

## ***Se nos gener@ mujeres. La construcción discursiva del pecho femenino en el ámbito médico***

## ***We are generated women. The discourse construction of feminine breast in the medical context***

**Gerard Coll-Planas\*; Eva Alfama; Marta Cruells\*\***

**\*Estudis de gènere: traducció, literatura, història i comunicació (Universitat de Vic)**

**\*\*Institut de Govern i Polítiques Públiques (Universitat Autònoma de Barcelona), rejarat@yahoo.es**

### **Historia editorial**

Recibido: 03/07/2012  
Aceptado: 09/09/2013

### **Palabras clave**

Género  
Cuerpo  
Cirugía  
Ciencia

### **Resumen**

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el impacto de los mandatos de género en los cuerpos de las mujeres en el contexto biomédico. Exploramos cómo se construye discursivamente la mamoplastia en tres grupos de mujeres: que han padecido cáncer de pecho, trans y que se intervienen por motivos estéticos. Mediante el análisis del discurso estudiamos cómo profesionales de la salud especialistas en los tres casos elaboran la distinción entre ellos, cómo otorgan diferentes grados de legitimidad a la demanda y cómo justifican si su coste se debe cubrir públicamente. Resultado de este análisis detectamos que se establecen dos fronteras entre los cuerpos susceptibles de recibir esta intervención: una relativa a la necesidad y otra a la legitimidad de la demanda.

### **Abstract**

*The aim of the article is to reflect on the impact of gender norms in women's bodies in the medical context. We explore the discursive construction of breast implant in three groups of women: those who suffered breast cancer, trans, and women that submit to surgery for aesthetic reasons. Through discourse analysis, we study how do health professionals elaborate distinctions between the three cases, how do they give different levels of legitimacy to women's demand, and how do they argue if the cost of the intervention has to be covered with public funds. In the end, we see how health professionals interviewed draw two boundaries to distinguish the bodies of the women demanding the intervention: the first one is related to the perception of the need and the second one, to the legitimacy attributed to the demand.*

### **Keywords**

Gender  
Body  
Surgery  
Science

## **Introducción**

Los Estudios sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) tienen como objeto el papel de la ciencia y la tecnología en la sociedad actual. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se proponen abordar el análisis de la ciencia y la tecnología en su contexto social con el fin de comprender cómo los valores políticos y culturales impactan en la investigación y en la innovación tecnológica y cómo se producen las interacciones entre ciencia, tecnología y sociedad. Desde este ámbito de investigación, se quiere aportar una perspectiva crítica y reflexiva, y cuestionar el pretendido carácter autónomo, imparcial y valorativamente neutro de la ciencia y la tecnología (ver, por ejemplo, Ayús, 2002 o Pérez Sedeño, 2005).

Desde una mirada feminista, se han desarrollado múltiples aportaciones en este ámbito, enfatizando la necesidad de adoptar una perspectiva de género a esta empresa. A partir de Sandra Harding (1986/1995), el feminismo empieza a abordar el análisis de la ciencia, iniciándose así varias líneas de indagación alrededor de aspectos como la exclusión de las mujeres de los ámbitos de la ciencia y la

tecnología; las consecuencias sociales y políticas de dicha exclusión; o los sesgos androcéntricos que impregnan la teoría, la praxis y el lenguaje científicos. Destacaremos, en este sentido, el crecimiento de las investigaciones realizadas desde un punto de vista feminista analizando el discurso, las prácticas y las tecnologías biomédicas de tratamiento del cuerpo en general, y del cuerpo de las mujeres en particular (ver por ejemplo, Martin, 2001; Pérez Sedeño, 2005).

En el contexto español, la investigación se ha centrado especialmente en los ámbitos de las tecnologías reproductivas, la asistencia al parto, el diagnóstico prenatal, la investigación con células troncales y la clonación, la gestación subrogada y la (re)asignación de sexo (Garaizabal, 2010; García Dauder y Romero Bachiller, 2004; González-Polledo, 2010; Miranda Suárez, 2004; Sánchez Torres, 2001; 2005; Santesmases y Ortega, 2004). Parte de estos trabajos se orientan a identificar los valores de género que se desprenden de la práctica y el discurso científicos, construyendo a las mujeres como seres pasivos que reciben atenciones médicas (González García, 2005; Pérez Sedeño, 2004; 2011, entre otros).

Esta línea de investigación tiene una creciente importancia en un contexto en que el progreso tecnológico y del conocimiento biomédico han permitido un aumento inusitado de las posibilidades de transformación del cuerpo humano: los tratamientos hormonales y farmacológicos, la cirugía estética y de reasignación sexual, las prótesis, o los trasplantes o las terapias genéticas son sólo alguno de los ejemplos más destacados. En este contexto, el cuerpo se presenta crecientemente como algo que no es natural ni inmodificable, sino maleable en base a la voluntad del ser humano, que pretende así convertirse en una especie de demiurgo (Coll-Planas, 2012). En esta línea, para algunas autoras (Balsamo, 1996; Davis, 1995; 2002; Morgan, 1991) la cirugía como conjunto de prácticas y de discursos tiene el potencial de romper la idea clásica del cuerpo como algo natural e inmutable.

Consideramos que resulta clave ubicar este cambio en el contexto de la modernidad occidental, que se ha caracterizado por el énfasis en la capacidad y la voluntad humana para transformar la naturaleza, entendida como un objeto susceptible a ser utilizado, comprendido y controlado por el ser humano (Bauman, 1992). Sin embargo, a pesar de esta creciente capacidad humana para modificar el cuerpo, éste se mantiene como algo que no se puede someter completamente a la voluntad, ya que hay elementos que permanecen como inmodificables (la estructura ósea, los genes, etcétera), a la vez que emergen costes y efectos inesperados de las intervenciones médicas y persisten los límites vinculados al envejecimiento, la enfermedad y la muerte.

En este artículo queremos contribuir al debate sobre el impacto de los mandatos de género en la construcción social del cuerpo femenino en el contexto biomédico. En base a la información recogida en el marco de una investigación más amplia<sup>1</sup>, nos proponemos analizar cómo se construyen a través del discurso médico una parte muy concreta y significativa del cuerpo femenino: los senos. Tal y como justificamos más extensamente en el apartado *Estudios de caso*, hemos escogido analizar tres casos en los que los pechos no se ajustan al mandato corporal femenino, derivando en una eventual intervención quirúrgica: las mujeres a las que se les ha practicado una mastectomía para extirpar un tumor, las mujeres trans y las mujeres que tienen poco pecho y recurren a la cirugía estética para aumentarlo.

El proceso de análisis se ha centrado en indagar cómo se construye discursivamente la distinción entre los tres casos. Partimos de la premisa que la intervención es relativamente similar, y que en buena parte lo que los distingue son elementos de carácter simbólico relacionados con la definición del género normativo.

---

<sup>1</sup> Esta investigación, "La construcció del cos femení en el context mèdic", fue desarrollada en el marco del Institut de Govern i Polítiques Públiques y con la financiación del Institut Català de les Dones. Queremos agradecer a Miquel Missé la idea inicial del proyecto y su asesoramiento. Asimismo, agradecemos a Joan Subirats el apoyo para sacar adelante el proyecto.

La relevancia de esta pregunta es doble: por un lado, nos permite analizar las concepciones del género de los profesionales que intervienen directamente en los cuerpos de mujeres; y por el otro, explorar cómo esta diferente construcción discursiva de los tres casos tiene consecuencias prácticas en cuestiones como la cobertura pública o privada del coste de la operación y las condiciones que se establecen para acceder a la intervención quirúrgica.

El artículo prosigue con un apartado en el que planteamos nuestra aproximación teórica en relación al género, al sexo y al cuerpo; y a continuación presentamos el diseño de la investigación de la que se ha nutrido este artículo. En el siguiente apartado desarrollamos el análisis del discurso de los profesionales de la salud y acabamos con unas conclusiones en las que retomamos los aspectos más relevantes del análisis.

## Generando sexo

---

En el marco de los estudios de género, el debate académico sobre la relación entre el sexo y el género es muy prolífico. Sin embargo, se echan en falta estudios de carácter aplicado que analicen cómo funcionan estas fronteras en las vidas concretas de los sujetos. Visibilizar el modo en que estas categorías operan en la vida cotidiana permite mostrar que no es un debate meramente teórico sino que tiene que ver, por ejemplo, con aspectos vitales como la definición de salud, la construcción de las identidades, o las diferencias, desigualdades y violencias que se dan entre mujeres y hombres.

La relación entre sexo y género se puede entender de tres formas diferentes (Coll-Planas, 2010). En primer lugar, la perspectiva biológica sostiene que nuestras características sexuales (cromosomas, gónadas, hormonas, genes, etcétera) determinan nuestra identidad de género (Fisher, 1999/2000; Goldberg, 1973/1976). En segundo lugar, se conciben estos dos elementos sin una relación causal entre ellos: se distingue entre la dimensión biológica/corporal (el sexo), y el comportamiento y los rasgos de la personalidad (el género), considerando a este último una construcción social (ver, por ejemplo, Rubin, 1975/1986). En tercer lugar, se puede considerar que el género es una construcción social que constituye los sujetos en mujeres y hombres no solamente en su comportamiento e identidad, sino también en la dimensión física (ver, por ejemplo, Butler, 2004/2006). Desde esta perspectiva, que es la que adoptamos en este artículo, se cuestiona el carácter inmutable y presocial del sexo e, invirtiendo el argumento biológico, se afirma que el sexo también es un producto del género. Esta aseveración se puede explicar de dos formas no excluyentes.

Por un lado, el dispositivo cultural del género es el que da significado a las diferencias físicas entre hembras y machos: los cuerpos solo son descifrables y categorizables desde una perspectiva culturalmente situada que establece cómo deben ser leídos (Nicholson, 1994/2003). Por otro lado, en un nivel más material, desde la mirada constructora se ponen de relieve las múltiples tecnologías que históricamente se han aplicado a los cuerpos para acercarlos a determinadas concepciones de normalidad. Los cuerpos, pues, se producen en su dimensión física mediante lo que se han denominado “tecnologías del género” (Amigot y Pujal, 2010).

Concebimos el cuerpo desde una doble vertiente. Desde una perspectiva materialista, constituye el soporte biológico de la vida humana. Sin embargo, el cuerpo no se puede analizar solamente como algo meramente biológico ya que es constituido por el lenguaje: es algo que tiene que ser leído e interpretado, un canal de significación social.

Desde esta doble vertiente material y simbólica, el cuerpo constituye un elemento central en las relaciones de poder (Foucault, 1976/1995). Los diferentes y cruciales papeles que juega el cuerpo lo sitúan a medio camino entre lo individual y lo colectivo. De este modo queda plasmado en el derecho, donde ocupa un lugar paradójico: es considerado el soporte y el signo visible de la persona aunque las personas no pueden disponer de sus cuerpos como lo harían de sus bienes (Lagrée, 2002/2005). En definitiva, no podemos afirmar que nuestro cuerpo sea propiamente nuestro, ya que está moldeado por unos patrones culturales, a la vez que el Estado limita lo que podemos hacer con él.

En relación a la dinámica de inscripción de los mandatos de género en los cuerpos, partimos de una perspectiva foucaultiana desde la cual entendemos que las normas sociales no nos son impuestas únicamente desde el exterior, sino que los propios sujetos reproducimos los mandatos sociales para poder ser reconocidos socialmente (Butler, 1997/2001). Desde este enfoque teórico los mandatos que fijan el ideal de cuerpo sexuado no se imponen de forma implacable ni determinista, por lo que no se excluye reconocer que los sujetos tienen agencia, capacidad de resistencia y que en el proceso de reproducción del poder se pueden generar efectos inesperados. Los ideales de género se construyen y se actualizan constantemente en las actuaciones cotidianas, pero su realización no es nunca completa, y de la propia repetición de sus mandatos emergen las posibilidades de cambio y subversión (Butler, 1997/2001; Foucault, 1976/1995; Spargo, 1999/2007).

## **Diseño y metodología**

---

### **Planteamiento del artículo**

En el marco de nuestro interés sobre el impacto de los mandatos de género en la construcción social del cuerpo, nos centramos específicamente en analizar el papel del ideal corporal de la feminidad ya que históricamente las mujeres han sufrido una especial presión para encarnar determinados ideales corporales asociados con la belleza.

Concretando aún más, nos hemos centrado en explorar la cuestión en el contexto biomédico, por ser un ámbito del saber enormemente poderoso en la sociedad actual. Focalizamos nuestra atención en los discursos médicos en relación a los senos ya que el ejemplo de la mamoplastia nos permite visibilizar hasta qué punto determinadas construcciones discursivas tienen efectos materiales; dado que en este caso, llegan incluso a definir el acceso y las condiciones de posibilidad de someterse a una intervención quirúrgica.

Los senos son además una parte del cuerpo altamente cargada de simbología. Para empezar, el pecho está relacionado con el acto de amamantar, imagen por excelencia de la maternidad. Es un tropo de placer por su carácter erógeno siendo, además, un objeto de deseo. Por último, la imagen del pecho ocupa un lugar preeminente en el imaginario del cuerpo generizado y en la inteligibilidad de los cuerpos: tener o no tener pecho resulta muy relevante para reconocerse y ser reconocid@ como mujer o como hombre. Por lo tanto, aunque el pecho se suele considerar un rasgo sexual secundario, en la práctica tiene una posición central en la construcción simbólica de la feminidad (Smith, 2009), ya que es un rasgo más visible que, por ejemplo, los genitales, que en la vida cotidiana quedan escondidos. Asimismo, el pecho acompaña la trayectoria vital de las mujeres, siendo un marcador de adultez y, posteriormente, de maternidad y vejez, en función de cómo va evolucionando su aspecto.

## Estudios de caso

Los tres estudios de caso seleccionados (reconstrucción mamaria post-oncológica, mamoplastia a mujeres trans y cirugía estética) tienen los siguientes elementos en común:

- Son operaciones quirúrgicas parecidas, dirigidas a transformar el torso para feminizarlo mediante la implantación o aumento mamario.
- Evidencian las presiones del mandato corporal de género y el sufrimiento que genera el hecho de no poder adecuarse a éste.
- Son intervenciones quirúrgicas que no están motivadas por un problema de salud físico u orgánico, sino que están relacionadas con el bienestar psíquico, social y emocional.
- Nos permiten explorar diferentes formas de gestionar la distancia entre el propio cuerpo y el ideal corporal: si bien en esta investigación nos hemos centrado principalmente en las soluciones quirúrgicas, también se hace referencia a otras opciones como usar prótesis externas o no realizar ningún tipo de intervención para adecuar el cuerpo al ideal establecido.
- Evidencian la creciente capacidad humana para modificar los cuerpos siguiendo el ideal de la modernidad pero, al mismo tiempo, muestran los límites de la potencia humana pues nunca se puede lograr un cuerpo perfectamente acorde con el ideal, eliminar los efectos del paso del tiempo, ni borrar completamente los rasgos del sexo de origen (en el caso trans, como apunta Soley-Beltran, 2005), ni se puede borrar quirúrgicamente el sufrimiento de haber padecido un tumor.

Por otro lado, las intervenciones quirúrgicas en los tres casos difieren en la forma en que se construyen discursivamente, se viven, se justifica su necesidad, se regulan y se financian (pública o privadamente).

A continuación presentamos brevemente la especificidad de cada caso.

El *cáncer* representa actualmente un problema sanitario de primera magnitud: se estima que una de cada cuatro mujeres desarrollará un cáncer a lo largo de su vida, siendo el cáncer de mama el de mayor incidencia (SEOM, 2009). Paralelamente, cada vez se reduce más la mortalidad de este tipo de cáncer, con lo cual son muchas las mujeres que sobreviven y conviven con las secuelas de la enfermedad en su cuerpo y en su subjetividad. Éste es uno de los escasos ejemplos en los que la sanidad pública asume y financia una operación de cirugía estética, conceptualizada como “cirugía reparativa” (distinción que someteremos a análisis en el apartado de *Análisis*).

En el caso de las *mujeres trans*, la financiación pública de la reasignación sexual (incluida la implantación de mamas) ha sido una reivindicación central del activismo trans (Soley-Beltran y Coll-Planas, 2011). Actualmente, solo algunas Comunidades Autónomas financian públicamente la “reasignación” genital —aunque en el contexto actual de recortes sanitarios la financiación de estas intervenciones está en peligro—. La financiación pública se justifica apelando al carácter supuestamente patológico de la transexualidad, por lo que el derecho a someterse a esta intervención requiere haber recibido un diagnóstico de “trastorno de identidad de género” (Gómez y Esteba de Antonio, 2006). Este caso nos permite evidenciar la importancia que tiene el cuerpo para sostener una determinada identidad de género (Soley-Beltran, 2005; Coll-Planas, 2010).

Finalmente, las operaciones de *cirugía estética* a mujeres no trans con el objetivo de aumentar o modelar sus pechos nos permite analizar un fenómeno de creciente impacto social y personal. España es el primer país europeo y el cuarto del mundo en número de operaciones de cirugía estética por habitante, y

el decimoquinto en números absolutos: en el año 2009, por ejemplo, se estima que se realizaron unas 105.000 intervenciones que movieron un volumen económico en torno a los 175 millones de euros (De Benito, 2010; SECPRE, 2010). Las operaciones de aumento de mama son, juntamente con las rinoplastias y las liposucciones, las intervenciones más frecuentes, y es destacable que 9 de cada 10 personas intervenidas son mujeres. Además, es relevante tener en cuenta que en el contexto español no existe una regulación específica sobre la cirugía estética —solo se regula el acceso de los menores a este tipo de intervenciones—.

En relación al planteamiento del artículo, queremos aclarar que nuestra intención no es resolver el problema político de decidir qué tipo de intervenciones deben estar cubiertas públicamente ni las barreras que se deben establecer a la hora de intervenir en los cuerpos; lo que pretendemos es dar cuenta de cómo se construye esta problemática en la actualidad. Tampoco tenemos la intención de comparar el nivel de necesidad con que las mujeres demandan la operación ni examinar el grado de sufrimiento que se puede dar en los tres casos. En este sentido, la voluntad de entender el modo en que se construye socialmente el género no implica en ningún caso banalizar el sufrimiento que se puede experimentar cuando no podemos amoldarnos a sus mandatos.

## Aproximación metodológica y trabajo de campo

La investigación de la que se nutre este artículo se centraba en dos vertientes. En primer lugar, queríamos analizar los significados y las vivencias de mujeres de los tres casos estudiados. Para ello se realizaron 12 entrevistas en profundidad, si bien el análisis resultante no se ha incluido en el presente artículo.

En segundo lugar, nos propusimos estudiar los discursos de profesionales de la salud implicados en el proceso. En este caso realizamos 6 entrevistas semidirigidas a profesionales de reconocido prestigio en los tres tipos de intervención, tanto en la sanidad pública como en la privada, en Catalunya. Para mantener su anonimato, se han sustituido sus nombres por números (Entrevistado 1, 2, etc.)

Las entrevistas se analizaron mediante la metodología de análisis de contenido, que se basa en una lectura sistemática, replicable, y válida de los datos —textuales, en este caso—. El objetivo es interpretar los datos de acuerdo a su contexto y dar cuenta de su sentido manifiesto y latente (Andréu, 2002).

Partimos de una concepción del lenguaje como productor de la realidad: consideramos que el discurso construye el mundo al representarlo, de lo que se sigue que no se puede aprehender la realidad al margen del lenguaje (Cabruja, Íñiguez y Vázquez, 2000). Así, pretendemos entender cómo se construye la interpretación de la realidad en este caso concreto, desvelando cómo las construcciones discursivas de los profesionales de la salud contribuyen a reproducir el mandato corporal femenino y las fronteras entre los géneros.

En este sentido, las entrevistas realizadas han sido interrogadas buscando cómo se construían discursivamente los siguientes elementos:

- La regulación, cobertura y legitimidad de las intervenciones: opiniones sobre
  - las regulaciones existentes respecto a las tres cirugías analizadas y sobre la necesidad o no de regular estas intervenciones
  - el grado en que son cubiertas por la sanidad pública y discursos acerca de la legitimidad y razones de esta cobertura

- la legitimidad de las propias intervenciones
- Las propias intervenciones:
  - las motivaciones para operarse
  - las expectativas de las mujeres respecto las operaciones
  - los efectos de estas operaciones en las mujeres
  - la relación existente entre los tres casos
  - los mandatos corporales de género y su carácter natural o construido
- El papel de la medicina y la estética en la sociedad, en la construcción de los cuerpos y en la definición y transformación de los roles de género.

## Análisis

---

Como ya hemos planteado, partimos de la premisa que los tres tipos de intervenciones analizadas son, a nivel técnico, relativamente similares<sup>2</sup> y que lo que los distingue es, fundamentalmente, la forma en que son construidos discursivamente. Esta diferente construcción no es un tema meramente simbólico sino que tiene efectos prácticos en la cobertura pública, las restricciones para acceder a la intervención o incluso en el tipo de IVA que se aplica al coste de la intervención en caso de practicarse en una clínica privada (que es de un 8% si se considera estética, sin IVA si se considera reconstructiva)<sup>3</sup>.

En este apartado analizamos cómo los profesionales de la salud trazan la distinción entre los tres estudios de caso y establecen unas determinadas fronteras en base a la necesidad de la intervención (que deriva en diferentes tipos de cobertura pública/privada) y a la legitimidad de la demanda (que implica establecer diferentes filtros al acceso).

### Frontera #1: necesidad > cobertura

Al preguntar a los profesionales cuáles son los criterios que distinguen los tres casos, aparece como elemento central la distinción entre cirugía reconstructiva/plástica y cirugía estética.

Bajo la categoría de reconstrucción se ubican las intervenciones que están relacionadas con patologías: la reconstrucción mamaria vinculada a un proceso oncológico de cáncer de mama, procesos congénitos como el Síndrome de Poland, la asimetría, las llamadas “malformaciones” (como las mamas tubulares), la reconstrucción post-traumática a raíz de una quemadura o de un accidente, o la cirugía profiláctica (extirpación y reconstrucción de los pechos en casos en que genéticamente hay una alta probabilidad de desarrollar cáncer de mama).

En contraposición, la categoría de estética incluye aquellas intervenciones que se considera que son una opción individual y que no están justificadas por una necesidad médica sino de mejora de la imagen.

Atendiendo a los discursos de las personas entrevistadas, la reconstrucción mamaria post-oncológica es el ejemplo por excelencia de la cirugía reconstructiva, mientras que el aumento mamario sería el

---

<sup>2</sup> A pesar de esta similitud, la intervención mamaria post-oncológica puede presentar más complicaciones derivadas de la extirpación del tumor y de los tratamientos a los que puede estar sometida la mujer.

<sup>3</sup> Datos de junio de 2012.

prototipo de la cirugía estética. El caso trans, en cambio, no tiene una ubicación clara en esta dicotomía y su concepción es, de hecho, objeto de debate entre los profesionales de la salud. Por un lado, una parte de los profesionales lo ubican en el polo de lo estético y de eso se sigue que es una opción individual.

De hecho, aunque ninguno de los profesionales entrevistados niega que las mujeres trans puedan operarse los pechos, sí que algunos muestran reservas o cuestionan la necesidad de la cobertura pública no solo de la mamoplastia a mujeres trans sino también de la cirugía de reasignación sexual:

No se entiende que la Seguridad Social no dé cobertura a las endodoncias, que es muy importante para la sanidad, y que sí se dé cobertura por ejemplo para el cambio de sexo. Una endodoncia te cuesta 120 y 400 euros en la privada, un cambio de sexo viene a costar entre 18.000 y 30.000 euros. Entonces lo políticamente incorrecto, y olvidándome de mi profesión, digo que no es lógico para el ámbito general que se dé cobertura a un cambio de sexo por el coste que tiene frente a otras cosas que son más importantes y que no se hacen. (Entrevistado N° 1, entrevista personal, 22 de julio de 2011)

En contraposición, otros profesionales sostienen que esta operación de pechos, juntamente con otras como la de genitales, se trata de una necesidad fruto de una patología, ya sea de orden psíquico o biológico. Este origen patológico, como veremos, es lo que desde su punto de vista justifica la cobertura pública del proceso de reasignación sexual:

Mentalmente no estás sana hasta que no estás de acuerdo con tu cuerpo. Y es difícil a veces, yo he aprendido a no decir que es un capricho y que no tiene importancia. Porque a veces somos muy ligeros a la hora de opinar. Para esta gente es una necesidad, no lo es para ti pero sí para ellos. (Entrevistado N° 2, entrevista personal, 27 de julio de 2011).

En este sentido, para el Entrevistado N° 2 hay que distinguir “caprichos” de necesidades. Estas últimas se documentan con un diagnóstico psiquiátrico que, a su parecer, da legitimidad a la demanda. De hecho, es debido a este tipo de planteamientos, muy extendidos en la comunidad médica, que dentro del activismo trans existe el miedo a perder los derechos sanitarios conseguidos si se logra la despatologización que otros sectores reclaman (ver Missé y Coll-Planas, 2010).

Como hemos visto, la distinción entre cirugía reconstructiva y estética es la clave para diferenciar entre los tres casos y permitiría ubicarlos en un eje imaginario que va de la necesidad a la opción individual, y que tiene implicaciones en relación a la financiación pública o privada de la intervención. En el caso trans hay diversidad de opiniones respecto a la ubicación en este eje y, sobre todo, a la conveniencia de su cobertura pública. En la reconstrucción post-oncológica, los profesionales dan por supuesta la necesidad de la intervención, lo que justifica que tenga una cobertura pública. Además, la paciente también tiene la posibilidad de intervenir en el sector privado, opción que los seguros privados suelen cubrir<sup>4</sup>. Finalmente, en el aumento mamario por motivos estéticos se asume que en un entorno con recursos limitados no estaría justificado que gozara de cobertura pública, se considera que es una opción, cuyo objetivo es mejorar la imagen, y que por lo tanto la misma paciente tiene que costeárselo.

---

<sup>4</sup> Dentro de la categoría de cirugía reconstructiva, la Seguridad Social también cubre otros casos considerados patológicos como la “hipertrofia mamaria”, aunque hay una lista de espera que puede llegar a los cuatro años.



## Líneas de fuga

Un análisis más profundo del discurso médico nos muestra que las fronteras entre estética y reconstrucción no son tan claras. Veamos en primer lugar cómo se construye la intervención mamaria post-oncológica en tanto ejemplo por excelencia de la cirugía reconstructiva:

Creo que está muy bien definido: la sanidad cubre todo lo que se considera enfermedad o restitución de todo lo que es patológico. Y patológico es que tienes una patología que te afecta (Entrevistado N° 3, entrevista personal, 19 de julio de 2011).

Estrictamente hablando, sin embargo, la patología es el cáncer y no la ausencia de pecho. Una vez atajada la patología con la extracción del tumor, los profesionales consideran que el objetivo de la intervención es el bienestar psíquico y emocional de las pacientes:

A ver, la paciente pasa por un proceso patológico como es el cáncer y pasa por una deformidad que es la mastectomía, que es curativa o paliativa. Por lo tanto, esta persona necesita de una rehabilitación pero no solo para sobrevivir. Necesita sobrevivir físicamente pero también psicológicamente. (...) Sin ninguna duda, son criterios de curación y rehabilitación, y es física y emocional. (Entrevistado N° 2, entrevista personal, 27 de julio de 2011).

En la misma línea se expresa una psicóloga clínica entrevistada:

Hay estas mujeres que no se reconstruyen, y hay otras, la mayoría o una gran parte, que sí se reconstruyen. Pero no por una cuestión física sino psicológica. Verse cada día con una amputación les recuerda todo el malestar y el sufrimiento de la enfermedad. En cambio, cuando se reconstruyen, psicológicamente pueden pasar página. (Entrevistada N° 4, entrevista personal, 18 de julio de 2011).<sup>5</sup>

El Entrevistado N° 3 coincide en esta percepción de los daños emocionales que genera la amputación del pecho y profundiza en los efectos que crea en la vida de las mujeres:

Cuando te han sacado un tumor tienes unos efectos como mujer importantísimos. Primero, que tienes una amputación, una alteración de tu contorno corporal. Es como si pierdes una mano, no es solo que perderás tu capacidad funcional sino que socialmente te faltará una mano. Y el aspecto forma parte de la comunicación humana. Los ojos. Si yo te saco un ojo y te pongo aquí un pegote, podrás ver pero te faltará un ojo. Esto condiciona la vida de la mujer con su entorno, porque una fuerte asimetría corporal limita ir a comprarse ropa, ir al gimnasio, la vida de pareja... porque puede ser que no te sientas bien ni segura. Te limita a lo mejor la relación con los hijos, aunque no te lo creas, pero pasa. Y tendrá una relación con su entorno anómala, alterada y pasa que hay fracaso escolar en los hijos, depresión, ausencia laboral, etcétera. Si valoras por ejemplo las bajas laborales que tiene la gente que se ha hecho o no la reconstrucción lo verás, y verás el coste que tiene esto para el contribuyente. (Entrevistado N° 3, entrevista personal, 19 de julio de 2011).

En esta cita se muestra cómo para este doctor la ausencia de pecho después de la operación es un problema en sí mismo. Desde nuestro punto de vista, se puede estar sobredimensionando el impacto de

<sup>5</sup> La operación metonímica que denota la expresión “estas mujeres que no se reconstruyen”, presente en los discursos de los profesionales, nos da cuenta de la fuerte vinculación que tiene en su imaginario la asociación pechos=mujer.

la ausencia de pecho y descontextualizándolo del proceso oncológico en su conjunto<sup>6</sup>. Además vemos cómo la dimensión económica de estos efectos refuerza la justificación de la cobertura pública de la intervención.

En el momento en que el motivo para dar cobertura pública a la reconstrucción post-oncológica no es atajar una enfermedad sino favorecer el bienestar psíquico de la paciente después de un proceso oncológico, nos encontramos con que los límites entre las categorías de estética y reconstrucción se desdibujan. En esta línea, algunos médicos ponen en duda justamente la claridad de estos límites entre reconstrucción y estética:

Una chica de 18 años con los pechos caídos hacia abajo, ¿es salud o es estética? Y, ¿quién dice dónde está el límite? (...) Es muy difícil marcar los límites, porque la estética es una cosa muy subjetiva y, por lo tanto, esto que para ti es estético para otro es un drama, y un drama familiar incluso. (Entrevistada N° 5, entrevista personal, 4 de julio de 2011).

En la misma línea se expresa el Entrevistado N° 1:

Es el mismo complejo el de la paciente que no va a la playa porque tiene poco pecho que el de la que está amputada, aunque para la sociedad te dirá es que no se puede comparar una mujer que está sana y que se pone pecho a una mujer que no. Pero quiero que sepas que para cada paciente es lo importante, y que mi mal es importante para mí y que no lo es para los demás. (Entrevistado N° 1, entrevista personal, 22 de julio de 2011).

En base a este argumento según el cual el objetivo es lograr el bienestar emocional de la paciente, por coherencia la distinción no debería basarse en generalizaciones respecto los tres casos estudiados sino en el nivel de sufrimiento de cada paciente y el bienestar que podría conseguir con la intervención. Se derivaría así hacia una lógica individualista que pone en el centro a cada paciente particular sin distinguir entre los casos:

Y habrá gente que dirá es que esto es vicio, ¿cómo vas a comparar una persona necesitada que le han amputado el pecho con una persona que lo hace por gusto? Y vuelvo a decir, en la atención personalizada y en personalizar cada caso. (Entrevistado N° 1, entrevista personal, 22 de julio de 2011).

Lo que hemos visto hasta ahora, pues, es que la distinción fundamental que elaboran los profesionales entre reconstrucción y estética (frontera #1) no es tan obvia. Algunos profesionales cuestionan la claridad de esta diferencia apelando a la importancia de la perspectiva individual y de garantizar el bienestar psíquico de cada paciente.

## Frontera #2: legitimidad > acceso

La segunda frontera discursiva que generan los profesionales entrevistados al distinguir entre los tres estudios de caso tiene que ver con cómo justifican distintos grados de acceso a la intervención. Lo que está en juego aquí es la ubicación en un segundo eje, superpuesto al primero, que tiene que ver con la legitimidad de la demanda de intervención. Así, se distingue por un lado el caso trans, y por el otro la

---

<sup>6</sup> Parte de las entrevistas de las mujeres que han sufrido un tumor muestran que la ausencia de pecho no siempre es un problema en sí mismo, sino que el conflicto es el proceso oncológico en su conjunto. Además, no todas ellas sienten la necesidad de restituir el seno extirpado.

operación post-oncológica y la de cirugía estética, que aunque difieran en relación a su posición en el eje necesidad / capricho, comparten una característica: la demanda *de entrada* se considera legítima y prácticamente no hay obstáculos para poderlas llevar a cabo (con financiación pública o privada). Los cuerpos y las voces de estas mujeres son considerados legítimos para reclamar esta operación.

Sin embargo, encontramos algunas excepciones que deslegitiman la demanda y pueden poner barreras al acceso. En el caso de la intervención post-oncológica, el único factor de exclusión que ponen encima de la mesa los profesionales es que no sea aconsejable por motivos de salud.

En la intervención estética los criterios de exclusión son: que la persona sea menor de edad, que tome la decisión bajo presión de otras personas de su entorno, que su estado de salud lo desaconseje, que se detecte un abuso de drogas, que presente un trastorno psíquico como la dismorfofobia (que implica tener una imagen distorsionada del propio cuerpo), que la mujer no tenga las condiciones para comprender lo que supone la intervención o que elabore una demanda considerada “inapropiada” (por el tamaño requerido, por ejemplo) o poco realista:

Muchas veces se desaconseja por dismorfofobia, y es gente que tiene un pecho normal pero se lo ve pequeño o muy grande. Por lo tanto, esta persona no puede recibir cirugía. Y otras personas que no pueden entender el proceso, sea por capacidad intelectual o nivel formativo. Entonces no se les puede realizar. Si una persona ha estado en una fase crítica de su vida y lo que busca con la cirugía estética es algo que tienen que solucionar en otro lado, como es trabajar la autoestima, los cirujanos lo identifican, lo hacen o no. (Entrevistado N° 3, entrevista personal, 19 de julio de 2011).

Hay dos elementos de esta cita que son reforzados por parte de otros médicos entrevistados. En primer lugar, la observación de que hay que excluir a las mujeres que hacen una demanda que no se podrá satisfacer con la operación:

Hay pacientes que te traen mucha información pero es sesgada y buscan algo que yo no creo que pueda dárselo. Y a esta paciente la rechazo. La paciente me expone lo que quiere y yo lo que puedo hacer por ella y si no coincide pues no puedo hacerlo. (Entrevistado N° 1, entrevista personal, 22 de julio de 2011).

En segundo lugar, destaca el alto grado de discrecionalidad de los médicos al decidir si finalmente intervienen o no:

A los menores de 23 les pasamos un test psicológico, y en otras cosas pues es más la experiencia personal de cada uno para saber ver si la persona se quiere hacer la operación por un motivo sensato o espera sacar un beneficio sentimental de la operación porque la ha dejado el marido y quiere que vuelva. (Entrevistado N° 6, entrevista personal, 20 de julio de 2011).

En definitiva, en el ámbito de la estética los médicos advierten que debido a la falta de regulaciones precisas estos criterios de exclusión son más bien informales y basados en la autorregulación, lo que implica que en la práctica algunos profesionales son más laxos que otros al filtrar las demandas que les llegan<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Por otro lado cabe destacar que esta ausencia de regulación ha provocado la existencia de prácticas peligrosas para la salud, como la implantación de implantes de silicona que se han probado dañinas (caso de los fabricados por la empresa Poly Implant Prothèse que ha salido a la luz recientemente) y que a menudo acaban siendo resueltas desde el sistema público de salud.

El caso trans, en cambio, se desmarca de los dos anteriores porque para acceder a la intervención la paciente debe pasar por una serie de procedimientos que den legitimidad o desapruben su demanda<sup>8</sup>. Estos procedimientos culminan en un certificado de trastorno mental (disforia de género) que se obtiene después de haber pasado un período de tiempo, que puede llegar a los dos años, acudiendo a una Unidad de Trastornos de Identidad de Género (Missé y Coll-Planas, 2010).

En el trazado de esta segunda frontera, como veremos a continuación, los profesionales entrevistados ponen énfasis en *a quién* se opera. En palabras del Entrevistado N° 5:

Existe la cirugía plástica y la cirugía estética (...). Lo que la hace reconstructiva no es que cambies la técnica sino a quién la haces. Si la haces a una niña de veinte años sin pecho que quiere unas prótesis, pues es estética; porque se supone que esta situación está dentro de la normalidad biológica. Pero si me viene un chico que se está cambiando a chica, y el mismo procedimiento con el mismo tiempo quirúrgico y todo es igual, es una reconstructiva. Porque se supone que es anormal y lo estamos haciendo lo más normal posible. Mientras que la estética estás con algo normal que lo estás mejorando o condicionando a los cánones que quizá hay en estos momentos. (Entrevistada N° 5, entrevista personal, 4 de julio de 2011).

Consideramos que esta cita nos da la clave para explicar cómo los tres casos son construidos de forma diferente en el ámbito médico. La diferencia no es *qué* haces sino *a quién* se lo haces: si implantas un pecho a un cuerpo que es considerado legítimo poseedor de pecho o no; si la paciente y su demanda es categorizable como normal o como anormal.

Así lo reafirma la siguiente cita del Entrevistado 2:

La que viene a reducirse el pecho porque tiene un volumen muy alto, etc., pues está claro. Hay veces que si te viene alguien con unos pechos normalitos y se los quiere sacar pues ya ves que no está bien. Hay gente que tiene un problema de base. Entonces en este tipo de pacientes tienes que hacer de psicólogo, psiquiatra, emitir un diagnóstico y aparte hacer de cirujano. (Entrevistado N° 2, entrevista personal, 27 de julio de 2011).

Como podemos ver, pues, a través de los discursos de los médicos, el elemento central en la distinción entre los tres casos es la definición de normalidad corporal. Lo que distingue la forma de abordar los casos no está tan relacionada con la distinción entre reconstrucción y estética, o con el nivel de sufrimiento de la paciente, sino que tiene que ver con qué cuerpos son apropiados para someterse a esta intervención, y con qué voces son legitimadas para establecer la demanda.

## Conclusiones

---

Al empezar el análisis hemos observado que en los discursos de los profesionales de la salud la distinción fundamental es entre cirugía reconstructiva y estética. La primera es considerada que es plenamente necesaria y que la sanidad pública la debe cubrir. Sin embargo, como ejemplifica el caso de la reconstrucción mamaria post-oncológica, la motivación no es atajar ninguna patología sino conseguir el bienestar psíquico y emocional de la mujer, que sufre al no tener un cuerpo acorde con el ideal

---

<sup>8</sup> Las mujeres trans pueden acceder, sin necesidad de presentar un certificado de trastorno, a otras personas que pueden practicarles mamoplastias con menos garantías sanitarias. Estos casos no son objeto de análisis del artículo, ya que optamos por centrarnos en el discurso médico oficial respecto la intervención mamaria.

corporal establecido después de la extirpación de un tumor. Se individualiza así el sufrimiento por no tener un torso normativo sin entrar a considerar las presiones que sostienen y reproducen este ideal corporal que genera tanto sufrimiento no poder encarnar.

La cirugía estética se considera una opción personal que tiene que ver más con el “capricho” que con la necesidad y, por este motivo, los profesionales entrevistados opinan que debe ser sufragada por las propias personas que la solicitan. Se construye pues como una decisión individual, obviando así las presiones sociales que la motivan —a menos que éstas sean tan explícitas que el cirujano considere que invalidan la demanda—. A pesar de ser construida como una opción personal que no debe ser financiada con dinero público, la demanda de esta tecnología de género se considera legítima pues proviene de una persona con un cuerpo catalogado como femenino desde el nacimiento, lo que deriva en el establecimiento de pocas barreras al acceso.

Desde nuestro punto de vista, la distinción entre cirugía reconstructiva y estética comporta una construcción banalizadora de la estética como algo superficial, al mismo tiempo que niega el carácter estético de la reconstrucción post-oncológica. Consideramos que las tres intervenciones tienen un carácter estético y que esto no las deslegitima ni debe cuestionar la cobertura pública de algunas de ellas. Hace falta una comprensión más profunda de lo estético, que tiene que ver con la definición social de lo que es considerado normal, aceptable, bello y deseable, con la necesidad de reconocimiento por parte de l@s demás (algo especialmente agudizado en las mujeres en una sociedad sexista) y con la salud entendida en un sentido amplio (incluyendo el bienestar psíquico y emocional).

Hemos concluido que los límites entre la cirugía reconstructiva y estética dependen de la definición de lo que se considera normal y anormal, de qué demandas se consideran legítimas y de qué cuerpos se establece que pueden tener determinados atributos.

La mamoplastia a mujeres trans, como hemos visto, ocupa un lugar problemático en relación a la frontera que separa la necesidad de la opción individual. La mayor parte de los profesionales coincide en que se trata de una opción personal que no debe sufragarse públicamente. Más allá de este consenso, lo que otorga legitimidad a la demanda de intervención por parte de los profesionales es que exista un diagnóstico de trastorno mental que garantice que no se trata de un “capricho” sino de una necesidad plenamente motivada. La necesidad de psiquiatrización para poder legitimar la demanda distingue este caso de los otros dos, ya que lo que está en juego es que la persona que demanda este tipo de intervención feminizante no encarna un cuerpo considerado femenino desde el nacimiento. Solo mediante la consideración patológica y de la biologización de su demanda las mujeres trans tienen acceso a este tipo de intervenciones en los circuitos formales.

## Referencias

- Amigot, Patricia y Pujal, Margot (2011). A reading of gender as a dispositif of power. *Revista Pequéñ, 1*(1), 1-26.
- Andréu, Jaime (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces. Recuperado en junio de 2012, de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Ayús, Ramfis (2002). *Estudios Sociales de Ciencia Y Tecnología: Merodeando en el Campo*. (Sala de Lectura de la página electrónica de la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura). Recuperado en junio de 2012 de [www.campus-oei.org/salactsi/ramfis.htm](http://www.campus-oei.org/salactsi/ramfis.htm)

- Balsamo, Anne Marie (1996). *Technologies of the Gendered Body: Reading Cyborg Women*. Durham, NC and London: Duke University Press.
- Bauman, Zygmunt (1992). *Mortality, Immortality & Other Life Strategies*. Standford: Stanford University Press.
- Butler, Judith (1997/2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Butler, Judith (2004/2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Cabruja, Teresa; Iñiguez, Lupicinio; y Vázquez, Félix (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Análisi*, 25, 62-94.
- Coll-Planas, Gerard (2010). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad. El caso de lesbianas, gays y trans*. Madrid/Barcelona: Egales.
- Coll-Planas, Gerard (2012). *La carne y la metáfora. Una reflexión sobre el cuerpo en la teoría queer*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Davis, Kathy (1995). *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York y London: Routledge.
- Davis, Kathy (2002). A Dubious Equality: Men, Women and Cosmetic Surgery. *Body&Society*, 8(1), 49-65. <http://dx.doi.org/10.1177/1357034X02008001003>
- De Benito, Emilio (2010, diciembre 17). El año pasado se hicieron 105.000 operaciones de cirugía estética en España. *El País*. Recuperado en abril de 2010 de [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/12/17/actualidad/1292540404\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/12/17/actualidad/1292540404_850215.html).
- Fisher, Helen (1999/2000). *El primer sexo. Las capacidades innatas de las mujeres y cómo están cambiando el mundo*. Madrid: Taurus.
- Foucault, Michel (1976/1995). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Garaizabal, Cristina (2010). Transexualidades, identidades y feminismos. En Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 125-140). Barcelona/Madrid: Egales.
- García Dauder, Silvia y Romero Bachiller, Carmen (2004). Vigilando las fronteras del sexo: la construcción médica del 'sexo verdadero' en *Actas del IV Congreso de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España* (pp. 446-450). Valladolid: Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España.
- Goldberg, Steven (1973/1976). *La inevitabilidad del patriarcado*. Madrid: Alianza.
- Gómez, Esther y Esteva de Antonio, Isabel (Eds.) (2006). *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- González García, Marta I. (2005). Valores de una ciencia impura, *Arbor. Ciencia pensamiento y cultura*, CLXXXI(716), 501-514. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2005.i716.407>
- González-Polledo, EJ (2010). «No sé qué otra cosa podría ser»: medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 67-80). Barcelona/Madrid: Egales.
- Harding, Sandra (1986/1995). *Feminismo y Ciencia*. Barcelona: Morata.
- Lagré, Jacqueline (2002/2005). *El médico, el enfermo y el filósofo*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Martin, Emily (2001). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Miranda Suárez, María José (2004). Popularización de la ciencia y clonación. En *Actas del IV Congreso de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia* (pp.79-82). Valladolid: Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España.

- Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid/Barcelona: Egales.
- Morgan, Kathryn P. (1991). Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies. *Hypatia*, 6(3), 25–53. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1527-2001.1991.tb00254.x>
- Nicholson, Linda (1994/2003). La interpretación del concepto de género. En Silvia Tubert (Ed.), *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto* (pp.47-82). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Pérez Sedeño, Eulalia (2004). Sociedad, Cultura y Tecnologías Reproductivas. En *Actas del IV Congreso de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España* (pp. 438-441). Valladolid: Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España.
- Pérez Sedeño, Eulalia (Ed.) (2005). Ciencia, tecnología y valores desde una perspectiva de género. *Arbor, revista de Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 181(716).
- Pérez Sedeño, Eulalia (2011). El sexo de las metáforas. *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, 187(747), 99-108.
- Rubin, Gayle (1975/1986). El tráfico de las mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145.
- Sánchez Torres, Ana (2001). *Las mujeres y las técnicas de reproducción asistida*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y AASS.
- Sánchez Torres, Ana (2005). Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas. *Arbor. Ciencia pensamiento y cultura*, CLXXXI(716), 523-530. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2005.i716.409>
- Santesmases, María Jesús y Ortega, Esther (2004). Embarazos y abdomenes: Cuerpos, instrumentos y políticas del diagnóstico prenatal. En *Actas del IV Congreso de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España* (pp. 435-437). Valladolid: Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España.
- SECPRE (2010). *La realidad de la cirugía estética en España*. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética.
- SEOM (2009). *Cifras de cáncer en España*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado en abril de 2010, de <http://www.seom.org/es/inicioen>
- Smith, Courtney P. (2009). *The politics of the marked body: an examination of female genital cutting and breast implantation*. Tesis de doctorado sin publicar, University of Oregon, Department of Political Science and the Graduate School.
- Soley-Beltran, Patricia (2005). In-transit: la transexualidad como migración de género. *Asparkia. Investigación feminista*, 15, 207-32.
- Soley-Beltran, Patricia y Coll-Planas, Gerard (2011). 'Having Words for Everything'. Institutionalising Gender Migration in Spain (1998-2008). *Sexualities*, 3(14), 334-353. <http://dx.doi.org/10.1177/1363460711400811>
- Spargo, Tamsin (1999/2007). *Foucault y la teoría queer*. Barcelona: Gedisa.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

**Reconocimiento:** Debe reconocer y citar al autor original.

**No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

**Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)