

# ACTUAL

54 2010



## Género, salud y orden social. El caso del modelo clínico de transexualidad en Andalucía

LA FUNDACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES ES UNA ENTIDAD DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y CULTURAL, SIN ÁNIMO DE LUCRO, ADSCRITA A LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. ENTRE NUESTROS OBJETIVOS FUNDACIONALES SE ESTABLECEN EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REALIDAD SOCIAL, ECONÓMICA Y CULTURAL DE ANDALUCÍA Y LA DIFUSIÓN DE SUS RESULTADOS EN BENEFICIO DE TODA LA SOCIEDAD.

NUESTRO COMPROMISO CON EL PROGRESO DE ANDALUCÍA NOS IMPULSA A LA CREACIÓN DE ESPACIOS DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA E INTELLECTUAL Y CON LA CIUDADANÍA EN GENERAL, Y A LA COLABORACIÓN ACTIVA CON LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

LA COLECCIÓN ACTUALIDAD FORMA PARTE DEL CATÁLOGO DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE LA FUNDACIÓN Y ESTÁ DESTINADA TANTO AL LECTOR ESPECIALIZADO COMO A LA OPINIÓN PÚBLICA EN GENERAL. CADA UNA DE SUS EDICIONES SE ESTRUCTURA COMO INFORMES MONOGRÁFICOS PARA EL FOMENTO DE LA REFLEXIÓN Y EL ANÁLISIS SOBRE ASPECTOS DE RELEVANCIA PARA LA SOCIEDAD ANDALUZA DEL SIGLO XXI.

LAS OPINIONES PUBLICADAS POR LOS AUTORES EN ESTA COLECCIÓN SON DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Edita: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía.

© Fernando Tena.

© Octubre 2010. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces

Bailén 50, 41001 Sevilla.

Tel.: 955 055 210. Fax: 955 055 211

[www.centrodeestudiosandaluces.es](http://www.centrodeestudiosandaluces.es)

Depósito Legal: SE-1688-05

I.S.S.N.: 1699-8294

Ejemplar Gratuito. Prohibida su venta.



# Género, salud y orden social. El caso del modelo clínico de transexualidad en Andalucía<sup>1</sup>

FERNANDO TENA DÍAZ

Matrona Unidad de Gestión Clínica de la Mujer (HURS, Córdoba)

Doctor en Antropología Social. Grupo de investigación GEISA (Universidad de Sevilla)

*A las doctoras antropólogas Carmen Mozo y Lourdes Méndez, maestras y amigas.*

*Mi agradecimiento y mi admiración a todas las personas transexuales que me dedicaron parte de sus vidas para construir este texto.*

*Agradezco a la Dra. Lourdes Méndez el permiso para utilizar su traducción al castellano de los textos señalados.*

1. Los datos etnográficos han sido extraídos de la tesis doctoral titulada *Los cuerpos equivocados. El proceso de medicalización de las transgresiones de género: el caso de la población transexual andaluza*, defendida por el autor en el Departamento de Antropología Social de la Universidad de Sevilla durante el mes de julio del año 2008. Esta tesis obtuvo la calificación de sobresaliente *cum laude* por unanimidad.

# ÍNDICE

1. Introducción .....	5
2. Definiendo la verdadera transexualidad .....	6
3. La transexualidad como enfermedad y su itinerario terapéutico .....	7
3.1. La elaboración del diagnóstico y la demostración de la identidad de género en el contexto terapéutico .....	8
3.2. Sobre estereotipos y sin ambigüedades: del infierno al cielo pasando por el purgatorio de la vida real .....	10
4. Juicio diagnóstico y funciones de la vida real. A modo de conclusiones .....	14
5. Bibliografía .....	19

# 1. Introducción

La Ilustración cuestiona y la Revolución destruye las antiguas legitimidades del control social. En el Antiguo Régimen un súbdito puede ser encarcelado por orden real. Tras la Revolución la ciudadanía no debe ya sufrir la arbitrariedad real. Pero, «¿y si fuera posible demostrar que ese individuo molesto era también un peligroso enfermo?» (Peset 1983: 91).<sup>2</sup>

Cuando cualquier autor o autora realiza una revisión de los textos de los sexólogos pioneros<sup>3</sup> de la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX con la intención de descubrir cuáles eran sus principales preocupaciones intelectuales, asombra el interés casi unánime que mostraron por un conjunto heterogéneo de personas en el que se incluía varones que amaban a otros varones, mujeres que amaban a otras mujeres y, finalmente, varones y mujeres cuyas prácticas sociales eran más acordes con lo que socialmente se hubiera esperado del *otro sexo*: eran varones que se comportaban como mujeres y mujeres que se comportaban como varones.

Para comprender este interés intelectual íntimamente ligado al interés social, debemos retener que los médicos decimonónicos no sólo se ocuparon de tratar tanto las enfermedades contagiosas como las alteraciones de la productividad y el consumo. También asumieron la competencia de observar, diagnosticar y corregir todas aquellas experiencias molestas que alteraban la tranquilidad social y, por ello, podemos concluir que su función de terapeutas sociales estaba bien consolidada al avanzar el siglo XX (Uribe 1996: 85).

La mayoría de estos sexólogos, con una formación médica, participaban de las normas morales de su mundo social de tal manera que tradujeron a problema teórico el problema social planteado por quienes no cumplían las prescripciones culturales sobre la orientación sexual —la dirección del deseo erótico hacia uno u otro sexo—, el género —el conjunto de características culturalmente asignadas a los hombres y a las mujeres, aunque ésta sea una definición simplista— o la identidad de género —el sentimiento de ser un varón o una mujer— en tanto que cualquier experiencia que resultara una desviación de las normas morales podía ser potencialmente considerada como una enfermedad (Weeks 1993: 129-130). Correspondió a estos sexólogos pioneros la tarea de redefinir las prácticas y experiencias

socialmente molestas en los ámbitos de la orientación sexual, el género y la identidad de género como prácticas enfermas.

Indudablemente, esto significó que los sujetos sociales protagonistas de tales prácticas fueron redefinidos en términos de sujetos enfermos cuyo lugar para la salvación ya no era ni el confesionario —no eran pecadores— ni el juzgado —no eran delincuentes—, sino la consulta médica. Nacen tres diagnósticos y tres especies enfermas de *otros sexuales*: homosexuales, transvestistas y transexuales.<sup>4</sup> Esto no quiere decir, obviamente, que los varones y las mujeres que amaban a sujetos de su mismo sexo, los varones femeninos, las mujeres masculinas o los varones y las mujeres que quisieron vivir como miembros del otro sexo, fueran una invención de la medicina. Lo que estamos planteando es que la medicina desarrolló la empresa de fijar en ellos su atención, extraerlos del universo complejo y diverso de las experiencias humanas para, en último término, elevarlos a la categoría de enfermos. Debemos retener, además, que esta empresa no era neutral en el sentido de nombrar las experiencias y dejarlas ser. Por el contrario, se trataba de elaborar un diagnóstico como condición previa y necesaria para aplicar una terapéutica que, con el argumento de la curación, recondujera tales experiencias hasta hacer que cumplieran las normas del orden social. Pero antes de avanzar en las propuestas terapéuticas, debemos plantear algunas cuestiones previas: en primer lugar, cómo nuestro sistema de atención a la salud y la enfermedad relaciona los conceptos de sexo biológico y género y, en segundo lugar, cuáles fueron los primeros contenidos médicos del diagnóstico transexualidad.

El modelo biomédico caracteriza la relación entre el sexo biológico y el género como homológica (Mathieu 1991: 232): el género es la forma social que traduce la voz de la Naturaleza (el sexo biológico) o, expresado en términos más coloquiales, el género vendría a ser como un sexo alargado (Nieto 1998: 25). Así, desde el punto de vista médico, a cada uno de los dos (y sólo dos posibles) sexos correspondía un conjunto diferenciado de características físicas y mentales, prácticas sociales y actitudes que no necesitaban ser explicadas sino como condiciones naturales.<sup>5</sup> Éste era el orden social y moral de las cosas que la medicina legitimó científicamente en términos de orden sano con la sustitución del dogma teológico —la voluntad de Dios— por el dogma biológico —la voluntad de la Naturaleza. Y, además, establece una cadena simbólica (Viñuales 2002: 19) entre los conceptos de sexo biológico, sexo social, identidad de género, género y orientación sexual. Pongamos un ejemplo para entender la lógica médico-social hegemónica: si nace un bebé con pene y testículos (sexo biológico), se le considera un varón (sexo social), se hace constar en el certificado de nacimiento su condición de varón (sexo legal) y de él se espera que desarrolle una serie de cualidades y preferencias culturalmente asignadas a la masculinidad (género) y que dirija su deseo erótico hacia las mujeres (orientación sexual).

2. Cit. por Guasch (1993: 27).

3. Entre estos pioneros de la sexología citamos a autores como Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), Magnus Hirschfeld (1868-1935) o Havelock Ellis (1859-1939).

4. El término *homosexualidad* fue acuñado por Benkert en 1869, el de *transvestismo* por Hirschfeld en 1910 y, finalmente, Cauldwell utiliza el término psicopatía transexual en 1949.

5. Frente a nuestro modelo dicotómico que sólo ofrece las posibilidades de ser varón o ser mujer, las antropólogas feministas M.

Kay Martin y Barbara Voorhies, tras un vaciado de datos etnográficos, concluyeron que aunque todas las culturas admiten la existencia de al menos dos sexos biológicos —macho y hembra— y dos géneros —hombre y mujer— había que preguntarse si era correcto aceptar que esta dualidad del sexo biológico y del género era un universal cultural (1978:82). Su respuesta fue que tanto el número de sexos físicos como el número de géneros socialmente reconocidos no tenía que limitarse a dos porque «los seres humanos llenan las diferencias sexuales de significado cultural» y, en consecuencia, «las diferencias sexuales físicas no tienen por qué ser consideradas necesariamente

bipolares» (ibidem: 83). Así, introdujeron los conceptos *sexos supernumerarios* y *géneros supernumerarios* para expresar todas las situaciones culturales en las que el conjunto de los sexos y de los géneros superaba, en ambos casos, el número de dos. Este primer interés de las antropólogas estadounidenses por impugnar el carácter universal de nuestro modelo dicotómico de sexo/género que descansa sobre el orden reproductivo —dato biológico— deriva en «una nueva posibilidad de perspectiva sobre el fenómeno de la identidad sexual» (ibidem). O lo que es lo mismo: existen más posibilidades de estar en el mundo que la de varón o la de mujer. Continuando esta

Las experiencias homosexuales, transvestistas y transexuales se constituyen como experiencias enfermas porque de una u otra manera incumplen la cadena simbólica establecida por el sistema biomédico: la homosexualidad como un problema de orientación sexual, el transvestismo como un problema de género y la transexualidad como un problema de identidad.

Dentro de este conjunto de transgresiones, nos vamos a centrar en aquellas que comprometen el sexo social y legal asignado al nacimiento hasta el punto de que distintos autores inventaron términos médicos específicos con los que describir casos clínicos de hembras biológicas que decían sentirse varones y de machos biológicos que decían sentirse mujeres.<sup>6</sup> En este punto conviene resaltar a un autor, Westphal (1869), que acuñó la denominación *sentimiento sexual contrario* para hacer referencia a, entre otros, el caso de una joven mujer de la que destacaba dos características centrales: en primer lugar, su preferencia por las ropas y los juegos habituales en los varones y, en segundo lugar, su atracción sexual por las mujeres. El conflicto identitario estaba servido.

Las transgresiones de género<sup>7</sup> en la infancia y el homoerotismo se constituyeron señales reveladoras de una identidad imperfecta, un fenómeno dispuesto para incorporarse al cada vez más vasto catálogo de las enfermedades mentales. Así, la transexualidad aparece como un nuevo diagnóstico que refiere a una condición patológica en la que el sexo psicológico de una persona, sentido como el propio y verdadero, no se corresponde con el sexo social y legal adscrito al nacimiento en función de sus genitales externos: las mujeres transexuales son machos biológicos (XY) con pene y testículos que dicen sentirse mujeres, mientras que los hombres transexuales son hembras biológicas (XX) con vagina que dicen sentirse varones.<sup>8</sup>

La consagración diagnóstica de este problema identitario se produce cuando el transexualismo queda incluido tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que publica la OMS (1975), como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1980).<sup>9</sup> Sin embargo, antes de que tal cosa ocurriera, los criterios médicos para diagnosticar la transexualidad se estaban construyendo en un proceso que comienza al menos con dos décadas de antelación.

## 2. Definiendo la verdadera transexualidad

Las ideas sobre el sexo, por sí solas, no crean el mundo sexual. Sin embargo, los sumos sacerdotes de la teoría sexual han contribuido a crear el mundo en el que habitamos. [...] No se les puede culpar individualmente —o incluso tal vez ni siquiera colectivamente— del mundo en el que vivimos. Después de todo, no somos más que actores en ese mundo. Pero su herencia habrá de ser exhumada, reexaminada y probablemente rechazada antes de que podamos elaborar un nuevo programa (Jeffrey Weeks 1993: 25-6).

La búsqueda de unos criterios científicos para diferenciar a la *verdadera transexualidad* de otras experiencias transgresoras había sido inicialmente explorada por el endocrinólogo y sexólogo Harry Benjamin, uno de los precursores del modelo clínico de transexualidad. En su libro *The Transsexual Phenomenon* (1966), Benjamin planteó que el deseo del paciente de someterse a la cirugía genital era el dato fundamental que lo convertía en un *verdadero transexual*.<sup>10</sup> O lo que es lo mismo: la petición de intervención quirúrgica para la transformación genital era una condición necesaria para la obtención del diagnóstico de transexualidad. Y lo que no es menos importante: para, una vez realizado el cambio quirúrgico de los genitales, autorizar legalmente su condición de varón o de mujer.

No obstante, este criterio tan subjetivo no parecía ser suficiente a los ojos de la comunidad científica. Así, los psiquiatras Robert Stoller y Norman Fisk realizaron dos aportaciones significativas para mejorar la propuesta de Benjamin. Dejemos hablar al primero de los autores:

Creo que sólo se debería operar a aquellos varones que sean más femeninos, hayan estado expresando su feminidad desde una edad temprana, no hayan pasado etapas viviendo como varones aceptados, no hayan disfrutado de su pene y no se hayan considerado varones (por ejemplo, los casos de emulación de la mujer (1968)).<sup>11</sup>

La propuesta de Robert Stoller presenta tres ideas centrales para los intereses de este texto. La primera es que la identidad de género de cualquier paciente transexual debía ser estable y precoz. La segunda es que, al proponer que sólo los machos más femeninos deben ser candidatos a la cirugía, nos está mostrando las dificultades médicas para entender que la relación entre el sexo biológico y el género no es obligatoriamente homológica. Para el caso de una transexualidad de hombre a mujer, la propuesta de Stoller se resume en que sólo una clara feminidad puede indicar que estamos ante una mujer y

tradición, la antropóloga Nicole Claude Mathieu no sólo va a estudiar las diversas lógicas identitarias mediante las que los individuos, los grupos sociales o las culturas relacionan las categorías de sexo y género sino que concluye que, por encima de lo que el discurso biomédico pueda interpretar como una verdad incuestionable, «ni las definiciones del sexo ni las fronteras entre sexos y géneros son tan claras» (1991: 229).

6. Vern L. Bullough (1998), historiador de la sexualidad y del pensamiento de la sexología, ofrece una recopilación de casos clínicos y noticias periodísticas que testimonian la existencia, con

anterioridad al siglo XX, de personas no acomodadas a los modelos hegemónicos de género. Rudolf Dekker y Lotte van de Pol (2006) también nos ilustran con más de un centenar de ejemplos de hembras que vivieron como varones, trabajaron mayoritariamente como soldados o marinos en las provincias holandesas durante los siglos XVII y XVIII y, en algunos de los casos expuestos, matrimoniaron con mujeres e incluso adoptaron el rol de padre social de la progenie de su pareja. Para el contexto español, Israel Burshatin (1996) documenta el caso de Elena/Eleno como un cambio de género de mujer a hombre durante el siglo XVI.

7. En este texto vamos a entender las transgresiones de género como el conjunto de experiencias sociales que impugnan la homología entre el sexo biológico y el género.

8. La denominación «mujeres transexuales» se hace eco y asume la petición de las asociaciones de personas transexuales para utilizar su identidad de género. Esto explica que no usemos el sexo social y legal de partida —los transexuales— cuando nos referimos a ellas, tal y como ha sido y es frecuente encontrar en los manuales médicos y psicológicos, porque sugiere su consideración como «no verdaderas mujeres» o «pseudomujeres». Tampoco acordamos

sólo en estos casos se debe permitir la construcción quirúrgica de un cuerpo de hembra —fundamentalmente la amputación del pene, la castración y la construcción de una neovagina—. En tercer lugar, el macho candidato a la cirugía no podía haber disfrutado de su pene y esto implicaba que el conjunto de mujeres transexuales no podían haber utilizado el pene como órgano erótico.

En cuanto al segundo de los autores anteriormente citados, Norman Fisk, las características de *su* verdadero transexual quedan explicitadas en una de sus publicaciones:

1. La sensación constante o el sentimiento de ser miembro del otro sexo.
2. El temprano y persistente fenómeno conductual de vestirse de manera opuesta, acompañado de una fuerte insistencia en la falta de sentimientos eróticos asociados con el vestirse de esa manera.
3. El desprecio o repugnancia hacia el comportamiento homosexual (1973: 8).

No era nueva esta propuesta de Fisk centrada en que si un macho quería ser médicamente autorizado como una mujer, tenía que demostrar su deseo erótico por los hombres. En realidad, la condición de la heterosexualidad obligatoria en el género de destino del paciente había sido explicitada por Benjamin con anterioridad:

Las relaciones sexuales del hombre homosexual son las de hombre con hombre. Las relaciones sexuales de un transexual masculino [se refiere a una mujer transexual] son las de una mujer con un hombre (1966: 10).

Revisemos las propuestas de estos autores para el caso de la verdadera transexual (por analogía, la verdadera mujer): si la identidad tenía que ser estable y sin fracturas, la paciente transexual debía informar desde una temprana edad, cuanto antes mejor, que no había albergado dudas sobre su identidad como mujer; si la transexual *operable* debía ser marcadamente femenina, la paciente tenía que demostrar esa feminidad ante los médicos y ante la sociedad; si la transexual deseaba eróticamente a los hombres y el transexual deseaba a las mujeres, la heterosexualidad constituía criterio diagnóstico necesario; si la transexual sentía aversión hacia sus genitales de nacimiento, el o la terapeuta debía fiscalizar la historia erótica previa.

Traducido de forma más simplista para el caso de la transexualidad de macho a mujer, ser una verdadera transexual —entiéndase como ser una verdadera mujer— exigía la demostración de al menos los siguientes elementos: una historia precoz de travestismo con ropas de mujer, un deseo erótico dirigido hacia los varones y, por último, la confirmación mediante la anamnesis clínica de que no había obtenido placer con la manipulación de su anatomía genital de macho. Además de que la formulación diagnóstica de la transexualidad impone la heterosexualidad como un producto del género, la homología entre el sexo biológico y el género se extrae de forma automática.

Indudablemente estos marcadores no eran neutrales en la clínica porque definían unos rígidos principios para, en primer lugar, diagnosticar a un paciente como transexual y, en segundo lugar, para dar luz verde a las intenciones del paciente para que ingresara en las filas de los y las transexualizables de tal manera que Hausman advierte cómo

Es imposible entender las claves de la transexualidad sin analizarla a la vez como el efecto de una situación ideológica y tecnológica [...] la subjetividad se construye a través de las relaciones con las instituciones y la tecnología, no sólo en el contexto de las relaciones de intersubjetividad (1998: 198).

Por todo lo anteriormente expuesto, el modelo clínico de transexualidad ayudó a construir y consolidar una específica tipología transexual porque condicionó en gran medida los relatos del conjunto de pacientes que fabulaban sus historias de vida para no mostrar ninguna cualidad —ni en lo que se dice ni en lo que se hace— que pusiera en peligro *su* diagnóstico. Para ilustrar este planteamiento, analizaremos a continuación las dos primeras fases del itinerario terapéutico previsto para la población transexual que demanda tratamiento.

### 3. La transexualidad como enfermedad y su itinerario terapéutico

El ejercicio de la transgresión exige desmontar la aparente neutralidad de los discursos (A. Serrano 1985: 170).

Andalucía fue la primera Comunidad Autónoma del Estado español que incluyó el tratamiento transexualizador en su catálogo de prestaciones sanitarias, inaugurando la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) en el Hospital Carlos Haya (Málaga) durante el año 2000.

El Informe elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias establece las normas generales del proceso asistencial (Briones 2000). Aunque los criterios diagnósticos no relacionados con marcadores biológicos se han flexibilizado a lo largo de los años para mostrarnos su relatividad histórica y cultural —v.g. los y las transexuales ya no tienen que ser obligatoriamente

denominarlas «transexuales femeninas» porque implica que las mujeres transexuales «deben ser» femeninas, idea que provoca solapamientos no convenientes para el análisis social entre dos conceptos, el sexo y el género, excluyendo otras posibles combinaciones.

9. Cuando Chiland afirma que la transexualidad es una palabra «de la que se conoce la fecha de su invención» (1999: 51), también cita el uso por parte del sexólogo alemán Magnus Hirschfeld de la fórmula «Sexueller Transsexualismus» (1923) como «un transsexualismo psíquico [un], transsexualismo del alma» (Chiland

1999: 34). David O. Cauldwell (1949) reciclaba el término y firmaba un artículo cuyo título, «Psychopathia transsexualis», adoptaba la expresión inicial «Psychopathia sexualis» de Krafft-Ebing (1886). Con posterioridad al texto de Cauldwell, dos hechos fundamentales condicionaron la difusión mundial del transsexualismo como un fenómeno de estudio, diagnóstico y tratamiento por parte de las ciencias de la salud. Nos referimos, en primer lugar, a la publicación del caso de un ex-militar estadounidense quien, a partir de su cirugía de cambio de sexo, saltó a los medios de comunicación con el nombre de Christine Jorgensen en los años cincuenta del

pasado siglo (Hamburger et als. 1953) y, en la siguiente década, la publicación del libro *The Transsexual Phenomenon* (Benjamin 1966). El diagnóstico transsexualismo será sustituido por los términos síndrome de disforia de género y, finalmente, trastorno de la identidad de género.

10. Varios científicos sociales, desde una perspectiva crítica frente al modelo clínico de atención a la población transexual, coinciden en que fue este mismo deseo quirúrgico el que ayudó a construir la subjetividad transexual (Billings y Urban 1998, Hausman 1998).

11. Cit. por Billings y Urban (1998: 144).



heterosexuales en su género de destino—, los requisitos previos a una posible cirugía transgenital están claramente definidos: persistencia de la demanda transexual durante dos años, test de vida real satisfactorio bajo la apariencia del otro sexo y, finalmente, tratamiento hormonal de dos años (Chiland 1999: 122). La propuesta del Servicio Andaluz de Salud para el itinerario terapéutico de los/las transexuales prevé las siguientes fases antes de la cirugía transgenital: a) Asistencia en la Red de Atención Primaria y derivación a la UTIG; b) Asistencia por la psicóloga de la UTIG que realiza entrevistas a la persona demandante y a algún familiar; c) Test de vida real durante un período de un año y d) Tratamiento hormonal.

### 3.1. La elaboración del diagnóstico y la demostración de la identidad de género en el contexto terapéutico

La puerta de entrada al itinerario terapéutico se establece en la red de Atención Primaria, constituida principalmente por los centros de salud y los dispositivos de apoyo entre los que se incluyen los equipos de salud mental. Al contrario de lo que sucede en los procesos asistenciales previstos para la mayoría de las patologías, el referido a la transexualidad se caracteriza por partir de una condición autodiagnóstica a confirmar por el experto. Bergero y cols. redundan en esta cuestión cuando escriben que muchos de los pacientes de la UTIG «afirman que leyendo un periódico o viendo un programa de televisión, dieron un nombre a lo que les pasaba», circunstancias en las que se produce el autodiagnóstico (2001: 269). Muchos de nuestros informantes confirman esta conclusión.

Cuando el/la paciente se siente transexual, es decir, ha realizado su autodiagnóstico, y después de acudir a su médico de familia o a los dispositivos de apoyo de salud mental de la Asistencia Primaria de Salud, debe gestionar el documento de derivación a la UTIG, a veces adjuntando también el informe de algún endocrinólogo que supervisaba un tratamiento hormonal ya iniciado. El o la transexual espera la cita con la psicóloga porque, como teóricamente son enfermos mentales, es la primera profesional de la UTIG con la que toma contacto.

Un objetivo fundamental de esta etapa es realizar un juicio diagnóstico diferencial para delimitar quién es un verdadero hombre con un cuerpo equivocado de hembra (el transexual) y una verdadera mujer con un cuerpo equivocado de macho (la transexual) —siguiendo el discurso hegemónico entre la población transexual y la realidad de la práctica clínica<sup>12</sup>.

La psicóloga, con ayuda de otros informes médicos, debe distinguir la transexualidad de una homosexualidad afeminada —las dificultades para aceptar una orientación homoerótica puede derivar en una identidad de género inestable—, un fetichismo transvestista —transgresión del género que puede evolucionar hacia un conflicto identitario y un deseo de cambiar de sexo—, un estado intersexual anatómico —diversas situaciones englobadas bajo el amplio concepto de hermafroditismo— o alguna patología psiquiátrica (Briones 2002: 26).

Para realizar este diagnóstico diferencial, la psicóloga se sirve de entrevistas al paciente y a alguno de sus familiares. La profesional pregunta a los/las transexuales sobre sus experiencias infantiles, su sexualidad, sus deseos... Busca las señales inequívocas de que está frente a una mujer o frente a un hombre. Pero, ¿cómo puede demostrar el/la transexual su más importante y verdadera identidad? ¿Cuáles son los marcadores que pueden visibilizar socialmente su condición como hombre o como mujer?

Conviene retener que la relación de las personas transexuales con los psicólogos y psiquiatras que las atienden es ambivalente. Por un lado, existe un grupo numeroso de pacientes cuya petición, desde el principio de su entrada al itinerario terapéutico, es obtener lo más rápidamente posible la autorización para iniciar las etapas posteriores de hormonación y cirugía genitoplástica. Los profesionales de la salud mental son sospechosos, para una parte de la población transexual, de quererles hacer cambiar de opinión sobre su intención de cirugía genitoplástica. En realidad, el interés por la psicoterapia es escaso en la mayoría de los/las transexuales porque, como nos recordaba Guillaumin, el cuerpo es el primer indicador del sexo (1992: 1). En este sentido, ya que todo debe jugarse en la representación corporal y nada en la representación psíquica (Chiland 1999: 221), la intervención psicológica es una mera *addenda* en el tratamiento o, en todo caso, un instrumento para afrontar algunas situaciones generadoras de ansiedad en la vida cotidiana. Para una buena parte de la población de pacientes transexuales, lo más importante es el conjunto de las transformaciones corporales.

Por otro lado, la población transexual demandante de asistencia sanitaria para su trastorno de identidad no olvida que son psicólogos y psiquiatras quienes poseen la autoridad para emitir el juicio clínico que los etiquetará como verdaderos transexuales. La consecución de este diagnóstico es de vital importancia para sus intereses porque es una condición necesaria para continuar el itinerario terapéutico. Por este motivo, para negociar su diagnóstico con ciertas garantías de éxito, los y las transexuales desarrollan algunas estrategias en absoluto exentas de tensiones y paradojas. En primer lugar, la mayoría de la población transexual andaluza entrevistada explica su experiencia como anomalía, enfermedad o incluso malformación, pero en relación con una alteración del sustrato corporal y no con una psicopatología. En este sentido, la mayoría de la población transexual

12. Los y las transexuales no tienen que superar en la actualidad ningún test de masculinidad o feminidad, respectivamente, para obtener su diagnóstico en el Servicio Público Andaluz de Salud. Aunque prácticas excluidas en la UTIG de Málaga, la documentación sobre el uso clínico de estos *indicadores del género* (Tripp 1978) nos recuerda la lógica tradicionalmente empleada por la disciplina médica: un hombre verdadero es masculino y una mujer verdadera es femenina. No se nos escapa que el objetivo de dichos tests de género era detectar tanto a las mujeres masculinas como a los hombres femeninos. Unas y

otros, en tanto que sujetos transgresores de las normas sociales y médicas sobre las cualidades normales (sanas) de mujeres y varones, no serían etiquetados como transexuales verdaderos, lo que nos evidencia las limitadas posibilidades de los contenidos del género en nuestro contexto cultural. Expresado en otros términos, el uso de los tests de género (masculinidad o feminidad) que alguno de nuestros informantes se ha visto obligado a superar en el ámbito de la sanidad privada, ilustra cómo el itinerario terapéutico diseñado para la población transexual ha estado cercenando las posibilidades de un género ambiguo o, al menos,

las posibilidades de superar el modelo dicotómico. El itinerario terapéutico previsto para la población transexual en el Servicio de Salud Público de Andalucía no utiliza de manera formal ningún test de género que valore si su grado de masculinidad o de feminidad es el adecuado para su presentación social. Esta función la cumplirá, como mostraremos más adelante, el test de la vida real.

13. La mayoría de la población transexual dice haber establecido una identidad de género cruzada —niños que dicen ser niñas; niñas que dicen ser niños— desde sus primeros años de vida, acorde con el modelo de *transexual verdadero* (Benjamin 1966),



explica la transexualidad como el resultado de un defecto hormonal ocurrido durante la etapa intrauterina: se trata de un cuerpo equivocado y no, por el contrario, de una mente equivocada o de una cultura equivocada. La medicina y la psicología incluyen la transexualidad en el conjunto de las enfermedades mentales y esta consideración cuestiona, en mayor o menor grado, la normalidad mental de la población transexual. Algunas de nuestras informantes, sobre todo las que mantienen una más estrecha vinculación con el movimiento asociativo transexual, vierten sus críticas sobre el hecho de que ellas tienen que pasar al principio por personas mentalmente insanas (Carlota, 35 años) y reivindican que la transexualidad no es en sí misma una enfermedad mental o un trastorno (Julio, 40 años). La tensión se resuelve porque aceptan la etiqueta de enfermedad para su experiencia como la única vía para justificar la necesidad de asistencia sanitaria, sobre todo en el caso de que ésta tenga lugar en el contexto de la sanidad pública.

En segundo lugar, buena parte de la población de pacientes transexuales, al ser conscientes de que su identidad de género es fiscalizada en el contexto asistencial, activa los discursos y prácticas más ajustados al modelo esperable de lo que una mujer o un hombre *naturalmente* son. Dispuestos a no habitar el territorio donde el género es dudoso, sus constantes discursivas para argumentar la necesidad de cambio de sexo remiten a identidades estables y antiguas encerradas en cuerpos equivocados que no les pertenecen, a transgresiones de género en la infancia —preferencia por los juegos y las ropas culturalmente asignados al otro sexo— y a su deseo erótico por los miembros de su mismo sexo biológico pero de distinta identidad de género.<sup>13</sup> Veamos algunos ejemplos.

Jennifer es una mujer transexual de 24 años ya intervenida de cirugía genitoplástica. Como a cualquier otra paciente transexual, ella afirma que el equipo psicológico le preguntó sobre cómo había sido su infancia. Ella rescató de su biografía algunos aspectos que le parecían especialmente importantes para explicar su condición de mujer y, en este sentido, relató lo ocurrido cuando recibió un camión como regalo el día de los Reyes Magos:

Conté uno de los casos más fuertes así que me ha pasado, que por ejemplo, me regalaban siempre cosas masculinas, por Navidad, el típico cochecito, que no es que el coche sea masculino, pero en aquellos momentos pa mí lo era. Y en aquella ocasión a mi hermana le regalaron una muñeca. Y mi caja era más grande. Y yo dije: «Pues mi muñeca le saca seis cabezas». Y ya al verlo, era un supercamión, con no sé cuántos accesorios. Y yo le dije a mi padre: «¿Esto es mío?» Me dijo: «Sí». Entonces le pregunté: «Puedo hacer con esto lo que quiera, ¿no?» Recuerdo que estábamos en la casa de mi abuela, delante de la chimenea, una casita de pueblo. Cuando me dijeron que podía hacer con ello lo que quisiera, yo no me lo pensé y lo eché al fuego. Yo creo que ahí se me quitó a mí un peso de encima.

Curro, un hombre transexual de 41 años que ya ha sido intervenido de mastectomía —extirpación de las glándulas mamarias— y de cirugía

genitoplástica —la construcción de un falo—, responde con rotundidad cuando un periodista le pregunta desde qué edad tuvo conciencia de que era un hombre:

Yo, desde siempre. A mí siempre me han gustado las mujeres.

Pipi, una mujer transexual de 50 años que lleva muchos años con tratamiento hormonal aunque no se ha sometido a la cirugía transgenital, me justifica su identidad como mujer porque ella es femenina «en todo», un todo que incluye dos elementos centrales: a) Su transgresión de género se produce desde la infancia, incluso antes de los seis años, cuando informa que ya jugaba a las casitas, le quitaba las muñecas a su hermana y se vestía de mujer; b) Su condición de penetrada en las prácticas sexuales por un hombre que ella califica como «un hombre de verdad» porque su orientación del deseo es heterosexual. De hecho, su respuesta cuando le pregunto qué significa para ella *ser una mujer*, me aclara con rotundidad que su identidad de género no puede disociarse de su orientación (hetero)sexual:

Pa mí lo más importante de una mujer es tener un hombre al lao, pero que sea un hombre [...] O sea, que no sea ni homosexual ni na de eso.

A Carlota (35 años) le sorprendieron algunas preguntas sobre que, en el contexto asistencial, le realizaron sobre sus prácticas sexuales. Todavía no entiende el interés clínico por descubrir si ella se masturbaba. ¿Quizás porque el hecho de disfrutar con un pene todavía disponible alimentaría las dudas profesionales sobre su deseo de convertirse en una mujer? ¿Cómo puede Carlota disfrutar con su pene y decir que se siente una mujer? Para Carlota, esta pregunta no tiene ninguna relación con el género porque, afirma, tanto los hombres como las mujeres se masturban. Sin embargo, tengamos en cuenta que para Harry Benjamin, la transexual verdadera es aquella que manifiesta un rechazo total a sus genitales de macho; para Robert Stoller, la candidata a la cirugía tiene que cumplir, entre otras condiciones, la de no haber disfrutado nunca de su pene. La sombra de los sexólogos pioneros en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad es alargada. Y la preocupación profesional por un futuro arrepentimiento de la paciente tras la intervención quirúrgica de genitales, también.

Para Jennifer, la quema de su camión durante la infancia muestra y demuestra que su identidad como mujer, además de estable, es muy antigua. Carlota, por su parte, responde con ciertas reticencias a las preguntas que le planteo sobre el placer que aún le proporciona un pene del que se piensa desprender en un quirófano malagueño. Para el discurso hegemónico, entre los profesionales médicos y entre el colectivo transexual, la verdadera mujer transexual ni soporta sus genitales ni, por supuesto, los integra en el juego erótico como una parte anatómica especialmente importante para

*auténtico* (Stoller 1968) o *primario* (Person y Ovesey 1974a, b). Sin embargo, el psiquiatra Richard Green realizó una investigación sobre una muestra de lo que denominó «sissy boys» (1987) y que podemos traducir como «niños femeninos» o, más coloquialmente, «niños afeminados». Quince años más tarde de la primera entrevista, Green volvió a examinarlos para saber cuál era su orientación sexual y su identidad de género. Los resultados (n=44) comunicaron la variabilidad de las orientaciones sexuales en la vida adulta: homosexuales (n=18), bisexuales (n=12) y heterosexuales (n=12). En cuanto a la identidad de género, sólo

uno de los chicos —incluido por Green en el casillero de los no heterosexuales (n=30)— fue diagnosticado como transexual. A partir de ésta y otras investigaciones —como la de Zuger (1984) en la que sólo uno de los cuarenta y ocho chicos de la muestra es calificado como transexual—, Chiland concluye que «la probabilidad de que un chico femenino se convierta en transexual es del 2 al 3 por ciento (1999: 105). Una conclusión principal, por lo tanto, es que la transgresión de género en la infancia no es un factor pronóstico para el diagnóstico de transexualidad en la vida adulta. Sin embargo, las *nociones de sentido común* (Bourdieu 1995: 177)

sobre lo que un niño es (hace) y una niña es (hace) funcionan como explicación *emic* de su identidad cruzada a la vez que sirven a los clínicos para asegurar la certeza diagnóstica. A pesar de que ser un niño femenino o ser una niña masculina podrían contemplarse como una suerte de muestra de la variabilidad de las experiencias humanas, a condición de que el género fuera contemplado desde un modelo de *continuum* y no desde la prescripción cultural de la homología entre un sexo y un género para los que sólo se contemplan dos posibilidades, muchas familias detectan en estas condiciones una problemática situación

la obtención de placer. El pene, la vagina y las mamas no son sólo tejidos biológicos; también constituyen *genitales culturales* (Garfinkel 2006:142) porque comunican a los otros nuestra condición de hombre o de mujer. Curro y Pipi, por último, utilizan el criterio de la heterosexualidad como el ancla argumental de lo que entienden, respectivamente, como un *hombre* y una *mujer de verdad*: como en otros muchos y muchas transexuales, la heterosexualidad funciona como condición necesaria para una identidad de género normalizada.

Aunque estos relatos se adaptan de forma perfecta a los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad —tanto en la propuesta biomédica como en el pensamiento común—, las entrevistas realizadas y la observación participante en los Encuentros de Transexuales descubren, en primer lugar, discursos y prácticas que no refieren a una identidad de género ni tan estable ni tan temprana y, en segundo lugar, nos permiten alumbrar un proceso de aprendizaje de cómo ser mujer (femenina) y varón (masculino), aprendizaje especialmente intensivo durante la siguiente fase del itinerario terapéutico que vamos a analizar: el test de vida real o la experiencia de la vida real.

### 3.2. Sobre estereotipos y sin ambigüedades: del infierno al cielo pasando por el purgatorio de la vida real

La conciencia pública impide todo acto que la ofenda, por la vigilancia que ejerce sobre la conducta de los ciudadanos y las penas especiales de que dispone. En otros casos la coacción es menos violenta, pero existe. Si yo no me someto a las convenciones del mundo, si al vestirme no tengo en cuenta las costumbres seguidas en mi país y en mi clase, la risa que provoco, el aislamiento en que se me tiene, producen, aunque de una manera más atenuada, los mismos efectos que una pena propiamente tal (Emile Durkheim 1997 [1895]: 36).

El segundo filtro del itinerario terapéutico exigido a el/la paciente transexual, tras el juicio diagnóstico, se denomina *test de la vida real* o *experiencia de la vida real*. Pero, ¿en qué consiste esta fase?

Cuando se habla de *experiencia de la vida real* o *test de la vida real*, los clínicos están designando «el acto por el cual se adopta plenamente un rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana» (Bergero y cols. 2001: 266). Atendiendo a los contenidos implícitos en su formulación,<sup>14</sup> *la vida real* significa mostrarse en sociedad con la identidad de género sentida; es un paso previo y obligatorio tanto para

la hormonación como para la cirugía genitoplástica: se exige un test de vida real de al menos tres meses antes de la administración de hormonas y de al menos un año antes de la intervención quirúrgica de transformación genital (Briones 2000: 49; Giraldo y cols. 2001: 282). Además, la realización del test de vida real está fiscalizada ya que los clínicos deben comprobar su carácter continuado y documentarla mediante fuentes externas al paciente. El equipo asistencial evalúa el cumplimiento óptimo de esta fase mediante los puntos contenidos en la tabla 1:

Tabla 1. Parámetros para la evaluación facultativa de la calidad de la experiencia de vida real

1	Conservar su empleo a jornada total o parcial
2	Poder ejercer de estudiante
3	Poder participar en actividades de voluntariado en la comunidad
4	Asumir posibles combinaciones de los puntos 1 al 3
5	Adquirir un nuevo nombre o apellido legalmente <sup>15</sup>
6	Aportar documentación por la que se demuestre que otras personas distintas del terapeuta saben que el paciente se comporta conforme a los roles del nuevo sexo

Fuente: Briones 2000: 49.

La argumentación clínica considera que el cambio de sexo derivará en consecuencias inmediatas en el entorno social al que se enfrentará cada paciente y que, por lo tanto, es oportuno que éste tome conciencia sobre las consecuencias que su proceso transexualizador tendrá en los ámbitos de la familia, el empleo y las relaciones laborales, las relaciones personales en general, los estudios, la posibilidad de sustento económico, incluso en los aspectos legales. Desde el punto de vista clínico, el test de la vida real resulta crucial para esta toma de conciencia.

Los y las transexuales son conscientes de lo que se juegan en el test de vida real, pero lo asumen como paso necesario y obligado si su deseo es avanzar hacia la cirugía transgenital. De hecho, no dudan en señalar el juego de «parecer ser» y la dureza de esta etapa, sobre todo en el caso de las mujeres transexuales. Gonzalo hablaba así de una amiga transexual:

Por ejemplo, Carlota tiene que pasar un test muy duro porque, incluso, ellas van disfrazadas allí a Málaga. Yo iba con mis pantalones y mi camisa.

y, de acuerdo con ella, muchos clínicos las movilizan hasta construirlas como experiencias patológicas y las aceptan en los mismos términos como una expectativa común. No es de extrañar, por lo tanto, que buena parte de la población transexual proyecte en sus discursos la patologización de estas experiencias, sobre todo cuando se trata de ofrecer un relato a los clínicos.

14. Bergero y cols. escriben que «desde el inicio de la Unidad, este equipo ha asumido las recomendaciones estipuladas en los estándares asistenciales en trastornos de identidad de género de The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association,

Inc. (Quinta revisión, año 1998). Y con posterioridad los criterios establecidos en su última actualización de Febrero de 2001» (2001: 265). Los componentes de la UTIG (Málaga) añaden que «dichos estándares fueron establecidos y son revisados periódicamente para recomendar realizar cirugías de reasignación de sexo sólo a los pacientes que reúnan unos requisitos diagnósticos y terapéuticos básicos y estén correctamente preparados» (Giraldo y cols. 2001: 282). Las clínicas más prestigiosas en el tratamiento clínico de la transexualidad siguen estos estándares de calidad que pueden ser consultados en la web The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

URL: <http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/cole001/hbgda/>. Una traducción al castellano está disponible en Briones (2000).

15. Al respecto, Bergero y cols. daban cuenta de las dificultades de este punto: «En la actualidad en España esta situación presenta algunas dificultades salvo que el nombre elegido sea ambiguo para ambos sexos y es variable la decisión de cada juez al respecto» (2001: 266). La nueva Ley de Identidad de Género aprobada en el año 2007 facilita los trámites administrativos para la adquisición de un nuevo nombre acorde con la identidad de género de la persona transexual.

La primera vez que tuve la oportunidad de observar la incursión de una mujer transexual en la fase de test de vida real fue durante el año 2001. Las impresiones en ese momento las transcribí al diario de campo: cejas depiladas, delgadez extrema, pelo teñido de color zanahoria con entradas oscuras, rebeca de hilo fino con franjas horizontales en varios colores vivos, pantalón estrecho de color verde manzana, cadenita de oro por encima de un jersey que combinaba con los colores de la rebeca, ojos con pintura negra. El vistoso colorido de su indumentaria no correspondía ni con su estado anímico ni con los gestos de su cuerpo: su semblante era triste, sus hombros encogidos, su voz apagada.

Maribel —así la voy a llamar— había sido un varón casado y padre de un hijo y una hija: el primero, adoptado; la segunda, biológica. Ambas cuestiones, su matrimonio y su paternidad —esta última ahora forzosamente transformada en maternidad—, se activaban con frecuencia en cualquier conversación que con ella se iniciara. En algún momento del almuerzo enseñaba la foto de sus hijos —que en esos momentos estaban aprendiendo a llamarle mamá— y comenzaba a relatar algunos aspectos de su vida. Mediante un uso adecuado del género gramatical, Maribel se identificaba como mujer ante los demás pero no obstante refería continuamente su vida anterior y, cuando esto sucedía, usaba el género gramatical socialmente acordado para un varón. El uso del género gramatical era un continuo viaje de ida y vuelta entre el pasado como hombre (masculino) y el presente como mujer (femenino).

En aquellos momentos sentía la incómoda sensación de no saber muy bien cómo comportarme con Maribel aunque en todo momento intenté tratarla como ella quería: la besé cordialmente, de la misma manera que lo había hecho con otras mujeres a las que fui presentado durante la reunión, y me esforzaba por utilizar pronombres y adjetivos femeninos cuando a ella me dirigía. La apariencia corporal de Maribel era difícil de encajar en nuestro modelo dual de los cuerpos y, en consecuencia, se derivaba la dificultad de Maribel para ser reconocida como mujer por cualquier interlocutor y en cualquier situación social de la vida cotidiana. Esta misma dificultad experimentada por mí, ese esfuerzo que debía realizar para identificarla como una mujer con la firme intención de no aumentar su sufrimiento y respetar su experiencia, activó una reflexión sobre cómo la percepción culturalmente programada de los cuerpos también estaba encarnada en mí, un investigador incluido en el mismo mundo social compartido con Maribel y el resto de los comensales.

La anterior descripción es un ejemplo para mostrar que ser enculturado como un varón, sentirse como mujer y decidir el cambio social de identidad es una tarea extremadamente difícil y, en los primeros momentos, desestabilizadora de todos los ámbitos de la vida porque el test de la vida real tiene consecuencias a nivel personal, académico o escolar, familiar, laboral, social y legal (Bergero

y cols. 2001: 266). En palabras del endocrinólogo Jos Megens, «esta fase de transformación es casi siempre una etapa tumultuosa» (2003: 81).<sup>16</sup> Para dar este paso es conveniente conocer todos estos entornos, prever las reacciones y desarrollar mecanismos para afrontarlos; sobre todo en el caso de las mujeres transexuales, porque éstas causan un mayor rechazo social y soportan mayores niveles de agresividad que los hombres transexuales (Chiland 1999: 122).

Las dificultades derivadas de salir a la calle vestida *como una mujer* explica que fueran numerosas las mujeres transexuales que decidieron cambiar el espacio social donde realizar el tránsito desde un estatus sexual a otro; de esta manera, evitaban el rechazo allí donde fueron conocidas como hombres (Chiland 1999: 122). La traducción práctica de esta experiencia es el cambio del lugar de residencia, de las redes de amistades, del entorno laboral; todo ello en muchas ocasiones sin el soporte familiar necesario y, además, afrontando las dificultades económicas que se añaden.

La persona transexual que inicia la experiencia de la vida real debe presentarse ante los demás utilizando un nombre acorde con su identidad de género. El nombre anterior y toda aquella tecnología de género que, en el pasado, presentaba a la persona como hombre o como mujer deben ser eliminados. María del Carmen decidió que no había otra salida que realizar el cambio y, como ella supone que sucede con todas las transexuales, ha tirado toda la ropa de su vida anterior como hombre; Carlota ha renovado su vestuario y ha comenzado a guardar su ropa de hombre; Jennifer ha conservado las escasas prendas *de mujer* que utilizaba para vestirse como tal en la intimidad de su casa y a escondidas de sus padres; todo lo demás fue a la basura.

Cambiar el nombre de varón por el de mujer, desprenderse de las ropas de hombre y adquirir las de mujer representa el núcleo de una dilatada fase de aprendizaje social sobre muchos aspectos. Algunas transexuales dicen que tienen que aprender a emocionarse, a pensar, a sentir y a reír de otra manera. En realidad, deben estar atentas a cualquier señal de ambigüedad. La ambigüedad es como un tóxico que hay que purgar. Purgar, para el caso de las mujeres transexuales durante su transición, requiere anular cualquier vestigio de características «como de hombre» —la machidad y la masculinidad— tanto como el logro y aprendizaje de todo aquello «como de mujer» —la hembra y la femineidad—. Las mujeres transexuales comienzan a deshacerse de todo aquello relacionado con el hombre para sustituirlo por todo aquello relacionado con la mujer. O una cosa o la otra si el objetivo es sanar.

No obstante, salir a la calle vestida de mujer, sintiéndose objetos de la observación de los demás, las miradas fiscalizadoras y de desaprobación, las voces de burlas e insultos, requiere armarse de valor y superar el miedo a

16. Jos Megens es coordinador del *Gender Team* de la Universidad Libre de Amsterdam y uno de los especialistas más reconocidos internacionalmente en el tratamiento médico de los y las transexuales.

los demás. La mayoría de las mujeres transexuales dicen sentir miedo a que las señalen por la calle, como entienden que le ocurriría a cualquier persona. Débora (65 años) es más explícita cuando manifiesta cómo el miedo era un compañero permanentemente presente durante esta etapa de su vida: «a mí lo que me pasaba, naturalmente es que estaba convencida de que si yo salía a la calle [vestida de mujer], los niños me iban a apedrear prácticamente»; Carlota afirma con rotundidad: «no he pasado más miedo en todos los días de mi vida»; y Jennifer confirma las dificultades de esta fase: «[...] en verdad es cuando peor se pasa [...]. Recuerdo que me daba mucho miedo porque yo pensaba: cuando salga a la calle me van a mirar».

El miedo no es irreal sino la consecuencia de las experiencias vividas de rechazo social ante la ambigüedad. Por ello el test de la vida real es un crítico y decisivo período de tránsito en el que tanto la apariencia corporal ambigua como las demostraciones de un género todavía imperfecto activan una mayor agresividad y desaprobación sociales, como analizaremos a continuación. De hecho, la mayoría de nuestras informantes nos confirma que los insultos, incluso las agresiones físicas, son más frecuentes durante esta etapa del proceso transexualizador.

Para entender la dificultad de este proceso, es necesario retener que la fase de la *experiencia de la vida real* tiene la peculiaridad de que sus protagonistas activos, los y las transexuales, están en una franca desventaja respecto al adulto común con una identidad de género socialmente autorizada. Y lo están, al menos y para los intereses de este texto, en dos aspectos nucleares sobre los que nos vamos a detener: la construcción sexuada del cuerpo —la machidad y la hembridad— y los contenidos del género común —la masculinidad y la feminidad.

En primer lugar, los cuerpos transexuales no emiten señales inequívocas: la ambigüedad que tratábamos de mostrar en la descripción del inicio del test de vida real de Maribel es un buen ejemplo a rescatar en este punto. Para la mayoría de la población, afortunada por no despertar dudas sociales sobre su identidad de género, el cuerpo no constituye tan prioritario problema. Sin embargo, para la población transexual, pendiente de reconocimiento social por una identidad socialmente inestable, sí que lo constituye y, además, casi todo el cuerpo parece estar significativamente sexuado. Así, mostrando la persistente frontera cultural entre los cuerpos de los machos y los cuerpos de las hembras, pronto advierten en la geografía corporal cuáles son los territorios que delatan una anatomía difícilmente aceptable para lo que en una mujer *normal* se espera, para lo que en un hombre *normal* se espera: Soledad (27 años) se queja de sus espaldas de nadador —«¡Es que estas espaldas son de tío!»— y sus manos —«¡que sólo la Jurado y yo las tenemos tan grandes!»—; Marie (25 años) se queja de su metro noventa de estatura y su cuarenta y seis de pie: «¡que parezco una drag-queen!»; Gonzalo (41 años) se queja del aspecto cuidado de sus manos, unas manos que para él

«no parecen manos de hombre», y de sus brazos tan poco musculosos que oculta con el uso de camisetas de manga larga incluso en los calurosos días del verano andaluz; Jennifer de la asimetría de las mamas que las hace tan poco perfectas y para cuya solución, me relata, se ha visto obligada a financiar una nueva intervención quirúrgica en una clínica privada; Iñaki (38 años) de sus caderas anchas, «como las mujeres», tan difíciles de ocultar incluso con los amplios pantalones que habitualmente utiliza; Carlota de su grasa acumulada en la cintura, «como los hombres», factor que centra una de sus quejas sobre la UTIG porque el Servicio Andaluz de Salud no le ofrece ninguna solución quirúrgica subvencionada. El cuerpo transexual se convierte, como vemos, en un cuerpo-problema permanentemente fiscalizado para ser corregido mediante un listado de numerosas, costosas y complejas intervenciones quirúrgicas y estéticas.

En segundo lugar, los contenidos del género común, sano, normal —características culturalmente dispuestas sobre aquello que deben ser y hacer los hombres, sobre aquello que deben ser y hacer las mujeres— no son manejados aún con destreza por la población transexual cuando se encuentra en el inicio de su tránsito de un estatus social de sexo a otro.<sup>17</sup> Tal destreza llegará con un mayor tiempo de aprendizaje aún requerido para comportarse «conforme a los roles del sexo de reasignación» (Bergero y cols. 2001: 266); y, además, tengamos en cuenta que los miembros de la UTIG advierten que los pacientes pasarán a la etapa quirúrgica siempre y cuando «estén correctamente preparados» (Giraldo y cols. 2001: 282). Al respecto, es ilustrativa la información ofertada por una web sexológica:

Antes de plantearse la cirugía hay que valorar la preparación que tiene el individuo para acomodarse a su nuevo sexo [...]. Se le enseña antes de la operación a adoptar comportamientos, gestos, habla y conductas propias del sexo que quieren adoptar. Ser hombre y mujer incluye también estos aspectos que muchos transexuales no conocen, y van por el mundo como caricaturas del sexo que quieren adoptar. La cirugía se pospone un año o dos hasta que el paciente ha aprendido a adoptar el rol del que será su sexo en el futuro.<sup>18</sup>

La ambigüedad por un sustrato corporal deficientemente sexuado, por un lado, y, las imperfecciones del género común, por otro, son factores activadores del rechazo en los familiares, los compañeros de trabajo y la sociedad en general. La madre de una joven transexual explica sus dificultades para tratar como una mujer a quien hasta hace poco había sido su hijo: «A lo mejor, cuando parezca más una mujer, me acostumbro. Pero ahora es que es imposible. ¿Tú crees que le puedo llamar hija con esa pinta?»

Al iniciar el test de vida real, ni las marcas corporales ni los contenidos del género coinciden con los estereotipos al uso para identificar a una persona transexual como un hombre o como una mujer —según el caso. Por lo tanto, la población transexual debe ensayar fórmulas para esquivar las miradas fiscalizadoras de los demás en los espacios sociales. Este proceso de

17. Recordemos aquí uno de los criterios para evaluar el test de vida real: a saber, que se necesita «aportar documentación por la que se demuestre que otras personas distintas del terapeuta, conocen que el paciente se comporta conforme a los roles del sexo de reasignación» (Bergero y cols. 2001: 266). De nuevo, se muestra cómo opera la normalización que impone el modelo clínico de transexualidad al asumir que los hombres y las mujeres deben comportarse con unos roles específicamente diferenciados.

18. <http://www.sexologia.com/inicio/lasexologia.htm>. Debemos destacar que este texto encabezado con el título «Cambio de sexo. Preparación» se encuentra incluido dentro de la página referente a la homosexualidad. Conexión: 27 de julio de 2004.

ensayo-error, que a veces requiere mucho tiempo, va filtrando las estrategias hasta concluir cuáles son las más eficaces.

Débora es una mujer transexual de sesenta y cinco años que recuerda sus primeras salidas públicas vestida como mujer y narra la preocupación de su familia porque al principio, como no sabía vestir como una mujer, afirma que salía a la calle «como una mamarracha». La cuestión es que Débora pensó que lo mejor que podía hacer era no llamar la atención cuando saliera al espacio público. Y para conseguir este objetivo, pensó, la mejor estrategia era utilizar sólo ropa unisex. Sin embargo, la experiencia durante el test de vida real le hizo concluir pronto que ésta no era la mejor de las estrategias. La ilusión de una sociedad ambigua se desvaneció cuando se enfrentó a la reacción social:

Es que la ropa unisex es tan unisex que en el fondo lo que llevaba eran muchos chándales. Y los chándales, pues tú me dirás. Parece que la sociedad nuestra es unisex cuando de alguna manera tiene claro quién es quién. Es decir, basta que en el autobús se suba una persona que no sepamos muy bien lo que es, con su chándal, por ejemplo, el pelo un poco largo y una cara con poca barba, etcétera, pues enseguida nos sentimos inquietos respecto a qué es esa persona. Y empiezas a observarla, hasta que encontramos algún detalle que nos dé la solución, ¿no? Entonces, la clave de la cuestión está en lo siguiente: en que la ropa unisex parece que es lo más práctico teóricamente, pero como en la práctica la gente necesita que te definas, de alguna manera resulta más conveniente no llevar ropa unisex sino ropa de género definido para que, en la medida en que tú eres una persona «indefinida» o «dudosa», pues, por lo menos la gente te pueda situar: «Bueno, no sé lo que es, no sé si es un transexual o lo que sea, pero por lo menos falda lleva».

Las ambigüedades mostradas desestabilizan la percepción social. Conviene retener esta cuestión para explicar buena parte de las dificultades soportadas por la población transexual durante el resto de su proceso transexualizador y hasta que, o siempre que, hayan alcanzado las expectativas sociales sobre qué son y qué hacen un hombre y una mujer comunes. Si esto no es así o, mientras esto no sea así, todos los ámbitos relacionales del paciente se encuentran especialmente comprometidos.

El test de vida real se nos revela, entonces, como un período vivido por la mayoría de pacientes transexuales como un tiempo en el que serán puestos a prueba para demostrar sus necesarias cualidades que los autorizarán en la nueva categoría social: hombre o mujer. Para ello deben dejar atrás todos los contenidos de género de su anterior identidad. Su tránsito de una categoría social a otra exige unos deberes que parecen concentrarse en no discutir algunas dicotomías centrales de nuestra organización social: macho/hembra, hombre/mujer, masculino/femenino.

Durante este período intensivo de aprendizaje hay dos redes principales de apoyo: por un lado, los profesionales que, además de vigilar y aconsejar cómo mostrarse como hombre o como mujer, dan ánimos y ofrecen estrategias

para afrontar esta situación; por otro, el grupo de transexuales que ya han finalizado con éxito esta etapa y que, por lo tanto, comparten su experiencia y sus recursos para hacerla menos traumática.

Carlota me informaba que era su psicóloga quien la animaba a presentarse con nombre de mujer y a salir a la calle vestida «como corresponde» a su nueva identidad. Jennifer, que nació en un pequeño pueblecito de una sierra andaluza, vestía como mujer cuando podía: cuando su padre no estaba porque temía sus palizas, cuando viajaba a la capital o cuando iba a trabajar como jornalera. Cuando llegó por primera vez a la UTIG, informa con gracia que incluso los profesionales sanitarios no sabían si era una mujer transexual o un hombre transexual. Hasta entonces, no siempre se presentaba ante los demás como mujer y no siempre vestía ante los demás como mujer. Todo cambió cuando decidió emigrar a Málaga y comenzaron las visitas sucesivas a la UTIG:

Que cuando de verdad, verdad, verdad, me lo tomé en serio, empecé el tratamiento, y aquí [la UTIG] me dijeron: «Pues aquí tienes que hacerlo así», y entonces yo ya decidí venirme a Málaga, porque aquí tenía los médicos... y ya empecé normalmente así [vistiendo como mujer] hasta ahora.

La red de amigas y amigos transexuales, tanto como el grupo de iguales en el ámbito asociativo, se convierte en la segunda ayuda para superar con éxito el test de la vida real. Para el caso de las mujeres transexuales, los consejos sobre cómo transformar el cuerpo, solucionar problemillas con el vello, disimular el pene, elegir el vestuario adecuado, ensayar gestos, posturas y actitudes circulan desde el grupo con más experiencia hasta el grupo neófito que inicia su proceso de cambio. Veamos los ejemplos de Lucy y María del Carmen.

Lucy es una mujer transexual que se encuentra en fase de tratamiento hormonal aunque aún no ha alcanzado lo que ella considera un tamaño mamario suficiente en una mujer. Mientras tanto, hasta el día en que tal cosa suceda, ella ayuda a su construcción corporal como mujer rellenando los sujetadores con papeles de periódico. Sus ingresos económicos provienen de su trabajo como auxiliar de enfermería cuidando ancianos, un empleo para el que se siente especialmente dotada en relación con su identidad de género. En su discurso, ella es naturalmente cuidadora, una característica que predica como una prueba más de su condición de mujer: Soy cuidadora porque soy muy femenina, *ergo* soy mujer, es la lógica que opera. Lucy lleva el pelo largo, muy cuidado, uñas pintadas, pantalón vaquero y camiseta ajustada que señala una cintura estrecha. Durante una reunión estatal de transexuales, una recién llegada a la asociación que convocaba el encuentro le comunicaba a Lucy algunos de sus miedos anticipados ante la previsible interacción con los expertos: no sabe muy bien cómo debe acudir vestida y cómo debe comportarse ni ante un médico con el que tiene pendiente



una consulta ni ante un juez cuando solicite legalmente su cambio de sexo. Lucy no duda en compartir sus estrategias y aconsejarle con tanta gracia como asertividad cómo conviene vestirse, comportarse y presentarse en ambas circunstancias:

Tú lo que tienes que hacer es sacarte el máximo partido posible. Saca tus buenas ropas, píntate los labios, maquillate, ponte una buena falda y unos buenos tacones. Lo que no puedes ir es estrambótica. Si no te atreves a salir así de casa, cámbiate en un baño del hospital antes de entrar. Claro, lo que no puedes es presentarte a un médico o un juez, me da lo mismo, como lo hacen algunas, que no se sabe lo que son. Si me haces caso, ya verás qué bien te va. Hay que ser inteligente.

María del Carmen, al comenzar el proceso transexualizador, tuvo que aprender paulatinamente cómo adecuarse a su nueva presentación social como mujer. Esto significó observar su cuerpo, sus gestos, sus actitudes, incluso sus expresiones verbales, para demostrar socialmente, mediante su feminidad, que ella era una mujer. Y con el objetivo de tal demostración, ella y otras mujeres transexuales señalan cómo se convirtieron en un integrante más de la patrulla de inspectores que vigilaba su género en cualquier circunstancia de la vida cotidiana: «Tenía que vigilar mis comportamientos». Pedía consejo a algunas amigas, incluso a su psicóloga, para que le indicaran aquellos aspectos susceptibles de corrección con el objetivo de alcanzar el más perfecto género, la más perfecta feminidad. Así, cuando su psicóloga le dijo que no parecía muy femenina cada vez que mostraba agresividad ante los demás, decidió pasar a la acción correctora: «Tengo que ser menos agresiva porque los hombres sí se comportan así, pero una mujer no puede hacer eso». En el mismo sentido, escribe en su página web cómo una de sus amigas le había ayudado en este aprendizaje de ser un poco más femenina, lo que ella traduce como «modelar las costumbres más femeninamente».

Aunque en el discurso biomédico y en el discurso hegemónico entre la población transexual estudiada, las características de su *verdadero género* aparezcan como pruebas de su verdadera naturaleza —recordemos la consideración médica del género como si fuera una mera continuación del sexo biológico—, el trabajo de campo nos muestra un continuo aprendizaje de los contenidos al uso sobre lo masculino y lo femenino como prescripciones de lo que el hombre y la mujer *deben ser*. Y la observación de este proceso de aprendizaje evidencia que los géneros no son productos ni tan claros, ni tan automáticos, ni tan estables como los textos médicos y el pensamiento común interpretan. El test de vida real muestra lo necesario de un aprendizaje social para que cualquier persona—transexual o no transexual— adapte su identidad de género a sus correspondientes representaciones sociales hegemónicas. Los y las transexuales aprenden a comportarse, respectivamente, como hombres (masculinos) y como mujeres (femeninas). Quienes se comportan conforme a los roles del sexo de reasignación y consiguen ajustar en mayor grado su apariencia a los estereotipos culturales tienen mejores perspectivas para

avanzar en el itinerario terapéutico y son recompensados con la admiración de la mayoría del colectivo: «Ésa sí que es una mujer de verdad». Quienes presentan una apariencia que despierta las dudas sobre su sexo y su género, son objeto de mayor fiscalización y reciben las críticas de buena parte de la comunidad transexual con términos tales como fantoches, mamarrachas y caricaturas.

Mientras descubren, en las distintas escenas sociales, cuáles son las estrategias más adecuadas para demostrar su identidad de género, en una relación en la que la apariencia física mostrada y la reacción social se retroalimentan, el test de vida real se revela un instrumento tanto diagnóstico como terapéutico que limita las posibilidades transgresoras y reconduce las experiencias transexuales para adecuarlas al orden socio-sexual.

## 4. Juicio diagnóstico y funciones de la vida real. A modo de conclusiones

Lo que ocurre es que, aunque no quieras, tienes que elegir entre ser hombre o ser mujer. [...] En nuestra sociedad hay dos grupos en el tema de los géneros. Podría haber más, pero hay dos grupos: el grupo de los hombres y el grupo de las mujeres (Juana Ramos, ex-presidenta de la Asociación Transexualia, Madrid).

En páginas anteriores hemos señalado cómo el orden litúrgico del proceso transexualizador comienza con la actuación del equipo psicológico compuesto por profesionales con una implicación principal en la fase de juicio diagnóstico. Será el equipo psicológico —aunque el veredicto deba ser confirmado necesariamente después por un psiquiatra— quien emitirá un primer informe donde concluirá si el/la paciente es transexual o no es transexual. Este informe, si concluye en un juicio diagnóstico favorable, resulta un instrumento principal para que el o la paciente obtenga el derecho de membresía que le permite acceder a la hormonación y, si llegara el caso, también a la cirugía transgenital.

El trabajo del equipo psicológico en esta fase determina la elegibilidad para iniciar el tratamiento hormonal y recomendar con posterioridad el tratamiento quirúrgico (Bergero y cols. 2001: 266).

La confirmación diagnóstica de la transexualidad no puede basarse, hasta ahora, como sí ocurre en la mayoría de las experiencias definidas como una enfermedad —a excepción de las psiquiátricas—, en ningún marcador biológico clínicamente demostrable. La fiscalización diagnóstica debe derivarse, entonces, a dos elementos centrales a observar en cada paciente: a) su sexo pensado, traducible por lo que el paciente dice; b) su sexo actuado, traducible por lo que el paciente hace.

En cuanto a lo que el paciente dice, no nos interesa cualquier cosa dicha sino qué se dice sobre, por un lado, la relación entre el sexo y el género; y, por otro, sobre el deseo y las prácticas sexuales. Si recordamos que la elaboración diagnóstica tiene un asidero fundamental en el método biográfico, la población de pacientes transexuales pone en marcha la *enmienda retrospectiva* como estrategia mediante la que reconstruyen sus historias personales para ajustarlas a las expectativas clínicas (Rullán 2004: 68). Así, tienden a ocultar cualquier dato biográfico que haga peligrar el etiquetado diagnóstico y amplifican, rescatan o fabulan cualquier otro a partir del que adelanten su confirmación. Por este motivo, la mayoría de pacientes habla de identidades precoces, firmes e inmutables; comunica biografías consistentemente masculinas o femeninas que argumenta con transgresiones de género principalmente centradas en los juegos y las ropas utilizadas; reclama sus cualidades como hombres o como mujeres verdaderos como destilados naturales; y, por último, argumenta su deseo erótico —la atracción que siente por personas de su mismo sexo cromosómico, gonadal y genital pero de distinto sexo psicológico— como fundamento y prueba de su *verdadera* identidad. La heterosexualidad es un dato fundacional de su condición de hombres o de mujeres cuando señalan «soy mujer porque desde siempre me han gustado los hombres»; «ser mujer es tener un hombre al lao»; o «yo siempre he sabido que soy un hombre: desde siempre me han gustado las mujeres». El pensamiento heterosexual puede condicionar —no en todos pero sí en varios casos presentados—, la búsqueda del único diagnóstico médico que permite adquirir la condición de persona normal.

La situación clínica tiene dos características principales en el caso que nos ocupa. En primer lugar, se basa en una relación asimétrica entre profesional sanitario y paciente lego. Este último es un sujeto sometido a un campo de visibilidad en el que sabe que el experto fiscaliza sus discursos y sus prácticas, un aspecto central en la negociación diagnóstica. En segundo lugar, moviliza expectativas sociales compartidas —al menos formalmente— por uno y por otro. Esto significa que el contexto de asistencia a la enfermedad es una situación social donde los valores hegemónicos de nuestro mundo social

en relación con el cuerpo, el género, la sexualidad y la identidad de género, son participados por los profesionales y por la población de pacientes. Estas expectativas sociales fluyen en la situación clínica y a lo largo de todo el itinerario terapéutico, produciéndose un ajuste progresivo mediante el que los y las transexuales se preparan y se les prepara para su interacción social con la identidad de género reclamada.

Michel Foucault ya nos avisaba cuando escribía que «el que está sometido a un campo de visibilidad, y lo sabe, reproduce por su cuenta las coacciones del poder» (1978 [1975]: 209). Consciente de que su condición ambigua —con un sexo social y legal por determinar— va a ser fiscalizada en la situación clínica, la población transexual encuentra que la afirmación y representación social, con mayor fuerza si cabe que cualquier otro miembro adulto de nuestra sociedad, de los contenidos normales (morales) que a todos nos son reclamados como hombres o como mujeres, es la vía más eficaz para su normalización. La autora transexual Olga Cambasani clarifica este planteamiento cuando escribe que

la mimesis social de la persona transexual dependerá en gran medida de la configuración de los colectivos de género «disponibles» en cada momento histórico, y me temo que ahí no hay sorpresas (2003: 88).

La consigna entre los y las pacientes transexuales, por lo tanto, es no discutir ninguna de las nociones comunes para no ser etiquetados como sujetos no-normales; por el contrario, exige demostrarlas tanto en el contexto clínico como en los tiempos y espacios de la vida cotidiana. El remedo de los estereotipos más añejos sobre lo que un hombre y una mujer son y hacen —la hipermasculinización de los hombres transexuales, la hiperfeminización de las mujeres transexuales—, así como la carrera poliquirúrgica emprendida por muchas mujeres transexuales para acceder al modelo de la mujer bella, se insertan en esta lógica por *pasar por un hombre* o *pasar por una mujer* (Stone 1991: 16), y explica que algunas transexuales lleguen a verbalizar que quizás necesitan exagerar la feminidad para que la sociedad se entere de una vez que ellas son mujeres.<sup>19</sup> En este sentido, si los y las transexuales reproducen los estereotipos de género en la relación clínica, incluso en la interacción cotidiana, es como estrategia para ser autorizados como integrantes del grupo social de sexo al que sienten pertenecer. Si se duda de su sexo, al menos que las dudas no recaigan sobre su género.

Aunque buena parte de la población transexual explica su género y su identidad de género como condiciones naturales, la revisión bibliográfica, la observación-participante y las entrevistas a informantes que han completado el proceso transexualizador —su diagnóstico y terapéutica ya no están en peligro— y han desarrollado una conciencia crítica sobre la construcción de su subjetividad, no sólo nos alumbran las reglas de la negociación diagnóstica. Además, lejos de abandonarse a los designios de su verdadera naturaleza

19. El sociólogo Garfinkel, en la descripción del proceso diagnóstico de una paciente intersexual, Agnes, que finalmente fue diagnosticada por Robert Stoller como transexual, da cuenta de esta característica de hiperfeminidad describiendo a aquella como «120 por ciento femenina» (2006: 148). El modelo de la mujer transexual hiperfemenina ha generado tensiones entre el movimiento feminista y el movimiento transexual. Un análisis de esta cuestión puede consultarse en Tena (2005).



que, siguiendo su discurso, permitiría la emergencia automática de un género hasta entonces reprimido, la población transexual se entrega a un prolongado y fatigoso período de aprendizaje del que no se dispuso para construirse como hombres y mujeres comunes mediante la elaboración de, respectivamente, la masculinidad o la feminidad más perfectas: los hombres transexuales aprenden a gesticular, hablar, comportarse y vestirse como hombres masculinos; las mujeres transexuales también lo hacen para ser percibidas como mujeres femeninas. Cuando algunas transexuales enfatizan su necesidad de tener que «aprender a ser más femeninas», nos están indicando la necesidad percibida de eliminar cualquier marcador de ambigüedad (Tripp 1978: 56).

En este proceso de aprendizaje y de consolidación de la nueva identidad de género —por ello ni tan precoz, ni tan estable, ni tan natural—, la fase denominada como test de vida real o experiencia de vida real adquiere una importancia central por sus características prescriptiva, diagnóstica y terapéutica. En primer lugar, el test de vida real es incluido como una fase obligatoria, un rito de paso que forma parte del contrato en la relación clínica, pues su cumplimiento es fiscalizado exigiendo pruebas que demuestren la inserción del paciente en la vida social con la identidad a cuyo reconocimiento aspira: «Se necesita aportar documentación por la que se demuestre que otras personas distintas del terapeuta conocen que el paciente se comporta conforme a los roles del sexo de reasignación», escriben algunos miembros de la UTIG de Málaga (Bergero y cols. 2001: 266).

En segundo lugar, el test de vida real afecta a todos los ámbitos de la vida social, pues el paciente debe enfrentarse a las reacciones sociales que castigan la ambigüedad tanto en la apariencia corporal como en el género mostrado. La aceptación de cualquier paciente de esta condición —cumplir con el test de la vida real— para seguir el tratamiento y la evolución feliz de la misma aporta al clínico datos muy importantes porque «pone a prueba el nivel de decisión personal, la capacidad de actuar en el género sentido y la armonía de los apoyos sociales, económicos y psicológicos» (Becerra 2002: 21). En este sentido, parece funcionar como si fuera un instrumento clínico para la certeza diagnóstica.

En tercer lugar, aspecto en el que nos hemos detenido especialmente, el test de vida real como estrategia terapéutica persigue que la persona se adapte a su presentación social como hombre o como mujer, y desarrolle recursos para que su identidad de género sea reconocida por otras personas en la interacción cotidiana. Podríamos resumir este aspecto afirmando que el test de vida real representa una *escuela social del género* porque la población de pacientes transexuales aprende a detectar, a partir de las reacciones sociales que se constituyen estímulos informativos en un proceso de retroalimentación, qué se necesita modificar de aquello que se dice y de aquello que se hace y, también, qué se necesita añadir a aquello que todavía ni se dice ni se hace. Cuerpo y género perfectos garantizan el equilibrio

personal del paciente porque ambas cosas constituyen, no lo debemos olvidar, una parte sustancial del equilibrio y la tranquilidad sociales (Dreger 2001: 161). Más allá de imponer formalmente modelos hegemónicos —que levantarían críticas fácilmente argumentables—, la obligatoriedad del test de vida real para comportarse conforme a los roles del sexo de reasignación es una estrategia clínica sutil para que cada paciente aprenda en la arena de la interacción social de la vida cotidiana cómo desenvolverse sin que su estatus de hombre o de mujer sea cuestionado. El equipo clínico espera que los más de tres años que en muchos casos tarda en llegar el tiempo de la cirugía genitoplástica sirvan como fase de aprendizaje a través de la que los y las pacientes puedan ir adquiriendo las herramientas necesarias para desenvolverse en sociedad como cualquier hombre, como cualquier mujer; para ser contemplados como miembros competentes de la sociedad siempre que muestren unos contenidos de género inequívocos y consoliden progresivamente su identidad de género.

La transexualidad clínica, tal y como hoy se muestra hegemónica, desvela los mecanismos por los que el género se corporiza, se hace y deshace en la carne para ser comunicado socialmente. Aunque las personas transexuales poseen una potencialidad transgresora, el control social ejercido por la medicina fagocita la variabilidad transexual y la recanaliza hacia un modelo de transexual que no subvierte sino que reproduce las que anteriormente habíamos señalado como algunas de las dicotomías centrales de nuestra organización social: macho/hembra, hombre/mujer, masculino/femenino. El modelo de transexualidad clínica fija los límites de las experiencias socialmente permitidas y cercena otras posibilidades a partir de la aplicación de sus criterios diagnósticos que se traducen en criterios de selección para dar luz verde a la hormonación y la cirugía.

No obstante el constructo *transexual*, ofertado y gestionado por el sistema biomédico, homogeneiza las experiencias transgresoras y oculta su variabilidad; los sujetos transexuales no constituyen un grupo social homogéneo para considerarlos, en su conjunto, meros reproductores de las estructuras y normas sociales. Si el sistema social —a través, en este caso, de los diagnósticos médicos— impone límites a las experiencias es porque la realidad rebasa lo socialmente permitido. El sistema social no puede evitar la existencia de intersticios por donde se cuelan experiencias que no reproducen los modelos hegemónicos, de suerte que junto a mujeres transexuales tan femeninas, a hombres transexuales tan masculinos, a hombres y mujeres transexuales tan heterosexuales, existen diversas experiencias «trans», aunque no son objeto de este trabajo, que derriban muchos de los mitos compartidos: transgéneros, intersexuales, transeúntes del género y, por último, transexuales gays, lesbianas y bisexuales.<sup>20</sup>

La solución prevista por la medicina para las personas transexuales ha sido desarrollar una tecnología cada vez más compleja para modificar los cuerpos

20. Para abundar en esta cuestión, es aconsejable consultar el libro del antropólogo José Antonio Nieto (1998).

transexuales y acercarlos lo máximo posible a los modelos hegemónicos de los cuerpos y los géneros de un hombre y una mujer *verdaderos*. En este estado de cosas, es difícil esperar de la población transexual, ya suficientemente marginada, prácticas y discursos tan disruptivos como heroicos.<sup>21</sup> A menos que buena parte de la población afronte ese mismo compromiso que parece exigirse a la población transexual.

Por ello, al observar la presentación social de la mayoría de la población transexual, no esperemos encontrarnos ante una parodia política destinada a desenmascarar la construcción cultural del cuerpo, la artificialidad del género y la condición biológica y estable de las identidades. Por ejemplo, la mayoría de la población transexual no interpreta el vestuario utilizado para comunicar socialmente su identidad de género con el carácter de teatralidad o artificialidad que le otorga RuPaul cuando afirma que teniendo en cuenta que nacemos desnudos, el resto es travestismo<sup>22</sup>; ni asume la ambigüedad como condición normal que no exija transformación como propone el slogan del grupo *Queer Nation* (Nueva York) nacido en 1990: «We're queer, we're here. Get used it» (Somos raritos, estamos aquí. Váyanse acostumbrando) (Eribon 2003); ni parece tratarse de una de las «formas nuevas de tomar un género» (Butler 2001: 12). Para la mayoría de nuestros informantes, las tecnologías de género movilizadas no son ni travestismo, ni farsa, ni parodia, ni protesta contra un género opresor y unas identidades esenciales. Por el contrario, la postura mayoritaria entre la población transexual es explicar la construcción de un perfecto cuerpo sexuado como una necesidad natural derivada de su verdadera condición de hombres y mujeres; sus géneros, además, son características innatas de unos cuerpos equivocados principalmente en su anatomía genital.

Sólo una aproximación superficial al fenómeno estudiado permite concluir que la transexualidad cuestione la máxima de la *anatomía como destino* que comparten buena parte de los biólogos, psicoterapeutas y psicólogos. Tras una primera y comprensible fase de asombro si el acercamiento es exclusivamente teórico, el trabajo de campo que posibilita el contacto continuado con el grupo social estudiado, junto al análisis de sus discursos y prácticas más comunes en distintos contextos sociales, nos permiten concluir que la experiencia transexual hegemónica no consigue desestabilizar la cadena simbólica que relaciona automáticamente el cuerpo, el sexo, el género y la práctica sexual: no impugna que los tejidos genitales constituyan el marcador biológico y cultural de la identidad de género; ni la relación homológica entre sexo y género que hace depender las características asignadas cultural e históricamente a los hombres y a las mujeres como un destilado de la naturaleza; no libera al cuerpo de la necesidad cultural de construirlo perfectamente sexuado (Guillaumin 1992: 3); no se enfrenta a la definición médica de una identidad esencial argumentada en una naturaleza pre-cultural; ni, por último, cuestiona o denuncia el régimen

político heterosexual (Wittig 2001). En este sentido, parece más plausible la interpretación que la antropóloga materialista Nicole Claude Mathieu vierte sobre la transexualidad clínica: más que una transgresión, aparece como una forma de nuestro sistema social para solucionar una inadecuación a sus normas y reconvertirla en una expresión de su quintaesencia. La transexualidad clínica es una desviación institucionalizada (1991: 230).

Este texto no tiene la intención de desautorizar el esfuerzo de los profesionales que participan en la atención a la población transexual andaluza porque es admirable su trabajo y compromiso para encontrar una vía de solución al conflicto identitario planteado por los y las pacientes. La intención de este texto es introducir una visión crítica que pueda servir para construir otra forma más sana de percibir las experiencias socialmente molestas. En este sentido, compartimos que la inauguración de la UTIG andaluza para el tratamiento transexualizador tenía como objetivo principal ofrecer una atención de calidad a la población transexual; también es bienvenida su intención de proteger a la población transexual de aquellos clínicos y clínicas cuyo objetivo principal es conseguir clientes que aumenten sus beneficios económicos. De la misma manera, también compartimos que la propuesta clínica, en las coordenadas de nuestro contexto histórico y cultural, puede ser la única manera de aliviar el sufrimiento de muchas personas transexuales.

No obstante, el progreso en la atención a la población transexual podría seguir en otra línea de análisis radicalmente distinta a la médica. El discurso de muchos profesionales sanitarios que participan en el proceso transexual en mayor o menor medida, en una u otra fase, y que comunican en libros y artículos, es pseudo-progresista. Y lo es porque, en primer lugar, no consigue atender los factores socio-culturales como responsables ni del sufrimiento ni de las demandas de la población transexual para someterse a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas (Vázquez García 1999) y, en segundo lugar, no incorpora, sino niega, que las manifestaciones ideológicas y los actos técnicos que acompañan al proceso transexualizador son formas de control y de normativización sociales (Menéndez 1984: 73). De hecho, los profesionales sanitarios implicados en el proceso transexualizador no se interrogan sobre las razones del carácter punitivo de cualquier experiencia ambigua ni, por lo tanto, tampoco lo hacen sobre la necesidad de un género tan claro, de un cuerpo tan perfectamente sexuado y sexualizado, de una identidad tan estable. Los clínicos parecen no querer advertir que la necesidad de su labor humanitaria depende de y se mantiene por su función como terapeutas sociales (Comelles y Martínez 1993: 38) a través de la definición clínica de la transexualidad, de los requisitos diagnósticos, de la obligatoriedad del test de vida real, del conjunto de criterios de idoneidad para la cirugía genitoplástica, de sus expectativas en conseguir el cuerpo más perfectamente sexuado para el sujeto más perfectamente generizado. Éste es el éxito terapéutico que nos da cuenta de cómo el sistema

21. Para la lectura de informes de violencia social sobre las minorías sexuales, incluida la población de transexuales, se puede consultar la web de Amnistía Internacional (<http://web.amnesty.org>). En su sección *Documentación* se incluyen Informes como «Los derechos humanos y la orientación sexual e identidad de género.» Los informes de la FILGA también son una buena fuente de información al respecto. El portal de Carla Antonelli, ([www.carlaantonelli.com](http://www.carlaantonelli.com)), el que ofrece mayores visitas de la comunidad transexual de habla castellana, ofrece numerosos informes sobre la persecución a la que se encuentra sometida la población transexual.

22. Cit. por Greer (2000:33).

biomédico, aunque con la admirable intención de evitar el sufrimiento, vigila el cumplimiento de la norma social que predica e impone la homología entre el sexo biológico y el género.

Espero y deseo que nuevas investigaciones se acerquen al estudio de la transexualidad porque es un fenómeno cuyo análisis puede enseñarnos muchas cosas sobre cómo nos construimos como seres sexuados, un proceso que nos parece tan natural. Cuando defendí mi trabajo de suficiencia investigadora en el año 2004, apostaba por la flexibilidad de los requisitos terapéuticos y la aprobación de una Ley de Identidad de Género que permitiera alcanzar la documentación legal como hombre o como mujer sin necesidad de ningún ritual quirúrgico de transformación (Bolin 1987). Esta Ley de Identidad de Género fue aprobada durante el mes de marzo del año 2007 cuando mi trabajo de campo ya había finalizado. Concluido así el debate sobre la obligatoriedad de la cirugía de reasignación sexual para conseguir ser reconocidos legalmente como hombres o como mujeres, quedan abiertas varias líneas de investigación en relación con el proceso de medicalización de las transgresiones de género: convendría analizar cómo se construye y solidifica entre la población transexual un discurso crítico, cada vez más visible, que cuestiona el poder de la disciplina médica y el papel de sus profesionales como terapeutas sociales; cómo la crítica a la obligatoriedad de la cirugía transgenital se extiende hasta la obligatoriedad de las fases del test de la vida real y de la hormonación, aspectos sobre los que escasamente se ha vertido una reflexión política desde el movimiento asociativo transexual; cómo se resuelve la encrucijada que representa la batalla ya iniciada por el movimiento asociativo transexual con el objetivo de desalojar la transexualidad del catálogo cultural de las enfermedades psiquiátricas; cómo el diseño médico del proceso asistencial estudiado incorpora las críticas vertidas desde las ciencias sociales y desde el movimiento asociativo transexual; cómo se articularán o no en un mismo movimiento asociativo las diferentes experiencias «trans» —tanto las que asumen el modelo clínico como las que se oponen a él— o si, por el contrario, surgirá un movimiento transgenerista autónomo que nos ayude a una reflexión social y política sobre nuestros cuerpos, nuestros géneros y nuestras identidades.

En todo caso, frente a la propuesta de dignificar un espacio terapéutico para tener más y más pacientes y seguir incidiendo en los tratamientos transexualizadores como una cuestión médica ajena a cualquier variable sociocultural, la mirada antropológica fija su atención en la dignificación de esta experiencia inicialmente transgresora como terapéutica que haría innecesaria la dignificación de los espacios asistenciales. La atención antropológica a la población transexual también va a la búsqueda de un tiempo perdido con el compromiso de mostrar la normalidad de unos cuerpos que nacieron en una cultura que los calificó como equivocados y que, por lo tanto, finalmente dispuso todo lo necesario para corregirlos.

## 5. Bibliografía

### ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (1983):

*Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.

### BECERRA-FERNÁNDEZ, A. (2002) (coord.):

*Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

### BENJAMIN, H. (1966):

*The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press.

### BERGERO, T; CANO, G. y cols. (2001):

«Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la unidad de trastornos de identidad de género en Andalucía (Málaga)». *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 27 (4): 263-272.

### BILLINGS, DB; URBAN, T. (1998 [1982]):

«La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica». En J.A. Nieto (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa, 91-122.

### BOLIN, A.:

— «Transsexualism and the limits of traditional analysis». *American Behavior Science*, 31 (1): 41-65. (1987)  
— *In Search of Eve. Transsexual Rites of Passage*. New York: Bergin & Garvey. (1988)

### BOURDIEU, P. (1995):

«Una duda radical». En P. Bourdieu y L.J.D. Wacquant, *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México D.F.: Grijalbo, 177- 184.

### BRIONES, E. (2000):

*Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

### BULLOUGH, VL. (1998 [1975]):

«La transexualidad en la historia». En J.A. Nieto (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, 63-77.

### BURSHATIN, I. (1996):

«Elena alias Eleno. Genders, sexualities, and "race" in the mirror of natural history in sixteenth-century Spain». En S.P. Ramet (ed.), *Gender Reversals and Gender Cultures. Anthropological and Historical Perspectives*. London: Routledge, 105-122.

### BUTLER, J (2001 [1990]):

*El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México D.F.: Paidós.

### CAULDWELL, DO. (1949):

«Psychopathia transexualis», *Sexology*, 16: 274-280.

### CHILAND, C. (1999 [1997]):

*Cambiar de sexo*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva y Asociación Psicoanalítica de Madrid.

### DEKKER, RM; VAN DE POL, L. (2006):

*La doncella quiso ser marinero. Travestismo femenino en Europa (siglos XVII-XVIII)*. Madrid: Siglo XXI.

### DREGER, AD. (2001):

*Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. London: Harvard University Press.

### DURKHEIM, E. (1997 [1895]):

*Las reglas del método sociológico*. Madrid: Akal Universitaria.

### ERIBON, D. (2003).

«Somos raritos, aquí estamos». Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2003/oct03/-031002/ls-teoriaqueer.html>

### FISK, N. (1973):

«Gender dysphoria síndrome (The how, what, and why of a disease)». En D. Laub y P. Gandy (Eds), *Second Interdisciplinary Symposium of Gender Dysphoria Syndrome*. Palo Alto: Stanford University Press, 7-14.

FOUCAULT, M. (1978 [1975]):

*Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.

GARFINKEL, H. (2006 [1967]):

«El tránsito y la gestión del logro de estatus sexual en una persona intersexuada». En *Estudios en Etnometodología*. Barcelona: Antropos: 135-205.

GIRALDO, F. ESTEVA, I. y cols. (2001):

«Grupo de género de Andalucía (Málaga). Experiencia quirúrgica tratando transexuales en la primera y única unidad del sistema público de salud español». *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 27 (4): 281-296.

GREEN, R. (1987):

*The «Sissy Boy Syndrome» and the Development of Homosexuality*. New Haven/London: Yale University Press.

GREER, G. (2000 [1996]):

*La mujer completa*. Barcelona: Kairós.

GUASCH, O. (1993):

«La medicalización del sexo». *Revista ROL de Enfermería*, 179-180: 27-32.

GUILLAUMIN, C. (1992):

*Sexe, race et pratique de pouvoir. L'idée de nature*. Paris: Côté-Femmes Ed.\*

HAMBURGER, C. STURUP, GK; DAHL-IVERSEN, E. (1953):

«Trans-vestism: hormonal, psychiatric and surgical treatment». *Journal of the American Medical Association*, 152: 391.

HAUSMAN, BL. (1998 [1992]):

«En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género». En J. A. Nieto (Comp), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, 193-232.

HIRSCHFELD, M.:

— *The Transvestites: An Investigation of the Erotic Drive to Cross Dress*. New York: Prometheus. (1991 [1910]).

— «Die intersexuelle Konstitution». *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23: 3-27. (1923).

KRAFFT-EBING, R. (von) (1965 [1886]):

*Psychopathia Sexualis: A Medico-Forensic Study*. New York: G. P. Putnam's Sons.

MARTIN, M. K.; VOORHIES, B. (1978 [1975]):

*La mujer: Un enfoque antropológico*. Barcelona: Anagrama.

MATHIEU, NC. (1991 [1982]):

«Identité sexuelle/sexuée/de sexe?». En *L'anatomie politique. Categorizations et ideologies du sexe*. Paris: Côte-femmes editions, 227-266.\*

MEGENS, J. (2003):

«El tratamiento de la transexualidad: el modelo holandés». En A. Becerra-Fernández (dir), *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos, 79-84.

MÉNDEZ, L. (2001):

«Entre la identidad sexual asignada y la vivida: tensiones, conflictos y paradojas». Tomo III. Curso «Identidad sexual y Transexualidad», UIMP, Valencia [comunicación personal].

MENÉNDEZ, EL. (1984):

«Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos». *Nueva Antropología*, 23: 71-102.

NIETO, J. A. (1998):

«Transgénero/Transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo». En J. A. Nieto (Comp), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, 11-37.

PERSON, ES; OVESEY, L.:

— «The Transexual Síndrome in Males. I. Primary Transsexualism». *American Journal of Psychotherapy*, 28: 4-20. (1974a)

— «The Transexual Síndrome in Males. II. Secondary Transsexualism». *American Journal of Psychotherapy*, 28: 174-193. (1974b).

RULLÁN, R. (2004):

«Mujeres transexuales lesbianas». En M. Ayllón (comp.) y cols., *Transexualidad. ... Transgeneridad y Feminismo*. Madrid: Genera-Transexualia-COGAM-Mujeres y Teología de Madrid, 61-80.

SERRANO, A. (1985):

«Una historia política de la verdad». En M. Foucault, *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid: Revolución, 159-181.

SORIGUER, F. (2001):

«La atención a los transexuales en España. A la búsqueda del tiempo perdido». *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 27 (4): 259-262.

STOLLER, R. J.:

— *Sex and Gender* (vol. 1). New York: Science House. (1968)

— *Sex and Gender. The Transsexual Experiment* (vol. 2). The Hogarth Press, London. (1975).

STONE, S. (1991):

«The “empire” strikes back: A post-transsexual manifesto». En K. Straub y J. Epstein (Eds), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*. New York: Routledge, 121-142.

TENA, F. (2005):

«La Transexualidad: debates feministas en torno al género». En R. Andrieu y C. Mozo (coord.), *Antropología Feminista y/o del Género. Legitimidad, poder y usos políticos*. Sevilla: Asociación Andaluza de Antropología, 61-81.

TRIPP, CA (1978 [1975]):

*La cuestión homosexual*. Madrid. EDAF.

URIBE, J. M. (1996):

*Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.

VÁZQUEZ GARCÍA, F. (1999):

«Los límites del discurso “progresista”». *El Viejo Topo*, 135: 35-39.

VIÑUALES, O. (2002):

*Lesbofobia*. Barcelona: Bellaterra.

WEEKS, J. (1993):

*El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.

WESTPHAL, C. (1869):

«Die Konträre Sexualempfindung». *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2: 73-108.

ZUGER, B. (1984):

«Early Effeminate Behavior in Boys. Outcome and Significance for Homosexuality». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172 (2): 90-97.

... 49 50 51 52 53 **54**



## NÚMEROS PUBLICADOS

- 01: Aportaciones para entender el efecto de la inmigración en Andalucía
- 02: Cómo entender el debate de la Financiación Autonómica
- 03: La Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía: contexto e inicio
- 04: Valores democráticos de la II República
- 05: El gasto y el endeudamiento en las familias españolas
- 06: ¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria?
- 07: La brecha digital de Andalucía
- 08: Dependencia en personas mayores en Andalucía
- 09: La política en Andalucía desde una perspectiva de género
- 10: Propuestas para el uso racional del agua en Andalucía
- 11: La Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía: la pro posición parlamentaria
- 12: La evolución del bienestar en Andalucía
- 13: Los andaluces y la Unión Europea
- 14: Aproximación a la Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Junta de Andalucía
- 15: Economía política de los gobiernos locales. Una valoración del funcionamiento de los municipios
- 16: Entrada a la maternidad: efecto de los salarios y la renta sobre la fecundidad
- 17: Elecciones municipales andaluzas de 27 de mayo de 2007: conti nuidades y cambios
- 18: La ciudadanía andaluza hoy
- 19: Comentarios a la Ley para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres
- 20: Preocupaciones sociales sobre la infancia y la adolescencia
- 21: La inversión en formación de los andaluces
- 22: Poder Judicial y reformas estatutarias
- 23: Balance de la desigualdad de género en España. Un sistema de indicadores sociales
- 24: Nuevas Tecnologías y Crecimiento Económico en Andalucía, 1995-2004
- 25: Liderazgo político en Andalucía. Percepción ciudadana y social de los líderes autonómicos
- 26: Conciliación: un reto para los hogares andaluces
- 27: Elecciones 2008 en Andalucía: concentración y continuidad
- 28: La medición del efecto de las externalidades del capital humano en España y Andalucía. 1980-2000
- 29: Protección legislativa del litoral andaluz frente a las especies invasoras: el caso Doñana
- 30: El valor monetario de la salud: estimaciones empíricas
- 31: La educación postobligatoria en España y Andalucía
- 32: La pobreza dual en Andalucía y España
- 33: Jubilación y búsqueda de empleo a edades avanzadas
- 34: El carácter social de la política de vivienda en Andalucía. Aspectos jurídicos
- 35: El camino del éxito: jóvenes en ocupaciones de prestigio
- 36: Mutantes de la narrativa andaluza
- 37: Gobernanza multinivel en Europa. Una aproximación desde el caso andaluz
- 38: Partidos políticos, niveles de gobierno y crecimiento económico regional
- 39: Bilingüismo y Educación. Incidencia de la Red de Centros Bilingües de Andalucía
- 40: Marroquíes en Andalucía. Dinámicas migratorias y condiciones de vida
- 41: Obstáculos y oportunidades. Análisis de la movilidad social intergeneracional en Andalucía
- 42: El vandalismo como fenómeno emergente en las grandes ciudades andaluzas
- 43: Transformando la gestión de recursos humanos en las administraciones públicas
- 44: Valores y conductas medioambientales en España
- 45: ¿Sabemos elegir? Introducción al estudio de la conducta económica de las personas
- 46: Metro ligero e innovación para la movilidad sostenible de las áreas metropolitanas andaluzas
- 47: El papel de las regiones en la actual Unión Europea
- 48: Nuevos enfoques en el diseño de los copagos farmacéuticos
- 49: La inmigración en Andalucía. Un análisis con datos de la Seguridad Social (2007-2008)
- 50: Arte contemporáneo y sociedad en Andalucía
- 51: La creación de una nueva realidad empresarial. El caso de Andalucía
- 52: Nuevos modelos de familia en Andalucía y políticas públicas
- 53: Rasgos básicos del envejecimiento demográfico y las personas mayores en Andalucía
- 54: Género, salud y orden social. El caso del modelo clínico de transexualidad en Andalucía

# DAD



El golpe. Cultura del entorno



Centro de Estudios Andaluces  
**CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA**