

### Anne Fausto-Sterling

#### ¿Por qué varón y mujer no son suficientes?

En 1843 Levi Suydam, vecino de Salisbury, Connecticut, de veintitrés años, solicitó a una comisión gestora que se le reconociera su derecho al voto en favor de los Whigs en unas muy reñidas elecciones locales. La solicitud provocó una avalancha de objeciones geneadas en el partido de la oposición, por razones que resultarían inusitadas en los anales de la democracia americana: se dijo que Suydam tenía más de mujer que de hombre y por tanto (unos ochenta años antes de que el sufragio se extendiera a las mujeres) no se le podía permitir que emitiera su voto. Para acabar con la disputa se envió a un médico, un tal William James Barry, para que examinara a Suydam. Y parece ser que, tras encontrar un fallo, el buen doctor declaró al eventual votante como de sexo masculino. Con Suydam legítimamente en sus filas, los Whigs ganaron las elecciones con una mayoría de un voto.

El diagnóstico de Barry resultó ser, sin embargo, un tanto prematuro. Al cabo de unos días descubrió que, a pesar de tener fallo, Suydam tenía la menstruación de forma regular, además de orificio vaginal. Tanto sus características físicas como su organización mental eran más complejas de lo que se sospechaba al principio. El/la tenía hombros estrechos y caderas anchas, y de forma ocasional se sentía atraído por las mujeres. «Muchos han señalado las tendencias femeninas de Suydam, tales como el gusto por los colores alegres, por los retales, que compara y combina, y una aversión hacia el trabajo corporal, así como su falta de habilidad para realizar el mismo», escribió más tarde Barry. No está claro si Suydam perdió o retuvo el voto, ni si los resultados de las elecciones fueron invertidos.

La cultura occidental está plenamente comprometida con la idea de que existen sólo dos sexos. Incluso el lenguaje niega otras posibilidades; de esta forma, para escribir sobre Levi Suydam hemos tenido que inventar convenciones —*el/la*— para denotar alguien que no es claramente ni varón ni mujer o que quizá pertenece a ambos sexos a la vez. Además, legalmente, todo adulto es hombre o mujer, y la diferencia, por supuesto, no es trivial. Para Suydam significaba el derecho al voto; hoy en día significa ser declarado útil o exento del llamamiento a filas, así como el estar sujeto, de diversas maneras, a un número de leyes que rigen el matrimonio, la familia y la intimidad humana. En muchas partes de Estados Unidos, por ejemplo, dos personas legalmente inscritas como hombres no pueden tener relaciones sexuales sin violar las leyes contra la sodomía.

Pero si el estado y el sistema legal tienen un interés por mantener un sistema sexual bipartito, se están oponiendo a la naturaleza. Porque, biológicamente hablando, hay una enorme gradación que va de varón a mujer, y dependiendo de cómo los llamemos a los diferentes estadios, podemos afirmar que a lo largo de tal espectro subyacen al menos cinco sexos —y quizá incluso más.

Durante algún tiempo los investigadores médicos han reconocido el concepto de cuerpo intersexual. Pero la literatura médica habitual utiliza el término *intersexo* como aglutinador de los tres subgrupos principales que contienen alguna mezcla de características masculinas y femeninas: los llamados verdaderos hermafroditas, a los que llamo *herms*, que poseen un testículo y un ovario (sus receptáculos para la producción de espermatozoides, o gónadas); los *seudohermafroditas masculinos*, los *merms*, que tienen testículos y algunos aspectos de los genitales femeninos, pero no tienen ovarios; y los *seudohermafroditas femeninos*, los *ferms*, que tienen ovarios y algunos aspectos de los genitales masculinos, pero carecen de testículos. Cada una de esas categorías es en sí misma compleja; el porcentaje de características masculinas y femeninas, por ejemplo, puede variar enormemente entre los miembros del mismo subgrupo. Y lo que es más, la vida interior de los sujetos de cada subgrupo —sus necesidades particulares y sus problemas, atracciones y repulsiones— se han dejado de lado en el estudio científico. Pero basándonos en lo que se conoce sobre ellos postulamos que los tres intersexos merecen ser considerados como sexos adicionales cada uno con su propio estatuto. En

realidad, podríamos ir más allá afirmando que el sexo es un continuum vasto e infinitamente maleable que sobrepasa las restricciones incluso de cinco categorías.

Naturalmente, es extremadamente difícil estimar la frecuencia de intersexualidad, y más aún la frecuencia de cada uno de los tres sexos adicionales: no es el tipo de información que alguien escribe voluntariamente en una solicitud de empleo. El psicólogo John Money, de la Universidad Johns Hopkins, especialista en el estudio de malformaciones congénitas de los órganos sexuales, postula que los intersexuales pueden ascender a un 4 por ciento de los nacimientos. Como hago ver a mis estudiantes de la Universidad de Brown, si tomamos un *corpus* estudiantil de unos 6.000, esa proporción, si es correcta, supone que puede haber en el campus en torno a 240 intersexuales —ciertamente lo suficiente como para formar una organización minoritaria de algún tipo.

Aunque en realidad pocos de tales estudiantes llegarían tan lejos, en Brown, tratándose de una corriente de diversidad sexual. Avances recientes en fisiología y técnicas quirúrgicas permiten a los médicos hoy en día localizar a la mayoría de los intersexuales en el momento de su nacimiento. Casi instantáneamente se somete a tales bebés a un programa de planificación hormonal y quirúrgica de forma que se puedan integrar sin sobresaltos en la sociedad como heterosexuales «normales», varones o mujeres. Queremos dejar claro que en ningún caso subyacen oscuros motivos. El objetivo de este procedimiento es estrictamente humanitario, y responde al deseo de que las personas sean capaces de «encajar» tanto física como psicológicamente. Sin embargo, en la comunidad médica, las premisas que dan lugar a esa filosofía —que haya sólo dos sexos, que sólo la heterosexualidad es normal, que hay un único modelo verdadero de salud psicológica— no se han sometido a ningún tipo de examen.

La palabra *hermafrodita* viene de los nombres griegos Hermes —conocido de diversas formas: como el mensajero de los dioses, el patrón de la música, el controlador de los sueños o el protector del ganado— y Afrodita la diosa del amor sexual y la belleza. De acuerdo con la mitología griega, esos dos dioses fueron los padres de Hermafrodita, quien a la edad de quince años se convirtió en mitad hombre y mitad mujer al fundirse su cuerpo con el cuerpo de una ninfa de la que se había enamorado. En algunos hermafroditas reales el testículo y el ovario crecen separadamente pero de forma

paralela; en otros se desarrollan juntos dentro del mismo órgano, formando un ovotestículo. No es raro que al menos una de las gónadas funcione en perfectas condiciones, produciendo ya sea células de esperma u óvulos, así como niveles funcionales de hormonas sexuales —andrógenos o estrógenos. Aunque en teoría podría ser factible para un verdadero hermafrodita ser a la vez padre y madre de un bebé, en la práctica los conductos y los vasos pertinentes no están configurados de forma que los óvulos y el esperma se puedan encontrar.

En contraste con los verdaderos hermafroditas, los pseudohermafroditas poseen dos gónadas del mismo tipo junto con la estructura de cromosomas usual masculina (XY) o femenina (XX). Pero sus genitales externos y características sexuales secundarias no se ajustan a sus cromosomas. De esta forma los pseudohermafroditas masculinos tienen testículos y cromosomas XY, y sin embargo también tienen vagina y clítoris, y en la pubertad a menudo desarrollan senos. Sin embargo, no tienen menstruación. Los pseudohermafroditas femeninos tienen ovarios, dos cromosomas X y a veces un útero, pero también tienen al menos parcialmente, genitales externos masculinos. Sin intervención médica pueden desarrollar barba, voz grave y penes de tamaño adulto.

Ningún esquema de clasificación podría hacer sino sugerir la variedad de la anatomía sexual con que se encuentra la práctica clínica. En 1969, por ejemplo, dos investigadores franceses, Paul Guinet, de la Clínica Endocrina de Lyon, y Jacques Decourt, de la Clínica Endocrina de París, describieron noventa y ocho casos de verdadero hermafroditismo —una vez más, enténdase personas con tejido tanto ovárico como testicular— teniendo en cuenta únicamente la apariencia de los genitales externos y los conductos de que iban acompañados. En algunos casos estas personas mostraban un desarrollo marcadamente femenino. Tenían orificios separados para la vagina y la uretra, la hendidura de la vulva delimitada a la vez por un labio grande y otro pequeño o labios vaginales, y en la pubertad desarrollaban senos y normalmente empezaban a menstruar. Era su clítoris sobredimensionado y sexualmente alerta, que a veces en la pubertad amenazaba con convertirse en un pene, lo que les llevaba a reclamar atención médica. Los miembros de otro grupo también tenían senos y un cuerpo de tipo femenino, y menstruaban. Pero sus labios estaban fundidos al menos parcialmente, formando un escroto incompleto. El falo (aquí término em-

briológico que designa una estructura que al cabo de un desarrollo normal pasa a formar ya sea un clítoris o un pene) medía entre 1,5 y 2,8 pulgadas de largo; a pesar de todo orinaban a través de una uretra abierta en o cerca de la vagina.

Sin duda la forma más frecuente de hermafrodita verdadero con que se encontraron Guinet y Decourt —55 por ciento— parecía tener un físico más masculino. En tales personas la uretra discurre ya sea a través o cerca del falo, que tiene más apariencia de pene que de clítoris. Se da algún tipo de sangre menstrual periódicamente durante la expulsión de orina. Pero a pesar de la apariencia relativamente masculina de los genitales, aparecen senos en la pubertad. Es posible que una muestra que fuera mayor de noventa y ocho de los llamados verdaderos hermafroditas diera como resultado incluso más contrastes y detalles sutiles. Valga todo ello para decir que las variedades son tan diversas que sólo después de una cirugía exploratoria nos es posible saber qué partes están presentes y qué elemento va unido a qué otro.

Los orígenes embriológicos de los hermafroditas humanos se ajustan claramente a lo que se conoce sobre el desarrollo sexual masculino y femenino. La gónada embrionaria ya en una fase temprana de su desarrollo elige seguir la trayectoria sexual masculina o femenina; sin embargo, en lo que respecta a los ovotestículos, la elección queda sin resolver. De forma similar, el falo embrionario la mayoría de las veces termina como clítoris o pene, pero no constituye ninguna sorpresa para el embriólogo la existencia de estados intermedios. También existen aumentamientos urogenitales del embrión que normalmente o bien permanecen abiertos y se convierten en los labios vaginales o se funden y dan lugar a un escroto. De todos modos, en algunos hermafroditas, la posibilidad de abrirse o cerrarse es ambivalente. Finalmente, todos los embriones de los mamíferos poseen estructuras que pueden convertirse en el útero femenino y las trompas de Falopio, así como estructuras que pueden convertirse en parte del sistema masculino de transporte de esperma. De forma típica, el conjunto masculino o femenino de esos órganos genitales primordiales degenera, y las estructuras restantes logran su adecuación sexual futura. En los hermafroditas ambos conjuntos de órganos se desarrollan alcanzando una variedad de grados.

La intersexualidad en sí misma no supone ninguna novedad. Por ejemplo, existen caracterizaciones de hermafroditas en histo-

rias sobre los orígenes del hombre. Los primeros estudiosos de la Biblia pensaban que Adán había iniciado su vida como hermafrodita y más tarde se había dividido en dos individuos —un varón y una mujer— después de alejarse de la gracia divina. Siguiendo a Platón, hubo en un tiempo tres sexos —masculino, femenino y hermafrodita—, pero el tercer sexo se perdió con el transcurso del tiempo.

Tanto el Talmud como el Tosefta, los libros de la ley de los judíos, enumeran dilatadas regulaciones para las personas de sexo mezclado. El Tosefta prohíbe expresamente a los hermafroditas heredar las haciendas de sus padres (al igual que a las hijas), encerrarse en un lugar con las mujeres (como a los hijos) o afeitarse (como a los hombres). Cuando los hermafroditas tienen la menstruación deben encontrarse aislados de los hombres (como las mujeres); no están legitimados para actuar como testigos ni como sacerdotes (como las mujeres), pero sí les son de aplicación las leyes de la pederastia.

En Europa a finales de la Edad Media surgió un modelo que, de alguna manera, ha durado hasta el día de hoy: se exige a los hermafroditas que elijan un rol de género establecido y se ajusten a él. El castigo por la transgresión de esta norma es a menudo la muerte. Así, en el siglo XVII, un hermafrodita escocés que vivía como mujer fue quemado vivo tras fecundar a la hija de su amo.

Para determinar las cuestiones de herencia, legitimidad, paternidad, sucesión a un título y elegibilidad para ejercer ciertas profesiones, el sistema legal anglosajón moderno exige que los neonatos sean inscritos como varones o mujeres. Hoy en día en los Estados Unidos la determinación sexual está regulada por las leyes de los distintos estados. Illinois permite a los adultos cambiar el sexo que aparece en sus partidas de nacimiento siempre que un médico certifique que se ha realizado la correspondiente intervención quirúrgica. La Academia de Medicina de Nueva York, por otra parte, ha optado por la visión opuesta. A pesar de las alteraciones quirúrgicas de los genitales externos, la Academia sostuvo en 1966 que en cuanto a los cromosomas el sexo permanece inalterado. Según esa medida, el deseo de una persona de ocultar su sexo originario no puede prevalecer sobre el interés público de la protección contra el engaño.

Durante este siglo la comunidad médica ha completado lo que el mundo legal comenzó —la total eliminación de cualquier forma

de expresión sexual que no se ajuste a un modelo heterosexual de varón-mujer. Irónicamente, un conocimiento más sofisticado de la complejidad de los sistemas sexuales ha llevado a la represión de tal complejidad.

En 1937 el urólogo Hugh H. Young de la Universidad Johns Hopkins publicó un volumen titulado *Genital Abnormalities, Hermaphroditism and Related Adrenal Diseases*. Se trata de un libro notable por su erudición, rigor científico y postura progresista. En él Young recogió una considerable cantidad de casos cuidadosamente documentados históricamente para demostrar y estudiar el tratamiento médico de tales «accidentes a la hora del nacimiento». Young no se detuvo a juzgar a las personas objeto de su estudio ni tampoco intentó convencer para que se sometieran a tratamiento a los intersexuales que se negaban a esa posibilidad. Y mostró una imparcialidad inusual en lo que se refiere a aquellas personas que habían tenido experiencias sexuales como hombres y como mujeres considerándolos «hermafroditas practicantes».

Uno de los casos más interesantes de Young era el de un hermafrodita llamado Emma que había crecido como mujer. Emma tenía tanto un clítoris del tamaño de un pene como una vagina, lo que le hacía posible a el/la mantener una relación heterosexual «normal» tanto con hombres como con mujeres. Antes de los veinte Emma había mantenido relaciones sexuales con un número de chicas hacia las cuales se sentía fuertemente atraído; pero a la edad de diecinueve años se había casado con un hombre. Desgraciadamente, éste había procurado a Emma poco placer sexual (aunque el hombre no tenía ninguna queja), y de esta forma, a lo largo de ese matrimonio y de otros sucesivos, Emma había tenido cerca a sus amigas. Con determinada frecuencia el/la mantenía relaciones sexuales placenteras con aquellas. Young describe a este sujeto como aparentemente «muy satisfecho e incluso feliz». Al hablar, Emma expresaba de vez en cuando su deseo de ser un hombre, circunstancia que Young consideraba fácil de ver realizada. Pero la respuesta de Emma pulsa una heroica pasión por el interés propio:

¿Tendría usted que quitarme la vagina? Ni hablar de eso, que es la garantía de mi sustento. Si usted hiciera eso tendría que abandonar a mi marido e irme a trabajar, así que creo que me la voy a quedar y a permanecer como estoy. Mi marido me protege correctamente, e incluso aunque no tengo ningún placer sexual con él, tengo todo el que quiero con mis amigas.

Y sin embargo, mientras Young iluminaba la intersexualidad con la luz de la razón científica, estaba iniciando su supresión. Ello se debe a que su libro es también un extenso tratado sobre los más modernos métodos quirúrgicos y hormonales para convertir a los intersexuales en varones o mujeres. Young puede diferenciar-se de sus sucesores por expresar menos juicios de valor y el respeto hacia los pacientes y sus familias, pero a pesar de todo suministró las bases sobre las que se asientan las prácticas de intervención actuales.

Hacia 1969, cuando los médicos ingleses Christopher J. Dewhurst y Ronald R. Gordon escribieron *The Intersexual Disorders*, el acercamiento médico y quirúrgico a la intersexualidad se encontraba en un estado de rígida uniformidad. No es de extrañar que tal endurecimiento de opinión tuviera lugar en la era de la mística femenina, del desplazamiento hacia fuera de las ciudades y de la estricta división de los roles familiares según el sexo que tuvieron lugar en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. El hecho de que el consenso entre los médicos no era del todo universal (o quizá que estaba destinado a romperse una vez más) lo muestra el tono casi histérico del libro de Dewhurst y Gordon, que contrasta fuertemente con la razonable calma del trabajo fundador de Young. Veamos la descripción introductoria de un neonato intersexual:

Basta con intentar imaginar la angustia de los padres. El que un bebé tenga una deformidad...[que afecte] a un aspecto tan fundamental como el sexo del niño... es un acontecimiento trágico que inmediatamente trae a nuestra imaginación visiones de un inevitable desajuste psicológico predestinado a vivir siempre como una rareza sexual rodeado de soledad y frustración.

Dewhurst y Gordon advertían de que tal sería el destino inevitable del bebé si el asunto era tratado de forma equivocada; «pero afortunadamente», escribieron, «con un tratamiento adecuado las perspectivas son infinitamente mejores de lo que los padres —huididos emocionalmente por los acontecimientos— o incluso cualquier persona sin un conocimiento especial del asunto podrá nunca imaginar.»

El dogma científico se ha aferrado rápidamente a la idea de que sin cuidados médicos los hermafroditas se encuentran abocados a una vida desdichada. Sin embargo hay pocos estudios empíricos

que respalden esa idea, y algunos de los estudios que se han reunido para configurar un caso clínico suponen una contradicción de la misma. Frances Benton, otro de los hermafroditas practicantes de Young, «no se había preocupado por su condición, no deseaba cambiar y estaba satisfecho con su vida». Lo mismo se podía decir de Emma, la aprovechada ama de casa. Incluso Dewhurst y Gordon, furibundos defensores de la importancia psicológica del tratamiento en la etapa infantil, reconocían el gran éxito del cambio de sexo en pacientes más mayores. Recogían veinte casos de niños reclassificados con sexo diferente tras el supuesto período crítico de dieciocho meses. Aseguraban que todas las reclasificaciones habían sido «un éxito» y se planteaban entonces si la reclasificación se podría «recomendar de manera menos estricta de lo que se ha hecho hasta ahora».

El tratamiento de la intersexualidad en este siglo supone un claro ejemplo de lo que el historiador francés Michel Foucault ha llamado *biopoder*. El saber desarrollado en los campos de la bioquímica, embriología, endocrinología, psicología y cirugía ha permitido a los médicos controlar hasta el sexo mismo del cuerpo humano. Las múltiples contradicciones que conlleva ese tipo de poder exigen una cierta cautela. Por una parte, el «control» médico de la intersexualidad sin duda se desarrolló como parte del intento de liberar a las personas del sufrimiento psicológico que se detectaba (aunque no está claro si era el sufrimiento del paciente, de sus padres o del médico). Y si aceptamos la idea de que en una cultura de división de sexos las personas pueden ver realizadas sus mayores posibilidades de felicidad y productividad sólo si están seguras de pertenecer a uno de los dos sexos reconocidos, la medicina moderna no podría haber alcanzado más éxito.

Por otra parte, los mismos logros de la medicina pueden ser interpretados no como progreso sino como una forma de disciplina. Los hermafroditas poseen cuerpos que no se ajustan a las reglas. No encajan de forma natural en una clasificación binaria; sólo un calizador quirúrgico puede empujarlos hacia ella. Pero ¿por qué debería preocuparnos el hecho de que una «mujer», definida como alguien que tiene pechos, una vagina, un útero y ovarios y que tiene la menstruación, tenga también un clítoris suficientemente grande como para penetrar la vagina de otra mujer? ¿Por qué hemos de preocuparnos si hay personas cuya dotación biológica les permite mantener relaciones sexuales «naturales» tanto

con hombres como con mujeres? Las respuestas parecen provenir de una necesidad cultural de mantener claras las distinciones entre los sexos. La sociedad se encarga del control de los cuerpos intersexuales porque empañan y debilitan tan gran distinción. En tanto en cuanto los hermafroditas pertenecen literalmente a ambos sexos, suponen un reto contra las creencias tradicionales sobre la distinción de los mismos: poseen la irritante habilidad de vivir una vez como un sexo y otras veces como el otro, y conjuran el espectro de la homosexualidad.

Pero ¿qué ocurriría si las cosas fueran totalmente diferentes? Imaginemos un mundo en el que el mismo conocimiento que ha permitido a la medicina intervenir en el control de los pacientes intersexuales haya sido puesto al servicio de diversas sexualidades. Imaginemos que los sexos se han multiplicado sobrepasando los límites imaginables en la actualidad. Se trataría entonces de un mundo de poderes compartidos. Paciente y médico, padres e hijos, varón y mujer, heterosexual y homosexual —todas estas oposiciones y otras tendrían que ser eliminadas como criterios de división. Surgiría una nueva ética del tratamiento médico, que permitiría la ambigüedad dentro de una cultura que hubiera superado la división sexual. La tarea primordial del tratamiento médico sería preservar la vida. Así, la preocupación primordial de los hermafroditas no sería la de si pueden integrarse en la sociedad; sería más bien la de si pueden desarrollarse en ellos circunstancias que amenacen su vida —hernias, tumores gonadales, desequilibrios en el nivel de sal debidos a disfunciones de adrenalina—, hechos que a veces acompañan al desarrollo del hermafrodita. En este mundo ideal la intervención médica en los intersexuales tendría lugar solamente en raras ocasiones antes del uso de razón; por consiguiente el tratamiento sería un reto común entre el médico, el paciente y otros asesores preparados en el campo de la multiplicidad de géneros.

No pensamos que la transición a esta utopía pudiera estar exenta de dificultades. El sexo, incluso el supuestamente «normal», de tipo heterosexual, continúa causando innumerables inquietudes en la sociedad occidental. Y, por supuesto, una cultura que todavía tiene que enfrentarse —religiosa y en algunos aspectos legalmente— con la antigua y relativamente sencilla realidad del amor homosexual no está muy dispuesta a aceptar la intersexualidad. No hay duda de que el aspecto más complicado con diferencia sería el

cuidado de los hijos. Los padres, al menos desde la era victoriana, se alteran, a veces hasta el punto de la negación total, al considerar el hecho de que sus hijos son seres sexuales.

Todo ello explica más claramente por qué se arrastra a los niños intersexuales hacia una de las dos categorías sexuales predominantes. Pero ¿cuáles serían las consecuencias psicológicas de la vía contraria —criar a los hijos como intersexuales declarados? A primera vista ese rumbo parece sembrado de peligros. ¿Qué ocurriría, por ejemplo, con el niño intersexual ante el implacable mundo de crueldad escolar? Cuando llegara el momento de la ducha tras la clase de gimnasia, ¿qué horrores y humillaciones le esperarían al intersexual al ser exhibida su anatomía en su riqueza tan poco convencional? De entrada, ¿a qué clase de gimnasia se apuntaría? ¿Qué baño utilizaría? ¿Y cómo diablos le iba a guiar su padre o su madre por el campo minado de la pubertad?

En los últimos treinta años se han obviado esas cuestiones, ya que la comunidad científica ha evitado, con asombrosa unanimidad, el contemplar la ruta alternativa de la intersexualidad no obstaculizada. Pero los investigadores modernos tienden a tomar en consideración un *corpus* sustancial de historiales, muchos de los cuales fueron recogidos entre 1930 y 1960, antes de que la intervención quirúrgica llegara a ser mayoritaria. Casi sin excepción, esos informes describen a niños que crecieron sabiendo que eran intersexuales (aunque no lo publicaran) y que se aclimataban a su estatus especial. Algunos de los estudios son ricos en detalles —llegando a niveles de descripción de la ducha tras la clase de gimnasia (que la mayoría de los intersexuales evitaban sin mayores consecuencias); de cualquier modo, en el grupo estudiado no hay psicótico ni suicida alguno.

Aun así, los detalles de la socialización entre los intersexuales exigen unos análisis más sofisticados. Resulta claro que antes de que nuestra visión de la multiplicidad sexual pueda ser realizada, los niños abiertamente intersexuales y sus padres deberán ser valientes pioneros que cargarán con el peso de las innumerables molestias de la sociedad. Pero a largo plazo —aunque el cumplimiento podría llevar generaciones— la recompensa podría ser una sociedad en la cual la sexualidad sea algo digno de ser celebrado por sus sutilezas y no algo temido o ridiculizado.