido, sin negar todos los inconvenientes, sufrimientos, dolores... que pasan muchas de estas personas (y sus familiares), un punto muy interesante y a tener en cuenta, es que la adversidad ayuda al crecimiento, potencia determinadas capacidades. Una persona ciega tiene muchísimas percepciones más finas que el resto. Esto es precisamente lo que ocurre con personas con este tipo de condiciones y sus familiares, tienen una serie de recursos, cualidades que han desarrollado gracias al proceso que han vivido. Como ejemplo, en las dinámicas de las asociaciones es común ver personas y grupos con una gran capacidad para mostrarse, para arropar al resto, para empatizar. En general, la fortaleza humana, la valentía y coraje que tienen son llamativos, y suelen tocar profundamente a las personas que tienen el privilegio de poder estar en estos espacios. En la misma línea, este tipo de vivencias también pueden ayudar a desarrollar la apertura de mente y de ideas, un mundo interior rico, a poder aceptar a los demás en sus diferencias y peculiaridades, a la capacidad de autosostén y autoapoyo, una sensibilidad especial ante el dolor del resto, la capacidad crítica con los modelos preestablecidos...

Para finalizar este apartado, comparto un cuento que refleja de manera muy nítida este último punto, que se llama *El campesino que jugó a ser Dios*:

Un día un campesino encontró a Dios y le dijo:

– Tú has creado el mundo pero no eres un campesino, no conoces la agricultura.

Tienes mucho que aprender.

Dios le preguntó:

- ¿Cuál es tu consejo?
- Dame un año y deja que las cosas ocurran tal y como yo quiero. La pobreza no existirá nunca más.

Dios aceptó. Naturalmente, el campesino pidió lo mejor: ni tormentas, ni ningún tipo de peligro para el grano. El trigo crecía y el campesino era feliz. Todo era perfecto.

Al final del año, el campesino encontró a Dios y le dijo, orgulloso:

- ¿Has visto cuánto trigo tenemos? ¡Habrá comida suficiente por 10 años sin tener que trabajar!

Sin embargo, cuando recogió el grano, se dio cuenta de que estaban vacíos.

Desconcertado, le preguntó a Dios qué había pasado, a lo que este respondió:

- Has eliminado los conflictos y las fricciones, así que el trigo no terminó de germinar. (El campesino que jugó a ser Dios. Anónimo. s.f.)

17. REFERENTES Y GRUPOS DE APOYO

Formar parte o simplemente contactar con un grupo de apoyo suele ser referido como un paso crucial en la mayoría de las personas y familiares con una condición intersexual/DSD. Puede suponer tener un espacio donde poder traspasar el tabú, el secretismo, el miedo al rechazo. Las personas se sienten reflejadas en otras, hay una sensación como de “haber llegado a casa”, de poder hablar sin tapujos, sin necesidad de esconderse. Frente a la sensación de soledad, de sentirse raras, de aislamiento..., el compartir con un grupo de iguales favorece el sentirse acompañadas y parte de algo más grande. La sensación de hermandad, de familia suele ser muy grande desde el primer contacto, de tal manera que muchas personas refieren sentir una conexión especial entre ellas, que no tienen con otras personas incluso muy allegadas.

El tener otras personas con una situación parecida a la propia, a las que la persona aprecia y valora, también puede ayudar a conectarse con la propia valía. Es decir, reapropiarse de la valoración puesta fuera y dirigirla a una misma, “mirándose a sí misma tal y como mira a otras personas a las que admira y quiere”. Al mismo tiempo, según Greenberg y Pavio (2000), el poder revelar aspectos vulnerables y ocultos de sí, la experiencia de ser vista, escuchada y aceptada, a pesar de los propios sentimientos de no ser valiosa, resulta muy reafirmante. La persona tiene un aprendizaje interpersonal e internaliza la aceptación de fuera, lo que aumenta su capacidad de aceptarse a sí misma.

El tema de encontrar referentes es un aspecto básico que aportan las asociaciones, ya que muchas veces este tipo de condiciones pueden suponer la pérdida del sentimiento de pertenencia, de ser diferente, de sentirse sola y “huérfana”. Por lo tanto, la persona puede encontrar un espacio donde sentirse parte de, integrada, donde no es diferente, sino que forma parte de algo más grande, pudiendo compartir y compartirse. Donde puede romper ese muro emocional que había interpuesto con la otra persona y mostrarse tal y como es, expresando pensamientos, emociones y sensaciones que no se permitía y que pueden surgir al resonar con las vivencias de otros, siendo percibido como un igual.

Las asociaciones también ayudan a las personas a “empoderarse”, a tener una actitud activa y dinámica frente a lo que les ocurre. Inicialmente, muchas personas con estas condiciones suelen tener una actitud demandante y pasiva frente a profesionales sanitarios, madres y padres. Al compartir mucha información con iguales, al conocer profesionales, familiares..., se va ampliando la perspectiva sobre lo que ocurre, se van haciendo también unas expertas en ello y dejando de focalizarse en la demanda. Pueden así tomar un rol más proactivo, sentirse parte del cambio, tomar más fácilmente “el timón de su vida”. En el tema de las medicaciones, operaciones quirúrgicas, controles médicos etc., esto es decisivo, ya que la persona sin un grupo de apoyo es más vulnerable a la opinión de una única profesional o a las

informaciones de Internet. Sin duda, el contacto con un grupo de iguales puede suponer una fuente de información y de empoderamiento muy importante.

Sin embargo, también hemos de tener en cuenta que muchas personas con estas condiciones experimentan grandes dificultades para acudir a estos grupos, o bien sienten que no es su momento. Las asociaciones no valen para todo el mundo ni para todos los momentos vitales. El contactar con una asociación suele despertar muchos miedos, de alguna manera toda la energía que se ha puesto en ocultar, en hacer como que no pasa nada..., tiene el sentido de no conectarse con el dolor. El acompañamiento gestáltico es aquí muy importante, acompañando desde el respeto a la persona en sus decisiones, ya que puede que no esté preparada para dar ese paso, o simplemente no desee darlo. A veces, también puede pasar que le cueste encontrar sus referentes dentro de la misma asociación. Hemos de tener en cuenta que la diversidad de experiencias y de matices es muy grande, incluso dentro de una misma condición.

A continuación, incorporo un texto de GrApSIA, que refleja de manera muy clara lo que ha supuesto el contacto con esta asociación para algunos de sus integrantes:

La descripción de los sentimientos producidos por el hecho de entrar en contacto por primera vez con esta asociación es de: “Liberación, alivio, comprensión, ayuda, apoyo, acompañamiento, paz interior, normalidad, bienestar, felicidad, identificación y sentirse más animada”, y en todos, todos los casos, de “profundo agradecimiento”. La liberación viene dada porque en muchos casos pueden explicar por primera vez lo que han mantenido oculto mucho tiempo, sintiendo que en GrApSIA están los únicos en quien poder confiar. Además, sienten que son comprendidas ya que al otro lado hay personas que tienen el mismo síndrome. “Disminuye la ansiedad que produce el sentirse sola o única con el síndrome”. El contacto les ha ayudado a “entender mejor quiénes son y ha

aumentado la seguridad en sí mismas”. También en muchos casos aparece por primera vez un “sentimiento de pertenencia a una comunidad entre iguales, con referentes, modelos con los que identificarse y en los que reconocerse, permitiendo poder actuar de una forma natural, espontánea”. Así, GrApSIA ofrece a la persona afectada un mundo de referencia y una voz dentro del grupo, con el resto de personas afectadas, la oportunidad de intentar mejorar sus propias posibilidades de vida. Vemos esta aproximación reflejada en el siguiente fragmento: “Y eso fue lo que significó GrApSIA en mi vida: una oleada de normalidad, un bálsamo de bienestar. Ese día me reconcilié con mi cuerpo, un cuerpo con cicatrices pequeñas que esconden grandes heridas en el alma (...); me sentí reflejada en los cuerpos de mis compañeras y esa espontaneidad y naturalidad tuvo un efecto sanador de viejas heridas. GrApSIA ha abierto esa puerta que durante tantos años estuvo cerrada para mí. A este otro lado he encontrado una comunidad de mujeres XY, de personas que son mis referentes, mis modelos, mis iguales. Una comunidad de personas con la que me identifico y en las que me reconozco. De todas vosotras afectadas desde las mayores hasta las más jóvenes aprendo cosas.” (CSE, CAIS 50 años)

Para las personas de GrApSIA que son testigos de esta evolución, también supone una gran satisfacción personal poder ver los frutos del contacto establecido y la influencia en el recorrido de las personas que han acudido en busca de apoyo.

A veces, afirman desarrollar un sentimiento de fraternidad y haber encontrado una segunda familia, ayudando este hecho a comprender a los propios padres y reconciliarse con ellos si fuera necesario. En este sentido, y como fruto de la interacción entre afectadas y padres, surgen las ganas de aunar esfuerzos para contribuir a mejorar las posibilidades de vida de las generaciones más jóvenes de

afectadas y que su vivencia del síndrome pueda tener menos connotaciones negativas que las de generaciones anteriores. En la línea de los fragmentos reproducidos, encontramos este otro: “Nosotras podemos ayudaros a trazar la carta de navegación para vuestras hijas, señalar qué obstáculos se van a encontrar en el viaje, qué costas son más traicioneras (la de las creencias, la de la falta de confianza...) Aquí, en GrApSIA tenéis a un grupo de personas que han superado dificultades, que han cicatrizado heridas y que de alguna manera pueden allanar el camino para vuestras hijas” (CSE, CAIS 50 años)

GrApSIA supone, en definitiva, un espacio para la esperanza, para la reconstrucción de la identidad y para reconvertir toda la espiral de negatividad por la que la mayoría de personas afectadas refieren haber pasado. GrApSIA se nutre de las experiencias de sus miembros. Cada una recibe algo del grupo y a la vez su viaje de autoaceptación pasa a formar parte del acervo del grupo y se puede convertir en motor, referente o ejemplo de los que están a punto de emprender ese viaje. (GrApSIA & Audí, 2014. Texto de GrApSIA previo a su traducción al inglés)

18. LA ACTITUD Y EL LENGUAJE TERAPÉUTICO

En el caso de muchas personas con alguna condición intersexual/DSD es especialmente importante y clave en el tratamiento, puesto que suelen haber experimentado miradas muy descalificadoras respecto a su cuerpo, intervenciones invasivas, secretismo, vivencia de soledad, etc., que han podido ser el caldo de cultivo de una vergüenza tóxica muy profunda y arraigada.

La mirada terapéutica ha de estar pues lo más vacía posible de prejuicios respecto a todas las cuestiones que son básicas, referidas a la sexualidad, a los cuerpos, a la feminidad y

masculinidad, al mantenimiento o no de secretos, a la vergüenza, a pasar o no por tratamientos médicos... Es importante que la terapeuta ponga el peso en la persona, en las decisiones que ésta va tomando, en el momento en que está. En todo caso, como terapeuta puede ayudar a la persona a ampliar la conciencia de lo que hay y no hay, acompañarla y favorecer que crezca internamente, madurando y empoderándose. Para ello, es necesario un ambiente respetuoso, no descalificador, cuidadoso y alentador. En el acompañamiento hemos de cuidar que nuestra mirada no sea paternalista y sobreprotectora. Esta mirada empequeñece a la persona, la inhibe y la desconecta de su fortaleza y recursos internos. Los consejos y las indicaciones de lo que debe o no debe hacer el paciente (contar su condición, operarse, hacer dilataciones, medicarse...) suelen ser recibidos con rechazo por parte de las mismas pacientes, que a veces se pueden ver abrumadas y no comprendidas ante tales indicaciones. Como terapeutas, nuestra función no es la de tomar decisiones por la persona o su familia, sino favorecer un espacio donde se sienta acogida, un ambiente en el que pueda ir haciéndose cargo de su poder, de su fuerza, pudiéndose hacer más consciente, tomando decisiones desde este lugar. Sean cuales sean las decisiones que tome, lo importante es desde dónde lo hace. Todo esto lo apoyamos al no juzgar a la persona, al aceptarla tal y como es, al mirarla desde lo que es y puede llegar a ser, desde su potencial (y no desde su carencia y falta).

18.1. Cuestión de Lenguaje y Conceptos: ¿Son las condiciones intersexuales enfermedades, patologías, problemas, anomalías, malformaciones?

Un tema que puede ser muy sensible y delicado en este ámbito es el referido al lenguaje y los conceptos que utilizamos. Las palabras y los conceptos no son neutros, suelen tener una carga emocional. La vivencia y la resonancia que favorecemos en el otro al decir “tu patología, tu malformación”, no es la misma que al decir, por ejemplo “tu condición, tu particularidad, tu

diferencia”. No se trata únicamente de maquillar y modificar superficialmente el lenguaje, sino de qué visión tenemos de que lo que le ocurre a la persona: “¿Pensamos que su cuerpo es patológico, que tiene que ser cambiado? ¿Pensamos que tiene una anomalía o que su cuerpo es fruto de la diversidad de la naturaleza?”. Los esquemas que tenemos de lo que le ocurre, y le ha ocurrido la persona, son decisivos, puesto que sin darnos cuenta se los estaremos transmitiendo. Un primer paso pues, es darnos cuenta de qué pensamos al respecto, qué estamos transmitiendo, qué palabras le decimos sobre lo que le ocurre, cómo las decimos. Puede pasar que incluso nos pasemos de “positivizar” la condición y experiencias de la persona, como si fuera una bendición, algo que le hace única y especial. Esto también puede ser contraproducente, generando el rechazo de la persona, acrecentando sus defensas egoicas (que a veces tienen que ver con justamente eso, sentirse rara, pero especial).

Es recomendable no utilizar palabras como: trastorno, patología, anomalía, enfermedad, malformación, problema físico... Y utilizar en su lugar: condición, diferencia, limitación física (en los casos en los que sea real), ausencia y/o presencia de... (vagina, pene, etc.). O incluso utilizar el nombre de la condición de la persona si ella la nombra y se identifica con ella. En todo caso, si se identifica como intersexual, DSD, Hiperplasia, etc., podemos utilizar dicha concepción.

Si la persona utiliza palabras con connotación negativa para referirse a su condición, nuestra labor no es corregirla y que la modifique. Simplemente se trata de darnos cuenta de ello, y si es oportuno en el proceso de la terapia, intervenir para facilitar el darse cuenta de la persona.

Muchas personas con alguna condición DSD suelen referirse a ella como “mi problema”. Ante esto se puede argumentar que realmente sí que es un problema, no del cuerpo en sí, pero del rechazo, secretismo, vergüenza, invasiones, sentimiento de soledad... que han sentido (por otros, pero principalmente por sí mismas). Es decir, el problema no está en ellas o en su

cuerpo, sino en las miradas externas e internas, en el tratamiento que esos cuerpos han recibido, ahí está la auténtica patología, enfermedad, trastorno, problema...

Para acabar este apartado, incorporo este cuadro que elaboré para GrApSIA, dirigido especialmente a ponentes que participan en sus encuentros profesionales. Aunque esté orientado más específicamente para el SIA y condiciones relacionadas, puede aportar más claridad sobre la actitud y lenguaje del terapeuta.

(Ir a la siguiente página)

A EVITAR:	EN SU LUGAR:
🚫	😊
<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje muy técnico con explicaciones muy complejas y pormenorizadas. ☐ - Imágenes que puedan herir la sensibilidad, como las de órganos, sangre, operaciones, fotos de cuerpos desnudos, o incluso de personas famosas. ☐ - Exposiciones que induzcan a la conflictividad con otros colectivos o posiciones determinadas. ☐ - Palabras patologizantes referidas a condiciones DSD/intersexualidades y personas con estas condiciones, tales como: patología, problema, anomalía, malformación, padece o sufre de... ☐ - Poner género a características biológicas o genéticas: mujeres genéticamente hombres, cromosomas masculino, genitales ambiguos... ☐ - Expresiones con contenido moral implícito: Relaciones sexuales completas Mujeres normales ☐ - Instrucciones que alimenten el miedo, el secretismo, la preocupación por el futuro. Ej.: <i>Ojo que nadie le cambie el pañal! Si alguien se entera se suicidará, le harán bullying...</i> ☐ - Exacerbar la feminidad o belleza de las mujeres con SIA: <i>Son muy mujeres, son super mujeres, suelen ser modelos...</i> ☐ 	<ul style="list-style-type: none"> + Lenguaje comprensible para cualquier persona que no esté especializada en esa área concreta. ☐ + Dibujos y croquis. ☐ + Exposiciones hechas desde el respeto a todas las opciones posibles y colectivos implicados. ☐ + Utilizar palabras neutras como: condición, diferencia, diversidad, etc. ☐ + Expresiones que no etiqueten sexualmente la biología o información genética: Mujeres XY, cromosomas XY, genitales atípicos/ diversos... ☐ + Expresiones descriptivas (sin contenido moral): Coito/ penetración vaginal (Relaciones con) Resto de mujeres, mujeres XX ☐ + Dar herramientas a los padres y personas para que acepten y puedan vivir de manera natural lo que ocurre. ☐ + Favorecer una visión humana y diversa de estas personas, sin caer en mitos. ☐

Figura 2. Recomendaciones para ponentes de GrApSIA. Elaboración propia.

19. EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA

El proceso de psicoterapia dependerá de cada paciente, del momento en el que se encuentre, de sus necesidades, miedos, defensas, y también de la psicoterapeuta. Tal y como explica Yontef (1996, p.392) “no hay sólo un camino correcto. No hay una respuesta o estilo “correcto” ... “Sin embargo, hay varias fases interesantes (que no son secuenciales, ni excluyentes), a tener en cuenta en este tipo de tratamiento psicoterapéutico”.

19.1. Establecimiento del vínculo terapéutico

El inicio se ha de dedicar fundamentalmente a establecer un buen vínculo terapéutico. Sólo desde aquí, la persona podrá ir abriéndose, adquiriendo la confianza suficiente para poder ir contactando con su mundo interior e ir expresándolo y mostrándolo (no sólo a la otra persona, sino fundamentalmente a sí misma).

Es el momento adecuado para conocer el sistema familiar, social, el carácter o personalidad de la persona, los recursos, limitaciones...

19.2. Contacto y expresión de experiencias traumáticas silenciadas/ apartadas

Frecuentemente la persona con una condición intersex/DSD presenta situaciones y vivencias dolorosas en su vida que han sido “borradas” parcial o completamente de su conciencia. En su momento este mecanismo tuvo su sentido, ayudó a la persona a poder sobrevivir, apartando lo que en ese momento quedaba demasiado grande, bien por el shock emocional, bien por la falta de apoyo y/o manejo emocional tanto de ella misma como de su entorno más inmediato.

Por lo tanto, en el proceso terapéutico, la persona tiene que ir aumentando su capacidad de conciencia y de sostén, para así, poco a poco poder ir contactando con esas experiencias que ha dejado fuera, total o parcialmente, de su conciencia. Para ello, utiliza mecanismos de defensa tales como la desensibilización, la negación, la represión, etc. Llama la atención cómo personas afectadas y familiares “olvidan” muchos datos relevantes del pasado. Y una vez contactan con ellos, se sorprenden del impacto y relevancia que tienen en su interior, y de cómo, hasta el momento, los habían ignorado o minimizado.

El trabajo psicoterapéutico aquí es que todas estas vivencias, con las creencias inhibitorias asociadas, vayan saliendo a la luz. Expresarse y mostrarse puede ser muy valioso y complicado para estas personas. Esto generalmente implica atravesar un dolor que está ahí retenido, con mucho peso, puesto que duele, aunque hagan como que no está ahí. Estas etapas de la terapia son duras, pueden ser como la travesía en el desierto, puesto que se puede encontrar con vacío, soledad, desprecio, rabia, ataque.

19.3. Trabajo con limitaciones y experiencias dolorosas del presente

Además de “destapar” las experiencias dolorosas del pasado que interfieren en la vida presente de la persona, hay experiencias actuales que suelen tener que ver con limitaciones y aspectos que no se acaban de aceptar en la vida y que suelen estar también “contaminados” por esas experiencias y vivencias traumáticas del pasado. Por ejemplo, puede que la persona no se sienta una mujer completa por no tener ovarios, menstruación... Aquí se puede dar una no aceptación de sus limitaciones y peculiaridades, que acaba interfiriendo en la identidad y autoestima. Las cirugías traumáticas, por ejemplo, también interfieren en que la persona luego se sienta en lucha con su cuerpo, sintiéndose en algunos casos, monstruosa, deform... Por tanto, un trabajo desde la perspectiva gestáltica podría ser el de favorecer la aceptación

de estas limitaciones y peculiaridades, para que dejen de interferir y mermar la autoestima y el autoconcepto personal.

19.4. Empoderamiento: Contacto con vivencias y creencias generadoras

El proceso de ir “aireando” esas vivencias enterradas y aceptar las limitaciones y peculiaridades propias, no estaría completo si no fuera acompañando de un empoderamiento, un responsabilizarse de la propia vida. Si esto no se hace así, se corre el riesgo de que la persona entre en un bucle de victimismo en el que se empequeñece. Un trabajo interesante es indagar en los beneficios que se obtienen con esta merma de autoestima. También se han de promover experiencias que den salida a los movimientos emocionales que quedaron contenidos: la rabia, la tristeza... Esto se hace no sólo para desbloquear la emoción, sino también para promover un movimiento proactivo. Se busca que la persona deje de sentirse como una víctima de las circunstancias, de la vida, de su madre, de su padre, del personal sanitario, de su cuerpo..., y comience a sentirse y a conectarse con lo que es: una persona adulta, capaz, responsable de su vida y de sus emociones, responsabilizándose así de su vida sin culpar a nadie de su desdicha. Más bien, que se dé cuenta de que la desdicha está en cómo está afrontando lo ocurrido y no en los hechos en sí. Incluso muchas personas acaban agradeciendo a la vida y a lo vivido, puesto que todo ello les ha permitido desarrollar capacidades y recursos muy valiosos que forman parte de su estar en el mundo.

Es clave favorecer que la persona pueda ir soltando ese dolor y, aún más importante, esas vivencias de monstruosidad y de secretismo, que hacen que tenga que realizar un gran esfuerzo en su vida para ocultarse. Poder tener una vivencia más liviana y estar en paz consigo misma, con una mayor aceptación y madurez, responsabilizándose de sí, con menos culpa. Al mismo tiempo poder tener también un contacto profundo consigo misma y con el

resto, pudiéndose mostrar tal cual es y abriéndose a las relaciones de intimidad. Esto es en definitiva lo que nutre: un buen contacto con una misma, con los demás y con la vida.

20. UN CASO PRÁCTICO: MI TESTIMONIO

Como la mayoría de las personas intersex, mi historia está cargada de un halo de secretismo tan pesado y patente, y a la vez ni siquiera nombrado por nadie en mi casa. Este secretismo ha sido el fondo de la gestalt, algo que está ahí, pero que hasta muchos años después no he podido ver claramente ni ir desmontando. Sé que de pequeña me operaron dos veces, una con casi dos años y otra con cuatro. Lo sé porque tengo un expediente médico que así lo atestigua y porque tengo un recuerdo muy borroso y lejano de estar mirando de noche por la ventana del hospital, tenía una sensación en mí de mucha soledad, me sentía sola en el mundo, abandonada, ahí debía tener unos cuatro años.

Durante mi infancia lo único que se me hacía figura al respecto era la visita anual al médico, las exploraciones dolorosas donde me revisaban mis genitales, todavía no sé para qué, por un médico principal y otros muchos profesionales (generalmente todos hombres, dicho sea de paso). Así aprendí, como mecanismo de defensa, a desconectarme y cosificar mi cuerpo, especialmente mis genitales. A asociar mi cuerpo no como un lugar de placer, sino como un objeto inerte, fuente de dolor e invasión. Recuerdo también en mi infancia y adolescencia lo avergonzada que me sentía por tener el clítoris que sobresalía. Tanto era así que hasta casi los 20 años nadie, excepto mi madre y hermana, me podían ver desnuda. Aún recuerdo un comentario de mi hermano cuando era niña que hizo sobre mi clítoris, burlándose y diciendo algo así como que era un chico. De alguna manera confirmó mis peores miedos y, desde ahí, me dije que nadie más me vería desnuda.

Esta es la historia de muchos niños y niñas intersex con genitales atípicos, viven su cuerpo con vergüenza, perciben que hay algo en él que no es “normal” y nadie habla de eso, se corre

un tupido velo al respecto, intentando ocultarse al máximo y avergonzándose de sí mismos, de sí mismas y desconectándose al mismo tiempo del cuerpo, porque les resulta demasiado doloroso.

Cuando llegó la pubertad me preguntaba a mí misma si iba a tener la “regla”, pero dentro de mí había una intuición que sabía que no, y así fue, ¡nadie me dijo nada! Aparte, me desarrollaba poco y con 14 años me pusieron parches de estrógenos. A partir de ahí mi cuerpo cambió muy deprisa, de casi no tener pechos, en pocos meses pasé a todo lo contrario. El problema es que no me pusieron dosis de transición, sino que comencé directamente y de golpe con la dosis normal de una adulta. Esa época fue para mí muy dura, con el ánimo muy bajo, me sentía deprimida, sola, muy sensible, me afectaba cualquier comentario que hicieran sobre mí. Con el tiempo, hablando con otras personas en situación parecida a la mía, descubrí que es posible que ese cambio hormonal tan brusco pudiera contribuir a desequilibrarme también emocionalmente.

De adolescente, vivía la sexualidad como algo lejano a lo que no veía cómo acercarme de ninguna manera, era un terreno vedado. Me enamoraba platónicamente de chicos, no dando nunca ningún paso. Si tuve alguna “historia”, la vivía con muchas dudas e inseguridad. ¡Cómo no!, era un espacio al que no quería entrar, al que, si tocaba, me producía dolor. Aún recuerdo que siendo joven, cuando me tocaban en mi zona genital, me salía el llanto y me paralizaba.

La información a las personas intersex nos llega a veces a cuentagotas, enmascarada, oculta, con engaños, mentiras, disimulos, vergüenzas... En mi caso, desde muy pequeña y, también en la adolescencia, seguía yendo a las revisiones médicas. Cuando me recetaron los parches de estradiol, el médico me dijo que no tenía ovarios. De repente, una información nueva me llegó, el médico lo dijo como si nada, pero a mí me impactó y, al mismo tiempo, no me sorprendió. En otra ocasión, me dijo que en un futuro me tendrían que operar de la vagina

para poder tener relaciones sexuales, pero que sería más adelante. Ahí no entendí mucho, fue un comentario del médico muy de pasada, casi sin darle importancia, pero entonces me vino la pregunta sobre qué pasaba con mi vagina, y me di cuenta de que no tenía ese orificio en mi cuerpo. Al mismo tiempo, la idea de una operación me aterrorizaba. Todo esto, lo viví desde la más absoluta soledad, nunca lo comenté con nadie. Y no es cosa particular mía, desgraciadamente una gran mayoría de las personas intersexuales lo vivimos así, en secreto, un secreto que incluso no nos atrevemos a mirar y a considerar para nosotras mismas.

Durante mi infancia y mi primera juventud, no tenía ni idea de qué me pasaba, sólo sabía que me habían operado de la zona genital, que tenía el clítoris que sobresalía un poco, que no tenía vagina, pero nada más. Recuerdo que, ya estudiando psicología, e intentando superar esa barrera del tabú le pregunté una vez al médico qué me pasaba, y él miró hacia abajo como con vergüenza y sólo dijo que “me habían operado de ahí abajo”. Esto no es nada raro en la historia de la gran mayoría de las personas intersex, desgraciadamente han sido muy comunes las consignas médicas a padres y madres de “no le digáis nada a vuestra hija, vuestro hijo” o incluso ocultárselo también a ellos. De ahí, que haya muchos casos de expedientes que desaparecen, o bien que son dados faltando las páginas “peliagudas”, habiendo muchas personas que se han enterado de adultas o que, incluso, no conocen qué les ha ocurrido realmente, cómo es/era su cuerpo, para qué les operaron, etc.

En mi caso, con 20-21 años, todo dio un giro inesperado. En una revisión anual, el médico olvidó mi historia y le pidió a la enfermera que se la trajera, empleando esta frase: “Tráeme la historia del Síndrome de Morris”. A mí al escucharlo, se me encendió una lucecita por dentro: ¡lo que a mí me pasaba tenía un nombre! Al llegar a casa, miré en la enciclopedia médica de mi compañera de piso (que estudiaba el MIR) y, de repente, ¡abré la página del Síndrome de Morris! Me causó impresión ver caras de mujeres tapadas y en blanco y negro, en mi recuerdo eran cuerpos raros y deformes. Empecé a leer y vi que, genéricamente, se

llama síndrome de insensibilidad a los andrógenos. Leyendo descubrí que mis cromosomas sexuales eran XY y no XX, que había tenido testículos intra-abdominales no descendidos, y que era insensible a las hormonas “masculinizantes” o andrógenos, las cuales, en lugar de masculinizarme, habían feminizado mi cuerpo. Al leer todo esto, entré en shock, me sentí como un monstruo y me dije a mí misma que nadie sabría nada de esto. Cosa que afortunadamente no fue así. Pero al mismo tiempo, me sentí más ligera: “¡por fin sabía la realidad sobre mi cuerpo, qué me pasaba!, ¡al fin pude conocer mi Verdad!”

Sin embargo, desconocía aún numerosas piezas de mi pasado ¿para qué me operaron de niña?, ¿qué me hicieron?... Estas preguntas las he ido desgranando a medias, como he podido, ya que me he encontrado con un muro lleno de contradicciones en mis padres, que aún hoy en día, difícilmente son capaces de mirarme a los ojos y hablar de lo que pasó. Y de nuevo, tampoco esto ha sido algo exclusivamente mío y de mi familia. De hecho, es raro que en las familias no haya habido algún tipo de secreto al respecto. En la mía, hace un tiempo que descubrí el mecanismo de defensa de la negación. Por ejemplo, en una conversación, tanto mi madre como mi padre decían que sólo me habían operado una vez de niña, cuando mis informes médicos hablan de dos cirugías. También observé este mecanismo en mi hermano, que, tras varios años de haberle contado todo, olvidó mágicamente la conversación que habíamos tenido. Cuando le envié un artículo sobre el tema, se enfadó por no haberle contado, ¡me pareció increíble cómo todas y todos borramos eso que es tabú!

Volviendo a lo que he ido descubriendo de mi historia, puedo contar que, con poco más de un año, mi cuidadora de la guardería les dijo a mis padres que mis genitales estaban hinchados. Me llevaron al médico, creo que me hicieron muchas pruebas hasta que descubrieron que en lugar de ovarios lo que tenía eran testículos, que mis cromosomas eran XY y que era insensible a los andrógenos. Entonces los médicos decidieron operarme para quitarme los testículos. Hago aquí un inciso para explicar que, hasta ahora, cuando se descubrían genitales

que no correspondían con el sexo asignado, la práctica más común era extirparlos, con el argumento de que podían provocar cáncer (cosa que en los estudios actuales se está descubriendo que la probabilidad de tumorización es, generalmente, bastante baja, aunque es difícil hacer un seguimiento de este riesgo). Parece una tontería, pero en la práctica, esta extirpación es una castración pura y dura, y nos hace depender toda la vida de hormonas externas que nunca harán el mismo papel que las naturales, ocasionando, por ejemplo, una baja densidad ósea, baja libido en muchos casos, y, en otros, muchos decaimientos importantes de ánimo y de energía vital. En este sentido, conozco muchas personas a las que, de adultas o de adolescentes, les quitaron las gónadas y tuvieron un descenso anímico y de libido muy importante, del que, muchas refieren, nunca se han vuelto a recuperar del todo.

Casi a los 4 años volvieron a operarme, supuestamente para realizarme una vaginoplastia (no sé si con intención de estirar la vagina o de crear una nueva). Desconozco si me hicieron algo más, para mí es un enigma. Los protocolos actuales marcan que este tipo operaciones se tienen de hacer a partir de la adolescencia. Es curioso que los médicos decidieron, a mis casi 4 años, que necesitaba una vagina, como si fuera una urgencia de vida o muerte, que pudiera interferir en ese momento en mi vida.

Pero estas no fueron las únicas cirugías, ya de adulta pasé de nuevo por el quirófano en dos ocasiones más, ambas para intentar reconstruir la vagina. En la primera, pedí al médico que me redujera el clítoris. Tenía 20 años y me costó convencer al médico para que me operara, ya que él decía que tenía que tener pareja para realizarla. En cuanto a la apariencia externa de mis genitales, para mí la operación fue un éxito inicial, ya que mis genitales parecían “normales”, y eso me supuso relajarme a la hora de mostrar mi cuerpo y, también, una cierta liberación. Sin embargo, con el tiempo me enteré de que me habían hecho realmente una ablación de clítoris (no una reducción, introduciéndolo). Me di cuenta de que tenía menos sensibilidad a la hora de tener orgasmos. Y, aun así, con el tiempo me enteré de que había

sido afortunada, ya que hay mujeres que, tras la misma operación, no han vuelto a tener un orgasmo. Yo nunca fui informada de los riesgos de esta operación, sólo se me dijo que era una operación muy sencilla (¡claro, solo había que cortar!). La vagina resultante, parecía una pequeña bolsa de canguro que no crecía a pesar del transcurso de los muchos meses que estuve intentando dilatarla varias veces al día. Hoy en día sé que las neovaginas de piel no están indicadas porque la piel no cede, no es flexible.

La cuarta operación me la practicaron a los 27 años, también fue un fracaso en lo que respecta a la operatividad de mi vagina, ya que me hicieron un injerto sintético que, desgraciadamente, se complicó por un queloide o exceso de cicatrización que obstruía la entrada. Ambas operaciones requirieron meses de recuperación, y de sentirme muy frágil y vulnerable, con mucho dolor en una zona tan delicada. Tuve mucha angustia, luchando contra natura (con dilataciones prolongadas varias veces al día durante meses), sabiendo internamente que no funcionaría. De nuevo, vuelvo a asociar mis genitales con dolor, angustia, sufrimiento, lejos del placer y el erotismo...

Respecto al impacto que todo esto tuvo en mi madre y en mi padre, sé que mi madre tuvo un ataque de ansiedad y tuvo que ser hospitalizada en mi primera operación, cuando yo tenía dos años. También estos últimos años tuve dudas sobre si mis padres llegaron a tener el miedo de que me identificara/fuera realmente un chico. Ellos lo niegan rotundamente, pero según cuentan mis tíos, los únicos que tuvieron algún conocimiento de la historia, a mi madre, especialmente, sí que le atormentó durante una época que yo no fuera realmente una chica y que se hubieran “equivocado”.

Después de las dos operaciones de adulta, en las que no conseguí tener una vagina funcional, con todo el sufrimiento padecido, tomé la decisión de no volver a pasar por un quirófano. Me planteé que no quería pasar por lo mismo, con el objetivo de querer encajar o dar lo que no podía dar en mis relaciones. Esta decisión supuso y supone confrontarme con mi limitación.

Y así empecé a tener relaciones, generalmente invadida por el miedo. Es verdad que siempre han sido esporádicas, cuidando siempre de que la persona fuese confiable, ya que luego llegaba ese fatídico momento (que odiaba y odio), en el que al principio decía que NO QUERÍA tener penetración y que después opté por decir que NO PODÍA tenerla. Con este último paso me quité el peso de tener que estar pendiente de que el otro detectara mi diferencia, y así conseguí relajarme. Sin embargo, noto que aún queda un bloqueo ahí, siento que algo dentro de mí no funciona, nunca he tenido una relación de más de 3 meses y esto, obviamente, está evidenciando algo.

Encontrar a la Asociación/Familia de GrApSIA

Con 23 años tuve la suerte de conocer la primera y principal asociación que hay en España de personas con alguna condición intersex. Recuerdo el impacto tan grande que viví al principio al conocer a gente como yo, ¡fue increíble! Al principio es todo un shock, y es cierto que hay mucha gente a la que le cuesta dar el paso. En mi fantasía me imaginaba monstruos deformes, pero fui encontrando gente con mucho brillo, valientes, compañeras en el camino. Me di cuenta de que no estaba sola, que había gente como yo, que podía hablar tranquilamente, y sin tapujos, de lo que me pasaba. Sentía conexiones fortísimas y gran intimidad con gente que apenas había conocido hacía horas.

Gracias a esta asociación y a mis compañeras de camino, me fui empoderando, fui recabando también información médica y, aún más importante, del ámbito social en relación con la diversidad, que me abrieron a un mundo nuevo, donde se valora y aprecia lo diverso, donde ¡había lugar para lo diferente! Sin GrApSIA, evidentemente, no estaría donde estoy, porque este es un camino muy difícil para hacer sin referentes, y yo, sin saberlo, estaba sedienta de ellos.

Todo esto, como siempre, no es exclusivo mío, he visto a tantas personas evolucionar y crecer de otras maneras, gracias al apoyo del grupo, al amor, la comprensión y al acogimiento que se siente dentro del grupo de iguales. Es encontrarse con aquello que faltó desde la adolescencia, un grupo donde poder identificarse plenamente, donde poder hablar de hormonas, operaciones, no reglas, miedos, etc.

La Gestalt y mi proceso de crecimiento

Con 20 años y estudiando 3º de Psicología, mi vida me resultaba plana, insulsa, no tenía graves problemas, pero internamente me sentía como muerta. Afortunadamente, me escuché y, a esa edad, empecé mi primera formación de Terapia Gestalt y un proceso de autoescucha para mirarme a mí misma. Al principio, en mi terapia personal, necesité muchísimo maternaje; recuerdo sesiones y sesiones donde prácticamente lo único que hacía con Maru era dejarme abrazar por ella y caer en sus brazos. ¡Era algo que nunca había tenido! Aprendí a sacar toda esa emoción, ese dolor, tristeza, soledad que llevaba dentro y que estaban bloqueados. Mis compañeras de la formación fueron las primeras con las que pude confiar y contar mi historia. Al principio, me costaba horrores mostrarme, creía que me verían como un monstruo y que me rechazarían. Pero, sin embargo, fui encontrándome lo contrario, me sentía más cerca de la gente, era como un muro que se caía entre la persona a la que se lo contaba y yo. Empecé también a contarla a amistades íntimas; al principio parte de la historia, luego, poco a poco, todo. Cada vez me sentía con más confianza y pude contar mi historia en los dos grupos de Gestalt y, luego, en el de Integrativa. Poco a poco, más y más amistades sabían de mi historia, y ya no me ocultaba, decía que era XY, y contaba todo sin esconderme nada.

Con los años, he ido rescatando todo el trauma que me supusieron las operaciones, el ocultismo y el secretismo, esas miradas a mi cuerpo desde la anormalidad y monstruosidad. He ido dándole espacio también a mi odio a los médicos, a mis padres, por consentir las

operaciones. Me he dado cuenta de cuánto me influyó todo esto en mi infancia, cómo me cerré a mi familia, me aislé en mi burbuja protectora con mis abuelos y la televisión (la veía horas y horas). Me di cuenta de cómo un cambio brusco en mi alimentación con 4 años, en los que pasé de comer de todo a prácticamente de nada, se debió al impacto tan fuerte que tuvo en mí la segunda operación. Mi madre dice también que me volví mucho más nerviosa, que, en cuanto se despistaban, desaparecía perdiéndome varias veces.

Me he ido reconectando con el amor de mis padres, con la angustia que sintieron: estaban perdidos, todo este tema les quedaba muy grande. Incluso con el amor de los médicos que, a pesar de tantos errores, detrás de sus actos había también una parte de amor y cuidado. Contactar con que la vida me cuida para mí es tan importante, porque ya no me deja anclada en “lo que no hay/había”, sino que me da alas, me siento arropada.

Hace unos años, realizando una terapia Reichiana, donde hacía dinámicas corporales tumbada, se hizo figura tras varias sesiones, que mis muñecas y brazos me pesaban, y no era una sensación nueva para mí. Mi terapeuta me preguntó entonces si había sido atada alguna vez y automáticamente me vinieron las intervenciones quirúrgicas de niña. Así que me decidí a preguntarle a mi madre para ver si era cierto ¡y me lo confirmó! Me dijo que, en la primera intervención con menos de dos años, estuve casi una semana atada a la cama en una habitación donde mis padres no podían entrar, salvo, presumiblemente, para una breve visita. Con cuatro años volvió a pasar lo mismo, aunque, según mi madre, estuve menos días atada. Entonces me imaginé lo ocurrido y me pareció desolador: una niña pequeña, que no llegaba a dos años, operada y con dolor, atada en la cama sin sus padres, sola. Y que la situación se repitiera dos años más tarde, debió sembrar en mí una gran sensación de impotencia, de que en cualquier momento podía volver a pasarme. También intuys que en ese momento debí sentir una gran y profunda sensación de ser castigada por algo que desconocía, que había algo dentro de mí que era malo y por lo que me habían hecho daño y dejado sola. Mi madre me

dijo que en la segunda operación me mintieron, me dijeron que iba a otro sitio y me llevaron al hospital, así que supongo que también debí sentirme engañada y traicionada.

Para mi sorpresa, un tiempo después de descubrir mi verdadera historia, me puse a buscar entre mis dibujos de mi temporada de formación de Gestalt. Estaba buscando uno en el que me dibujé a mí, alegre y sonriente, aunque antes había desechado otro dónde me había dibujado triste y apretando los dientes; el terapeuta, muy hábil, se dio cuenta y me lo señaló. Así, un poco, ha sido mi vida, mostrando una buena imagen, aunque por dentro estaba apagada, sin casi ser consciente de ello. Entre todos los dibujos pude encontrar esos dos, no obstante, ahí no quedó todo: empecé a observar que en algunos de estos dibujos, hechos muchos años atrás, dibujaba manos y brazos, algunos de ellos ¡atados! Incluso en un dibujo se veía una cara llorando, rodeada de un cuadrilátero negro que parecía la cama y atada de brazos. Me pareció increíble cómo mi cuerpo y mi inconsciente tenían tan presente todo aquello, que, incluso, lo había dibujado en repetidas ocasiones sin ser consciente de ello.

Todo esto me permitió darme cuenta de la importancia de mis vivencias, me dio una visión mucho más amplia del impacto de los sucesos ocurridos en la infancia, de la importancia de abordarlos, de darles un espacio e ir sanándolos muy poco a poco.

Algo para mí importantísimo fue descubrir cómo las operaciones y mi condición corporal habían condicionado mi relación familiar y mi proceso edípico siendo una niña. Contacté con la vivencia soterrada, pero muy profunda, de que la vida y mis padres estaban en deuda conmigo por todo el sufrimiento que había vivido. Los culpaba a ellos, y sentía que de alguna manera me tenían que compensar por lo vivido. Al mismo tiempo, tengo la impresión de que ellos, en el fondo de su ser, se sienten culpables de lo ocurrido, y, de alguna manera, me han intentado compensar, dándome un lugar de poder en la familia. Esto me llevó en mi vida a una actitud pasiva de dejarme hacer, de esperar que las cosas me vengan sin tener que lucharlo yo, y de gran frustración, si no se me tenía en cuenta. Es curioso, porque ver todo

esto me ha dado poder, me ha conectado con mi fuerza, con mi amor y con dejar en el pasado lo que ocurrió y tomar la vida sin demandarle ni exigirle nada.

He necesitado muchos años para ir procesando todo esto, llorándolo, gritándolo, reconciliándome con mi pasado, reconquistando la paz. Para mí es un proceso donde estoy dando cabida a lo que pasó sin desensibilizarme como había hecho toda mi vida. Permitiendo los movimientos y necesidades que quedaron y quedan ahí atascados, relacionándome conmigo misma y con mi pasado de una manera más tierna y amable: soltando la crítica, el odio, la insatisfacción..., hablando de mi historia y de mi cuerpo libremente, sin ese esfuerzo que supone la ocultación. En estos últimos años he ido dando charlas y talleres donde me expongo, donde cuento mi historia, formando también a profesionales y personas interesadas en el ámbito de la diversidad.

He llegado a un punto en el que voy dejando cada vez más de mirarme con vergüenza, culpa, con pena y autoindulgencia. No quiero ser, ni verme, ni que me vean como “la pobrecita”, y, puedo decir alto y claro, que estoy orgullosa de mí misma, de mi cuerpo, de mi historia. Valoro mi valentía y mi fuerza, aprecio de corazón y acojo dentro de él todo el cariño, acompañamiento, valoración, ternura..., de tanta y tanta gente que he tenido a mi alrededor: amistades, terapeutas, compañeras y compañeros de formaciones, personas con las que he explorado mi sexualidad..., familia, amistades y familiares con alguna condición intersex/DSD, que me han servido de espejos, de gran apoyo para sentir que no estoy sola, para poder ver mi luz a través de la luz que veo en ellos.

Para mí es básico poder nutrirme de lo que SÍ hay y ha habido, teniendo en cuenta lo que no hubo y encargándome de nutrirme, apoyándome en otras personas, derribando barreras, respetando también mi propio proceso y mis tiempos.

Me siento agradecida con la vida, con mi familia, con mi pasado, con mi presente, por ser como soy..., por todo lo aprendido y todo lo que aún está por venir. Gracias también por

BUCEANDO EN LA DIVERSIDAD DESCONOCIDA
Guía para Terapeutas de pacientes con Intersexualidad(es)/ DSD

poder escribir esta tesina y darme esta oportunidad para salir una vez más del armario, liberarme y dar a conocer a la comunidad de gestaltistas una realidad que aún sigue tan escondida y desconocida, esperemos que no por mucho tiempo. Gracias, gracias, gracias...

IV. CONCLUSIONES

Como conclusiones he decidido centrarme por un lado en cómo los y las terapeutas gestálticos podemos crecer al trabajar en este ámbito de la intersexualidad y, por otro lado, en qué podemos aportar como diferente y valioso en este tipo de condiciones.

21. VÍAS DE CRECIMIENTO COMO TERAPEUTA: ASPECTOS A REVISARSE Y CUESTIONARSE

La terapia y el contacto con personas con intersexualidades/DSD es una vía de crecimiento no sólo para estas personas, sino también para las y los terapeutas que las acompañan. Esto es así porque toca con temas profundos, muchas veces poniendo “en jaque” las creencias y visiones que tiene el terapeuta sobre dichos temas. Quien, para poder acompañar a la persona, irremediablemente tendrá que revisar sus propios esquemas mentales y ampliar su visión de la vida, del ser humano y por tanto de sí mismo. Es una oportunidad para expandir sus esquemas y flexibilizarlos. No nos olvidemos de que con la diferencia se enriquece, aunque esto suponga tener que renunciar a lo que va quedando pequeño y obsoleto. Me imagino que el lector, la lectora, ya se harán una idea de algunas áreas que tendrán que cuestionar y ampliar. A continuación, comentamos algunas importantes:

21.1. ¿Qué es ser hombre y mujer?

La mayoría de las personas piensan que la división entre lo que es un hombre y una mujer es clara y que no cabe ninguna duda, que cada persona está posicionada exclusiva y objetivamente en una de estas categorías. Sin embargo, en el caso de algunas personas con

una condición DSD/intersexual, esto puede no quedar tan claro ni ser tan obvio. Es más, las líneas que incluso nos habían enseñado desde pequeños dejan de valernos. Ya no todas las mujeres son XX, ni todos los hombres XY, ya no todas las mujeres tienen que tener ovarios (pueden tener testículos o gónadas indiferenciadas), existiendo, por ejemplo, hombres que pueden tener el período.

La línea de división entre hombre y mujer se hace menos clara y más difusa, más fina. Ya no tiene que ver tanto con algo tan objetivo sino con el sentimiento de identidad y pertenencia propios de la persona. Incluso se abren nuevas posibilidades, ya que hay personas que pueden sentirse parte de un tercer sexo, de ambos al mismo tiempo o de ninguno.

Como terapeutas, nos enriquecemos pues de una visión más amplia, no sólo del ser hombre o del ser mujer, sino de la feminidad y masculinidad, de las identificaciones de género. Cuestionamos nuestras ideas y creencias sobre ello, y esto, sin lugar a dudas, nos puede servir tanto para nuestro día a día personal, como a la hora de acompañar a otras personas (cuando aparezcan estos temas).

21.2. Visión del cuerpo, de la diversidad y limitaciones

Esencialmente la lección que el terapeuta, la terapeuta aprenden y que estimulan en la persona que acompañan, es que cada una es única, y su cuerpo también. Nadie encaja totalmente con los estereotipos sociales deseados y todas tenemos unas limitaciones y recursos determinados. Es una lección de aceptación de lo propio, por muy diferente y raro que pueda parecer. Hemos de mirar cómo nos relacionamos con nuestros cuerpos, con nuestras diferencias, con esas partes que tememos que puedan ser cuestionadas por el resto por no encajar. “¿Puedo aceptarme e incluso amarme sin llegar a cumplir los estándares, sin que me guste todo lo que veo en mi cuerpo? ¿Puedo aceptarme y quererme a mí misma con

mis limitaciones (físicas, pero también emocionales)? ¿Puedo ver y conectar con mi luz a pesar de la oscuridad? ...”

El amor y el respeto a lo diferente, a lo que no encaja con lo marcado, con nuestras ideas preconcebidas, es un tesoro inigualable que podemos cultivar de manera muy poderosa en nuestro interior y en nuestra manera de acompañar al resto desde aquí. Y es tan importante porque justamente la sociedad en nuestros días nos presiona de manera muy significativa para que nuestros cuerpos, nuestra imagen (y diría que nuestras vidas también) encajen en un ideal, de tal manera que todo lo que no entre en este ideal no es aceptable, bonito ni deseable.

21.3. Etiquetas, diagnósticos y patologías

Desde el ámbito de la Psicología, cada vez hay más voces que cuestionan la excesiva patologización del comportamiento humano. Esto se ha visto claramente tras la publicación del DSM-5, donde creció exponencialmente el número de etiquetas diagnósticas que patologizan nuestro vivir. Las etiquetas diagnósticas dejan a la persona encasillada e identificada con un tipo de patología, no aportan miradas generativas, valorativas acerca de la persona y lo que le acontece. Generalmente transforman a la persona en pasiva y víctima, por tener una patología que le hace enferma eternamente, con la percepción de que le ha tocado una especie de maldición, de la que algunos médicos y médicas generan la expectativa de que podrá librarse a través de cirugías correctoras. Esto es una oportunidad para que el terapeuta, la terapeuta, se vayan cuestionando no sólo cómo etiquetan y encasillan a las personas, sino también a sí mismos, que se den cuenta del peso de las palabras, cómo contienen visiones, actitudes...

Las etiquetas, aunque nos pueden dar un alivio, nos sacan del mundo de “los comunes” y nos llevan a un lugar aparte, en el que nos sentimos separadas del resto. Lo curioso es que a veces no es necesario nombrar ni siquiera la palabra o la etiqueta. En estos casos es muy frecuente

observar cómo la persona, sin ni siquiera saber la etiqueta diagnóstica de su condición, a través de las miradas e interacciones con el estamento médico y personas cercanas, puede percibir dicho diagnóstico.

21.4. Desidealización del estamento médico

En el acompañamiento psicoterapéutico a personas con estas condiciones, nos pueden surgir sentimientos encontrados respecto al estamento médico en general. Es posible que atendamos horrorizadas a determinadas experiencias que han sufrido estas personas de mano del colectivo médico. Podemos experimentar una cierta desidealización de dichos profesionales, que es justo lo que también estamos favoreciendo en la persona. Al fin y al cabo, son personas como cualquier otra, dentro de nuestra cultura y sociedad, que han recibido una determinada formación y visión de la vida. Estamos hablando de una ruptura, no con un estamento profesional, sino con el sistema médico paternalista, donde cada paciente es concebido como objeto pasivo desprovisto de sabiduría, radicando el poder en la figura médica. Con esta ruptura surge un modelo colaborativo, donde el médico, la médica asesoran y ayudan a la persona a tener más recursos, para que pueda tomar más y mejores decisiones por sí misma, en este caso, en lo que refiere a su salud.

21.5. Visión de la sexualidad

Algunas personas con intersexualidades/DSD, por sus propias diferencias y limitaciones físicas, tienen una sexualidad también que podría calificarse como fuera de lo establecido. Mujeres que no tienen una vagina “funcional”, hombres con penes que no pueden penetrar, mujeres que pueden penetrar con su falo, personas que no pueden tener orgasmos (principalmente a causa de cirugías genitales), hombres con vagina, etc. Estas vivencias nos hacen ver que existe un amplio abanico de maneras de contactar con nuestro placer, que la

sexualidad se puede vivir de muchas maneras, que todas son igualmente válidas. E incluso la no presencia de una vida sexual activa también es una opción como cualquier otra. Como terapeutas nos vemos expuestos, expuestas, a cuestionarnos cómo es nuestra visión de la sexualidad, y si es estrecha, necesitaremos ampliarla para poder acompañar sin juicio ni descalificación.

V. RECURSOS

En este apartado se incluyen algunos de los principales recursos para ampliar la información sobre las intersexualidades / DSD.

En primer lugar, aparecen las Asociaciones españolas, en algunas páginas como en la GrApSIA y AMAR, se pueden encontrar numerosos testimonios de personas:

- GrApSIA. Grupo de apoyo a personas y familiares con el Síndrome de Insensibilidad a los andrógenos y condiciones relacionadas. www.grapsia.org
- Asociación de apoyo a mujeres para la aceptación del Síndrome de MRKH (Amar): www.amar-mrkh.org
- Asociación de Hiperplasia Suprarrenal Congénita. www.hiperplasiasuprarrenalcongenita.org
- Grupo de Ayuda Mutua del síndrome de Klinefelter. www.sindromedeklinefelter.es www.klinefelter.mforos.com
- Associació Catalana Síndrome de Klinefelter www.ascatsk.org

Incluimos también películas y documentales sobre esta temática:

En castellano:

- Orchids, mi aventura intersexual (2011)
- XXY (2007)
- Guevote (1997)
- El último verano de la boyita (2011)

En inglés:

- Octupus Alarm (2006)
- Both (2005). Se puede encontrar en: <https://vimeo.com/68928530>

- Hermafrodites speak! (1996)
- Too fast to be a woman? The story of Carter Semenya (2011)
- She runs like a man (2015)

Y por último, varias páginas webs internacionales dónde poder ampliar información:

- www.europsi.org (the European Network for Psychosocial Studies in Intersex/Diverse Sex Development)
- www.interadvocates.org
- www.dsdfamilies.org
- <https://brujulaintersexual.org/>

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert, J.J. (2009). *Ternura y Agresividad. Carácter: Gestalt, Bioenergética y Eneagrama*. Madrid: Mandala Ediciones.

Allué, M. (2008). *La piel curtida*. Barcelona, España: E. Bellaterrra.

American Psychological Association [APA]. (2012). *Guías para la práctica psicológica con clientes/as lesbianas, gays y bisexuales*. Recuperado el 5 de noviembre de 2019, de <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines-spanish.pdf>

Arenas, J. (2019). *Manual de Psicoanálisis para Terapeutas*. España: Amazon España.

Bendicho, O. (2005). *Teoría Sexo-Género y Polaridad Masculino-Femenino (de lo político a lo personal)*. Tesina de la Asociación Española de Terapia Gestalt [AETG], España.

Berruete, A. M. (2005). *El Trauma: una visión gestáltica*. Tesina de la Asociación Española de Terapia Gestalt [AETG], España.

Bucay, J. (2001). *El camino de las lágrimas* (1^a ed. de bolsillo). Barcelona, España: E. Sudamericana y E. del Nuevo Extremo.

Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y morir conscientemente* (4^a ed.). Bilbao, España: Serendipity. Desclée de Brower.

Cabral, M. (2003). *Pensar la intersexualidad, hoy*. En D. Mafia (Ed.), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*.121-148. Buenos Aires: Seminaria.

Callens, N., Van der Zwan, Y. G., Drop, S. L., Cools, M., Beerendonk, C. M., Wolffenbuttel, K. P., & Dessens, A. B. (2012). Do surgical interventions influence psychosexual and cosmetic outcomes in women with disorders of sex development. *International Scholarly*

BUCEANDO EN LA DIVERSIDAD DESCONOCIDA
Guía para Terapeutas de pacientes con Intersexualidad(es)/ DSD

Research Notices. Recuperado el 5 de abril de 2019, de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3313564/>

Castanedo, C. (2000). Como cerrar asuntos inconclusos. *Revista Figura Fondo, 10*. Recuperado el 15 de octubre de 2019, de <https://gestaltnet.net/documentos/c%C3%B3mo-cerrar-asuntos-inconclusos>

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46, XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 399-410.

Crouch, N. S., Liao, L. M., Woodhouse, C. R., Conway, G. S., & Creighton, S. M. (2008). Sexual function and genital sensitivity following feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of urology, 179*(2), 634-638.

El campesino que jugó a ser Dios (Anónimo. s.f.). Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <https://renacerydespertar.wordpress.com/2017/03/12/un-cuento-el-campesino-que-jugo-a-ser-dios/>

El Rey que tenía las orejas de caballo (Anónimo. s.f.). Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <http://www.coachingparalaedadmadura.com/?p=416>

Etxebarria, I. (2008). Emociones sociales: culpa, vergüenza, orgullo, envidia y celos. En *P. Palmero y F. Martínez Sánchez (Coords.), Motivación y emoción*, 275-314. Madrid: McGraw-Hill.

Ferreira de Assis, M. A. (2013). *La Autorregulación Organísmica en Gestalt ¿Cómo es que el organismo sabe autorregularse?* Tesina de la Asociación Española de Terapia Gestalt [AETG], España.

Gascón, C. (1991). *Lo masculino- lo femenino desde una mujer.* Tesina de la Asociación Española de Terapia Gestalt [AETG], España.

Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada* (10^a reimpresión) (L. Guinsberg, Trad.). Madrid, Espada: Amorrotu Editores. (*Stigma Notes on the Management of Spolied Identity*, trabajo original publicado en 1963).

GrApSIA & Audí, L. (2014). Past Experiences of Adults with DSD. En Olaf & Ahmed (Eds.) *Understanding Differences and Disorders of Sex Development*. 138-148. Basilea: Karger.

GrApSIA (2015). Tratamiento y afrontamiento del SIA: tarea compartida. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6(2), 28-34.

Greenberg, L. y Pavio, S. (2000). *Trabajar las emociones en psicoterapia* (C. Mateo y M. Blasco, Trad.). Barcelona, España: Paidós. (*Working with emotions in Psychotherapy*, trabajo original publicado en 1997).

Gregori, N. (2015) *Encuentros y des-encuentros en torno a las intersexualidades/DSD: Narrativas, procesos y emergencias*. Tesis Doctoral no publicada. Universitat de València, España.

Gregori, N. (2016). *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual o con DSD (diferencias del desarrollo sexual) en Barcelona*. Pla Municipal per la Diversitat Sexual i de Gènere. Mesures per la Igualtat LGTBI 2019-2020. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia Dirección de Feminismos y LGTBI.

Kaufman, G. (1994). *Psicología de la vergüenza. Teoría y tratamiento de sus síndromes* (J. Olives, Trad.). Barcelona, España: Herder. (*Psychology of shame*, trabajo original publicado en 1989).

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos* (4^aed.) (N. Daurella, Trad.). Barcelona, España: Grijalbo. (*On Death and Dying*, trabajo original publicado en 1969).

Le Marechal, K. (2001). *Bringing up an XY girl: Parent's experience of having a child with androgen insensitivity syndrome*. Tesis Doctoral. University of London. Recuperado el 15 de abril de 2019, de <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1363356/1/527646.pdf>

Lesma, A., Bocciardi, A., Montorsi, F., & Rigatti, P. (2008). *Early feminizing genitoplasty: Sexual function in adult life*. Journal of Pediatric Urology, 17(5), 12-50.

Liao, L. M., & Simmonds, M. (2013). *A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development*. Psychology & Sexuality, 5(1), 1-12.

Mandela, N. (1994). *Discurso en la toma de posesión como presidente de Sudáfrica*. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <https://grego.es/?p=1402>

Molina, A.M. (2014). *Una mirada gestáltica sobre la vergüenza*. Tesina de la Asociación Española de Terapia Gestalt [AETG], España.

Moradi, B., & Budge, S. L. (2018). *Engaging in LGBQ+ affirmative psychotherapies with all clients: Defining themes and practices*. Journal of Clinical Psychology, 74(20), 28-42.

Morrison, A. (1997). *La cultura de la vergüenza: anatomía de un sentimiento ambiguo* (1^aed.) (M.I. Merino, Trad.). Barcelona: Paidós. (*The culture of shame*, trabajo original publicado en 1996).

Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt* (6^a ed.) (F. Huneeus, Ed. & Trad.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos. (*Attitude and Practice of Gestalt Therapy*, trabajo original publicado en 1989).

Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil* (2^a ed.). Madrid: Alianza Editorial.

Peñarrubia, F. (2014). *Círculo y centro: El grupo gestáltico*. Barcelona: Ediciones La Llave.

Perls, F.S. (1999). *El Enfoque Gestáltico. Testimonios de Terapia* (3^a ed.) (F. Huneeus, Ed. & Trad.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos. (*The Gestalt Approach*, trabajo original publicado en 1973).

Polster, E., Polster M. (1980). *Terapia Gestáltica*. (6^a reimpresión) (M.A. Oyuela, Trad.). Madrid: Amorrortu Editores. (*Gestalt therapy integrated*, trabajo original publicado en 1973).

Robine, J.M. (1999). *Contacto y Relación en Psicoterapia* (2^aed) (P. Platos & C. Váquez, Trads.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos. (*Plis et Déplis du Self*, trabajo original publicado en 1997).

Royal College of Psychiatrists (2009). *La Terapia Cognitivo-Conductual* (C. Pinto, Trad.). Recuperado el 5 de noviembre de 2019, de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Serrano, X. (2011). *Profundizando en el Diván Reichiano. La Vegetetoterapia en la Psicoterapia Carácteroanalítica*. Madrid: E. Biblioteca Nueva. Recuperado el 12 de octubre de 2019, de <http://www.esternet.org/articulo/psicoterapias-corporales.php>

Slijper, F. M. E., Frets, P. G., Boehmer, A. L. M., Drop, S. L. S., & Niermeijer, M. F. (2000). *Androgen insensitivity syndrome (AIS): emotional reactions of parents and adult patients to the clinical diagnosis of AIS and its confirmation by androgen receptor gene mutation analysis*. Hormone research in paediatrics, 53(1), 9-15.

Soliva, J.L. (2013). *De la vergüenza de ser al ser con vergüenza*. Tesina de la Asociación Española de Terapia Gestalt [AETG], España.

Vázquez, C. (2008). *Buscando las palabras para decir. Reflexiones sobre la teoría y la práctica de la Terapia Gestalt*. Madrid: E. Sociedad de Cultura Valle-Inclán- Los libros del CTP.

Wheeler, G. (2005). *Vergüenza y soledad*. (F. Huneeus, Trad. & Ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos. (*Beyond individualism*, trabajo original publicado en 2000).

Yontef, G. (1996). *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica* (5^a ed.) (E. Olivos, Trad.). Santiago de Chile: E. Cuatro Vientos. (*Awareness Dialogue and Process. Essay on Gestalt Therapy*, trabajo original publicado en 1995).

Zeiler, K. & Malmqvist, E. (2010). *Cultural norms, the phenomenology of incorporation, and the experience of having a child born with ambiguous sex*. Journal of Social Work Theory and Practice, 36(1), 157-164.

Zeiler, K. & Wickström, A. (2009). *Why do “we” perform surgery on newborn intersexed children? The phenomenology of the parental experience of having a child with intersex anatomies*. Feminist Theory, 10(3), 359-377.