



Adolescencia transgénero y sexuación a través de la serie *The Good Doctor*

Florencia González Pla

RESUMEN

¿Qué nos enseñan las series televisivas sobre la adolescencia *trans*? ¿Puede una ficción médica servirnos de escenario clínico para reflexionar sobre la identidad de género y la sexuación? Este ensayo aborda la temática a través de uno de los episodios de la serie norteamericana "The Good Doctor" (2017-2020). Las "rarezas" de un médico autista y la riqueza narrativa del guion, permiten abrir interrogantes sobre la erótica humana y ensayar una lectura singular del caso. Como marco teórico, nos valdremos de los desarrollos lacanianos sobre la sexuación y de los aportes de los estudios culturales de género. Así, la lógica del *notodo* y el concepto de *performatividad queer* resultan recursos valiosos para analizar singularidades *trans*.

PALABRAS CLAVES: IDENTIDAD DE GÉNERO - SEXUACIÓN - DIVERSIDAD ERÓTICA - PUBERTAD

ABSTRACT

What do TV series teach us about trans teens? Can a medical fiction serve as a clinical setting to reflect on gender identity and sexualization? This essay addresses the subject through one of the episodes of the North American series "The Good Doctor" (2017-2020). The "oddities/rarities" of an autistic doctor and the narrative richness of the script, allow us to open questions about human erotics and rehearse a singular reading of the case. As a theoretical framework, we will use the Lacanian developments on sexualization and the contributions of cultural gender studies. Thus, the logic of the *notodo* and the concept of *queer performativity* are valuable resources for analyzing *trans* singularities.

KEYWORDS: GENDER IDENTITY- SEXUALIZATION - EROTIC DIVERSITY - PUBERTY

Introducción

En el presente trabajo analizaremos uno de los episodios de la serie norteamericana *The Good Doctor* (David Shore y Daniel Dae Kim, 2017-2020). Como se sabe, la originalidad de la trama radica en que el protagonista, el Dr. Shaun Murphy, es un médico con diagnóstico de autismo y síndrome de *savant*, más conocido como síndrome de genio. Debido a esta doble condición tiene un gran talento para resolver casos muy complejos desde el punto de vista médico, y a la vez un muy escaso manejo de los vínculos tanto interpersonales como con sus colegas y pacientes. La serie permite reflexionar sobre múltiples aspectos dilemáticos del campo de la bioética, aportando una mirada novedosa de la clínica del autismo para la psicología (Cambra Badii y Baños, 2018). En este escrito, nos interesará



abordar la temática transgénero, a partir del único capítulo que trata la cuestión. Se trata del episodio “Ella” de la primera temporada.

Quinn es una púber que sufre de un fuerte malestar estomacal, a partir del cual es llevada por su abuela a la guardia del hospital. El caso es asignado a la jefa de residentes, la Dra. Lim, y a los residentes de cirugía, el Dr. Murphy y el Dr. Kalu. En cuanto la Dra. Lim comienza a revisar a la paciente advierten que es una joven transgénero. Inmediatamente realizan algunos estudios y luego de considerar diferentes hipótesis diagnósticas arriban a la causa del malestar: padece de cáncer testicular y osteopenia –baja densidad ósea. Descubren que esta enfermedad fue provocada por bloqueadores hormonales que ha estado tomando desde hace nueve meses para evitar desarrollarse de manera viril. Los médicos proponen que lo más conveniente es llevar a cabo una cirugía para extirpar el testículo canceroso e indican interrumpir el tratamiento hormonal. Ante esta decisión, Quinn manifiesta estar en desacuerdo y pregunta si no existe otra opción. El Dr. Murphy responde que podría realizarse una orquiectomía bilateral –extirpación de ambos testículos– y que entonces Quinn tendrá el nivel de testosterona de una chica. Ante esta posibilidad se entusiasma ya que, de todos modos, tiene decidido realizarse la cirugía de confirmación de género cuando sea mayor de edad. Es allí cuando se desata una discusión entre sus padres y su abuela, quien se opone a esta iniciativa. Hasta aquí la entrada situacional, que plantea un dilema clásico de bioética o ética médica: frente a dos intereses en pugna, la cuestión radica en cuál de ellos se debe privilegiar a la hora de una decisión.

Lecturas sobre lo *trans*

Pero el episodio introduce otras aristas que, como se verá, orientan hacia una lectura diferente y de mayor complejidad. Recordemos que Murphy es un médico autista. Sin entrar ahora en definir los alcances de ese rasgo, analicemos su primera reacción al descubrir la peculiar condición de Quinn. Él sostiene que “no es una chica; es un varón: los varones tienen pene”. Y refuerza tal distinción en función de los cromosomas; Quinn porta cromosomas XY, a diferencia de las mujeres, cuyos cromosomas son XX¹. Por su parte, el Dr. Kalu explica que Quinn tiene “disforia de género”, que no se identifica con el género asignado al nacer, por lo cual está “desajustada” [*mismatched*]. Aunque de manera diferente, ambos médicos sostienen su posición desde el discurso de la ciencia. Volveremos luego sobre este punto.

Frente a esta discrepancia, la Dra. Lim les comunica a ambos que deberán realizar un informe llamado “Sistema de Decisión Compartida” (SDC), en el cual volcar los “pros” y

¹Tal como describe irónicamente Beatriz P. Preciado, a propósito de la teoría desarrollada por el psicólogo John Money: “XX: genéticamente femenino. Según la medicina actual, un cuerpo se considera como genéticamente femenino si tiene una combinación cromosómica que posee dos cromosomas X, sin cromosomas Y, XY: genéticamente masculino. Según la medicina actual, un cuerpo se considera como genéticamente masculino si tiene una combinación cromosómica que posee al menos un cromosoma”. (Preciado, 2000, p. 108).



los “contras” de tomar una decisión médica compleja. Esto es recibido por Kalu como un castigo, aunque el propósito de plantear los riesgos y beneficios es, según Lim, el de ayudar a la familia a entender mejor las opciones disponibles de tratamiento.

La sugerencia de Murphy desata otra discusión entre los padres de Quinn y su abuela materna. Mientras los padres acuerdan en que se lleve a cabo la cirugía bilateral, tal como desea Quinn, la abuela se opone e inicia una demanda contra ellos por maltrato infantil, entendiendo que avalar el tratamiento hormonal resulta violatorio de los derechos de su nieta. Alega que, hacerle pensar que ser *trans* está bien es una forma de abuso emocional y psíquico. Frente a la disputa familiar, el director del hospital, el Dr. Glassman, propone reunir a la familia y a los responsables del servicio de cirugía para repensar la situación, introduciendo así la dimensión de la palabra y la escucha. Allí se desplegarán los argumentos a favor y en contra de la iniciativa médica. Interesa especialmente este aspecto del guion, ya que cada uno de los protagonistas va a detenerse en aspectos fundamentales de la problemática *trans* desde el punto de vista médico, biopolítico, ético y de derechos humanos, principalmente.

La abuela afirma que los niños pasan por momentos difíciles, de confusión, y que los adultos son quienes deben tomar ciertas decisiones por ellos. Y expresa su voluntad de que tales decisiones no limiten su futuro, refiriéndose a la imposibilidad de que Quinn pueda, a futuro, tener hijos biológicos, si así lo quisiese. Y los padres, que se saben responsables de las decisiones médicas del tratamiento de su hija, expresan que desde los tres años de edad Quinn ya sabía quién era, manifestando sentirse una niña. A partir de entonces, la dejaron hacer lo que quisiese dentro de su casa, pero en público la obligaban a presentarse como un varón. A raíz de eso, comenzó a sentirse muy mal, a deprimirse y aislarse socialmente, al punto de haber intentado quitarse la vida un año atrás.

Por su parte, la Dra. Lim y el Dr. Andrews (jefe del servicio de cirugía), plantean los riesgos y beneficios de la operación. El Dr. Andrews expresa que el problema de la cirugía bilateral es que Quinn ya no podrá tener hijos biológicos. Y que, desde el punto de vista médico, no es necesaria la extirpación de ambos genitales. Finalmente, refiere que Quinn ha hecho la transición al género femenino de manera favorable, y basándose en la evidencia, no justifica el riesgo de la cirugía, ya que la estadística en menores *trans* no es favorable en cuanto a sus secuelas psicológicas. En cambio, la Dra. Lim enfatiza el derecho a la autonomía progresiva de la joven avalada por sus padres, quienes la consideran lo suficientemente madura para tomar la decisión subrayando, además, que la cirugía podría prevenir una nueva iniciativa de intento suicida.

Como vemos, el encuentro gravita principalmente en los aspectos particulares, morales de la discusión, necesarios para la toma de esta compleja decisión. Mientras tanto, en la sala de internación, Quinn y el Dr. Murphy mantendrán una conversación a solas, la cual nos permitirá suplementar el análisis de la situación, desbaratando el paradigma lógico (Barthes, 1977-1978) con el que es pensado el caso médico hasta el momento.



Lo *queer* más allá de la *Teoría Queer*

Como lo hemos mencionado, a causa del diagnóstico de autismo, el Dr. Murphy tiene dificultades en la comunicación interpersonal, lo cual afecta su relación con los pacientes. La literalidad en su discurso, así como la dificultad de metaforizar, son detalles muy característicos del personaje. Recordemos que ni bien los médicos advierten que Quinn tiene pene, Murphy no duda en tratarla como a un varón. Luego la interroga sobre sus elecciones, ya que no comprende por qué se considera una chica cuando, biológicamente, es un varón. Indaga cuestiones básicas como, por ejemplo, si usa vestidos, si juega a las muñecas, si le gusta la danza, si tiene preferencia por el color rosa, etc. *Clichés* que dan cuenta, tanto de su dificultad para comprender la complejidad de la sexualidad, como de los prejuicios sociales que giran en torno a la temática *trans*. En cambio, los demás médicos se dirigen a Quinn de manera comprensiva, haciendo uso de la terminología médica consensuada. Pero paradójicamente es Murphy quien se detiene a escucharla singularmente a “ella” (recordemos que el episodio se llama “She”), más allá de las posiciones a favor o en contra de la transformación de su cuerpo. Repasemos el siguiente diálogo que tienen a solas:

Dr. Murphy: *La temperatura y presión sanguínea son normales.*

Quinn: *Normales. Lo que sea eso.*

M: *Típico. Usual. Esperado.*

Q: *Sí, no me siento como ninguna de esas cosas.*

M: *¿Qué se siente siendo una chica?*

¿Estás enfadada? ¿Fue una pregunta impertinente?

Q: *Prefiero que la gente haga preguntas en vez de señalar y quedarse mirando.*

Cuando tenía aspecto de chico, me sentí... diferente.

Los niños del colegio no me comprendían y se metían conmigo.

He pasado mucho tiempo a solas. Cuando mis padres me dejaron ser yo, sentí...

que ya no tenía que fingir más. Me sentí libre, como cuando estás en una piscina y tan solo te dejas flotar.

M: *No soy un buen nadador.*

No sé lo que se siente siendo otro más que yo.

Q: *Yo tampoco.*

Decíamos que, es Murphy quien se interesa genuinamente en Quinn, pero no solo respecto del tipo de cirugía más conveniente, sino en relación a su padecimiento subjetivo. Con su falta, Quinn interroga la falta de Murphy: él también es “diferente”, pero no por la



incongruencia entre su sexo biológico y su identidad de género, sino por su peculiar condición psíquica. Quienes conocen la serie sabrán que la infancia de Shaun no fue sencilla, también él fue –y sigue siendo– señalado por el semejante como “raro” [*queer*], también él ha sufrido maltratos por parte de adultos y de compañeros de colegio. Más aún, sus padres no pudieron acompañarlo en su padecer, como sí lo hacen los padres de Quinn.

La escena es rica en otros matices, no solo por las sutilezas del guion. En el inicio de la escena vemos a Quinn jugando con un rompecabezas, cuyo tema es el cuerpo humano. A diferencia del juego, en la vida, las piezas no “encajan”, el cuerpo humano está, por estructura “desajustado” [*mismatched*], para usar la expresión del médico residente Kalu al inicio del episodio. Interesa en este punto introducir algunos aportes de los estudios culturales de género. Especialmente aquellos emanados de la *Queer Theory*, cuya referente más destacada es la filósofa norteamericana Judith Butler.

Para la autora, el género no es ni un sustantivo ni un conjunto de atributos del sujeto, sino que el género es *performativo*. La performatividad –concepto que toma del filósofo británico John Austin– se entiende como aquella práctica discursiva que realiza o produce lo que nombra y que tiene lugar a partir de un proceso de iteración, de una repetición regularizada y obligada de normas. Siguiendo la noción butleriana de *performatividad queer*, el género es un constructo discursivo que resulta del modo en el que los sujetos se posicionan en el mundo y del efecto que los entornos sociales y culturales tienen sobre los cuerpos (Butler, 1993).

En lo que atañe al término “queer”, resulta interesante comenzar por sus definiciones negativas: los antónimos de *queer* son *common, familiar, natural, normal, ordinary, regular, usual...*, todos cognados de clara acepción en español, y también *straight*, es decir “recto”, “derecho”. Es por esta vía que *queer* fue definido socialmente, por la negativa, como “anómalo” o “retorcido”. Pero el movimiento que encabezó Butler se ocupó de resignificar este término hasta otorgarle un signo contrario.

Inicialmente, el término *queer* operó como una práctica lingüística cuyo propósito fue avergonzar al sujeto que nombra, recortando –y produciendo a la vez– una sexualidad patologizada. La persona a quien se destinaba el epíteto *queer* se transformaba en depositaria de emblema y vehículo de la normalización, y el hecho de pronunciar esa palabra constituía la regulación discursiva de los límites de la legitimidad sexual. Así, la palabra *queer*, adquirió su fuerza inicial precisamente de la invocación repetida que terminó vinculándola con la acusación, la patologización y el insulto. (Butler, 1993).

Luego, hacia finales de los años ochenta el término *queer* fue cambiando su signo, transformándose, contrariamente, en el punto de reunión de lesbianas, gays, así como de heterosexuales y bisexuales para quienes el término expresaba una afiliación con la política antihomofóbica. Esta posibilidad de devenir un sitio discursivo de oposición política, cuyos usos no pueden delimitarse de antemano, fue lo que le dio justamente, el carácter performativo al término (Butler, 1993).



Ahora bien, al tratarse de un efecto de las prácticas discursivas, nos preguntamos si sería conveniente limitar el sentido del término *queer* a determinados grupos o colectivos, dejando fuera otras peculiaridades por advenir. Tal como advierte Butler:

Si el término "*queer*" ha de ser un sitio de oposición colectiva[...] tendrá que continuar siendo lo que es en el presente: un término que nunca fue poseído plenamente, sino que siempre y únicamente se retoma, se tuerce, se "desvía" [*queer*] de un uso anterior y se orienta hacia propósitos políticos apremiantes y expansivos (Butler, 1993, p. 320).

Es cierto que el término *queer*, tal como lo conocemos en la actualidad, subvierte el sentido que tenía algunas décadas atrás. Pero cuando se lo reserva para las "rarezas" de la identidad, del deseo o del goce sexual, ¿no se corre el riesgo de limitar su alcance a la escena política? Si como plantea Butler, "*queer* es una categoría que nunca podrá describir plenamente a aquellos a quienes pretende representar" (Butler, 1993, p. 323), ¿por qué circunscribirla a determinados colectivos particulares? ¿No sería más provechoso "ratificar la contingencia del término [*queer*]" (Butler, 1993, p. 323), incluyendo en él cada una de las variantes de la erótica humana? ¿Lo *queer* podría tener un alcance clínico, que suplemente la mirada estratégico-política inicial?

En este sentido, el término *queer* no solo reivindica las "rarezas" del género, sino que por su potencia semántica y política también podría —a riesgo de producir un forzamiento conceptual del término— representar otras "rarezas" de la erótica humana. A saber, la erótica del cuerpo (gozante) en el autismo; cuerpo "poco usual", "anormal", "atípico" o "no esperado" por el semejante. En este punto, lo inesperado del cuerpo de Quinn interpela a Murphy, y es desde allí que puede escucharla en su singularidad, suplementando sus propias concepciones iniciales.

¿Disforia de género o discordancia sexual?

Retomemos el diagnóstico de "disforia de género" propuesto inicialmente por el médico Kalu. El término disforia es el opuesto de euforia, cuyo origen griego es *euphoría*, que significa "sensación de bienestar". Disforia designa entonces el malestar, el desajuste o disgusto. La disforia de género² es por tanto el disgusto, desajuste o malestar con el sexo biológico asignado al momento de nacer.

A partir del año 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría suprimió de la quinta edición de su *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mental (DSM-V)* la

² Este concepto fue introducido por el psicólogo y pediatra neozelandés, John William Money, quien luego de la segunda guerra mundial desarrolló la teoría de la asignación de sexo en bebés intersexuales y su reconstrucción sexual. En 1955 llegó a la conclusión de que la identidad sexual y el género son modificables hasta los dieciocho meses de edad. Su teoría no suscitó fuertes críticas en el seno de la comunidad científica, sino hasta fines de los años setenta por algunos estudios feministas y por movimientos intersexuales americanos posteriores, cuando las consecuencias de sus experimentaciones se difundieron (Preciado, 2000, 2013). Sin embargo, como ha señalado Preciado, los actuales protocolos de gestión de los niños intersexuales reposan sobre la teoría desarrollada por Money.



clasificación “Trastorno de Identidad de Género”, luego de que la Organización Mundial de la Salud dejara de considerarlo un desorden o enfermedad mental. Esta última edición del Manual añadió la clasificación “Disforia de Género”, la cual se refiere “[...] al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado” (2013, p. 451)³.

Ahora bien, detengámonos en el término “incongruencia”. No es lo mismo la incongruencia –una de sus acepciones remite a la conducta o expresión que contradice a otra, o que no guarda con ella una relación lógica–, el trastorno o el (des)orden –en el sentido de la psicopatología–, que la *discordancia* entre los sexos. Este último término es el que utiliza Jacques Lacan cuando se refiere a la diferencia sexual de los seres hablantes. La no complementariedad de los sexos señala la diferencia, la disarmonía, la discordancia entre lo masculino y lo femenino. Nos estamos refiriendo a los desarrollos conceptuales de Lacan acerca de la sexuación que comienza a gestar a mediados de los años sesenta en relación a sus conocidos axiomas *LA mujer no existe* y *No hay relación sexual*, los cuales encuentran su formalización en las fórmulas de la sexuación del Seminario *Aun* (1972-1973).

A partir de estos desarrollos, Lacan propone una lógica que viene a subvertir el esquema binario de clasificación de los sexos. En el Seminario ... *O peor* (1972-1973) las confirma como “las fórmulas en torno a las cuales intenté hacer girar lo tocante a la pretendida relación sexual” (Lacan, 1972-1972, p. 198). A partir de allí, divide a los seres hablantes en el “lado hombre” y el “lado mujer”, pero dejando de lado tanto las referencias al sexo en cuanto a determinaciones anatómicas, como al género en tanto construcción cultural. Para Lacan, la distinción entre los sexos no es ni simbólica ni imaginaria. Tampoco se somete a la constatación empírica de los órganos reproductivos y copulatorios heredados genéticamente, ni a las identificaciones imaginarias que ofrece la cultura. De ser así, la identidad sexual se modificaría ilimitadamente por las significaciones que el Otro de la familia o el Otro de la cultura otorgan a ese sujeto. La diferencia sexual, dirá Lacan es real (Amigo, 2014).

Y sostendrá hasta el final de su enseñanza que el ser hablante elige estar de un lado o del otro; la posición sexuada del sujeto depende de una elección. A propósito de esta formulación, la psicoanalista Rithée Cevasco (2013) destaca que:

No se trata de una elección de libre albedrío. No obstante, los seres humanos pueden elegir en materia de posición sexuada hasta tal punto que Lacan afirma, en 1974 en el seminario *Les non-dupeserrent*, que cada uno se autoriza de sí mismo como ser sexuado,

³ Más adelante en el Manual figura “sexo” en lugar de género, utilizando ambos términos de manera indistinta: “Los sujetos con disforia de género tienen una incongruencia marcada entre el sexo que les ha sido asignado (normalmente en el nacimiento, lo que se refiere como *sexo natal*) y el sexo que sienten o expresan. Esta discrepancia es el componente central del diagnóstico. El sexo que se experimenta puede incluir identidades alternativas de sexo más allá de los estereotipos binarios. En consecuencia, el malestar no se limita a un deseo de ser simplemente del otro sexo, sino que puede incluir el deseo de ser de un sexo alternativo, siempre y cuando difiera del sexo que le ha sido asignado al sujeto” (2013, p. 453).



incluso que es una elección necesaria. Esta elección inconsciente es la base sobre la cual Lacan funda la distinción, la diferencia, la discordancia entre los sexos (Cevasco, 2013, pp. 69-70) (el subrayado es nuestro).

Elección que prescinde de las garantías por parte del Otro, aunque no es sin Otros. El Otro familiar que aporta sus marcas significantes es condición *sine qua non* en la construcción de la identidad. Esto reviste gran importancia para pensar las coordenadas en las que Quinn –que se encuentra atravesando su pubertad– puede autoperibirse, y en el modo en que es “hablada” por sus Otros primordiales. Se trata de la identidad en términos simbólico-imaginario, quedando aún vacante la cuestión de lo real de la diferencia sexual.

Una referencia más. A cada lado de las fórmulas gobierna una lógica distinta, cuyo operador es la negación, así lo presenta Lacan en la primera sesión de ...*O peor* (1971-1972). En la lógica masculina, donde la particular fundante sostiene que existe un x tal que dice no a la función fálica $\exists x \overline{\Phi x}$, opera el *ne*⁴forclusivo. De ello resulta que “todo x se inscribe en la función fálica” $\forall x \Phi x$. A diferencia del lado femenino, donde opera el *ne* discordancial, “ese que no es ni no ni sí o es un no y sí a la vez, no contradictorios, que marca la presencia del inconsciente” (Rabinovich, 1999, p.169). La universal negativa “no hay un sólo elemento del conjunto que esté no concernido por la función fálica” $\overline{\exists x \overline{\Phi x}}$, ignora la excepción, y se sitúa junto a la particular negativa “no-todo x se inscribe en la función fálica”, no totalmente $\overline{\forall x \Phi x}$. Esta lógica se sostiene en la dualidad, en la discordia, en el desacuerdo. E implica una negación que es diferente de la negación de la excepción que se ubica del lado masculino, porque es independiente de la excepción. En otras palabras, como menciona el psicoanalista francés, Guy Le Gaufey (2007), “[lo discordancial] es una manera no tanto de negar (que sería el trabajo de lo forclusivo), como de marcar una diferencia” (Le Gaufey, 2007, p. 92). Y concluye, citando a Lacan: “Nuestro *notodo* es la discordancia” (Lacan, 1971, p. 22).

En síntesis, el *notodo* femenino de Lacan suplementa el todo masculino, y es por eso que no hay relación/proporción ni complementariedad entre los sexos, sino discordia, desacuerdo, malentendido o *atolondradicho*.

Ni rosa ni celeste, púrpura

Quinn sufre una nueva descompensación ocasionada por una torsión testicular y urge realizar la cirugía. Ya no hay tiempo para seguir ponderando riesgos y beneficios, lo cual obliga a sus padres a tomar una decisión. La abuela sostiene: “Si quieren que viva la

⁴ Partícula que forma parte de la negación en la gramática francesa y que se antepone al verbo. La negación se completa con otra partícula “*pas*” después del verbo. (Le Gaufey, 2007).



vida que ella desea, no limiten ahora su futuro”. Los padres acuerdan en que Quinn aún no puede dimensionar las consecuencias de la extirpación de ambos testículos, y deciden que se haga lo “medicamente necesario”. Esta decisión introduce la cuestión del tiempo lógico. Entre el instante de la mirada y el momento de concluir, está el tiempo para comprender (Lacan, 1966). El instante de la mirada es particularmente engañoso. El tema moviliza las pasiones promoviendo juicios precipitados. Pero el desenlace del episodio permite justamente dar lugar a un segundo momento lógico, el tiempo para comprender.

Por supuesto, luego de la operación la joven se muestra disconforme con la decisión tomada por sus padres, y especialmente enojada con el argumento de la fertilidad. Menciona que los “cis”⁵ están siempre preocupados por tener hijos biológicos, en cambio ella piensa que podría adoptar, si algún día quisiera ser madre. Y reafirma su deseo de cambiar de sexo biológico cuando tenga la edad para intervenir quirúrgicamente su cuerpo. Pero el tiempo de la espera ya ha sido instalado, y más allá de la reacción de Quinn, la decisión (médica y familiar) introduce una pausa necesaria.

Para concluir, y a manera de epílogo, señalemos el valor clínico de un par de detalles del guion. Si bien no es el foco del presente escrito, recordemos que cada episodio introduce casos clínicos paralelos y problemáticas de la vida personal de los protagonistas, los cuales arrojan luz sobre el caso principal. En esta circunstancia vale la pena recuperar estas otras líneas narrativas del capítulo.

Por un lado, nos encontramos con el caso de un paciente adulto que sufre un cuadro infeccioso agudo el cual lo obliga a estar internado en el hospital. Afronta en soledad la crianza de sus hijas pequeñas, luego del fallecimiento de su esposa un año atrás. Desde entonces no se ha separado ni un día de ellas, haciendo lo imposible por sostener la monoparentalidad masculina surgida a partir de la pérdida de su esposa. Para poder hacerlo se ha estado automedicando (al igual que Quinn) por distintas afecciones, provocándose una grave infección, y al mismo tiempo, una fuerte resistencia a los antibióticos que pudieran curarlo.

Y, por otro lado, el episodio aborda la delicada situación del Dr. Andrews y su esposa, quienes desde hace tiempo intentan concebir un hijo. Se recriminan mutuamente haberse dedicado exclusivamente a sus profesiones postergando lo familiar, mientras realizan consultas en un centro de fertilidad para detectar la causa de tal imposibilidad.

Vale la pena recuperar estas otras historias que ponen en cuestión la división tajante entre el mundo “cisgénero” y el “transgénero”. Historias todas estas que dan cuenta del desencuentro radical entre los seres hablantes, más allá de la distinción de género. Así, la trama invita al espectador a reflexionar justamente sobre la alteridad con lo diferente, con

⁵ El término cissexual (o cisgénero) es relativamente actual. El prefijo latino “cis” significa “de este lado”, mientras que el prefijo “trans” significa “del otro lado”. Se denomina cissexual o cisgénero a las personas cuya identidad de género coincide con el fenotipo sexual. Y se denomina transexual o transgénero, a las personas que en algún momento modificaron su sexo anatómico, su imagen o su nombre, por no coincidir con su identidad de género. Se trata de experiencias distintas de construcción del género.



lo Otro del sujeto en tanto sexuado. La dualidad hombre/mujer, así como la discusión cisgénero / transgénero, resultan insuficientes para dar cuenta de la sexuación humana. Por último, recuperamos un guiño fabuloso del guion sobre el final del episodio; se trata de la elección de Quinn leída por Murphy: *ni rosa ni celeste, púrpura*.

Referencias bibliográficas

- Alfageme, A. (4 de diciembre de 2012). Los transexuales ya no son enfermos mentales. *Diario El país*. https://elpais.com/sociedad/2012/12/04/actualidad/1354628518_847308.html#:~:text=El%20DSM%2D5%2C%20acr%C3%B3nimo%20en,su%20sexo%20masculino%20o%20femenino.
- Amigo, S. (2014). El sexo: ni obra de la naturaleza ni *constructo* discursivo. En *La autorización de sexo y otros ensayos*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) 5° Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Barthes, R. (1977-1978). *Lo Neutro*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editorial, 2004.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2001.
- Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2002.
- Cambra Badii, I. y Baños, J-E. (2018). ¿Un médico con autismo en la televisión? Enseñanzas de The Good Doctor. En *Revista de medicina y Cine*, 14 (4), pp. 273-283. España: Universidad de Salamanca. https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/19575
- Cevasco, R. (2013). Ser-para-el-sexo y la partición de los sexos. En *Ser-para-el-sexo. Diálogo entre filosofía y psicoanálisis* (pp. 69-99). Barcelona, España: Ediciones del centro de investigación Psicoanálisis & Sociedad.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas*, VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, 2008.
- Lacan, J. (1966). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En *Escritos 1* (pp. 193-208). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI, 2011.
- Lacan, J. (1971). *El Seminario. Libro 18. De un discurso que no sea del semblante*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2014.
- Lacan, J. (1971-1972). *El Seminario. Libro 19. ...O peor*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2014.
- Lacan, J. (1972-1973). *El Seminario. Libro 20. Aún*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2011.
- Le Gaufey, G. (2007). *El notodo de Lacan. Consistencia lógica, consecuencias clínicas*. Buenos Aires, Argentina: El cuenco del Plata.
- Preciado, B. (2000). *Manifiesto contra-sexual*. Barcelona, España: Anagrama.
- Preciado, B. (9 de marzo de 2013). ¿La muerte de la clínica? Conferencia llevada a cabo en el Museo Reina Sofía. Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>
- Shore, D. y Dae Kim, D. (Productores ejecutivos). 2017-2020. *The Good Doctor* [Serie de Televisión]. EnterMedia Content; Shore Z Productions; ABC Studios; Sony Pictures Television.