

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
Y DE LA EDUCACIÓN

SALUD PSICOLÓGICA Y VARIABLES PERSONALES DE
LAS PERSONAS TRANSEXUALES.

TRABAJO DE GRADO

Realizado por:
Noelia Fernández Rouco

Dirigido por:
Dr. D. Félix López Sánchez
Dr. D. Rodrigo J. Caicedo González

2006

El Dr. D. **FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ**, Catedrático de Psicología de la Sexualidad, del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Salamanca, y el Dr. D. **RODRIGO J. CARCEDO GONZÁLEZ**, Profesor Asociado del Área de Psicología Social, del Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos

CERTIFICAN que:

El presente Trabajo de Grado, **SALUD PSICOLÓGICA Y VARIABLES PERSONALES DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES**, realizada por NOELIA FERNÁNDEZ ROUCO, licenciada en Psicología, se ha desarrollado bajo nuestra dirección y supervisión, y reúne, a nuestro juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor para que la autora pueda optar con ella al Grado de Salamanca.

Y para que así conste, firmamos la presente en Salamanca, a 1 de septiembre de dos mil seis.

Fdo.: Dr. D. Félix López Sánchez.

Fdo.: Dr. D. Rodrigo J.
Carcedo González.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
I. PARTE TEÓRICA.....	13
2.1. Acercamiento a la transexualidad.....	15
2.1.1. Conceptos afines.....	17
2.1.1.1. Definición de sexo.....	18
2.1.1.2. Estudio de la identidad.....	20
2.1.1.2.1. Concepto.....	20
2.1.1.2.2. Estudios sobre la identidad.....	21
2.1.1.2.3. Importancia de la identidad en la adolescencia.....	22
2.1.1.3. Estudio de la identidad de género.....	23
2.1.1.3.1. Conceptos y definiciones afines.....	23
2.1.1.3.1.1. Identidad de género.....	23
2.1.1.3.1.2. Identidad sexual.....	24
2.1.1.3.1.3. Rol de género.....	25
2.1.1.3.2. Teorías sobre identidad de género.....	26
2.1.1.3.2.1. Teoría freudiana.....	26
2.1.1.3.2.2. Teorías del desarrollo cognitivo.....	26
2.1.1.3.2.3. Teorías del aprendizaje social.....	27
2.1.1.3.2.4. Teoría del género.....	28
2.1.1.3.3. Desarrollo identidad de género.....	29
2.1.1.3.4. Importancia de la identidad de género en la adolescencia.....	30
2.1.1.3.5. Estudios de los conflictos de identidad de género en la infancia.....	31
2.1.1.3.6. Valoración de los conflictos de identidad de género en la infancia.....	33
2.1.1.4. Estudio de la transexualidad.....	35
2.1.1.4.1. Definición.....	35
2.1.1.4.2. Reseña histórica.....	35
2.1.1.4.3. Estudios existentes.....	37
2.1.1.4.4. Etiología de la transexualidad.....	38
2.1.1.4.4.1. Investigación biológica.....	38
2.1.1.4.4.2. Investigación psicosocial.....	40
2.1.1.4.5. Transexualidad en la adolescencia.....	41
2.1.1.4.6. Epidemiología.....	42
2.1.1.4.6.1. Prevalencia.....	42
2.1.1.4.6.2. Incidencia.....	43
2.1.1.4.7. Valoración y proceso en adultos.....	44
2.1.1.4.8. Intervención profesional psicológica/psiquiátrica.....	47
2.1.1.4.8.1. Inicio hormonación/quirúrgico.....	48
2.1.1.4.9. Procesos posibles.....	49

2.1.1.4.10. Situación Legal.....	49
2.1.1.4.11. Dificultades y problemas.....	51
2.1.1.4.11.1. Transfobia y autotransfobia.....	51
2.1.1.4.11.2. Matrimonio y maternidad/paternidad.....	51
2.1.1.4.11.3. Suicidio.....	53
2.1.1.4.11.4. Autohormonación.....	53
2.1.1.4.11.5. Estigma.....	53
2.2. Variables Personales y Salud Psicológica de las personas transexuales.....	55
2.2.1. Necesidades humanas.....	58
2.2.1.1. Teorías de las necesidades humanas.....	59
2.2.1.1.1. Jerarquía de Necesidades Humanas de Maslow.....	59
2.2.1.1.2. Teoría de las necesidades fundamentales de Max Neef.....	60
2.2.1.1.3. Teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough.....	64
2.2.1.1.4. Teoría de la Autodeterminación de Ryan y Deci.....	65
2.2.1.1.5. Teoría de las Necesidades Humanas de López.....	66
2.2.2. Salud psicológica.....	68
2.2.2.1. Estudio de la salud psicológica.....	69
2.2.2.1.2. Ansiedad y depresión.....	74
2.2.2.1.2.1. Ansiedad.....	74
2.2.2.1.2.1.2. Teorías sobre la ansiedad.....	75
2.2.2.1.2.2. Depresión.....	76
2.2.2.1.2.2.1. Teorías sobre la depresión.....	77
2.2.2.1.2.3. Comorbilidad entre ansiedad y depresión.....	78
2.2.3. Variables personales y salud psicológica.....	81
2.2.3.1. Autoestima.....	82
2.2.3.1.1. Autoestima y salud psicológica.....	83
2.2.3.1.2. Autoestima en personas transexuales.....	83
2.2.3.2. Autoestima sexual.....	84
2.2.3.2.1. Autoestima sexual y salud psicológica.....	84
2.2.3.2.2. Autoestima sexual en personas transexuales.....	85
2.2.3.3. Imagen corporal.....	85
2.2.3.3.1. Imagen corporal y salud psicológica.....	85
2.2.3.3.2. Imagen corporal en personas transexuales.....	86
2.2.3.4. Estrategias de afrontamiento.....	87
2.2.3.4.1. Estrategias de afrontamiento y salud psicológica.....	87
2.2.3.4.2. Estrategias de afrontamiento en personas transexuales	88
2.2.4. Relación entre las variables a evaluar.....	89
II. ESTUDIO EMPÍRICO.....	93
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	95

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	101
5. METODOLOGÍA.....	105
5.1. Diseño.....	107
5.2. Participantes.....	107
5.3. Variables e instrumentos.....	111
5.4. Procedimiento.....	115
5.5. Análisis estadísticos.....	116
6. RESULTADOS.....	117
6.1. Estado de salud psicológica de las personas transexuales.....	119
6.1.1. Salud psicológica.....	119
6.1.2. Variables personales.....	124
6.2. Variables personales y salud psicológica de las personas transexuales.....	128
6.2.1. Variables personales y ansiedad.....	130
6.2.2. Variables personales y depresión.....	131
6.3. Efecto mediador de la autoestima entre las variables personales y la salud psicológica (ansiedad y depresión) de las personas transexuales.....	133
7. DISCUSIÓN.....	143
7.1. Estado de salud psicológica y de las variables personales de las personas transexuales.....	145
7.1.1. Estado de salud psicológica de las personas transexuales.....	145
7.1.2. Estado de las personas transexuales respecto a las variables personales.....	149
7.2. Variables personales y salud psicológica de las personas transexuales.....	156
7.3. Efecto mediador de la autoestima entre las variables personales y la salud psicológica de las personas transexuales.....	163
7.4. Limitaciones del estudio.....	166
7.5. Futuras líneas de investigación.....	168
7.6. Propuestas de actuación.....	169
8. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.....	173
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	177
10. ANEXOS.....	197

A ti papá, que me has traído hasta aquí...
A ti Rosa, por estar, desde cerca o lejos, por ser y seguir...
A tí Jesús por sentirte en los momentos importantes...
A ti Carlos, por tener la oportunidad de crecer contigo...
A ti mamá, mi fuerza y mi sosiego...

AGRADECIMIENTOS

Me resulta difícil agradecer en un puñado de líneas todo el apoyo mostrado por todos aquellos que habéis estado conmigo, especialmente en este trozo del camino, y me resulta imposible reflejar la cantidad de emociones que me despertáis cada uno de vosotros, así que me basta recordaros a todos aquellos que sabéis que estáis conmigo que esto no es más que una escueta y simple muestra de agradecimiento, pero que expreso desde el lugar de mí al que más aprecio, la esencia de mi emoción.

En primer lugar, mis más sentidas y sinceras gracias al Dr. Félix López Sánchez y al Dr. Rodrigo J. Carcedo González, directores de este trabajo (y espero que de mi futura tesis), al primero por su confianza, su apoyo, espera, respeto, por cada oportunidad y cada gesto, cada mirada de afecto y ternura, y al segundo, por su constancia, su paciencia, dedicación, por estar siempre a mi lado; a ambos, gracias por darme a conocer este apasionante mundo de la investigación, por facilitar mi trabajo y ayudarme a crecer, por su exigencia, por permitirme compartirles, por enriquecer mi existencia con sus cualidades, un gracias se me queda corto.

En segundo lugar, gracias a todas las asociaciones, profesionales, y personas anónimas que han colaborado en este estudio, gracias por hacer de cada entrevista una lección en mi vida. Gracias en especial a la asociación "Así Somos" por abrirme la puerta en mis inicios, a la asociación "El Hombre Transexual", y a la asociación "Aperttura", por su apoyo y dedicación constantes, por abanderar este estudio, gracias a Javier, a Jorge, a Mario, a Alexa, a Abel, a Aitor y Alex, a Marcos, a Maribel, y a tantas y tantas otras personas que me han brindado la oportunidad de crecer profesional y personalmente, gracias a cada uno de vosotros y vosotras que habéis accedido a mostrarme una nueva realidad y que me habéis contagiado el entusiasmo de luchar por ella, y gracias también a todos aquellos y aquellas que no habéis accedido a verme, por hacerme más consciente de las dificultades en las que os encontráis, gracias a todos y todas por vuestras enseñanzas, por todo el crecimiento a vuestro lado. ¡Ánimo chicos y chicas!

Gracias a mis compañeros y, poco a poco amigos, de la facultad, a la Dra. Virginia Ángela Menezes de Lucena, por apoyarme desde el principio, y a todos los demás que fuisteis apareciendo y llenando mi vida de buenos momentos, gracias a Andrés

por tantos lugares comunes, a Paula por su sonrisa cómplice y amiga, a Elena, Alicia, Isa, Eva, Pamela...por estar ahí, gracias a todos por hacer mi marcha un poco más agradable.

Gracias también a mis amigos y amigas, a todos los que por diferentes motivos no han estado en mis días, pero no han dejado de mostrarme su apoyo y su afecto, gracias por ayudarme en mi llegada a esta nueva etapa y por entenderme siempre, gracias.

Gracias a Andrés, por mostrarme una nueva realidad cargada de emociones, por ayudarme a descubrir un nuevo yo, por recordarme la intensidad de la montaña rusa que es la vida.

Gracias a Miguel Fernández, por confiar en mí a ciegas, por facilitarme el trabajo y entregar su persona, porque sin él me hubiese dejado grandes cosas en mi caminar, por permanecer a mi lado ahora que no quiero se aleje de mí.

Gracias a Israel, mis pies cuando no he caminado, el calor en los momentos fríos, el afecto y la incondicionalidad hecha persona, no hay gracias suficientes.

No tengo palabras de agradecimiento a mi familia, supongo que no existen palabras con las que expresar lo que siento por ellos sin que se empequeñezca, pero aunque se quede corto, no puedo sino reflejarlo aquí también de alguna forma. Gracias a ti papá, por confiar en mí y ser paciente, por estar conmigo cuando he caído, y por darme posibilidades para hacer este trabajo, porque sin ti no estaría hoy aquí, y a mis hermanos, Carlos, Jesús y Rosa, por respetar mis espacios, por apoyarme y seguir creciendo juntos, mis logros son vuestros; a todos por hacer que en mi existencia no quepa el término soledad. Y "Gracias" a ti mamá, que tanta fuerza me diste y me das para defender aquello en lo que creo con uñas y dientes, gracias por arroparme desde lejos como si te tuviese a mi lado..., gracias por enseñarme a no vivir a medias.

Por último, un enorme gracias a todos los que me han facilitado el camino, para todos los que han estado en los grandes o pequeños momentos, gracias.

INTRODUCCIÓN

Para el común de la gente, la transexualidad se relaciona con la moda y es producto del desarrollo industrial y económico. Pero, por el contrario, la literatura muestra que desde la antigüedad el ser humano ha mostrado evidencia de conflictos entre su identidad sexual y su sexo biológico.

El estudio de la transexualidad, que se encuentra en un momento de auge debido, entre otras razones, a la reciente aprobación del Anteproyecto de la Ley de Identidad de Género (02-06-06), ha estado presente en la literatura médico-científica tan sólo desde el siglo XIX.

Desde la perspectiva **profesional**, la transexualidad siempre ha sido vista con mucho escepticismo y equívocos, por lo que la atención psico-socio-sanitaria a las personas transexuales sigue siendo un tanto deficitaria (Becerra, 2003). Además, la falta de incorporación de la transexualidad a la red sanitaria pública ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados.

Por otro lado, los profesionales que se ocupan de intervenir con este colectivo no cuentan con una base de conocimiento específico sobre sus necesidades y los factores asociados a su bienestar psicológico, para el desarrollo de programas de ayuda específicos de eficacia contrastada. Por ello, existe una falta de oferta profesional especializada. Se necesita dotar a los profesionales de mayor conocimiento acerca de los factores específicos clave que provocan malestar en esta comunidad, lo que constituiría el punto de partida para un posterior desarrollo de programas de intervención; así, contaríamos con una herramienta eficaz para facilitar su bienestar psicosocial.

Desde un punto de vista **social**, y a pesar de encontrarnos ante un colectivo minoritario -uno de cada 11.000 varones biológicos y una de cada 30.000 mujeres biológicas- (Michel, Mormont y Legros, 2001), existe la necesidad de dar respuesta a la situación de estas personas, cuyas dificultades son máximas, ya que conlleva un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa.

Desde una posición **científica**, queda patente la necesidad de seguir realizando estudios que aborden la temática transexual, ya que nos encontramos ante cierto vacío científico en este tema. La mayoría de los estudios realizados sobre personas transexuales son retrospectivos y se centran en factores endocrinos,

prácticas quirúrgicas de reasignación de sexo y cambios en caracteres sexuales secundarios (Bergero y cols., 2004). Así, no contamos con estudios que evalúen de forma general aspectos personales en relación a su salud psicológica.

En este sentido, y tal y como se ha visto en otras poblaciones, aspectos personales fundamentales para la salud psicológica como el nivel de autoestima (Diener, 1984), el nivel de autoestima sexual (López, 2005), la satisfacción con la imagen corporal (Pruzinsky y Cash, 1990) o la forma en que afrontan su situación (Antonovsky, 1988), pueden relacionarse también con la salud psicológica de las personas transexuales, donde se ha observado un elevado porcentaje de psicopatología y una mortalidad por suicidio mayor que en la población general (Bergero y cols., 2004).

Por todo esto, resulta de especial urgencia evaluar el estado de todos estos aspectos de la persona (además de los interpersonales, no evaluados en este estudio) que tanto pueden influir en su salud psicológica, lo cual haría posible el reconocimiento de aspectos claves para un posterior desarrollo de programas de intervención psicosociales eficaces, que faciliten el bienestar de las personas transexuales.

Con el fin de evaluar dichos aspectos, organizamos nuestro trabajo de acuerdo a dos ámbitos, en primer lugar un desarrollo teórico del estado de la cuestión y, en segundo lugar el desarrollo de nuestra investigación al respecto.

Así, en nuestro desarrollo teórico incluimos dos capítulos. En el primero abordamos la cuestión de la transexualidad y diferentes conceptos centrales de la problemática, como la identidad o la identidad de género, tratando aspectos y dificultades desde la infancia a la edad adulta, lo cual puede guiarnos a la hora de comprender mejor esta situación vital compleja y difícil. En el segundo capítulo llevamos a cabo una revisión de las diferentes teorías que abordan el tema de las necesidades humanas, concretamente aspectos personales, así como el estado de la cuestión respecto a la salud psicológica, tanto en población general como en personas transexuales. Ambos capítulos nos ayudarán a hacernos una idea sobre la difícil circunstancia que viven las personas transexuales, así como la necesidad de investigación e intervención en esta población.

El capítulo tres refleja el planteamiento del problema, llevado a cabo a partir de nuestra revisión teórica. En el capítulo cuatro formulamos una serie de objetivos e hipótesis, que analizaremos a través de una determinada metodología, descrita en el capítulo cinco. El capítulo seis mostrará los resultados obtenidos, discutidos, interpretados y reforzados por algunos testimonios de personas transexuales en el capítulo siete. Asimismo, incluimos en este capítulo las limitaciones de nuestro estudio, los problemas pendientes de estudio y una serie de propuestas de actuación de cara a mejorar el estado de salud psicológica de las personas transexuales. Por último, concluiremos en el capítulo ocho, mostrando la importancia de las variables personales para la salud psicológica de las personas transexuales.

A lo largo del estudio comprobaremos cómo las personas transexuales se encuentran con dificultades para disfrutar de un estado de salud psicológica satisfactorio, así como las variables personales que inciden en mayor medida sobre su bienestar.

I. PARTE TEÓRICA

Capítulo I.

Acercamiento a la transexualidad

2.1. Acercamiento a la transexualidad

Acercarse al estudio de la transexualidad conduce inexorablemente a preguntas como cuáles son los criterios por los que se define a una mujer como mujer o a un varón como varón, y conocer desde dónde se articulan dichos criterios. Hasta el momento se ha tomado la genitalidad como criterio básico de diferenciación (López, 1990), aunque en la actualidad esto se somete a debate, tanto desde las organizaciones y asociaciones de defensa de los derechos de las personas transexuales, como desde algunos sectores profesionales (López, 2005), entendiendo el sexo psicológico, es decir, aquel con el que la persona se identifica, como el criterio fundamental en la diferenciación varón-mujer (Stoller, 1968).

2.1.1. Conceptos afines

Por este motivo, es necesario revisar previamente algunos conceptos base como el concepto de sexo, identidad y género, fundamentalmente porque la transexualidad se aborda desde la Psicología y la Psiquiatría como un desorden de identidad sexual, pero también porque cuestiona las concepciones actuales sobre estos conceptos.

Así, introducimos nuestro estudio dejando de manifiesto que los límites conceptuales son confusos en numerosas ocasiones y de consenso difícil, y mostrando nuestra visión sobre aspectos fundamentales de la transexualidad (ver Tabla 1).

Tabla 1. Definiciones asumidas en este estudio sobre conceptos centrales de la transexualidad

Sexo	Cromosómico	Unión de un gameto femenino y un gameto masculino (Becerra, 2003)
	Gonadal	Las glándulas sexuales del organismo encargadas de las secreciones sexuales -estrógenos o andrógenos- (Becerra, 2003)
	Fenotípico/Genital	Diferenciación de los genitales -externos e internos- (Becerra, 2003)
	Cerebral	Diferenciación del cerebro -identidad sexual- (Becerra, 2003)
	Psicológico	Sexo con el que la persona se identifica (Zhou y cols.,

	1995)
Social	Sexo adquirido a través de comportamientos y actitudes atribuidas socioculturalmente a varones y mujeres (Zhou y cols., 1995)
Legal	Sexo designado jurídicamente en función del sexo biológico (Zhou y cols., 1995)
Identidad	Conciencia de uno mismo, de su lugar en el mundo y en relación a los demás, fruto de un proceso de construcción (Butler, 1993; Grotevant, 1998; McAdams, 1995)
Identidad sexual	Toma de conciencia de la propia imagen corporal, de su sexo biológico o morfológico, la percepción de cada sexo como determinado (Maccoby, 1990)
Identidad de género	Cinco componentes importantes conforman este concepto: asociación de conocimientos -en una categoría de género-, tipicidad de género - semejanza percibida con los otros del propio género-, satisfacción de género -satisfacción de uno mismo con su género-, la presión para la conformidad con el género -sentir la presión de padres, compañeros y la de uno mismo para ajustarse a los estereotipos de género- y el prejuicio intergrupar -la creencia de que el propio género es superior al otro- (Egan y Perry, 2001)
Rol de género	Conformidad para ajustarse a los estereotipos de género (Egan y Perry, 2001)

2.1.1.1. Definición de sexo

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, el término sexo (del latín *sexus*) se refiere a la condición orgánica, masculina o femenina, de animales y plantas, y el conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo.

Cuando hablamos de sexo, en tanto que condición orgánica, es necesario acudir al proceso de diferenciación sexual para hablar con propiedad del término en sus diferentes acepciones.

La diferenciación sexual, (secuencial en mamíferos), se inicia con la unión de un gameto femenino y un gameto masculino, lo cual determina el *sexo cromosómico*. Los cromosomas cuentan con la información necesaria para decidir cuál será el *sexo gonadal*, es decir, cuáles serán las glándulas sexuales del organismo encargadas de las secreciones sexuales -estrógenos o

andrógenos-, las cuales aludirían al. Las secreciones sexuales actúan sobre las diferentes estructuras fetales indiferenciadas, dando lugar al *sexo fenotípico o genital*, a la diferenciación de los genitales -externos e internos-, y del cerebro o *sexo cerebral -identidad sexual-* (Becerra, 2003).

En el proceso de diferenciación sexual, habitualmente coinciden el sexo cromosómico, el gonadal, el fenotípico y la identidad sexual. Pero cuando existe alguna alteración en un momento dado del proceso de diferenciación sexual, el proceso será diferente, y estará manifiesto a lo largo de todo el desarrollo del individuo (Becerra, 2003).

Es indudable que el proceso de diferenciación sexual conduce, junto a otros factores, a un comportamiento humano general diferente entre varones y mujeres. Estas diferencias tienen su base en el dimorfismo sexual de la estructura morfo-funcional del sistema nervioso central, que parece estar alterada en las personas transexuales (Zhou, Hofman. Gooren y Swaab, 1995).

Cuando hablamos del proceso de diferenciación sexual estamos hablando del sexo biológico, pero lo cierto es que cuando nos referimos al ser humano, como ser humano consciente y social, hemos de tener en cuenta otros tipos de sexo inherentes también a él, como todos los correlatos del *sexo psicológico*, con el cual el individuo se identifica (determinado por su identidad sexual), el *sexo social*, que se adquiere a través de comportamientos y actitudes atribuidas socioculturalmente a varones y mujeres, y el *sexo legal*, designado jurídicamente en función del sexo biológico. Habitualmente, en la mayoría de las personas todos coinciden, pero cuando se produce una alteración en el proceso de diferenciación sexual (como ya hemos indicado más arriba), se desencadenan dificultades de inadecuación entre los diferentes aspectos del sexo en seres humanos (Zhou y cols., 1995).

Por ello, en el estudio del comportamiento sexualmente dimórfico del ser humano, hemos de tener en cuenta el estudio de las siguientes categorías: la identidad de género, es decir, la identificación de uno mismo como varón o como mujer; la conducta de género, aspectos de la conducta diferentes en varones y mujeres en función del momento histórico y cultural; y la orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual), que determina la elección del compañero sexual. Es importante tener en cuenta estas tres categorías ya que

habitualmente en la literatura no ha existido una delimitación clara entre ellas (Becerra, 2003).

2.1.1.2. Estudio de la identidad

A continuación haremos un pequeño recorrido por lo que ha sido hasta el momento el estudio de la identidad, concepto que da consistencia y estructura interna al ser humano.

2.1.1.2.1. Concepto

Centrarse en la realidad psicológica de una persona supone acudir a su *yo*, su identidad personal, elemento intransferible de la realidad psicológica de cada persona, su propia definición (Palacios, 2005).

Podemos entender la identidad como la parte del concepto de uno mismo que facilita a la persona integrar su yo personal y social, una imagen de afirmación de ese *yo*, puesto que la identidad permite al sujeto tomar conciencia de sí mismo, de su lugar en el mundo y en relación a los demás, es fruto de un proceso de construcción (Butler, 1993; Grotevant, 1998; McAdams, 1995).

Como indica Badillo (1998), *"cada individuo va construyendo su biografía, a lo largo del ciclo vital. Conforme va discurrendo su secuencia biográfica, ya no es "lo mismo", pero sigue siendo "él mismo". Esta identidad que permanece, vertebrada su ciclo vital"*. En ese sentido, los procesos identitarios son nucleares en el desarrollo humano a lo largo de toda la vida, y la presencia del otro va a ser fundamental en ese proceso.

La identidad es el conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracteriza frente a los demás. Si este concepto lo aplicamos a la persona, la identidad es la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás (Lewis, 1995).

La identidad es síntesis de la historicidad del sujeto y, como tal, es una experiencia de la subjetividad. La subjetividad se encuentra en el cuerpo vivido, y es producto del desarrollo de la persona como diversidad y síntesis bio-psico-socio-cultural (Lewis, 1995).

La identidad personal sufre transformaciones asociadas a las circunstancias vitales que producen experiencias subjetivas diferenciadas (Deaux, Reid, Mizrahi y Ethier, 1995; Frable, 1997; Sampson, 1993).

Por otro lado, la identidad del yo se gesta en el proceso de socialización, en el cual el cuerpo es un elemento básico para dar consistencia y continuidad a las experiencias y, posteriormente, un proceso de progresiva diferenciación e individuación que le permite establecer una creciente independencia frente a los sistemas sociales a la hora de legitimar e integrar sus actos en una biografía coherente (Benhabib, 1995; Woodward, 1997).

2.1.1.2.2. Estudios sobre la identidad

Existe en psicología gran tradición en el estudio de la identidad personal. Así, desde sus inicios, muchos han sido los estudiosos que han abordado el tema, como James (1890), que abordó este concepto desde la psicología cognitiva, distinguiendo el *yo* del *mi*, o Cooley (1902), Goffman (1959), Mead (1934), o Baldwin (1955), para quienes la identidad es fundamentalmente una construcción social.

Es importante citar a Freud (1901), para quien la identidad personal resuelve los conflictos entre el deseo interno y las influencias externas de Vigotsky (1979), para quien la individualidad se gesta a través de las relaciones con los otros, o de Piaget (1964), que entiende la identidad personal como el dar sentido a los objetos y fenómenos de su entorno.

Desde una perspectiva evolutiva, el interés por el *yo* se ha centrado en dos cuestiones fundamentales: la conciencia del yo por un lado -autoconcepto- y la valoración del sujeto de sus características personales -autoestima- (Palacios, 2005).

Desde el momento del nacimiento, el sujeto desarrolla conciencia de sí mismo, gracias a su interacción con el entorno. El progresivo desarrollo de la interacción con el entorno junto al desarrollo cognitivo dará lugar a un modelo de sí mismo más elaborado y a una conciencia del yo que se va modificando y haciéndose más compleja durante el desarrollo hasta la adolescencia, y aunque nuestra identidad personal sufre modificaciones a lo largo de todo el ciclo vital, al final

de la segunda década contamos ya con una visión muy compleja y elaborada de nosotros mismos (López, 2005).

2.1.1.2.3. Importancia de la identidad en la adolescencia

Los procesos identitarios son nucleares en el desarrollo a lo largo de la vida, pero es en la adolescencia cuando tiene lugar una vivencia más aguda de las dificultades ligadas a la búsqueda de identidad (Kroger, 1996).

En términos generales, esa búsqueda de identidad adolescente plantea necesariamente una reorganización de la imagen corporal (Coleman, 1980; Marquez y Phillippi, 1995), a raíz de los cambios fisiológicos que experimenta el sujeto en la pubertad, y que se unen a una creciente necesidad de des-identificación con respecto a los referentes normativos parentales (Coleman, 1980). La cultura del grupo de iguales adquiere una especial relevancia como referente y como fuente eficaz de recursos para enfrentar los problemas comunes en esta etapa vital, facilitando el progresivo desarrollo de los sujetos (Coleman, 1980).

Para Aguirre (1998), la tarea principal de la adolescencia es encontrar la identidad en el marco de las exigencias culturales de la propia comunidad, sus criterios y condiciones, por lo que el autoconcepto y la vivencia de lo masculino y lo femenino, así como el aprendizaje de los roles que mejor van a caracterizar al sujeto, se construyen desde sus referentes sociales y de grupo.

La adolescencia es un momento vital en el que se integra y valora pasado, presente y futuro, es decir, momento vital para la formación de la identidad (Ericsson, 1950). De este modo, se pueden encontrar adolescentes con autoconceptos similares pero identidades muy diferentes y con muy diferentes formas (Marcia, 1966). Esas formas de identidad existen en base a dos criterios fundamentales: la existencia de un periodo de búsqueda y crisis, y el grado de compromiso con unos valores determinados, una ideología y un proyecto de futuro profesional. La relación entre ambos criterios dará lugar a diferentes estilos de identidad (ver Tabla 2), y dependerá de diversos factores como el momento de la adolescencia, los estilos de relación y vinculación familiar, las condiciones de vida o el momento y contexto sociocultural (Palacios, 2005).

Tabla 2. *Niveles y estilos de definición de la identidad en la adolescencia.* (Tomado de Palacios. 2005, pp. 238).

			Crisis y búsqueda (actual o pasada)	
			Sí	No
Compromiso con valores, ideología, profesión	Si	Identidad lograda (madurada)	Identidad hipotecada (preestablecida)	
	No	Identidad en moratoria (explorando)	Identidad difusa (dispersa)	

2.1.1.3. Estudio de la identidad de género

Inexorablemente unido al desarrollo de la identidad personal está la pertenencia al grupo de varones o mujeres (niños o niñas). A continuación nos ocuparemos de resumir y delimitar lo que se ha hecho hasta el momento sobre este concepto y sobre los ámbitos relevantes relativos a él.

2.1.1.3.1. Conceptos y definiciones afines

Como ya hemos mencionado anteriormente, el concepto de identidad de género se ha usado desde su aparición para aludir a diferentes cuestiones. Por ello, delimitamos algunos de los aspectos englobados en este concepto que consideramos relevantes en el estudio de la transexualidad.

2.1.1.3.1.1. Identidad de género

El concepto de identidad de género es central desde muchas perspectivas teóricas del desarrollo psicosocial y la salud mental (Bem, 1993; Maccoby, 1998), aunque ha sido definido de diferentes formas.

La identidad de género o identidad sexual es la afinidad, unidad y persistencia de la identidad de uno mismo como hombre o mujer, en mayor o menor grado, ya que es experimentada en la conciencia y la conducta (Gooren, 1990). Se va desarrollando de forma gradual influida por múltiples factores que actúan en el

desarrollo, aunque suele estar establecida al final de la primera infancia (3-4 años).

Kagan (1964) define la identidad de género como el grado en el que se percibe que la identidad se ajusta a los estereotipos culturales de un género determinado; para Kohlberg (1966), la identidad de género es la certeza de uno mismo de que pertenece a un género y no al otro; Bem (1981), describe la identidad de género como el grado en el que uno internaliza las presiones sociales de conformidad con uno de los géneros; Green (1974), Spence (1985), y Zucker (1993) hablan de la identidad de género como el sentido fundamental de aceptación y pertenencia a un género.

Más actualmente, Egan y Perry (2001) proponen una perspectiva pluridimensional sobre la identidad de género. Estos autores sugieren que todas las conceptualizaciones anteriores sobre la identidad de género son útiles, pero que diferentes aspectos de esta identidad afectan a diferentes funciones psicológicas, siguen diferentes trayectorias de desarrollo y afectan al ajuste psicológico de diferentes formas. Para estos autores, la identidad de género está compuesta por cinco componentes importantes: asociación de conocimientos (en una categoría de género), tipicidad de género (semejanza percibida con los otros del propio género), satisfacción de género (satisfacción de uno mismo con su género), la presión para la conformidad con el género (sentir la presión de padres, compañeros y la de uno mismo para ajustarse a los estereotipos de género) y el prejuicio intergrupal (la creencia de que el propio género es superior al otro).

2.1.1.3.1.2. Identidad sexual

El concepto de identidad sexual hace referencia a la toma de conciencia de la propia imagen corporal, de su sexo biológico o morfológico, la percepción de cada sexo como determinado (Maccoby, 1998).

En la mayoría de las ocasiones la identidad sexual se corresponde con el sexo asignado, sin embargo, las personas transexuales cuando toman conciencia de su propia imagen corporal, de su identidad sexual, parece ser el inicio del conflicto, al percibir que su imagen corporal no es acorde con quienes son; si bien es verdad que el conflicto incrementará su intensidad a lo largo del

desarrollo por las implicaciones del proceso de socialización, hasta la adolescencia, momento de especial relevancia vital en el ser humano, también en lo relativo a la identidad de género (López, 2005).

2.1.1.3.1.3. Rol de género

No podemos hablar de identidad de género de una forma uniconceptual, sino que en el comportamiento sexualmente dimórfico del ser humano hemos de diferenciar entre identidad de género y comportamiento o rol de género. Mientras la primera hemos dejado claro que alude a la conciencia propia e inmutable de pertenecer a un género u otro (varón o mujer), la segunda se refiere a la asunción y manifestación de lo que se siente en base a unas normas socioculturales (López, 2005).

El rol de género incluye una serie de conductas y actitudes que, en cada momento y contexto sociocultural, delimitan el contexto de la masculinidad y la feminidad, adquiridas a través del proceso de socialización (Martínez, 2005).

El rol de género se manifiesta en aspectos comportamentales compatibles con las definiciones culturales de masculinidad y feminidad hacia los 5 años (López, 2005). Hasta esta edad, este rol de género se manifiesta de forma estereotipada y, aunque poco a poco a partir de ese momento se hace más flexible, habitualmente los niños muestran preferencia por las actividades típicas de su sexo biológico (Serbin, Powlishta y Gulko, 1993), excluyendo a aquellos que se alejan de la norma (Zucker, Wilson-Smith, Kurita y Stern, 1995).

No obstante, desde el nacimiento, el contexto sociofamiliar tiene deseos y expectativas sobre nosotros como varones y mujeres en función de nuestro sexo biológico, es decir, de acuerdo a los estereotipos de género existentes en ese contexto (López, 2005).

De este modo, los estereotipos de género son generalizaciones establecidas socialmente en función del sexo biológico que exageran las diferencias reales de los grupos y que justifican la distribución de los sexos en roles sociales. Los estereotipos incluyen no sólo actividades, también rasgos, intereses, etc. (Martínez, 2005).

En este sentido, podemos pensar que las personas transexuales se encuentran en una situación de conflicto ante la imposibilidad de cumplir el estereotipo asociado a su sexo biológico, con la certeza de construir su identidad de género opuesta a su sexo biológico.

2.1.1.3.2. Teorías sobre identidad sexual

En la construcción de la identidad de género, nos encontramos con tres grandes teorías que tratan de analizar dicho proceso de construcción. La teoría freudiana, las teorías del desarrollo cognitivo, y las teorías del aprendizaje social.

2.1.1.3.2.1. Teoría freudiana

Freud (1901), trató de explicar el funcionamiento de la psique humana partiendo de la naturaleza sexuada de las personas, articulando su teoría en función de las diferencias orgánicas sexuales entre varones y mujeres. Desde esta teoría, el desarrollo psicosexual de varones y mujeres no es simétrico, siendo el "objeto fálico", el motivo principal de esta diferencia.

Para los defensores de esta perspectiva, esta diferencia marca los diferentes caminos que siguen socialmente varones y mujeres, que tratan de defender su posición y sus características diferenciales de género en el escenario social, tratando de no salir perjudicados con la diferente consideración de sus características (Money, 1968).

No obstante, Freud reconoce la influencia del contexto social en el psiquismo, acudiendo a una disposición bisexual humana, a partir de la que se interioriza fundamentalmente una de las dos categorías: masculinidad o feminidad.

2.1.1.3.2.2. Teorías del desarrollo cognitivo

Las teorías del desarrollo cognitivo atienden a la interacción entre procesos psicológicos y la influencia sociocultural como factores que intervienen en la construcción de la identidad de género.

En sus inicios destacó Kohlberg (1966) que parte de una perspectiva genética para referirse y explicar el rol sexual. Para él, el desarrollo evolutivo se produce por el equilibrio de periodos de estabilidad y crisis, en el que la elaboración

cognitiva facilita la internalización de las normas socioculturales, también en relación a la construcción de la identidad de género.

Desde planteamientos cognitivos recientes, se han estudiado los efectos que produce la tipificación social del género, al facilitar la formación de esquemas cognitivos que guían la percepción e interpretación de la experiencia y la realidad en que vive una persona (Bem, 1993; Spence, 1993). Desde esta perspectiva, el sujeto desarrolla toda una pluralidad de "selves" que se unen en un proceso de formación de la identidad que atraviesa continuas redefiniciones y reajustes a lo largo de la vida (Fernández, 1998; Markus, Crane, Bernstein y Siladi, 1982).

2.1.1.3.2.3. Teorías del aprendizaje social

Desde esta perspectiva, la pertenencia a un género u otro se considera un resultado del escenario social en el que se encuentra la persona a lo largo de su desarrollo. Así, las diferencias varón-mujer en la forma de comportarse, sentir y pensar se adquieren de acuerdo a dicho contexto sociocultural en función de su sexo, con lo que han de reconocer su sexo para discriminar las conductas propias de dicho sexo (Bandura, 1989; Mischel, 1970).

No obstante, más actualmente se insiste en que las expectativas y normas sociales existentes sobre las diferencias de género determinan la construcción de género de las personas en base a dichos criterios, puesto que en contextos no tan estereotipados en cuanto al género y donde estas diferencias no tienen relevancia, las diferencias individuales son mayores (Beauvoir, Wittg y Foucault, 1996; Lott y Maluso, 1993).

Así, las teorías sobre la formación de la identidad de género (teorías psicoanalítica, sociocognitiva y del aprendizaje social) inciden en mecanismos que facilitan la adquisición de papeles sociales, básicamente a partir de una internalización de la cultura parental en forma de norma social, en torno a la cual se articula el desarrollo infantil. Todas estas teorías no cuestionan la dicotomía psicosocial de género, sino que justifican las diferencias (Martinez, 2005).

Estas teorías darán lugar a la *teoría del género* como construcción social, por oposición a la consideración de género como característica fundamentalmente biológica.

2.1.1.3.2.4. Teoría del género

La teoría del género parte de que la diferencia varón–mujer no se produce de forma fundamental por cuestiones naturales o biológicas. Analiza las creencias culturales al respecto de esta diferenciación, como que existen sólo dos sexos, que el sexo es un hecho exclusivamente biológico, en el que no intervienen las creencias personales sobre el sexo, que permanece inalterable y no cambia, y que el sexo genital es el que realmente define el sexo de una persona (Kessler y McKenna, 1978).

Desde esta teoría, las características biológicas son legítimas del cuerpo, pero no definen como varón o mujer, sino que esta definición es una construcción social que varía de un momento histórico a otro y de una cultura a otra.

En 1978 y en 1999, estos mismos autores evaluaron cuál era el significado del término sexo y cómo conocer el sexo de una persona en una muestra universitaria. Veinticinco años después persistía la dicotomía varón-mujer, y aunque con frecuencia consideraban el sexo como un complejo en el que los genitales no determinan en sí mismos la pertenencia a uno u otro sexo, sí que los consideraban esenciales para definir dicha pertenencia.

Así, aunque las respuestas reflejaron la posibilidad de no ser tan importante categorizar a las personas por el sexo, la mayor parte de la muestra manifestó sentirse incómoda si no conocen el sexo real de las personas en su vida diaria.

Desde esta perspectiva teórica, cabe hablar de transgénero, es decir, personas que, sintiéndose pertenecientes al sexo contrario a su sexo biológico, pueden sentirse cómodas con aspectos físicos de ambos sexos, sin necesidad de terminar el proceso médico estándar de reasignación sexual (Feinberg, 2001).

Por lo tanto, las diferencias en 25 años se traducen sólo en un pequeño grado de mayor flexibilidad a la hora de aceptar diferentes situaciones, como la que acabamos de mencionar, mientras que en los años setenta una persona

transexual aparecía como un fenómeno revolucionario, hoy ocurre lo mismo con personas a las que se define como transgénero.

2.1.1.3.3. Desarrollo identidad de género

Desde el momento del nacimiento existen expectativas, atribuciones y estereotipos (en base siempre al sexo fenotípico y genital) que en la mayoría de los casos se cumplirán en el proceso de desarrollo.

Se dice que un niño ha adquirido su *identidad de género* cuando es capaz de reconocerse a sí mismo como perteneciente a un género u otro y también capaz de etiquetar el género de los demás correctamente. Parece que esto ocurre sobre los dos años y medio (López, 1988), momento en el cual parece que las claves para identificar a otro como niño o niña son características como la longitud del pelo y el tipo de ropa (Palacios, 2005).

Cuando se encuentran en edad preescolar, los niños desarrollan la *estabilidad del género*, la cual basan en la forma de vestir, actuar, etc. En la escuela primaria aparece la *constancia del género*, la no modificabilidad del género, con independencia de cómo se vistan, actúen, etc. (Palacios, 2005).

Así, el desarrollo de la identidad de género se produce a lo largo del desarrollo en base al desarrollo cognitivo de la persona y también a la forma de expresarse y actuar socialmente. Además, existe socialmente la asociación entre genitalidad y género, es decir, a medida que los niños son conscientes de las diferencias anatómicas entre el varón y la mujer, establecen dichas características como elemento distintivo entre varones y mujeres. Así, el desarrollo cognitivo no es el único factor asociado al desarrollo de la identidad de género (Ruble y Martin, 1998).

En el caso de las personas transexuales, reconocen en sí mismas a qué género pertenecen y se expresan generalmente de forma coherente al género con el que se identifican, aunque generalmente con dificultades para vestirse y dejarse el pelo como desean, puesto que la presión familiar y social no favorecen esta situación. Este mismo hecho podría facilitar su situación al poder expresarse así con otros niños para quienes estas claves son importantes, pero es con el

proceso de desarrollo cuando aumentan las dificultades al ser más evidente esta dicotomía unida a la mayor la presión social.

2.1.1.3.4. Importancia de la identidad de género en la adolescencia

Si la construcción de la identidad resulta de vital importancia en la adolescencia, igualmente resulta vital el desarrollo de la identidad de género y sexual, la cual no podemos desligar de los procesos biopsicosociales que ocurren durante la adolescencia. Los cambios corporales que se producen en esta época sin duda tendrán mucho que ver en la afirmación de dicha identidad, tanto por los cambios en sí, como por los cambios asociados; así, experimentan nuevas sensaciones, conductas, etc., en ellos mismos y en quienes les rodean (Richards y cols., citado en Fuertes, 1997) Acorde con esto, se encuentra la fuerte presión que sufren los adolescentes por resultar atractivos a los otros, de acuerdo a estereotipos sociales en los que han de ubicarse.

No responder a dichos estereotipos afecta de manera negativa con su imagen corporal, la cual se relaciona a su vez con una menor autoestima. No obstante, además de la apariencia, esta imagen depende, de la interpretación del propio sujeto (Downs, 1990, citado en Fuertes, 1997).

Así, desde nuestro punto de vista, la adolescencia es un período de muchas dificultades para las personas transexuales, generalmente por no acomodarse a los estereotipos existentes de lo masculino y lo femenino acorde a su biología, aunque sí se ajusten mejor a los estereotipos de género si la atención se centra en su identidad y su sexo psicológico.

Opinamos que, durante la adolescencia, las personas transexuales se encuentran frente a una doble presión: la presión ante los cambios corporales que les generan un intenso rechazo y malestar, y la presión socio familiar por no desear acomodarse al estereotipo de su sexo biológico.

A continuación, mostramos los estudios que provienen de los diferentes estudios de investigación realizados en la infancia sobre esta temática.

2.1.1.3.5. Estudios sobre los conflictos de identidad de género en la infancia

La disonancia entre la identidad sexual y las características físicas en una persona, y el malestar asociado a esa disonancia existe desde la infancia. Diversos estudios se han centrado en investigar diversas cuestiones a este respecto.

Gran parte del debate en torno a los conflictos de identidad de género en la infancia se centró en su día en la relación existente desde algunos estudios entre dicha problemática en la infancia y una orientación del deseo homosexual en la vida adulta, tanto desde estudios con niños que cumplían criterios para el denominado desorden de identidad de género en la infancia (Green, 1987), como desde estudios retrospectivos con varones y mujeres homosexuales (Zucker y Bradley, 1995); sin embargo, la investigación longitudinal refleja la imposibilidad de establecer relación entre los conflictos de identidad de género en la infancia y homosexualidad (Zuger, 1988).

Algunos estudios se han centrado en la relación de los niños con conflictos de género y sus progenitores. Así, afirman la existencia de un estilo de apego inseguro con las madres (Birkenfeld, citado en Zucker y cols., 1997), ansiedad por separación (Zucker y cols., 1997), relación distante, negativa o conflictiva de los hijos con el padre (Sherman, 1985; Stoller, 1975, citados en Zucker y Bradley, 1995), y/o una historia de abuso sexual o miedo a la agresión sexual por parte de los padres (Devor, 1994). Por el contrario, no existen estudios sobre las percepciones de los niños con conflictos de género sobre las respuestas y cuidados de sus padres o tutores (Bradley, Zucker y Kenneth, 1997).

Por otra parte, existen estudios centrados en la psicopatología posible de los progenitores. Según estos estudios, se manifiestan niveles altos de depresión y trastorno límite de la personalidad en las madres (Marantz y Coates, 1991; y Bradley, Zucker y Kenneth, 1997), y altos niveles de depresión y abuso de drogas en los padres (Wolfe, 1990, citado en Zucker y Bradley, 1995).

Tanto Bradley, Zucker y Kenneth (1995), como Coates (1992) han propuesto modelos dinámicos para entender el desarrollo de los conflictos de género. Proponen factores generales que hacen al niño/a vulnerable ante su identidad.

Estos factores generales van desde la reactividad constitucional al estrés, dificultades en el apego que incrementan la inseguridad del niño/a y factores familiares y situacionales que incrementan el grado de ansiedad.

Los factores específicos que facilitarían el desarrollo de un conflicto de identidad sexual serían factores dinámicos de los padres, que toleran la expresión libre de sus hijos con conflictos de género. Esta libertad facilita el desarrollo de un conflicto de identidad de género como función defensiva ante la ambigüedad educativa de los padres. No obstante, este tipo estudios y posiciones no han sido objeto de validación empírica.

No existen hasta el momento intervenciones terapéuticas sistemáticas ni una evaluación controlada de dichas intervenciones en los conflictos de identidad de género, pero algunos estudios informan de que dichas intervenciones en niños y padres disminuyen el grado del conflicto de identidad de género, especialmente cuando en la intervención participan ambos (Zucker, 1985).

En un inicio, se planteó la intervención conductual como la alternativa de intervención para los conflictos de identidad de género (Rekers, 1977). Desde los enfoques eclécticos el objetivo ha sido el apoyo a la familia para reforzar la identidad acorde al sexo biológico del niño (Green, 1974, 1987).

Por otro lado, Coates (1992), defendía la intervención de orientación analítica, primando la familia, mientras para Bradley, Zucker y Kenneth, (1997) es fundamental combinar la intervención familiar con la intervención con los niños.

Por otro lado, Pleak y Anderson (citado en Zucker y Bradley, 1995), añaden también la importancia de intervención grupal para padres, lo cual reduce el estigma y el aislamiento social de los padres.

No obstante, es necesario tener en cuenta que se ha podido ver que las intervenciones centradas en la remisión del conflicto pueden ocasionar daño psicológico a los niños con conflictos de género que dificulten su desarrollo psicosocioemocional (Yunger, Carver y Perry, 2004).

Desde nuestro punto de vista, no ha de olvidarse que acercarnos a este tipo de teorías psicosociales y de intervención centrada en la remisión del conflicto nos

pueden llevar, por un lado, a la culpabilización de los progenitores y educadores y, por otro, de los propios niños. Si bien el contexto social es fundamental en esta problemática en la infancia, en parte debido a las exigencias sociales que no cumplen (Cohen – Kettenis y cols., 2003).

2.1.1.3.6. Valoración de los conflictos de identidad de género en la infancia

La valoración en la infancia del desorden de identidad sexual se realiza en base a los criterios específicos para la infancia (ver Tabla 3) del manual internacional DMS-IV-TR (APA, 2001, pp. 651)

Tabla 3. Criterios internacionales de valoración de conflictos de identidad de género en la infancia (Tomado de APA, 2001, pp. 651)

<p>A - Identificación acusada y persistente con el otro sexo.</p> <p>En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deseo repetido de ser, o insistencia en que uno es del otro sexo;2. En los niños, preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina;3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo;4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo;5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo. <p>B - Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento inadecuado con su rol.</p> <p>En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: sentimiento de que el pene y los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propias de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimiento de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener menstruación o aversión acentuada hacia la ropa femenina.</p>

C - La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D - La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es importante reseñar que esta valoración del conflicto ha de tener en cuenta que el malestar no se circunscribe exclusivamente al malestar con el rol acorde al sexo biológico o a la atracción por el rol del sexo contrario al biológico (Zucker, 1992).

No contamos con estudios fiables que aborden el tema del pronóstico de los conflictos de género en la infancia, tan sólo estudios parciales difícilmente generalizables, aunque parece que sólo una parte de estos niños afirmarán sentirse pertenecientes al sexo contrario al biológico en la adolescencia o la edad adulta y solicitarán someterse al proceso de reasignación sexual (Green, 1987).

Asimismo, no existen datos acerca de la prevalencia de los conflictos de género en la infancia, con los que afirmar el alcance de estos conflictos ni su correlación fiable con la transexualidad (Cohen-Kettenis y Gooren, 1997).

No obstante, consideramos que ha de continuar la investigación en lo referente a la valoración de los conflictos de género en la infancia, con el fin de establecer criterios acordes a la realidad y diversidad de dichos conflictos.

A continuación una cita que expresa las particularidades de la infancia y las injusticias presentes en ocasiones por el trato de los adultos que impiden al niño expresarse como es:

“La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir;
nada hay más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras”

Jean Jacques Rousseau

2.1.1.4. Estudio de la transexualidad

Como ya hemos mencionado, el desarrollo biológico y psicológico de las personas en cuestión del género no plantea dificultades en la mayoría de las ocasiones, pero cuando se produce conflicto entre el desarrollo de la identidad de género y las características físicas de una persona, nos encontramos con el fenómeno de la transexualidad, lo que los manuales de salud mental reconocen como desorden de identidad de género (APA, 2001).

Desde luego, la construcción de la identidad de género del sexo opuesto al biológico causa a la persona transexual un conflicto y un malestar que le afectará en mayor o menor medida en su vida, si bien es verdad que desde nuestra perspectiva la transexualidad no ha de considerarse un trastorno en sí mismo.

2.1.1.4.1. Definición

La transexualidad puede definirse como una forma extrema de disforia de género. En la transexualidad, la identidad/rol de género de un sexo coexiste, en una misma persona, con las características primarias y secundarias del otro sexo; así un hombre transexual es una persona que se siente, piensa y actúa como hombre aunque su sexo biológico es femenino, y una mujer transexual es una persona que se siente, piensa y actúa como mujer aunque su sexo biológico es masculino (Bordón y García, 2001).

2.1.1.4.2. Reseña histórica

La transexualidad apareció por primera vez en la literatura científica en 1853, cuando Frankel describió el caso de Srefakind Blank, cuyo cuerpo examinó *post mortem*. Años más tarde, Krafft-Ebing (1894) describió algunos casos, pero fue Hirschfeld (1925) quien utilizó por primera vez el término "transvestismo" (para denominar a las personas transexuales) y lo diferenció de la homosexualidad (Hoenig y Kenna, 1974).

Poco después, Ellis (1936) propuso como término para denominar a las personas transexuales el término *invertidos sexoestésicos* o *eonistas*, en referencia al caballero Eon, que vivió la mitad de su vida como mujer.

Así, desde que se inició el estudio de la transexualidad, se han usado diferentes términos y definiciones para tratar de reflejar las características de la transexualidad, siendo Cauldwell (1949), el primero en utilizar el término *transexualismo*.

Por otro lado, la primera intervención quirúrgica de reasignación genital se llevó a cabo en Dinamarca (caso de Cristina Jorgensen) en 1951, siendo el primer caso conocido internacionalmente. No obstante, el primer centro de atención específica a la transexualidad no fue fundada hasta 1963 en la Universidad John Hopkins.

En ese momento Harry Benjamín ya se encontraba trabajando en el estudio de la transexualidad, estableciendo la diferencia entre transvestismo y transexualismo (1953), y publicando años más tarde (1966) un trabajo con una muestra de 172 pacientes (152 mujeres transexuales y 20 varones transexuales) sobre lo que él denominaba el *fenómeno transexual*, para decidir lo apropiado sobre el inicio del proceso de reasignación sexual.

A partir del trabajo de Harry Benjamín surgen numerosos trabajos de casos, que terminan con la monografía de Green y Money (1969), "*Transexualismos y reasignación de sexo*", que es la primera descripción sistemática (clínica, psicológica, antropológica y sociológica) de la transexualidad.

Person y Ovesey (1974), introdujeron la distinción entre transexualismo primario y secundario, aunque alertando de la dificultad a la hora de lograr una distinción clara en todos los casos.

Ya en la década de los 70, Norman Fisk (1973) introdujo el término disforia de género, en el sentido en que produce ansiedad y angustia asociadas al conflicto entre la identidad sexual y el sexo biológico (Meyer, 1974).

En la actualidad las clasificaciones utilizadas son las de la Asociación de Psiquiatría Norteamericana a través del Manual de Diagnóstico, DSM-IV-TR, y la de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, junto con los protocolos de la asociación Harry Benjamín, si bien nuestra postura se aleja de incluir la transexualidad en los manuales de salud mental (aun considerando necesaria una valoración).

2.1.1.4.3. Estudios existentes

Los estudios sobre transexualidad existentes hasta este momento son generalmente retrospectivos y se han centrado fundamentalmente en las causas de la transexualidad: neurobiológicas (Landen, Walinder y Lunsdtrom, 1996), genéticas (Green y Keverne, 2000) y psicosociales (Roberts y Gotlib, 1997), y en las prácticas quirúrgicas de reasignación sexual y cambios en caracteres sexuales secundarios (Bergero y cols., 2004).

Si bien es verdad que una parte de la comunidad científica profesional se ha ocupado del estudio de factores psicológicos en las personas transexuales, éstos abordan de forma casi exclusiva una perspectiva psicopatológica, centrada en los síntomas, generalmente mediante instrumentos como el MMPI o MMPI-2 (Cole y cols., 1997; Greenberg y Laurence, 1981; Leavitt y Berger, 1990; Miach y cols., 2000; Tsushima y Wedding, 1979), o el Rorschach (Michel, Mormont y Legros, 2001), encontrando un índice elevado de psicopatología y una mortalidad por suicidio mayor que en la población general (Bergero y cols., 2004).

Además, contamos con estudios de satisfacción de las personas transexuales que acuden a terapia psicológica (Jones y Hill, 2002), en los que los pacientes muestran su descontento por el interés del terapeuta de hacer que los sujetos se adapten al cuerpo con el que han nacido, y personas transexuales con experiencias positivas por la ayuda de los terapeutas a adaptar su vida a su identidad (Rachlin, 2002).

Este tipo de estudios no hacen sino confirmar la difícil situación vital a la que se encuentran expuestas las personas transexuales, aunque siguen sin conocerse de forma precisa los factores concretos que influyen en su bienestar, ya que la investigación en este campo es realmente precaria hasta el momento, especialmente en nuestro país.

No obstante, existen algunos estudios a este respecto, tanto en nuestro país como fuera de él. En España, nos encontramos con estudios que evalúan factores tanto personales como interpersonales, como pensar, sentir y desear con intensidad pertenecer al otro sexo, adopción del rol del otro sexo en la intimidad y el entorno social, búsqueda de ayuda para cambio de sexo,

comunicación de la transexualidad al entorno sociofamiliar, factores de estrés percibidos, antecedentes de utilización de servicios de salud mental, ideación e intentos autolíticos, agresiones y maltrato recibidos y estudios que se centran en las diferencias hombre-mujer (Cano Oncala y cols., 2004).

Los estudios existentes hasta el momento no son uniformes en cuanto a las dimensiones o factores estudiados, aunque la mayor parte de las personas transexuales aseguran sentirse satisfechas con el resultado de la cirugía de reasignación de sexo (Bergero y cols., 2004; Hurtado, Gómez y Donat, 2006).

2.1.1.4.4. Etiología de la transexualidad

A continuación mostraremos las perspectivas teóricas de más peso formuladas hasta el momento acerca del origen de la transexualidad:

2.1.1.4.4.1. Investigación biológica

La teoría biológica predominante alude al efecto de las hormonas sexuales en el periodo prenatal en el núcleo sexodimórfico del cerebro (Allen y Gorski, 1990; LeVay, 1991; Swaab, 1985; Zhou y cols., 1995). Este efecto se observó primero en animales y luego en el estudio del cerebro de personas transexuales *post mortem*, aunque no se han refutado estos resultados en niños con conflictos de identidad de género.

Tres han sido las evidencias que en los últimos años están aportando luz sobre las causas biológicas de la transexualidad. Estos estudios reflejan que es en el cerebro donde están las huellas de la variabilidad sexual: las diferencias entre hombre y mujer, la identidad de género, y la orientación sexual.

En primer lugar, la diferente activación del cerebro de varones y mujeres ante tareas lingüísticas (Shaywitz y cols., 1992), y por otro lado, el estudio *post mortem* del cerebro de personas homosexuales, en el que se observaron diferencias con cerebros de varones heterosexuales y semejanzas con el cerebro de mujeres en una zona denominada "núcleo intersticial del hipotálamo humano 3 -INAH 3-, el cual participa en la conducta masculina y es mayor en varones que en mujeres (LeVay, 1991).

Un segundo estudio alude también a la relación de la homosexualidad masculina con una región en el brazo largo del cromosoma X (Xq28). Hamer (1993) llevó a cabo un estudio con familias en las que, al menos dos hermanos, eran homosexuales, y donde se rastreó si otras personas de las familias tenían la misma orientación sexual. Encontraron que en dos clases de parientes aumentaba la homosexualidad: los tíos maternos y los hijos de tías maternas; de ahí el estudio del cromosoma X. Aún así, no se conoce todavía el posible gen implicado, con lo que no existe evidencia relevante.

En último lugar (Zhou y cols., 1995), se desarrolla también de un estudio *post mortem* de 6 mujeres transexuales, el primero en mostrar en el cerebro de mujeres transexuales (genéticamente XY) estructuras cerebrales femeninas.

Encontraron que el núcleo de la estría terminal (BSTc, según las siglas inglesas) del hipotálamo, que se sabía que era mayor en los varones que en las mujeres, tenía las mismas dimensiones en mujeres transexuales que en mujeres biológicas. Pero para afirmar que esta zona BSTc era la responsable del estado transexual por sí sola, se comprobó que el tamaño de los BSTc de varones homosexuales y heterosexuales era similar, y de que no había ninguna diferencia que relacionara a esta zona con la orientación sexual de los transexuales. Tampoco encontró diferencias estructurales entre las personas transexuales tardías y los que se dieron cuenta de su condición a una temprana edad, lo que reforzó la idea de que esta región cerebral tampoco está relacionada con la edad a la que se hace evidente.

Así, para esto autores, esto justifica el fuerte sentimiento de las personas transexuales de haber nacido con el sexo erróneo, ya que la identidad de género se invertiría cuando se altera la interacción entre el cerebro en desarrollo y las hormonas sexuales a las que está expuesto el feto antes del nacimiento. Este estudio ha sido refutado posteriormente por otros autores (Kruijver y cols., 2000).

Además de estos tres estudios, considerados los más relevantes, existen estudios con niñas y mujeres con hiperplasia adrenal congénita que apoyan esta teoría, puesto que estas niñas están expuestas a elevados niveles de andrógenos en el útero y, posteriormente, muestran comportamientos típicos de los niños en su infancia (Berenbaum y Hines, 1992; Collaer y Hines, 1995).

En términos de vulnerabilidad biológica, se ha especulado con la inhibición y la reactividad al estrés como los factores constitucionales más importantes que hacen a los niños más vulnerables a desarrollar conflictos de identidad de género (Kagan y cols., 1987).

2.1.1.4.4.2. Investigación psicosocial

Desde estudios centrados en aspectos psicosociales, el sexo asignado y la ambigüedad en la crianza parecen ser las variables más importantes para determinar la identidad sexual de una persona, especialmente éste último aspecto (Money, Hampson y Hampson, 1957).

Así, numerosos estudios se han centrado en estudiar a los padres de niños que cumplen criterios para lo que se valora como el desorden de identidad de género.

Desde esta perspectiva, la preferencia paternal por un hijo de un sexo u otro podría afectar a la forma en que es educado y valorado por su entorno más cercano (Zucker y cols., 1993), aunque no hay pruebas evidentes de que las madres de niños con conflictos de identidad de género desearan un hijo del sexo contrario en mayor grado que las madres con hijos que no cumplen criterios de desorden de identidad de género (Zucker y cols., 1994).

Asimismo, para Zucker y Bradley (1995), la permisividad de los padres de manifestarse libremente al niño con conflictos de identidad de género durante un período determinado o sensible consolida el conflicto de identidad de género del niño.

También se incluyen como factores que facilitan la aparición o desarrollo de un conflicto de identidad de género, factores dinámicos de los padres (como padres agresivos y madres que se sienten desprotegidas y con gran aversión a la agresión) y factores constitucionales o temperamentales del niño (Zucker y Bradley, 1995). Sin embargo, no existen estudios empíricos que hablen de la influencia de estos factores dinámicos de los padres o personas de referencia.

Por otro lado, en diferentes estudios se muestra un mayor nivel de psicopatología de las madres de niños con un conflicto de identidad de género, como ya hemos indicado, en concreto, mayores niveles de depresión o trastorno límite de la personalidad (Marantz y Coates, 1991) y niveles mayores de otros desórdenes psiquiátricos (Wolfe, 1990, citado en Zucker y Bradley, 1995). Por otro lado, con respecto a la depresión, la adaptación social y la hostilidad, estas madres muestran niveles equivalentes a los controles clínicos (Mitchell, 1991; Zucker y Bradley, 1995).

En relación a los padres de niños con conflictos de género, los estudios no han sido numerosos, pero han mostrado altos niveles de consumo de drogas y depresión, como ya hemos indicado anteriormente (Wolfe, 1990, citado en Zucker y Bradley, 1995).

En definitiva, no podemos afirmar cuáles son las causas de la transexualidad, si bien actualmente numerosos indicios apuntan a un sustrato biológico.

No obstante, desde nuestro punto de vista, la investigación y el desempeño profesional, pese a coexistir, no han de interferir el uno en el otro. Desde el punto de vista de la investigación son razonables las diferentes líneas en cuanto a lo que supone conocer la etiología de la transexualidad, pero desde la perspectiva del profesional, es necesario acudir a factores de bienestar de las personas transexuales, dejando a un lado las diferentes líneas de investigación (puesto que, por ejemplo, se puede caer en la culpabilización del entorno como ya hemos mencionado más arriba). Se trata de facilitar la vida de las personas desde las respectivas funciones profesionales, de cubrir sus necesidades y fomentar el desarrollo psicosocial y la integración de las personas transexuales.

2.1.1.4.5. Transexualidad en la adolescencia

Hasta el momento los estudios sistemáticos con adolescentes son escasos, pero indican que, una vez valorada la transexualidad, es importante facilitar el acceso, inicio y desarrollo del proceso de reasignación sexual, lo cual evitará o reducirá futuras dificultades psicosociales posteriores y un mejor desarrollo personal (Smith, Goozen y Cohen-Kettenis, 2001).

Así, se apoya la terapia basada en el apoyo y trabajo de la aceptación de la situación, puesto que la intervención que trata de acomodar la identidad al sexo biológico no ha resultado eficaz (Zucker y Bradley, 1995). En los casos de este tipo de intervención aparecen otro tipo de dificultades como depresión, desórdenes psiquiátricos o problemas sociales.

Para Zucker y Bradley (1995), ante la evaluación de adolescentes que en la infancia presentaron conflictos de género, el 20% inició un proceso de reasignación sexual en la vida adulta.

Para algunos autores es necesario considerar el inicio del proceso de reasignación sexual en este momento (Cohen-Kettenis y Goozen, 1997).

2.1.1.4.6. Epidemiología

La transexualidad aparece en todas las culturas y a lo largo de la historia de la humanidad, aunque las formas de manifestarse han estado moduladas por el contexto social. Aun así, se trata de un trastorno poco frecuente.

2.1.1.4.6.1. Prevalencia

Los diferentes estudios de prevalencia utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferentes definiciones del concepto de transexualidad. Parece que los cálculos existentes aproximados probablemente subestiman la incidencia del Desorden de Identidad de Género en niños, debido a que los datos existentes tienen como criterio común referirse a sujetos mayores de 15 años.

Probablemente, estos motivos son los que producen una amplia variación de los datos de prevalencia entre diferentes estudios (ver Tabla 4).

Tabla 4. Datos de prevalencia por sexos de la transexualidad por países (Modificado de Becerra, 2003)

País/Estudio	Prevalencia HaM	Prevalencia MaH	Prevalencia Total	Proporción por sexos
Suecia, 1967 (Walinder, 1968)	1/37.000	1/103.000	1/54.000	2.8/1
USA 1968 (Pauly, 1968)	1/100.000	1/400.000	-----	4/1
Inglaterra, 1974 (Hoenig y	1/34.000	1/108.000	1/53.000	3.2/1

Kenna, 1974)				
Holanda, 1989 (Eklund, 1988)	1/45.000	1/200.000	---	4.4/1
Australia, 1981 (Ross, 1981)	1/24.000	1/150.000	1/42.000	6.1/1
Irlanda, 1982 (O’Gorman, 1982)	1/36.000	1/107.000	1/52.000	3/1
Holanda, 1986 (Eklund, 1988)	1/18.000	1/54.000	----	3/1
Singapur, 1988 (Tsoi, 1988)	½.900	1/8.300	-----	2.9/1
Holanda, 1990 (Bakker, 1993)	1/11.900	1/30.400	----	2.5/1
Suecia (Michel, 2001)	1/11.000	1/30.000	----	

No obstante, parece que en los últimos años parece que la proporción de hombres transexuales tiende a igualarse a la de mujeres transexuales (Berguero y cols., 2004).

2.1.1.4.6.2. Incidencia

En este momento no existen estudios formales que hablen de la incidencia del Desorden de Identidad de Género en nuestro país, por lo que las cifras aluden a otros países de diferentes características socioculturales. Existe dificultad al aportar datos sobre la incidencia de la transexualidad en España, ya que la no inclusión del tratamiento de la transexualidad a la sanidad pública no permite determinar la cantidad de nuevos casos al año en nuestro país. Así, reflejamos los datos de otros países (ver Tabla 5).

Tabla 5. Datos de incidencia por sexos de la transexualidad por países (Modificado de Becerra, 2003)

País/Estudio	Incidencia/100.00 0 habitantes y año	Proporción HaM/MaH
Inglaterra y Gales 1966-1968 (Hoening y Kenna, 1974)	0.17-0.26	1/1
Suecia 1967-1970 (Walinder, 1971)	0.15	1/1
Australia 1976-1978 (Ross, 1981)	0.58	5/1
Polonia, 1974-1980 (Godlewski, 1988)	---	1/5.5
Alemania, 1981-1990 (Weitze & Osburg, 1996)	0.21-0.24	2.3/1
Bélgica 1986-1994 (De Cuyper, 1995)	----	1.7/1
Suecia 1972-2002 (Michel, 2001)	0.14-0.17	----

Esta variabilidad de datos y criterios es quizás el motivo de que sólo se lleve a cabo una intervención por cada diez demandas de reasignación sexual (Best y Stein, 1998).

2.1.1.4.7. Valoración y proceso en adultos

Desde que se inició el estudio de la transexualidad, el diagnóstico ha sido un tema central, y a pesar de los intentos por consensuar los criterios a tener en cuenta, y de las aproximaciones existentes, no existe todavía una unificación de criterios que garanticen las buenas condiciones en que este proceso ha de realizarse.

Los criterios diagnósticos y terapéuticos están basados a nivel internacional en las propuestas de la *Asociación Harry Benjamín*, bajo las directrices del Dr. Meyer, las cuales mostramos y seguimos a continuación, recomendándose la atención multidisciplinar (ver Tabla 7):

1. • Proceso diagnóstico: es fundamental realizar una valoración precisa de la transexualidad, debido a que de ahí dependerá el posterior bienestar de la persona.

Para realizar dicho proceso y la valoración precisa de la transexualidad se utiliza generalmente el manual de clasificación diagnóstica DSM-IV-TR (APA, 2001, pp. 651), la cual recogemos textualmente a continuación:

DSM-IV-TR (APA, 2001, pp. 651) Se describe la transexualidad como un "trastorno de la identidad sexual". Remarca dos componentes en los cuales debe haber pruebas de que el individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser o la insistencia en que uno es del otro sexo (ver Tabla 6).

Tabla 6. Criterios internacionales de valoración de transexualidad (Tomado de APA, 2001, pp. 651)

<p>A - Identificación acusada y persistente con el otro sexo</p> <p>En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como el deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado, un deseo de vivir o ser tratado o la convicción de experimentar las reacciones y sensaciones típicas del otro sexo.</p> <p>B - Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento inadecuado con su rol.</p> <p>En los adolescentes y en los adultos se manifiesta por síntomas como: preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo pedir</p>
--

tratamientos hormonales, quirúrgicos u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C - La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D - La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En este caso, se observan dificultades para afirmar la identidad sexual de forma normalizada.

A la hora de valorar un caso de transexualidad, es necesario descartar otra serie de dificultades con las que comparte o pudiese parecer compartir alguna característica común. Así, serían los siguientes casos:

1. Debe excluirse la disconformidad con el papel del propio sexo, si no hay alteraciones del sentido de la identidad sexual.
2. Transexualidad asociada a una enfermedad intersexual congénita (hiperplasia suprarrenal congénita).
3. Esquizofrenia. No son frecuentes las ideas delirantes de pertenecer al otro sexo, pero pueden existir. En estos casos el concepto es que han sido transformados en el otro sexo, correspondiendo entonces a ideas de transformación que se darán en el marco de esta enfermedad mental.
4. Travestismo, en el que la persona se viste y se caracteriza con atuendos propios del otro sexo con el fin de satisfacer un deseo erótico, aunque se identifica con su sexo natal.
5. Transgénero, término en el que no se aúna un solo significado, sino que se refiere por una lado, a una persona transexual que no ha sido intervenida con cirugía de reconstrucción genital y, por otro, para designar a aquellas personas transexuales que no pueden o no desean una adaptación completa al sexo legal contrario.

6. Intersexualidad, donde los diferentes elementos que conforman el sexo no son coherentes entre sí, es decir, la presencia de caracteres masculinos y femeninos en la misma persona.

7. Homosexualidad, preferencia o atracción sexual de una persona por personas de su mismo sexo.

2. • Tratamiento hormonal: Tras realizarse una evaluación endocrinológica y la pertinente psicológica, se determina el inicio del tratamiento hormonal, el cual contribuye significativamente a la salud psicológica de la persona, ya que su imagen corporal comienza a adecuarse a su identidad.

La incidencia de efectos adversos está más en relación con las altas dosis y el largo tiempo de utilización que con el propio tratamiento en sí (Asscheman y Gooren, 1992; Blanchard, 1989).

3. • Tratamiento quirúrgico: desde el inicio del tratamiento hormonal ha de transcurrir un año para que se pueda acceder a la operación de pecho, tanto en varones como en mujeres (mastectomía o mamoplastia), y al menos dos años más hasta la cirugía de genitales, también en ambos sexos.

Tabla 7. Proceso de Reasignación sexual (Tomado de Becerra, 2003)

Fases Terapéuticas	Responsable	Duración
Diagnóstico (y psicoterapia)	Psicoterapeuta (Psicólogo/Psiquiatra)	Mínimo 3 meses
Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal	Endocrinólogo	1'5 a 2 años
Experiencia de vida real	El paciente	1'5 a 2 años
Cirugía reasignación sexo	Cirujano	-----
Controles y seguimientos	Endocrinólogo	De por vida

Aunque ésta es la secuencia protocolarizada, no se utiliza de forma estática ni lineal, depende de cada caso.

2.1.1.4.8. *Intervención profesional psicológica/psiquiátrica*

Es necesario que las personas transexuales sean atendidas por un equipo multidisciplinar, si bien el especialista que realiza la primera valoración suele ser el psicólogo o el psiquiatra, porque si la persona consulta en primer lugar con algún otro especialista, éste le derivará al psicólogo o psiquiatra, cuyas funciones en dicho proceso de valoración han de ser: diagnosticar con precisión la transexualidad de la persona; valorar si existe alguna patología psiquiátrica y considerar su tratamiento; clarificar deseos, corregir falsas expectativas y aconsejar opciones de tratamiento y consecuencias; ocuparse de la psicoterapia; decidir sobre la elegibilidad y disposición para la terapia hormonal y la cirugía; hacer recomendaciones oficiales a colegas médicos y cirujanos; documentar el historial relevante de la persona en un informe de recomendación; pertenecer a un equipo de profesionales con interés en la transexualidad; educar a familiares e instituciones acerca de la transexualidad; y estar disponible para el seguimiento de los pacientes (Meyer y cols., 2001). Además, también asumen responsabilidad compartida con el especialista pertinente en la decisión de iniciar el proceso de hormonación y quirúrgico (Meyer y cols., 2001).

El trato a la persona transexual ha de ser global, prestando atención no sólo a su proceso, sino también al resto de sus necesidades. Así, la psicoterapia no es requisito para el proceso terapéutico. Del mismo modo, se fija en función de las necesidades de la persona, así como los criterios terapéuticos, puesto que el objetivo de un posible proceso terapéutico no es "curar" la transexualidad, sino ayudar a la persona sentirse mejor consigo misma (Meyer y cols., 2001).

No obstante, la psicoterapia podría aconsejarse a personas confusas acerca de su identidad de género, para quienes el deseo de la cirugía de reasignación es secundario a otros problemas, o a candidatos a la cirugía de reasignación de sexo para superar la ansiedad sobre su futuro y ayudarles a adaptarse a su nueva situación (Becerra, 2003).

En la actualidad, se da por supuesto que la única terapia válida es facilitar el proceso de reasignación sexual (Bordón y García, 2001).

2.1.1.4.8.1. Inicio hormonación/quirúrgico

Existen dos tipos de criterios que han de cumplirse para el inicio del proceso hormonal: la elegibilidad y la disposición (Meyer y cols., 2001)

Por un lado, la elegibilidad está compuesta por criterios objetivos y específicos, sin los que no ha de iniciarse ningún tipo de tratamiento médico-quirúrgico. La persona ha de ser mayor de edad, ha de tener conocimiento de todos los efectos hormonales, al menos durante tres meses ha de haber vivido conforme al rol deseado o bien ha de haber obtenido una valoración psicológica-psiquiátrica positiva.

Por otro lado, la disposición se compone de datos adicionales que apoyan la decisión de iniciar el proceso hormonal o quirúrgico, y que dependen de la valoración subjetiva del especialista. El especialista ha de valorar la identidad sexual de la persona como consolidada por el desempeño vital del rol deseado, ha de mantenerse o mejorar el bienestar psicológico de la persona que ha de comprometerse a un cumplimiento responsable del tratamiento.

No obstante, y pese a que ésta es la pauta general, el tratamiento hormonal es posible sin la necesidad vivir en el rol deseado previamente. Esto mismo se aplica a personas que no puedan o no quieran operarse y siempre tras una valoración positiva por el especialista (Meyer y cols., 2001).

Estos criterios son diferentes si se trata de la cirugía de reasignación sexual, siendo necesarios como criterios de elegibilidad la mayoría de edad legal, un año de tratamiento hormonal continuo, sin contraindicaciones médicas, un año de experiencia de la vida real continua con éxito, si lo exige el profesional de salud mental, participación regular responsable en la psicoterapia durante la experiencia en la vida real y contar con la información necesaria sobre costes, duración de la hospitalización, posibles complicaciones y rehabilitación postquirúrgica de la intervención y profesionales competentes. En este caso, los criterios de disposición serían la existencia de progresos en la consolidación de la identidad sexual, mejoría en las relaciones familiares y laborales, y en el afrontamiento de dificultades personales, lo cual contribuiría a un mayor bienestar psicológico (Meyer y cols, 2001).

De nuevo, en este caso, la intervención es posible sin proceso hormonal o prueba de experiencia de la vida real controlada si la persona ha vivido de acuerdo al rol deseado durante mucho tiempo de forma estable.

2.1.1.4.9. Procesos posibles

Kaplan, Sadock y Grebb (1996) hacen referencia a la secuencia histórica y el comienzo temprano de la transexualidad, pero diferenciando entre transexualidad primaria y transexualidad secundaria.

La transexualidad primaria comienza durante los primeros años de la vida y sigue en forma constante a través de toda la vida; la secundaria comienza en etapas posteriores a la aparición de una conducta ligada al sexo, es decir, hay una historia de episodios o períodos en los cuales aparecen rasgos notablemente masculinos. Estas personas asumen eficazmente el rol viviendo en su cultura como varones (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Además, encontramos algunas diferencias entre mujeres transexuales y varones transexuales, muchas de ellas, no debidas a las diferencias del proceso en sí, sino a la visibilidad y las consecuencias derivadas de la misma, es decir, mientras las mujeres transexuales encuentran mayor un estigma y una menor aceptación social, lo cual dificulta en mayor grado su integración y desarrollo vital normalizado, los varones transexuales resultan menos visibles socialmente, lo cual, al mismo tiempo que resulta ventajoso en su integración social y desarrollo vital, juega en su contra la dificultad para reivindicar sus derechos.

En nuestra opinión, independientemente del momento de identificación de la transexualidad de una persona e independientemente de si nos referimos a una mujer o un varón transexual, su situación provoca una serie de conflictos personales e interpersonales acentuados por la falta de información correcta y veraz de esta realidad, motivo de lucha de esta población.

2.1.1.4.10. Situación Legal

El primer país que atendió las necesidades legales de las personas transexuales fue Suecia en 1972, elaborando una legislación específica con la que se regulaban los criterios legales y de proceso sanitario necesarios respecto al

derecho a la identidad sexual. Desde ese momento, Suecia incluye la cirugía de reasignación sexual entre sus posibilidades sanitarias públicas.

No obstante, a día de hoy son pocos los países que han seguido la misma línea, así son: Alemania (1980), Italia (1982), Holanda (1985), Turquía (1988), algunos estados de EEUU (Illinois, 1961; Arizona, 1967; Lousiana, 1968; California, 1977), en Canadá, Québec (1977), Sudáfrica (1974), Australia Meridional (1988) (Campos, 1993)

En España, el cambio de documentación de las personas transexuales es posible mediante un proceso jurídico tras la cirugía de reasignación sexual, pero no existe una ley explícita sobre transexualidad, por lo que dicho proceso se fundamenta en base a la interpretación de diferentes artículos de la Constitución Española de 1978.

Es en 1983 cuando se produce una modificación del artículo 428 del Código Penal español, con la que deja de reconocerse como delito de lesiones la cirugía de reasignación sexual (antes consideradas como castración), siempre atendiendo al libre consentimiento de la persona para someterse a la intervención, siendo en los menores de edad labor del juez dar ese consentimiento. Pero no es hasta 1987 cuando se reconoce el derecho de las personas transexuales a modificar el nombre y el sexo en su documentación personal.

La situación en nuestro país, tras más de 30 años desde la primera legislación al respecto, sigue basada en la asignación del sexo legal en base al sexo genital del individuo. Han existido varios intentos de presentación de proposiciones de ley en las que se ha instado a los diferentes gobiernos a dictar disposiciones legales sobre el derecho de las personas transexuales a la identidad sexual y el reconocimiento de la reasignación sexual, que hasta el momento no han sido aprobados.

Creemos que aprobar una proposición de este tipo supondría revisar el concepto de sexo también desde el derecho, legislar quién es varón y quién mujer, lo cual bajo el prisma científico-médico-social en el que nos hallamos no es tarea fácil.

En este momento, nos encontramos en un momento histórico en nuestro país, ya que por primera vez ha sido aprobado un anteproyecto de ley a este respecto (02-06-06). Aún así, a día de hoy todavía está pendiente de ser refutada en el Congreso de los Diputados.

2.1.1.4.11. Dificultades y problemas

Las personas transexuales se enfrentan, además de a las dificultades propias como ser humano, a dificultades derivadas de su situación específica, a circunstancias problemáticas que menoscaban de forma significativa su salud psicológica. De algunas de las dificultades más comunes nos ocupamos a continuación:

2.1.1.4.11.1. Transfobia y autotransfobia

La discriminación y los prejuicios aparecen como tópicos frecuentes en el estudio del género. Aunque los profesionales se han interesado por el sexismo, no ha ocurrido lo mismo con las experiencias de estos fenómenos de las personas transexuales (Hill y Willoughby, 2005).

Desde cualquier ámbito de acceso a personas transexuales es posible evidenciar la existencia de discriminación y violencia de forma común y frecuente a la que son sometidas, lo cual menoscaba la salud psicológica de estas personas (Jones y Hill, 2002).

Lombardi, Wilchins, Priesing y Malouf (2001), tras un estudio de prevalencia de la violencia y la discriminación en personas transexuales, sugieren que las personas transexuales cuentan con un riesgo muy alto de sufrir discriminación laboral y/o violencia verbal y física.

2.1.1.4.11.2. Matrimonio y maternidad/paternidad

Aunque la legislación española no reconoce el derecho al matrimonio en estas personas, algunos jueces lo consienten amparándose en el artículo 32 de la Constitución Española. Sin embargo, a pesar de la imposibilidad de la maternidad/paternidad biológica una vez iniciado el proceso de reasignación sexual, esta circunstancia es posible de diversas formas como la inseminación

artificial, la fecundación in Vitro o la adopción. Mientras el problema de la adopción de hijos sigue sin resolverse, salvo que lo hagan a título individual, como cualquier ciudadano, en el caso de la inseminación artificial y en la fecundación in Vitro existen mayores posibilidades, bien sea con donación de semen de la madre transexual antes del inicio del proceso o bien mediante un donante anónimo en el caso de los varones transexuales (Giberti, Barros y Pachuk, 2005).

Algunas personas transexuales que tienen hijos antes de iniciar el proceso de reasignación sexual se encuentran con grandes dificultades para desarrollar de forma normalizada su labor maternal/paternal. En ocasiones, estas personas consideran que su presencia durante todo el proceso supondría un desajuste para el niño, otras veces, la pareja, padre o madre del niño, no permite el desempeño normalizado de esta función. Existen dos cuestiones comunes socialmente planteadas como problemáticas para los niños en esta situación, por un lado, dificultades con la identidad sexual y un posible futuro desarrollo de conflictos de género y, por otro, el estigma con el grupo de iguales (Green, 1998).

En un estudio realizado por este autor con hijos de madres y padres transexuales a través de entrevistas a los niños, queda manifiesta la aceptación de los niños de la situación de sus progenitores, la comprensión de la complejidad de la misma a medida que crecen, además de la ausencia de dificultades con su identidad sexual. Algunos de los niños manifestaron malestar por las reacciones de su grupo de iguales al conocer la situación de su progenitor, pero fue pasajero y no supuso perturbación alguna, aprendiendo a expresar su situación familiar no de forma generalizada, sino a aquellos con los que tenían relación de confianza. Así, reconocen a la misma persona antes, durante y después del cambio, con las mismas emociones y sentimientos hacia ellos, lo cual habla de la necesidad de explicar a los hijos la situación y no alejarle de ninguno de sus progenitores (Green, 1998).

Sin embargo existe evidencia clínica que aporta luz sobre los efectos adversos de privar a los niños del contacto con alguno de sus progenitores. Sería aconsejable el asesoramiento marital si existiese hostilidad del otro progenitor, o incluso del niño si existiesen dificultades en la comprensión de la situación (Sales, 1995).

2.1.1.4.11.3. Suicidio

Sin duda, las personas transexuales se enfrentan a una dura circunstancia vital, que se ve acentuada por el estigma social. Ante tales circunstancias, mantenidas a lo largo de todo el desarrollo vital, es de esperar que aparezcan momentos de desesperanza y angustia vital, de incapacidad de impotencia en la lucha por el aceptación personal y la integración social, en los que llegue a cuestionarse la propia existencia. De ahí, que los estudios realizados con personas transexuales reflejen un mayor índice de intentos y mortalidad por suicidio entre estas personas (Berguero y cols., 2004).

2.1.1.4.11.4. Autohormonación

La situación de inquietud y de desesperación de las personas transexuales frente a las dificultades tanto personales de autoaceptación como sociales, de aceptación de los otros, les conduce a menudo a hormonarse cuanto antes, sin supervisión médica, y a maximizar la dosis hormonal siguiendo pautas aprendidas y transmitidas por otras personas transexuales, con el fin de integrar sus características de apariencia física e imagen corporal a su identidad sexual y mejorar tanto su autoaceptación como la heteroaceptación, lo que les expone a riesgos graves de efectos adversos, como tromboembolismo, cáncer de mama y alteraciones hepáticas severas (Blanchard, 1989).

2.1.1.4.11.5. Estigma

Un estigma deja de ser tal estigma o lo es en menor grado si existe algún tipo de tratamiento o intervención sobre la situación problemática (Corrigan y Watson, 2002; Lopez Ibor, 2002). Así, si se establece de forma sistemática en los sistemas de salud el tratamiento y la intervención necesaria en transexualidad, probablemente el estigma que sufren las personas transexuales sería menor.

Además, según López Ibor (2002), el mejor tratamiento para el estigma es el conocimiento, con lo que con ambas medidas, facilidades de tratamiento e intervención y un mayor conocimiento veraz de la realidad de las personas transexuales, pensamos que se favorecería la integración de su realidad dentro de nuestra realidad social.

Con todo esto, pensamos que las personas transexuales se encuentran con una doble dificultad. Por un lado, enfrentarse a su propia situación y, por otro, integrarse de forma normalizada socialmente, lo cual vertebrará su salud psicológica.

Con todo esto, observamos que las personas transexuales se enfrentan a una serie de dificultades que acentúan las carencias en su salud psicológica y su bienestar.

Desde los inicios de la transexualidad se ha mostrado interés por conocer la etiología de estas dificultades añadidas, aludiendo a dos orígenes fundamentalmente. Los defensores del primero acuden al sustrato biológico para dar una explicación, lo hacen en términos de vulnerabilidad biológica (Mate-Kole, Freschi y Robin, 1988; Pauly, 1981), mientras que los defensores del segundo afirmamos que el estrés psicosocial al que se ven sometidas estas personas de manera constante en todos los ámbitos a lo largo de su vida provocan en la persona un elevado grado de malestar que dificulta todavía más su desarrollo psicosocial normalizado (Hill, 2002).

Este dolor viene representado en dos interesantes y conocidas citas:

“Acéptame como soy, sólo así nos descubriremos mutuamente”

Federico Fellini

“Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación”

Proverbio árabe

Por este motivo, en el segundo capítulo nos acercaremos al estudio de la salud psicológica, expondremos los factores que se han considerado relevantes en los estudios existentes hasta el momento como influyentes en el bienestar psicológico, concretamente, las necesidades personales que han de ser cubiertas para lograr un desarrollo psicosocial normalizado y satisfactorio, y de forma más específica, en las personas transexuales.

Capítulo II.

**Variables Personales y Salud
Psicológica**

2.2. Variables Personales y Salud Psicológica de las personas transexuales

Las personas transexuales, como ya hemos reflejado en el capítulo anterior, se encuentran con numerosas dificultades vitales, tanto por la propia situación personal que genera un intenso conflicto, como por el contexto de presión y prejuicio externo generalmente derivado del desconocimiento. Pero como todos los seres humanos, las personas transexuales necesitan cubrir sus necesidades básicas vitales para su desarrollo psicosocial normalizado y satisfactorio, lo cual se hace complejo en sus circunstancias y su contexto. Cuando por diferentes motivos, estas necesidades no son cubiertas, su salud psicológica se ve afectada. Por ello, resulta de especial interés conocer qué factores y en qué medida intervienen en la salud psicológica de estas personas, con el fin de poder trabajar dichos aspectos y mejorar su estado de salud psicológica.

No obstante, apenas existen estudios sobre la salud psicológica de las personas transexuales de una forma global, reduciéndose siempre a aspectos muy concretos y específicos que dejan a un lado o no tienen en cuenta factores psicosociales, de calidad de vida y bienestar subjetivo (Bergero y cols., 2004), es decir, estudios en relación a las necesidades básicas generales y específicas de las personas transexuales. Quizás la falta de incorporación de este colectivo a la red sanitaria pública ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados (Bergero y cols., 2004).

Así, no contamos con estudios realizados con personas transexuales sobre variables personales fundamentales para la salud psicológica de las personas como la autoestima –y las dimensiones de ésta, evaluadas por separado en este estudio: imagen corporal (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998) y autoestima sexual (Bureau, Beaudoin, y Fallon, 1989)- y las estrategias de afrontamiento (Diener, Suh y Oishi, 1997).

En este capítulo, abordamos los conceptos relacionados con las necesidades humanas, centrándonos en este estudio en aspectos personales y teniendo presentes los aspectos interpersonales para una próxima evaluación global del bienestar de las personas transexuales que completará el presente estudio, y

relacionados con la salud psicológica, así como la relación entre ambos aspectos.

2.2.1. Necesidades humanas

El concepto de necesidad ha sido expresado en diferentes términos a lo largo de la historia. Así, se han utilizado criterios personales puramente fisiológicos, entendiendo las necesidades como un estado de desequilibrio interno y biológico que genera una tendencia a la actividad (Hull, 1943) o criterios puramente económicos, expresando las necesidades humanas como los fines (ilimitados) del crecimiento económico (Robbins, 1932).

Desde ambas perspectivas, básicamente personales, resulta fundamental el concepto de motivación, entendido como el impulso que inicia, guía y mantiene la conducta para alcanzar una meta u objetivo deseado (Ardouin, Bustos, Gayó y Jarpa, 2000; Cortés, 1997; Solana, 1993; Zornoza, 2005), concepto que sirve de punto de partida para una de las teorías más importantes sobre las necesidades humanas, la teoría de las necesidades de Maslow (1991).

No obstante, como reacción a estas perspectivas, existe una reivindicación de la importancia de las necesidades humanas desde un punto de vista más psicosocial, entre las que destaca el enfoque de las capacidades fundamentales (Sen, 1992), para quien el valor de una vida depende de la libertad que ha tenido una persona para elegirlo, esto es, de la capacidad para cubrir sus necesidades. Este autor se convertirá en referencia para numerosos destacados autores en el estudio de las necesidades humanas básicas o fundamentales desde un punto de vista del desarrollo psicosocial como Doyal y Gough (1994).

A partir de ese momento diferentes autores se ocuparán del estudio de las necesidades, destacando Max Neef (1986), Ryan y Deci (2000) y López (1995, 2006), este último desarrollando teorías específicas sobre las necesidades infantiles y las necesidades interpersonales que serán referencia de numerosos autores e intervenciones psicosociales.

2.2.1.1. Teorías de las necesidades humanas

Vista la necesidad de abordar el tema de las necesidades humanas, aparecen formulaciones que tratan de delimitar cuáles son nuestras necesidades básicas, así como la forma en que se satisfacen. A continuación mostramos una selección de las que consideramos fundamentales al respecto:

2.2.1.1.1. Jerarquía de Necesidades Humanas de Maslow

Maslow (1991) formula esta teoría tratando de dar una respuesta global a la motivación humana, relegando a un segundo plano el instinto, entendiendo que el individuo responde de forma integral a los estímulos, es decir, la totalidad del individuo se ve implicada en la resolución de sus necesidades básicas.

Las necesidades del ser humano, según esta teoría, pueden agruparse en cinco categorías: necesidades fisiológicas (garantizan la supervivencia), necesidades de seguridad (protección contra amenazas o riesgos, reales o imaginarios), necesidades sociales o de afiliación (pertenencia a grupos en los cuales la persona puede dar y recibir afecto), necesidades psicológicas o del ego (estimación propia y de otros) y necesidades de autorrealización (desarrollo pleno de la personalidad). Las cuatro primeras constituyen necesidades de carencia, mientras que la última representa una necesidad de crecimiento, por lo que la persona no siente la ausencia de las cuatro primeras necesidades, es decir, no tiene hambre, está seguro, se siente querido por los otros y por sí mismo, trata de crecer y desarrollar todas sus posibilidades (Maslow, 1991).

Tales necesidades están organizadas jerárquicamente en una pirámide, encontrándose las fisiológicas en la base y las de autorrealización en el vértice (ver Figura 1). El individuo tiende a satisfacerlas en orden ascendente, de tal manera que organizará su conducta alrededor de la satisfacción de las necesidades de menor orden que estén insatisfechas (las necesidades satisfechas, en otras palabras, no motivan). Cuando las necesidades que en un momento son motivadoras comienzan a ser satisfechas de manera regular, el individuo comienza a estar motivado por las necesidades del siguiente orden (Maslow, 1991).



Figura 1. *Pirámide jerárquica de las necesidades humanas de Maslow*

La teoría de las necesidades humanas de Maslow resulta de especial interés para explicar la situación de las personas transexuales, si bien no existe estudio al respecto. Las personas transexuales encuentran dificultades para resolver muchas de las necesidades básicas humanas propuestas por Maslow.

En este estudio, nos ocuparemos fundamentalmente de lo que Maslow denomina necesidades psicológicas o del ego, necesidades de estima, cuya satisfacción contribuiría a la mejora del estado de salud psicológica de las personas transexuales. Las personas autorrealizadas, es decir, con un estado satisfactorio de salud psicológica se sienten bien consigo mismas, se valoran positivamente y no se sienten inferiores a los otros, lo cual no ocurre así frecuentemente entre las personas transexuales, cuya valoración de sí mismos a menudo es negativa por las circunstancias y el contexto particular en el que viven, que dificulta su autorrealización personal.

2.2.1.1.2. Teoría de las necesidades fundamentales de Max Neef

La propuesta de Max Neef, Elizalde y Hopenhayn (1986) señala que el desarrollo se sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales y se orienta a la generación de niveles crecientes de autodependencia, lo que desencadenará un estado de salud psicológica satisfactoria. Desde esta teoría se presta especial atención a la necesidad de articular adecuadamente lo personal y lo social, la planificación y la autonomía (Max Neef y cols., 1986).

Desde sus postulados, el desarrollo se relaciona con las personas y no con los objetos, por lo que el fin ha de ser la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, necesidades que están interrelacionadas e interactúan. En su teoría, se propone un sistema de nueve necesidades presentes en todas las culturas y periodos históricos, descartando las necesidades como una jerarquía rígida, como infinitas y progresivas. Dichas necesidades serían las siguientes: necesidad de permanencia o subsistencia, protección, afecto o amor, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad (Max Neef y cols., 1986).

En este paradigma de desarrollo alternativo, que diferencia teóricamente necesidades y satisfactores de esas necesidades, las necesidades son categorías existenciales y axiológicas. Se considera que cada necesidad no satisfecha es una pobreza (carencia), mientras que las satisfechas constituyen un tipo de riqueza (crecimiento), mientras que los satisfactores son el modo específico en que hacen frente a sus necesidades, los cuales son característicos de cada cultura (ver Tabla 8). Así, la posibilidad de cubrir o no estas necesidades es la que determina un estado de salud psicológica satisfactorio (Max Neef y cols., 1986).

Tabla 8. Necesidades y satisfacciones (Tomado de Max-Neef y Cepaur, 1986, pp. 42)

Necesidades según categorías saxiológicas		Necesidades según categorías existenciales			
	SER	TENER	HACER	RELACIONES	
SUBSISTENCIA	1-Salud física, salud mental, equilibrio, sentido del humor, adaptabilidad	2-Alimentos, cobijo, trabajo	3-Alimentarse, procrear, descansar, trabajar	4-Entorno vital, marco social	
PROTECCIÓN	5-Asistencia, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	6-Sistemas de seguros, ahorros, seguridad social, sistemas sanitarios, derechos, familia, trabajo	7- Cooperar, prevenir, planificar, ocuparse de curar, ayudar	8- Espacio vital, entorno social, vivienda	
APECTO	9-Autoestima,	10-Amistades,	11-Hacer el	12- Vida	

	decisión, generosidad, receptividad, pasión, sensualidad, sentido del humor, tolerancia, solidaridad, respeto	relaciones familiares, relaciones con la naturaleza	amor, acariciar, expresar emociones, compartir, ocuparse de cultivar, apreciar	privada, intimidad, hogar, espacios de unión entre personas.
COMPRENSIÓN	13-Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	14-Literatura, maestros, método, políticas educativas, políticas de comunicación	15- Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar	16- Marcos de interacción formativa, escuelas, universidades, grupos, comunidades, familia
PARTICIPACIÓN	17-Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, decisión, dedicación, respeto, pasión, sentido del humor	18- Derechos,responsabi lidades deberes, privilegios, trabajo	19- Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, disentir, obedecer, relacionarse, estar de acuerdo, expresar opiniones	20- Marcos de relaciones participativas, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, barrios, familia
CREACIÓN	21- Pasión, decisión, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, inventiva, autonomía, curiosidad	22- Habilidades, oficios, método, trabajo	23- Trabajar, inventar, construir, diseñar, componer, interpretar	24- Marcos productivos y de reaprovechamie nto de información, seminarios, grupos culturales, espacios para la expresión, libertad temporal

RECREO	25- Curiosidad, sentido del humor, receptividad, imaginación, temeridad, tranquilidad, sensualidad	26- Juegos, espectáculos, clubes, fiestas, paz mental	27- Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	28- Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
IDENTIDAD	29- Sentimiento de pertenencia, consistencia, diferenciación, autoestima, afirmación	30- Símbolos, lenguaje, religión, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, hormas, memoria histórica, trabajo	31- Comprometers e, integrarse, enfrentarse, decidir, conocerse a uno mismo, reconocerse a uno mismo, realizarse, crecer	32- Ritmos sociales, marcos de la vida diaria, ámbitos de pertenencia, etapas de madurez
LIBERTAD	33- Autonomía, autoestima, decisión, pasión, afirmación, amplitud de miras, audacia, rebeldía, tolerancia	34- Igualdad de derechos	35- Discrepar, elegir, ser diferente de, asumir riesgos, desarrollar consciencia, comprometerse , desobedecer	36- Plasticidad espacio-temporal

Desde los postulados de Max Neef (1986), podemos afirmar las dificultades con las que se encuentran las personas transexuales para cubrir sus necesidades, incluso para resolver las necesidades de subsistencia, debido a que su salud física y psicológica se ven afectadas por la situación en la que se encuentran, además de las dificultades sociales para encontrar trabajo. Asimismo, las personas transexuales encuentran serias dificultades para cubrir otras necesidades relacionadas con los aspectos a evaluar en este estudio, como son las necesidades de identidad o libertad con relación al valor que se atribuyen a sí mismas, es decir, a su autoestima, la necesidad de afecto con relación a la autoestima y a la autoestima sexual, o la necesidad del hacer, como expresión

de la forma en que afrontan su situación vital y su contexto, necesarias para el bienestar de la persona.

Por esto, desde esta perspectiva es necesario prestar atención a las personas transexuales por las dificultades a las que se exponen y que obstaculizan la resolución de sus necesidades y un estado de salud psicológica satisfactorio.

2.2.1.1.3. Teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough

Doyal y Gough (1994) entienden las necesidades como requisitos fundamentales para una vida autónoma, como una consecución de objetivos y estrategias básicos que posibilitan disfrutar de la salud psicológica en el contexto social.

Para estos autores, las necesidades humanas se construyen socialmente, es decir, con sentido histórico y son universales, alejándose de posturas naturalistas, relativistas y culturalistas del concepto de necesidad. Sin embargo, los satisfactores son con frecuencia cambiantes y se encuentran circunscritos al contexto sociocultural, definiciones similares a las propuestas por Max Neef (1986).

Las dos necesidades básicas son la supervivencia física y la autonomía personal, independientes entre sí y a partir de las cuales es posible articular otra serie de objetivos individuales y sociales (necesidades intermedias), ya que estas necesidades no son fin en sí mismas, sino que son instrumentos de participación social que favorecen la salud física y la autonomía (ver Tabla 9). La primera es entendida como ausencia de enfermedad y la segunda como la integración que la sociedad permite a la persona con sus circunstancias particulares (Doyal y Gough, 1994).

Tabla 9. Necesidades y satisfactores según Doyal y Gough (modificado de Doyal y Gough, 1994, pp. 202-203)

Necesidades	Satisfactores
SALUD FÍSICA	Alimentos nutritivos y agua limpia Alojamiento adecuado a la protección Ambiente laboral sin riesgos Medio físico sin riesgos Atención sanitaria apropiada

AUTONOMÍA	Seguridad en la infancia Relaciones primarias significativas Seguridad física Seguridad económica Enseñanza adecuada Seguridad en el control de nacimientos, embarazo y parto
-----------	--

Así, desde nuestra perspectiva la resolución de estas necesidades resulta fundamental para las personas transexuales, que ven afectada fundamentalmente su autonomía, por las dificultades de integración con las que cuentan, quedando afectado su estado de salud psicológica de forma significativa.

2.2.1.1.4. Teoría de la Autodeterminación de Ryan y Deci

Esta teoría ha estado expuesta a numerosas modificaciones desde que Deci la propusiese en 1975 como teoría de la motivación intrínseca. Actualmente esta teoría se conoce como teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 1985, 2000). Para estos autores, la motivación es un continuo con tres variables y diferentes grados de autodeterminación. El primer nivel alude a la motivación intrínseca (cuando no existen recompensas externas -grado máximo de autodeterminación-), el segundo a la motivación extrínseca (cuando en la actividad no existe un fin en sí mismo) y el tercero a la amotivación (falta absoluta de motivación -grado más bajo de autodeterminación-). A partir de esta teoría de la motivación, proponen una teoría de necesidades básicas humanas fundamentales para un desarrollo psicosocial satisfactorio.

Estos autores definen necesidad en términos de un estado estimulante que si es satisfecho conduce al bienestar de la persona, pero que de no ser satisfecho provoca malestar significativo en la persona.

Desde esta teoría, los seres humanos nos guiamos por tres necesidades básicas: necesidad de competencia, necesidad de autonomía y necesidad de relacionarse. Estas necesidades se postulan como esenciales, universales e innatas, las cuales han de resolverse para contar con un estado de salud psicológica satisfactorio (ver Tabla 10). Una persona puede mostrarse activa y comprometida para cubrir sus necesidades o mantenerse inactiva y alienada, siempre en función del contexto social, lo cual se relacionará con el nivel de autoestima, la actualización

de las propias posibilidades y los niveles de ansiedad y depresión (Ryan y Deci, 2000).

Tabla 10. Necesidades según Ryan y Deci (modificado de Ryan y Deci, 2000, pp. 75)

NECESIDADES	Necesidad de competencia
	Necesidad de autonomía
	Necesidad de relacionarse

Resulta interesante destacar la atención que presta esta teoría a algunos de los aspectos incluidos en este estudio, como la autoestima, o la ansiedad y depresión, y que relaciona en este caso con las posibilidades de reacción y actuación de la persona.

Como hemos dicho en repetidas ocasiones, las personas transexuales se encuentran en una situación personal y social que en numerosas ocasiones limita las posibilidades de actuación, por lo que estos aspectos, que resultan fundamentales para su desarrollo psicosocial satisfactorio y normalizado, se ven frecuentemente afectados, lo cual dificulta la resolución de sus necesidades básicas.

2.2.1.1.5. Teoría de las Necesidades Humanas de López

La teoría de López, desarrollada inicialmente a partir de las necesidades infantiles (1995), plantea que el ser humano es un proyecto que requiere determinadas condiciones para poder llevarse a cabo. Pero este proyecto no es un agente pasivo, sino que es un agente activo en la satisfacción de sus necesidades y las de su entorno.

Se trata de un modelo interactivo, alejado de posturas innatistas y ambientalistas extremas. De este modo, partiendo de las comunalidades de todo ser humano por el hecho de serlo, defiende la plasticidad e individualidad de cada ser humano, el cual resuelve sus necesidades de diversas formas, entendiendo esta diversidad como otra de las características básicas del ser humano (López, 2006). Desde esta teoría, se tienen en cuenta las capacidades, entendiéndolas como instrumentos fundamentales para satisfacer nuestras necesidades.

De esta manera, las necesidades para López (2006) serían: necesidades físico-biológicas (relacionadas directamente con el desarrollo vital orgánico), necesidades mentales y culturales (como la estimulación y la exploración), necesidades emocionales y afectivas (para una interacción adecuada y satisfactoria con el otro –emocional, social y sexual-) y necesidad de participación social y autonomía (ver Tabla 11).

Tabla 11. Necesidades básicas según López (modificado de López, 1995, pp. 61-65)

Necesidades	
FÍSICO-BIOLÓGICAS	Nacer en momento adecuado para madre y padre Alimentación Temperatura Higiene Sueño Actividad física Integridad física y protección de riesgos reales Salud
MENTALES Y CULTURALES	Estimulación sensorial Exploración física y social Conocimiento de la realidad física y social Adquisición de sistema de valores y normas Adquisición de saberes escolares y profesionales Interpretación del mundo, el ser humano y el sentido de la vida
NECESIDADES EMOCIONALES Y AFECTIVAS	Necesidad de seguridad emocional, protección, afecto y estima: vínculo del apego Necesidad de una red de relaciones sociales: vínculo de amistad y sentido de comunidad Necesidad de interacción sexual placentera: afectos sexuales del deseo, la atracción y el enamoramiento
NECESIDAD DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	Autonomía Disciplina

El estudio de las necesidades humanas ha sido aplicado a diferentes contextos como el infantil (López, 1995), como se refleja en la tabla anterior, pero hasta el momento no se ha aplicado a las personas transexuales ni se han evaluado las necesidades específicas de estas personas. No obstante, podemos suponer que las necesidades básicas son similares a las de cualquier otro ser humano, si bien

se encuentran con dificultades específicas que suponen un obstáculo a la hora de cubrirlas.

Las personas transexuales se encuentran con serias dificultades a la hora de resolver muchas de las necesidades básicas planteadas, si bien en este estudio prestamos atención a las necesidades emocionales y afectivas y de participación social, muy en relación con los aspectos a evaluar en el presente estudio. Así, de vital importancia resulta resolver las necesidades de estima interacción sexual y autonomía, claves entre las dificultades de las personas transexuales y fundamentales en la contribución a su salud psicológica.

Como hemos visto hasta el momento, no existe elaboración teórica alguna sobre las necesidades personales de las personas transexuales, así como de la aplicación de las existentes a las características específicas de esta comunidad. Éste es uno de los motivos fundamentales para centrarnos en este estudio en la exploración de diferentes variables personales y el consiguiente estado de salud psicológica de las personas transexuales.

2.2.2. Salud psicológica

La posibilidad o no de cubrir las necesidades básicas humanas sin duda tiene relación directa y fundamental con el estado de salud psicológica de las personas. De este modo, cubrir las necesidades humanas condiciona el estado de salud psicológica de las personas, lo cual constituye el elemento clave para el desarrollo psicosocial del ser humano (López, 2006).

Aunque lo cierto es que desde el inicio del estudio de la salud psicológica se han utilizado diferentes términos para referirnos a ella, abordando diferentes aspectos concretos como claves o fundamentales a la hora de valorar el estado psicológico de las personas (Cuadra y Florenzano, 2003).

Además, la dificultad a la hora de abordar estos conceptos ha estado siempre y continúa estando en definirlos y delimitarlos de forma precisa e independiente. Habitualmente se define un constructo acudiendo a otros que también son difícilmente delimitables. En este sentido, para definir la salud psicológica se

acude a conceptos como bienestar/malestar, felicidad, satisfacción, etc. (Cuadra y Florenzano, 2003).

Muchos autores (Font, 1983; Tizón, 1996; Ugalde y Lluch, 1991; Vázquez, 1988) defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1958), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada.

La salud psicológica es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal (Seva, 1983; Ugalde y Lluch, 1991).

Durante mucho tiempo se creyó que la salud psicológica estaba relacionado sólo con variables objetivas como la apariencia física y la inteligencia, pero hoy se sabe que está más vinculado con otras de nivel individual y subjetivo (Diener, Suh y Oishi, 1997). Así, diferentes estudios han resaltado que aquellos individuos más felices y satisfechos sufren menor malestar, tienen mejores apreciaciones personales, un mejor dominio del entorno y un manejo de los vínculos interpersonales más saludable (Argyle y Martín, 1987; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Veenhoven, 1991, 1995).

Lo cierto es que el concepto de salud psicológica no es unidimensional, sino que engloba diferentes aspectos que resulta complejo aislar unos de otros, como las reacciones emocionales, juicios de valoración, etc., por lo que tratamos de reflejar a continuación las diferentes perspectivas que se han ocupado de la salud psicológica.

2.2.2.1. Estudio de la salud psicológica.

El ser humano a lo largo de la historia ha tratado de alcanzar su bienestar y su felicidad, para cual es necesario disfrutar de un estado de salud psicológica satisfactorio. Desde los orígenes del estudio de la psique humana se ha entendido la salud psicológica de muy diversas formas, teniendo en cuenta

diferentes factores, etc., si bien desde todas ellas se puede conocer y describir el estado de salud psicológica de la persona.

Habitualmente se habla de cuatro perspectivas de la salud psicológica o salud mental:

1. *La salud psicológica como calidad de vida.*

Se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como los subjetivos, incluyéndose aspectos sociales, físicos y psicológicos. Desde esta perspectiva, la satisfacción vital y de las necesidades psicosociales son esenciales para el logro del bienestar. Las escalas inscritas dentro de esta concepción se preocupan de medir dificultades, bienestar y el funcionamiento integral de la persona.

El término calidad de vida cobra importancia en los últimos años, cuando el aumento de las enfermedades crónicas y el avance de los tratamientos adquieren un peso específico relevante en el campo de la salud (García Riaño, 1992; Moreno y Ximénez, 1996). La calidad de vida permite abordar el concepto de bienestar desde una perspectiva más operativa y medible. Desde entonces se han llevado a cabo numerosos estudios y se ha convertido en el objetivo central de las políticas sociales y económicas de los gobiernos en los países desarrollados (Casas, 1999; Fernandez-Ballesteros, 1997). Así, el concepto de calidad de vida se encuentra sujeto a las condiciones del contexto sociohistórico y cultural (Gallopín, 1980).

De esta forma, para algunos autores la calidad de vida no atiende más que a la salud o al bienestar físico (Patterson, 1975; Shin y Jonson, 1978); sin embargo, otros se centran en el concepto de satisfacción (George y Bearon, 1980; Zumbo y Michalos, 2000), felicidad (Zumbo y Michalos, 2000), autoestima (George y Bearon, 1980), estatus socioeconómico (George y Bearon, 1980; Sherwood y cols., 1996), apoyo social (Haug y Folmar, 1986; y Sherwood y cols., 1996), y/o factores del contexto (Lawton, 1991, 1997).

Todos los factores a los que se alude con el término calidad de vida son factores objetivos o subjetivos, aunque muchos de los autores se refieren a la calidad de vida como la suma de ambas (Rapley, 2003).

2. La salud psicológica como presencia de atributos individuales positivos.

Autores como Jahoda (1958), consideran la salud mental como determinada por el éxito logrado en múltiples áreas de la vida como por ejemplo, las relaciones interpersonales, el trabajo y la resolución de conflictos, si bien partiendo de posiciones individuales y personales.

Desde esta perspectiva se acude con frecuencia al concepto de felicidad para explicar la salud psicológica de las personas, la cual algunos autores consideran que es una dimensión interior como una consecuencia de la autorrealización humana, es decir, una predisposición para mantener una actitud positiva incluso frente a las dificultades vitales (Gutiérrez, 1990; Jahoda, 1958).

Los autores que defienden esta perspectiva acuden a los estudios que encuentran que los cambios en el entorno no modifican significativamente el índice global de salud psicológica, por tanto, sugieren la existencia de una tendencia o predisposición de la persona a un estado de salud psicológica determinado (Kozma, Stone y Stones, 1997). Asimismo, se trata de tener la habilidad para hacer frente a las situaciones vitales, quedando manifiesto un predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos (Bradburn, 1969).

Desde algunas posiciones se incluye también el concepto de satisfacción en esta perspectiva, uno de los conceptos más estudiados y según el cual el sentimiento y la vivencia de una situación priman sobre la situación en sí, entendiendo la satisfacción como afecto positivo subjetivo de carácter cognitivo, a diferencia de la felicidad que aludiría al componente afectivo o emocional de la satisfacción (Amerigo, 1993; Moreno y Ximenez, 1996). Pero ante la dificultad manifiesta de la distinción cognición-emoción, resulta aconsejable considerar ambos conceptos como procesos actitudinales en los que interaccionan componentes afectivos, cognitivos y comportamentales (Amerigo, 1993).

3. La salud psicológica como bienestar físico y emocional.

Se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que los positivos predominan sobre los negativos. Algunos autores suponen que estas dos dimensiones son independientes y tienen distintos fines (Bradburn, 1969), mientras que para otros son los dos polos de un continuo dimensional y, en general, las personas

consideran que lo normal es un equilibrio afectivo con un predominio de niveles moderados de afectos positivos (Mirowsky y Ross, 1989).

De esta forma, numerosos autores diferencian el bienestar psicológico, definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento positivo, de la satisfacción, entendida ésta como la gratificación proporcionada por los proyectos personales y de la calidad de vida, que es el grado en que ésta es percibida favorablemente. Además, es posible evaluar el bienestar psicológico a través de algunos de sus componentes, afectos y cognición, los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos tales como familia y trabajo (Horley y Little, 1985).

Para otros autores, la definición del bienestar va a estar relacionada con su medición. Reconoce tres características: subjetividad, presencia de indicadores positivos (y no solo la ausencia de factores negativos) , y una valoración global de la vida (Diener, 1994).

El bienestar psicológico se presenta fundamentalmente desde la literatura como un concepto multidimensional, con seis dimensiones (ver Tabla 12). Para estos autores, el crecimiento personal y los propósitos de vida disminuyen a lo largo del ciclo vital, mientras que la autonomía y el dominio van en aumento, lo que indica que la experiencia subjetiva de bienestar está sujeta a cambios (Ryff y Keyes, 1995).

Tabla 12. Dimensiones del Bienestar Subjetivo según Ryff y Keyes (Modificado de Ryff y Keyes, 1995 pp. 721)

Dimensiones del Bienestar Subjetivo	
Autoaceptación	Apreciación positiva de sí mismo
Dominio	Capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida
Afectos positivos	Capacidad para manejar con eficiencia los vínculos personales
Propósitos de vida	Creencia de que la vida tiene propósito y significado
Crecimiento personal	Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez
Autonomía	Sentido de autodeterminación

En cualquier caso, el bienestar subjetivo es un área general de interés científico y no una estructura específica que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999)

4. La salud psicológica como ausencia de malestar.

Se considera la presencia de síntomas, el funcionamiento alterado y la duración de tales dificultades. Dentro de este concepto, el malestar psicológico se mide de dos formas: que el propio individuo muestre dicho malestar, o que personal especializado evalúe dicha dificultad mediante entrevistas estructuradas.

Como ya hemos visto, existe una gran dificultad todavía hoy para establecer límites conceptuales quizás todavía por consensuar sobre el bienestar, lo que hace acudir a menudo al concepto de malestar, en el que dichos límites están mucho más claros, y desde donde también es posible identificar y valorar la situación de bienestar vital de las personas (Ellsworth y Smith, 1988).

Para algunos autores, el malestar se produce especialmente a partir de la percepción de la persona de no ser capaz de modificar la situación que interpreta como perjudicial, amenazante y/o peligrosa y ante la cual responde (Lazarus y Folkman, 1986), mientras que, cuando las personas se sienten capaces, disfrutarán de un mayor grado de bienestar.

Una larga lista de estudios hace referencia a que la exposición a acontecimientos vitales estresantes aumenta la posibilidad de exponerse a dificultades y conflictos psicológicos (Bebbington y cols., 1993; Brown, 1993; Brown, Harris, y Hepworth, 1994; Frank, Anderson, Raynolds, Ritenour, y Kupfer, 1994; Kendler y cols., 1995).

Mientras contamos con intervenciones sistemáticas para manejar o eliminar emociones negativas (como ansiedad y depresión), no existen procedimientos protocolizados para favorecer el sentimiento de felicidad de las personas (Kanfer y Schefft, 1988). Por ello, nos centraremos en ansiedad y depresión como indicadores de bienestar en un sentido hedónico (sentir placer o no), desde el concepto de ausencia de bienestar.

2.2.2.1.2. Ansiedad y depresión

Cuando hablamos del bienestar de una persona, inevitablemente hemos de hacer alusión a sus emociones, a reacciones que se vivencian como un fuerte impacto en el estado de ánimo y en el bienestar de la persona (Plutchik, 1993). En este sentido, experimentar con frecuencia emociones positivas produce un efecto favorable en nuestra salud psicológica (Avia y Vázquez, 1998). Las emociones aparecen como respuesta a una situación concreta o como respuesta a factores internos de la persona (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994). No obstante, aunque existen numerosos modelos teóricos que tratan de explicar las emociones, la investigación aplicada es escasa (Cano-Vindel, 1989).

Cuando existe ausencia de bienestar, es probable que aparezcan emociones negativas, siendo las más comunes la ansiedad y la depresión, por lo que son estas también las que hasta el momento han sido más estudiadas, como veremos a continuación. No obstante, acudir a los conceptos de ansiedad y depresión para referirnos a la salud psicológica de las personas no implica atender a estas manifestaciones como cuadros psicopatológicos, sino como simplemente indicadores de ausencia de bienestar. Aún así, es evidente que en ocasiones tales manifestaciones del estado de ánimo negativo constituyen por sus características de intensidad, duración y expresión concreta un cuadro diagnóstico específico, el cual se evalúa según los criterios del manual diagnóstico internacional DSM-IV-TR (APA, 2001).

2.2.2.1.2.1. Ansiedad

Una de las emociones más estudiadas ha sido la ansiedad, un complejo de sensaciones, pensamientos y sentimientos sobre uno mismo y sus circunstancias que dificultan el bienestar psicológico de la persona (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994).

La definición de ansiedad suele hacerse en base a criterios subjetivos (Sandín y Chorot, 1995). De esta forma, desde una perspectiva cognitiva, interactiva y multidimensional, la ansiedad es una emoción desagradable, caracterizada por malestar subjetivo y alta activación fisiológica e inquietud motora. Se encuentra ligada a aspectos individuales específicos y situaciones ante las que no se encuentran recursos con los que afrontarla (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994),

una valoración de la situación como amenazante, y una percepción de las propias estrategias de afrontamiento como insuficientes para enfrentarse a la situación (Lazarus y Folkman, 1986) o una reacción emocional con sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, preocupación y una descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberg, Pollans y Worden, 1984). La ansiedad se manifiesta a través de tres tipos de reacción diferentes, a tres niveles diferentes: cognitivo, fisiológico y motor, los cuales no han de manifestarse simultáneamente ni con la misma intensidad (Lang, 1968), siendo una de sus características fundamentales su naturaleza anticipatorio (Sandín y Chorot, 1995).

No obstante, para algunos autores de líneas más experimentales, la ansiedad no es más que una reacción autónoma de un organismo tras la presentación de un estímulo nocivo (Wolpe, 1979).

2.2.2.1.2.1.2. Teorías sobre la ansiedad

Las explicaciones sobre la ansiedad se han centrado tanto en factores biológicos como psicológicos, siendo las teorías centradas en factores psicológicos las que han dado lugar a aportaciones más significativas (Sandín, 1995).

Hasta el siglo XIX, la ansiedad se incluía en el conjunto de manifestaciones psicopatológicas denominadas neurosis, cuya identificación realiza Freud (1990). La teoría freudiana plantea un modelo estructural para la explicación de la ansiedad, entendiéndola como un peligro cuyo origen está en los impulsos reprimidos de la persona. Esta teoría ha sido defendida por muchos autores posteriormente (Gossop, 1989). No obstante, este modelo presenta numerosas dificultades respecto a su practicidad y científicidad (Rachman, 1977), provocando la aparición de nuevas teorías.

Los primeros modelos de relevancia científica se basaron en los principios del condicionamiento, tanto en el puro condicionamiento pavloviano (Watson y Rayner, 1920, citado en Sandín, 1995), la inclusión del condicionamiento operante y el concepto de refuerzo negativo, modelo que fue referencia en los años cincuenta (Mowrer, 1960), o el concepto de incubación, que se convierte en la primera explicación del fenómeno del incremento paradójico de la ansiedad (Eysenck, 1985).

Pero desde los años noventa, ha crecido el interés por conocer y explicar los procesos cognitivos que intervienen en la ansiedad, tratando de explicar por qué los miedos no sólo se adquieren por la experiencia directa sino también a través de la transmisión de información y el aprendizaje vicario. Así, Reiss (1980) hace hincapié en las expectativas y Davey (1989) en la revaloración del estímulo incondicionado.

Por otro lado, desde la perspectiva cognitiva, existen una serie de teorías basadas en el proceso de información para los que la importancia reside en las estructuras cognitivas de la memoria emocional. Así, Lang (1979) plantea un modelo dimensional y focaliza el procesamiento emocional en sí mismo, mientras que autores como Beck (1976) y Bower (1987) plantean el sesgo del estado de ánimo sobre el procesamiento como el elemento preferente.

No obstante, los estudios experimentales sobre la ansiedad basados en ésta última perspectiva sólo han confirmado dicho sesgo en las etapas atencionales del procesamiento de información, por lo que algunos autores sugieren que la ansiedad sólo se relaciona con la etapa atencional, en la que se produce un sesgo automático, y que supone la implicación de procesos no conscientes (McLeod y Cohen, 1993; Öhman, 1993).

En cuanto al interés por los factores biológicos, de predisposición, psicofisiológicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos, han sido los aspectos psicofisiológicos los que han resultado de mayor utilidad en cuanto a la evaluación y como facilitadores de la diferenciación de diferentes aspectos de la ansiedad (Sandín, 1995).

2.2.2.1.2.2. Depresión

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones del malestar psicológico humano más frecuente. Acompaña al ser humano desde su existencia, aunque seguramente por una función adaptativa en sus inicios, como reclamar la atención de los otros, etc. (Gilbert, 1992).

Asimismo, hemos de tener en cuenta que una manifestación depresiva no constituye un síndrome depresivo, aunque muchas veces no resulta fácil realizar

una distinción entre ambos. Para algunos autores la diferencia es cuantitativa, es decir, en función de la gravedad de dichas manifestaciones (Beck, 1976; Goldberg y Huxley, 1992), mientras que para otros la diferencia es cualitativa, en función de las manifestaciones presentes (Andreasen, 1985).

Por otro lado, las manifestaciones depresivas condicionan el funcionamiento de la persona y su autonomía, con lo que la salud psicológica se ve afectada de forma considerable.

2.2.2.1.2.2.1. Teorías sobre la depresión

En el caso de la depresión, las primeras teorías nos conducen al psicoanálisis, explicando las manifestaciones depresivas como reacción de rabia y culpa ante la pérdida del objeto amado, y otorgando vital importancia a la autoestima (Freud, 1990). Las teorías psicodinámicas de los últimos años atribuyen la vulnerabilidad a las manifestaciones depresivas por pérdidas tempranas del objeto amado en la infancia, lo cual provoca un desarrollo de la autoestima dependiente de factores externos y una baja tolerancia a la frustración ante la crítica o el rechazo (Bowlby, 1980; Klein, 1940; Sandler y Sandler, 1978).

Desde la perspectiva conductual, las manifestaciones depresivas se relacionan fundamentalmente con la reducción generalizada de la frecuencia de conductas, consecuencia de la pérdida de refuerzos positivos o de la pérdida de la efectividad de los reforzadores (Lewinshon y Gotlib, 1995; Rehm, 1977). Para Rehm, esta reducción sólo tiene efectos en personas con un déficit de conductas (cognitivas) de autocontrol, mientras que para Lewinsohn existe una variable mediadora, la autoconciencia.

Para los cognitivistas, la depresión aparece y se desarrolla en función de cómo la persona interpreta los sucesos de su vida. Éste es el enfoque predominante en la actualidad, existiendo multitud de teorías que enfatizan diferentes aspectos cognitivos como claves en la depresión. No obstante, la Teoría de Beck y la Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy se muestran como las teorías más relevantes hasta el momento.

Así, para Beck (1983), la depresión se produce por un procesamiento negativo y distorsionado de lo que ocurre en el entorno, concretamente, una visión

negativa del yo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa). Para Beck, esto ocurre en personas que tienen actitudes disfuncionales para interpretar la realidad tras un acontecimiento estresante.

La teoría de la desesperanza (1989) concede vital importancia a las manifestaciones cognitivas, concretamente a la desesperanza que aparece tras sucesos vitales negativos en personas cuyo estilo atribucional es global, estable e interno.

En los últimos años, se incluyen los factores interpersonales como fundamentales. De este modo, las primeras experiencias de apego en la infancia son concebidas como factor de vulnerabilidad para las manifestaciones depresivas, entendiendo que las habilidades interpersonales que adquiere el niño influirán en el afrontamiento de los acontecimientos estresantes vitales en un futuro y colocando en un lugar destacado el papel de las personas significativas del entorno (Coyne, 1976; Gotlib y Hammen, 1992).

Entre todas las teorías existentes encontramos numerosas similitudes y diferencias, pero parece claro que es necesario contar con teorías que integren diferentes factores a la hora de explicar la complejidad y diversidad de las manifestaciones depresivas (Sanz y Vázquez, 1991).

2.2.2.1.2.3. Comorbilidad entre ansiedad y depresión

Ansiedad y depresión son constructos diferentes, con manifestaciones y procesos diferentes (Endler, Cox, Parker, y Bagby, 1992), y multidimensionales (Endler, Macrodimitris y Kocovski, 2003), pero habitualmente estas manifestaciones coocurren, en otras palabras, su comorbilidad es elevada (Barlow, 1988; Dobson, 1985; Maser y Cloninger, 1990).

Además, muchas de sus manifestaciones características se solapan, especialmente en personas que no cumplen criterios para un diagnóstico específico de ansiedad o depresión pero cuyo malestar o sufrimiento es significativo (Katon y Roy-Byrne, 1991).

Así, considerando las interrelaciones entre las manifestaciones de ansiedad y depresión, Clark y Watson proponen un modelo tripartito de ansiedad y

depresión compuesto por *hiperactivación fisiológica* (característico de la ansiedad), *anhedonia* (característica de la depresión) y *afecto negativo* (común a ambas). El modelo se basa en el concepto de afecto positivo y afecto negativo como dimensiones independientes, explicando la comunalidad de las manifestaciones de ansiedad y depresión en base al afecto negativo y explicando su distintividad en base al afecto positivo, presente en la ansiedad en mayor grado que en la depresión (Clark y Watson, 1991).

La teoría de indefensión-desesperanza también trata de explicar la interrelación entre ansiedad y depresión también desde un modelo tripartito, siendo la desesperanza el aspecto predominante en la depresión, la incertidumbre en la ansiedad y la indefensión el elemento común a ambas (Alloy, Nelly, Mineka y Clements, 1990).

A continuación reflejamos gráficamente las manifestaciones comunes y las específicas de la ansiedad y depresión a partir de estas dos teorías. (ver Figura 2).

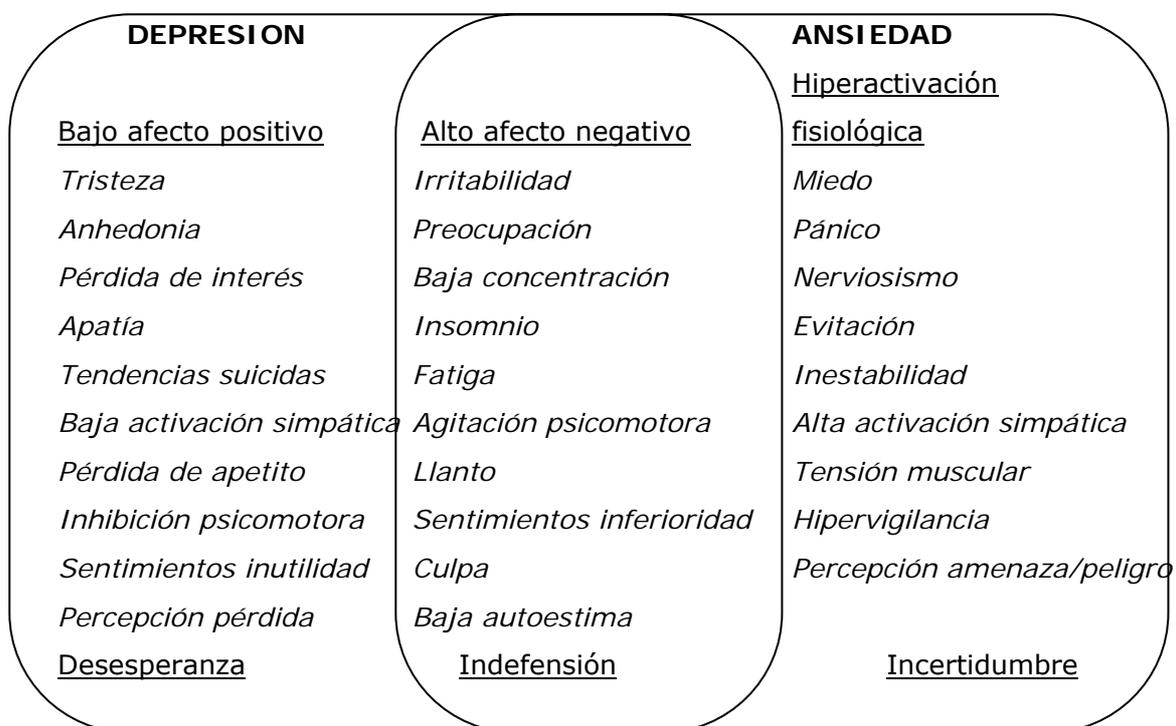


Figura 2. (Tomado de Sandín y Chorot, 1995)

Por otro lado, no se ha prestado excesiva atención a las manifestaciones ansiosas y depresivas en la literatura científica, dejando de lado el estudio de

estas manifestaciones dentro del contexto de la salud psicológica o bienestar psicológico de la persona. Aún así, tan sólo como desórdenes específicos integrados dentro del estudio de la psicopatología en estas personas, psicopatología que se muestra elevada desde algunos estudios (Bergero y cols., 2004), o como reflejo del motivo de las personas transexuales que solicitan ayuda psicológica o psiquiátrica (Dean, 2000). Pocos son los estudios que perciben las dificultades psíquicas de ansiedad y depresión como consecuencia del estrés psicosocial al que se ven sometidas estas personas (Cohen y cols., 1997), es decir, como índices de ausencia de bienestar (Endler, Macrodimitris y Kocovski, 2003).

Asimismo, bajo nuestro punto de vista, estableciendo lo habitual de que las manifestaciones de ansiedad y depresión coexistan en las personas, podemos asumir que, ante esta situación, la salud psicológica de las personas se ve afectada, y que dichas manifestaciones aparecen ante la insatisfacción de las necesidades básicas humanas. Por ello, es interesante conocer cuáles son las necesidades humanas básicas y qué factores tienen que ver con ellas, para poder conocer los factores asociados al bienestar de la persona y evitar manifestaciones ansiosas y depresivas que dificultan un desarrollo psicosocial normalizado de las personas transexuales.

En cualquier caso, la valoración de la salud psicológica es posible desde cualquiera de las perspectivas, pudiendo ser más adecuada una u otra en función de la persona o población concreta a la que se valora y de las circunstancias, tanto contextuales como del propio estudio.

Desde nuestra perspectiva, la salud psicológica no es estática y no es definitiva, sino que es vulnerable a las circunstancias de la propia persona y de su contexto en cada momento vital, es decir, responde a un modelo interaccionista, por lo que entendemos que el estado de psicológico de las personas transexuales en general, así como su estado respecto a las variables personales a evaluar es el producto de la interacción de la persona con su entorno.

2.2.3. Variables personales y salud psicológica

Desde esta perspectiva del bienestar/malestar, encontramos diferentes conceptos clave como las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona o su nivel de autoestima (Diener, Suh y Oishi, 1997; Lazarus, 1993), además de la imagen corporal (Pruzinski, 1996) o la autoestima sexual (Clements-Nolle, Wilkinson y Kitano, 2001).

Las primeras aluden a las combinaciones caracteriológicas de pensamientos, creencias y comportamientos resultantes de la vivencia de estrés (Casullo y Fernández, 2001), mientras que la autoestima alude al valor que uno se atribuye a sí mismo (Baumeister, 1998).

Los autores que han estudiado el bienestar psicológico creen que los indicadores sociales no son capaces, por sí solos, de definir la calidad de vida (Diener y Suh, 1997), ya que la forma de abordar las mismas circunstancias difiere entre las personas, en función de las expectativas, los valores personales y las experiencias singulares de cada uno.

En cualquier caso, queremos incidir de nuevo en que delimitar los conceptos en relación al bienestar sigue siendo complejo, aunque existe consenso en asumir que dependen de satisfacer de forma adecuada nuestras necesidades fundamentales.

Como ya hemos reflejado a lo largo de todo el texto, las personas transexuales se encuentran con dificultades personales y sociales que interfieren en su salud psicológica, pero lo cierto es que no contamos con apenas investigación sobre la salud psicológica de estas personas y, más concretamente, sobre las variables que venimos desarrollando a lo largo de todo el capítulo.

Así, los escasos estudios relacionados con la salud psicológica de estas personas se refieren a la calidad de vida tras el proceso de reasignación genital (Hunt y Hampson, 1980; Hurtado, Gómez y Donat, 2006), a la satisfacción con la terapia psicológica (Jones y Hill, 2002; Rachlin, 2002), el proceso de construcción de la identidad (Cano Oncala y cols, 2004), la presencia de psicopatología (Cole y cols., 1997) o, de una forma genérica, la satisfacción con

uno mismo y las relaciones interpersonales que mejoran sensiblemente desde el inicio del proceso de reasignación sexual (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989).

De ahí, nuestro interés en valorar en este estudio determinados aspectos personales, que intervienen en la salud psicológica de las personas, tratando de ver la influencia particular existente en las personas transexuales. Así nos centraremos en las variables autoestima y estrategias de afrontamiento, si bien atenderemos de forma individual a dos dimensiones de la variable autoestima: la imagen corporal y la autoestima sexual, por ser ambas, desde nuestro punto de vista, de especial relevancia en la problemática que nos ocupa.

No obstante, desde nuestra perspectiva, resulta de vital importancia dejar constancia de que la transexualidad no es un suceso particular o circunstancial de la vida, sino que es inherente a lo que una persona *es*. Por ello, el desarrollo vital de estas personas con relación a las diferentes necesidades, aspectos y variables personales fundamentales para su salud psicológica sigue un curso marcado por dicha situación desde la niñez. Esto ha de ser tenido en cuenta a la hora de valorar la influencia de unas variables sobre otras, interpretando dichas relaciones con cautela. Es decir, podemos estudiar la influencia de determinadas variables sobre otras, en este caso, la incidencia de determinadas variables personales sobre la salud psicológica (ansiedad y depresión), pero teniendo en cuenta las características particulares de esta población cuya salud psicológica no se ve alterada en un momento dado por una situación determinada, sino cuyo estado depende de una circunstancia vital indisoluble de uno mismo, de la identidad personal.

2.2.3.1. Autoestima

Para Orenstein (1994), la autoestima resulta de la influencia de dos ámbitos: cómo la persona valora su competencia y desempeño en las diferentes áreas importantes para ella y, por otro, cómo la persona cree que es percibida por las personas importantes para ella. De esta manera, no sólo la autoevaluación es importante en la autoestima, sino que la evaluación de los demás juega un importante papel (Brumberg, 1997).

2.2.3.1.1. Autoestima y salud psicológica

El nivel de autoestima se asocia directamente con el estado de bienestar/malestar de la persona, por lo que personas con baja autoestima habitualmente son más vulnerables a los acontecimientos del entorno que aquellas que tienen un elevado nivel de autoestima, mientras que una autoestima alta influye en una satisfactoria salud psicológica (Baumeister, 1991; Bendnar y cols, 1989; Taylor y Brown, 1988).

La autoestima se muestra como mejor predictor de la satisfacción con la propia vida que cualquier característica objetiva de la situación vital de la persona como el nivel socioeconómico o la edad (Diener, 1984).

Las personas que presentan mayor nivel de autoestima, tienen menos riesgo de caer en una depresión (Crandall, 1973; Harter, 1993) o desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), menores problemas de ansiedad y soledad (Kanfer y Zeiss, 1983; Leary, 1983; Taylor y Brown, 1988; White, 1981).

Además, la identidad puede verse afectada si existe una concepción simplificada de la autoestima (Philips, 1998), ya que como vimos en el capítulo anterior, uno de los conceptos clave en la construcción de la identidad personal es el desarrollo de la autoestima (Palacios, 2005).

Por otro lado, la autoestima se ha mostrado en diversos estudios como variable mediadora entre determinados aspectos fundamentales de la persona y su salud psicológica (Huntsinger y Luecken, 2004).

2.2.3.1.2. Autoestima en personas transexuales

La autoaceptación se presenta como el elemento clave en las personas transexuales para la satisfacción con uno mismo y con las relaciones con los otros (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989).

Además, la autoestima y la confianza en uno mismo aumenta cuando finaliza el proceso de reasignación sexual, siempre que éste haya sido satisfactorio (Turner y cols., 1978).

Aún así, no contamos con estudios que evalúen la influencia del nivel de autoestima de las personas transexuales en su salud psicológica a lo largo de todo el proceso, independientemente del momento del proceso.

2.2.3.2. Autoestima sexual

La autoestima sexual se entiende como el valor que uno se atribuye a sí mismo como persona sexual (Gaynor y Underwood, 1995; Zeanah, 1992), la cual se encuentra muy relacionada con la salud psicológica de las personas al aludir a la necesidad básica de intimidad, determinante para la salud psicológica de las personas (López, 2006).

2.2.3.2.1. Autoestima sexual y salud psicológica

La atención prestada por los autores a la autoestima sexual en relación a la salud psicológica tiene mucho que ver con la atención a los abusos sexuales a menores, ya que la baja autoestima sexual (y general también) es una de las posibles consecuencias a medio y largo plazo en los menores que han sufrido abusos, al igual que la afectación de la salud psicológica, con frecuentes manifestaciones depresivas, ansiosas, relacionales, etc. (López, 2000).

Numerosos estudios afirman que una percepción negativa de uno mismo como persona sexual, es decir, una baja autoestima sexual incrementa la posibilidad de asumir riesgos para la propia salud sexual, puesto que asumir dichos riesgos puede validar su identidad y fortalecer su autoestima (Clements-Nolle y cols., 2001; Stiffman y cols., 1992).

Además, una baja autoestima sexual se relaciona también con la reducción o desaparición de relaciones íntimas y sexuales (Gómez y Etxebarria, 1993), siendo la necesidad de intimidad una de las necesidades básicas del ser humano, por lo que no cubrir dicha necesidad afectará en un grado u otro a la salud psicológica de la persona (López, 2006).

2.2.3.2.2. Autoestima sexual en personas transexuales

Como ya hemos mencionado, la autoestima sexual alude al valor que nos otorgamos a nosotros mismos como personas sexuales (Gaynor y Underwood, 1995; Zeanah, 1992). Las personas transexuales han de expresarse como personas sexuales con una anatomía física incongruente con su rol sexual (Bureau, Beaudoin, y Fallon, 1989), por lo que se incide en la importancia de expresar su rol sexual con naturalidad, lo cual incrementará la posibilidad de disfrutar de las relaciones sexuales, de lo contrario se vería afectada negativamente la autoestima sexual de la persona (Benjamín, 1966). No obstante, resulta de vital importancia la comprensión del compañero sexual (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989).

2.2.3.3. Imagen corporal

La imagen corporal es un componente del autoconcepto que alude a la representación mental del sí mismo físico, incluyendo actitudes y percepciones en cuanto a la propia apariencia, la salud física, estrategias y la sexualidad (Roid y Fitts, 1988).

Este concepto alude a las percepciones, sentimientos y pensamientos que uno tiene de sí mismo en relación a su cuerpo y su apariencia (Cash, 1990; Pruzinski, 1990; Pruzinsky y Cash, 1990).

2.2.3.3.1. Imagen corporal y salud psicológica

La construcción de la imagen corporal supone un fuerte impacto en el desarrollo vital de las personas, jugando un papel determinante en la salud psicológica de las personas (Cash, 1990; Pruzinski, 1990; Pruzinsky y Cash, 1990). Aún así, la valoración subjetiva y social del cuerpo se encuentra muy condicionada por el contexto socio-cultural (Toro, 1996), como así puede ocurrir con las personas transexuales.

2.2.3.3.2. Imagen corporal en personas transexuales

La construcción de la imagen corporal sigue el curso a la construcción de la identidad personal por ser uno de los elementos fundamentales en el desarrollo de la misma. Así, la construcción del self supone la integración del desarrollo físico y psicológico en un proceso maduracional dinámico, y el paso de la percepción corporal simple de forma unitaria a una percepción más compleja en la que la percepción unitaria se complementa con la percepción selectiva de las partes del cuerpo (Ruggieri, Marone y Fabricio, 1997).

Asimismo, las personas transexuales presentan un conflicto en la construcción de su imagen corporal, que no es acorde a su identidad personal; de ahí el deseo de las personas transexuales de iniciar el proceso de reasignación sexual y modificar su anatomía física y la preocupación por su apariencia en ese sentido, causando un profundo malestar. Esto les permitirá una integración adecuada del desarrollo físico y psicológico de la persona (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998).

Las personas transexuales tratan de evitar la percepción de aquellas partes del cuerpo que les generan conflicto (Marone e Iacoella, 1997). En este sentido, tanto varones como mujeres transexuales muestran la mayor latencia en la percepción de los genitales, seguida en el caso de los varones por el tórax. Las zonas corporales a las que más atención se presta son los glúteos y las piernas en el caso de las mujeres, y las manos y los brazos en el caso de los varones (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998). Los puntos de mayor atención corporal constituyen zonas claves en la construcción de la imagen corporal (Ruggieri, Galato y Lombardo, 1993).

Por otro lado, se conoce que la satisfacción con la imagen corporal de las personas transexuales se incrementa una vez que se inicia y se desarrolla el proceso de reasignación sexual (Fleming y cols., 1982).

2.2.3.4. Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento se define como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan, es decir, para reducir el malestar psicológico de las personas (Casullo y Fernández, 2001).

Desde el modelo de Lazarus y Folkman (1986) no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el sujeto realiza de dichas situaciones. Este modelo plantea que la persona responderá a una situación, la afrontará de una forma o de otra en función de la emoción que le suscite. Este afrontamiento puede estar dirigido al problema, y tratar de modificar la situación, o dirigido a la emoción, tratando de que la emoción no cause malestar a través de una reevaluación de la situación.

Por otro lado, es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir, el modo con el que se encara cualquier situación y una problemática particular (Frydenberg y Lewis, 1997). Se trata de un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente como a las disposiciones de personalidad (Basabe, Valdosedá y Páez, 1993)

2.2.3.4.1. Estrategias de afrontamiento y salud psicológica

Las estrategias de afrontamiento resultan de interés fundamental para salir de forma satisfactoria de situaciones vitales complejas y favorecer nuestro estado de salud psicológica (Antonovsky, 1988).

No obstante, a la hora de estudiar el afrontamiento se destacan dos aspectos básicos, por un lado, el afrontamiento como un proceso y, por el otro, la eficacia del mismo. El afrontamiento sería entonces, un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario, buscará otro recurso (Olson y McCubbin, 1989).

En este sentido, el éxito o bienestar tras el afrontamiento de una situación influirá nuevamente en el comportamiento, en la toma de decisiones y en la interacción social (Warr, 1994).

Riviére (citado en Boso, Macció, Rodríguez y Salvia, 2003) vincula a lo saludable como producto de la adaptación activa del sujeto a la realidad, lo cual requiere de sucesivos aprendizajes; cuando esta capacidad de aprendizaje se detiene, emerge el malestar y la enfermedad.

Para otros autores, el bienestar es la resultante de la posibilidad de elección y decisión personal (Fromm, 1941) que implica el desarrollo de capacidades que son propias del sujeto (Sen, 2000).

Con todo esto vemos la íntima relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de las personas, ya que ante situaciones vitales complejas se genera una tensión que hemos de manejar y en función de ese manejo el resultado será patológico, neutral o salutogénico (Antonovsky, 1988)

2.2.3.4.2. Estrategias de afrontamiento en personas transexuales

Como ya hemos visto, las estrategias de afrontamiento resultan fundamentales para la resolución de situaciones vitales complejas (Antonovsky, 1988).

Desde nuestro punto de vista, las personas transexuales se enfrentan desde la toma de conciencia de su identidad y del conflicto con su anatomía a una situación realmente compleja, y aunque se han llevado a cabo algunas reflexiones sobre cómo las personas transexuales ponen en marcha todos los recursos que tienen a su disposición para lograr sus objetivos, es decir, para adecuar su anatomía física a su identidad personal hasta el punto en que no les genere conflicto (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989), hasta el momento no existen estudios que valoren la relevancia de las estrategias de afrontamiento de las personas transexuales en su salud psicológica.

De esta forma, observamos los escasos y limitados estudios existentes respecto a la influencia de las variables personales sobre la salud psicológica de las personas transexuales, lo cual constituye el objetivo del presente estudio que presentamos a continuación.

2.2.4. Relación entre las variables a evaluar

Cuando se trata del estudio del ser humano, es posible estudiar aspectos específicos, lo cual posibilita conocer el efecto de factores o aspectos concretos, pero el ser humano es una biografía con características dimensionales, es decir, donde todos los aspectos del ser humano se relacionan unos con otros, no somos seres creados con compartimentos estancos, sino seres en los que cada cambio repercute de forma integral en el ser (Bronfenbrenner, 1987).

Por ello, evaluar aspectos concretos del ser humano supone tener en cuenta su relación y su influencia no sólo en estado psicológico del ser humano sino también de unos aspectos sobre otros, relación que reflejamos a continuación respecto a los aspectos que hemos considerado relevantes en este estudio:

Así en cuanto a la **imagen corporal y la autoestima**, la percepción de la propia imagen corporal como insatisfactoria y no aceptada, como responsable de una menor autovalía y competencia en el entorno, influye y condiciona el nivel de autoestima de la persona (Levine y cols., 2005). Así, una pobre imagen corporal, se asocia con una pobre autoestima (Eklund y Bianco, 2000).

Las personas que obtienen un biofeedback positivo respecto a su imagen corporal, tienden a mostrar un mayor nivel de autoestima (Harter, 1999). Así, West y Sweeting (1997) informan de una baja autoestima como característica más común en las mujeres que en los varones debido a una mayor preocupación por la imagen corporal, existiendo una elevada correlación entre la insatisfacción con la imagen corporal y el peso con el nivel de autoestima (Furnham, Badmin y Sneade, 2002).

Además, la insatisfacción con la imagen corporal aumenta la necesidad de autoestima, iniciándose una búsqueda mayor de refuerzo externo (Page, 1992), pero a mayor rechazo de la imagen corporal, menor autoestima y mayores manifestaciones depresivas (López y cols., 1991).

Respecto a la **imagen corporal y las estrategias de afrontamiento**, Schlebusch y van Oers (1999), en un estudio con mujeres con cáncer de mama, encontraron que las mujeres que presentaban un mayor conflicto y menor

aceptación de su cuerpo, con una mayor afectación de su imagen corporal, utilizaban estrategias de afrontamiento menos adaptativas, aunque parece no existir relación significativa entre el tipo de estrategia de afrontamiento y la imagen corporal de las personas (Pikler y Winterowd, 2003).

En cuanto al **afrontamiento y la autoestima**, podemos decir que el afrontamiento tiene dos tipos de objetivos, por un lado, alterar la fuente provocadora de malestar y, por otro, modificar el trato a dicha fuente para reducir la respuesta emocional negativa. Así, resultarán estrategias adaptativas si reducen la emoción negativa y promueven la salud psicológica de la persona, mientras que resultarán desadaptativas si, incluso reduciendo el malestar a corto plazo, suponen un deterioro de la salud psicológica (Lazarus y Folkman, 1986).

Por esto, es fundamental determinar cuáles son los recursos personales, tanto internos como externos, eficaces para afrontar las dificultades vitales, lo cual provocará una autovaloración positiva que posibilitará un efecto positivo en la percepción sobre nosotros mismos, un efecto en la autoestima, factor clave, como ya hemos mencionado en la salud psicológica de las personas (Richard, 1995; Selye, 1975).

En relación a la **imagen corporal y la autoestima sexual**, la valoración del atractivo facial y el grado de evitación social debida a la imagen, han sido considerados como los mejores predictores de la autoestima sexual. En cambio, parece existir escasa relación con la apariencia física, el tamaño, la forma y la insatisfacción corporal. (Wiederman y Hurst, 1998).

Además, las personas y, especialmente los adolescentes, son sensibles a los defectos físicos y las situaciones violentas en relación a la imagen corporal, por lo que la comparación con personas poco atractivas puede fomentar un gran sentimiento de inferioridad de uno mismo como persona sexual (Page, 1992; Wiederman y Hurst, 1998).

Por otro lado, la valoración que hacemos del propio cuerpo y atractivo físico influye en las interacciones con los otros (Martín y Gentry, 1997; Page, 1992; Thornton y Ryckman, 1991; Wade y Abetz, 1997) así como en las relaciones sexuales (Alonge, 1991; Burlenson, 1994; Moore y cols., 1994; Wiederman y

Hurts, 1998), es decir, la imagen corporal se relaciona con la percepción de uno mismo como persona sexual.

Se han realizado algunos estudios con personas discapacitadas que informan también de la relación existente entre la imagen corporal y la propia autoestima sexual (Wiederman, 2000).

Por último, y en relación al papel mediador de la autoestima entre diversas variables o aspectos, hemos visto que la autoestima constituye una necesidad fundamental para el desarrollo y superación de las personas (Maslow, 1991), además de ser mejor predictor de la satisfacción con la vida (Diener, 1984).

Por ello, numerosos estudios han planteado el papel mediador de la autoestima con respecto a la salud psicológica y otros factores que pudieran también influir en ella, es decir, plantean la influencia de determinados factores en el estado de salud psicológica a través de la autoestima (Druley y Townsend, 1998; Hall y cols., 1996; Huntsinger y Luecken, 2004).

Desde nuestro punto de vista, es interesante tener esto en cuenta a la hora de realizar nuestro estudio empírico. Por lo tanto, todas estas variables podrían relacionarse, siendo esa relación el modelo de partida para nuestro estudio, como así se mostramos a continuación, si bien no marcamos una dirección clara (ver Figura 3):

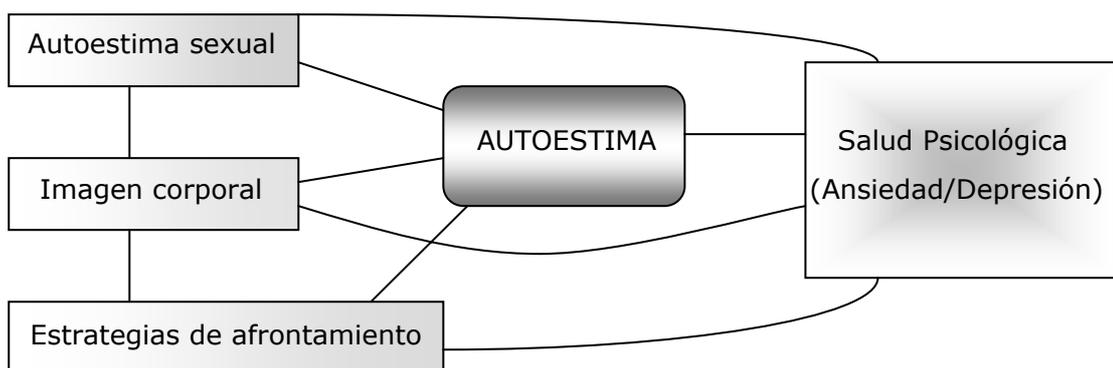


Figura 3. Esquema-modelo de la relación entre las variables de nuestro estudio.

A continuación una cita que refleja la importancia de tratar de resolver las necesidades en el momento presente: AA continuación una cita

. "Lo pasado ha huido, lo que esperas esta ausente, pero el presente es tuyo. "

Proverbio árabe

II. ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo III.

Planteamiento del problema

Conocido es que el fenómeno de la transexualidad ha estado presente desde siempre (Nieto, 1998), aunque su estudio fue casi inexistente hasta el siglo XX, y su delimitación conceptual todavía hoy genera dificultades. Actualmente, nos encontramos en un momento en el que el interés por la transexualidad crece de forma sustancial desde todos los campos de estudio, pero aún así nos encontramos ante una realidad todavía desconocida, en la que el funcionamiento social y profesional se ve condicionado por este desconocimiento y por la información sesgada o errónea que existe al respecto. De ahí la necesidad de investigación sobre transexualidad.

Desde un punto de vista científico, existe un cierto vacío en este tema. La mayoría de los estudios realizados con personas transexuales son retrospectivos y se centran en factores endocrinos, prácticas quirúrgicas de reasignación de sexo y cambios en caracteres sexuales secundarios (Bergero y cols., 2004). Pero es necesario conocer en profundidad la realidad y las dificultades de este colectivo para ofrecer información veraz al respecto. Resulta de especial interés la investigación sobre el bienestar y las necesidades básicas de las personas transexuales, a partir de la cual obtener información certera sobre su situación y sobre la forma de favorecer su salud psicológica, tema del que se ocupa este estudio.

Por otra parte, los profesionales que se ocupan de intervenir con este colectivo se encuentran en situación de desamparo, al no contar con una base de conocimiento específico sobre sus necesidades y los factores asociados a su bienestar psicológico, que posibilitaría el desarrollo de programas de ayuda específicos de eficacia contrastada. Existe una enorme falta de oferta profesional especializada. Se trata de dotar a los profesionales de mayor conocimiento acerca de los factores específicos clave que provocan malestar en esta comunidad, lo que constituiría el punto de partida para un posterior desarrollo de programas de intervención; por tanto, contaríamos con una herramienta eficaz para facilitar su desarrollo psicosocial normalizado.

Además, aunque nos encontramos ante un colectivo minoritario, de una de cada 11.000 mujeres transexuales (varones biológicamente) y uno de cada 30.000 varones transexuales (mujeres biológicamente) (Michel, Mormont y Legros, 2001), pero que sus dificultades son máximas, puesto que produce patrones de

comportamiento que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa.

Asimismo, una de sus dificultades más importantes es el aislamiento social, que repercute notablemente en el nivel de autoestima, ya que estas personas tienen que enfrentar consecuencias adversas por tener un autoconcepto poco reforzado socialmente, además de problemas escolares y de desempleo. Muchos pacientes diagnosticados presentan un índice elevado de psicopatología asociada y una mortalidad por suicidio mayor que la población general (Bergero y cols., 2004).

Apenas existen estudios sistemáticos acerca del tema de la transexualidad. Se trata de un tema muy poco estudiado, pero en el que nos encontramos fundamentalmente con estos tipos de estudios:

1. Evaluación de psicopatología mediante MMPI o MMPI-2 en personas transexuales (Cole y cols., 1997; Greenberg y Laurence, 1981; Hunt y cols., 1981; Leavitt y Berger, 1990; Miach y cols., 2000; Tsushima y Wedding, 1979).

Dadas las enormes implicaciones sociales, laborales, sexuales y emocionales que conlleva la transexualidad, y las discrepancias entre los estudios que evalúan psicopatología asociada en personas transexuales, sería conveniente replicarlos y evaluarlos en distintas poblaciones para así dar información veraz acerca de esta cuestión.

2. Estudios de diferencias entre personas transexuales varón-a-mujer y pacientes mujer-a-varón en diferentes variables (pensar, sentir y desear con intensidad pertenecer al otro sexo, adopción del rol del otro sexo en la intimidad y el entorno social, búsqueda de ayuda para cambio de sexo, comunicación de la transexualidad al entorno sociofamiliar, factores de estrés percibidos, antecedentes de utilización de servicios de salud mental, ideación e intentos autolíticos, agresiones y maltrato recibidos), y muestran diferencias significativas con implicaciones clínicas fundamentales, por sus factores de riesgo y protección específicos en su proceso de cambio de sexo (Cano Oncala y cols., 2004).

3. Estudios de satisfacción de transexuales que han acudido a terapia psicológica: descontento por el interés del terapeuta de hacer que los sujetos se

adapten al cuerpo con el que han nacido (Jones y Hill, 2002) y experiencias positivas por la ayuda de los terapeutas a adaptarse a su nueva identidad (Rachlin, 2002).

4. Estudios de las causas de la transexualidad (que no se conocen), defendiendo origen neurobiológico (Landen, 1996), participación genética (Green y Keverne, 2000) o factores psicosociales (Roberts y Gotlib, 1997).

Así, podemos ver la casi inexistencia de estudios sobre la salud psicológica de las personas transexuales de una forma global, reduciéndose siempre a aspectos específicos y parciales, no contando hasta el momento con estudios que identifiquen los factores psicosociales, de calidad de vida y bienestar subjetivo, ni dificultades psíquicas asociados a la presencia y evolución de la transexualidad (Bergero y cols., 2004), es decir, estudios en relación a las necesidades básicas generales y específicas de las personas transexuales.

No obstante, la falta de incorporación de este colectivo a la red sanitaria pública ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados -motivo que también dificulta los estudios epidemiológicos- (Bergero y cols., 2004).

Es necesario proseguir la investigación biológica, social, familiar y cultural de la transexualidad de manera simultánea y coherente (a pesar de las complicaciones que ello conlleva), huyendo de explicaciones simplistas (Nieto, 1998), lo cual demanda nuevamente la investigación sobre las necesidades de las personas transexuales.

Por otro lado, la salud psicológica de las personas está muy relacionada con el nivel de autoestima y las estrategias de afrontamiento (Diener, Suh y Oishi, 1997; Lazarus, 1993), revelándose la primera como el predictor personal más importante de la satisfacción con la vida (Diener, 1984).

Además, resulta de vital importancia la imagen corporal, máximo exponente en el conflicto de estas personas ya que es indisoluble de la construcción de la identidad de la persona (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998), y sobre la que las investigaciones hasta el momento han resultado escasas.

Así, y con relación a las variables anteriores, resulta fundamental a la hora de cubrir las necesidades sexuales de las personas, la autoestima sexual, a la que hay que atender especialmente en las personas transexuales, que han de expresarse como personas sexuales con una anatomía contraria a su identidad y rol sexual (Bureau, Beaudoin, y Fallon, 1989), lo cual puede afectar a la valoración de uno mismo como persona sexual, y sobre la que no existen estudios de la relevancia de este aspecto para la salud psicológica de las personas transexuales.

Estos son los motivos fundamentales de la presente investigación, acercarnos a las variables personales importantes o fundamentales para la salud psicológica de las personas transexuales en el momento actual, centrándonos en los aspectos de la persona mencionados anteriormente (autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento). Se trata de integrar las variables personales importantes para la salud psicológica, identificar qué variables resultan de fundamental relevancia y estudiar la relación entre los diferentes aspectos con el fin de poder favorecer el estado de salud psicológica de las personas transexuales.

Capítulo IV.
Objetivos e Hipótesis

1. Describir el estado de las personas transexuales respecto a cada una de las variables personales y su salud psicológica.
2. Estudiar la relación entre las variables de la persona y la salud psicológica (ansiedad y depresión) de las personas transexuales.

Hs 2.1. Las variables personales autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento se asociarán con el nivel de ansiedad de las personas transexuales, por lo que esperamos que mayores niveles de autoestima, autoestima sexual, mejor imagen corporal, mayor utilización de estrategia de afrontamiento activo y de apoyo social, y menor utilización de estrategias de afrontamiento evitativo se relacionarán con menores niveles de ansiedad (ver Figura 4).

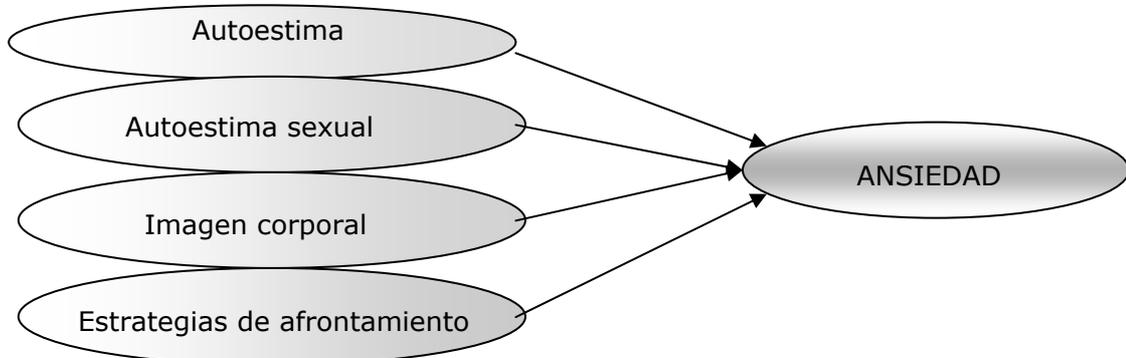


Figura 4. Variables personales que inciden sobre el nivel de ansiedad de las personas transexuales

Hs 2.2. Las variables personales autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento se asociarán con el nivel de depresión de las personas transexuales, por lo que esperamos que mayores niveles de autoestima, autoestima sexual, mejor imagen corporal, mayor utilización de estrategia de afrontamiento activo y de apoyo social, y menor utilización de estrategias de afrontamiento evitativo se asociarán con menores niveles de depresión (ver Figura 5).

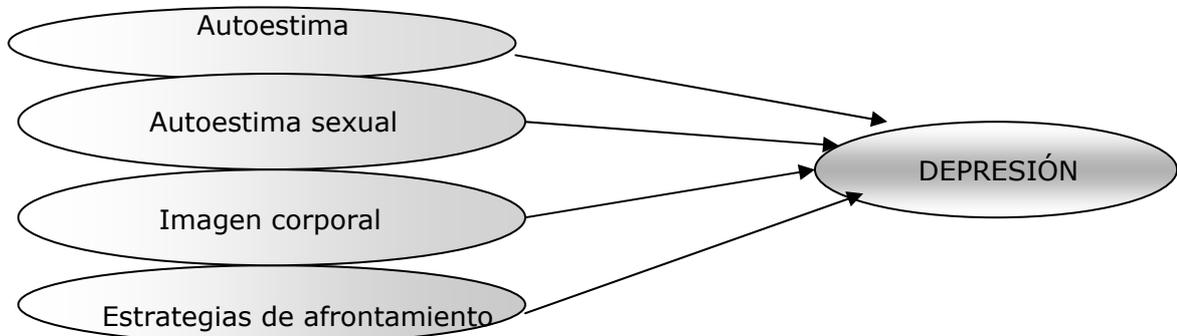


Figura 5. Variables personales que inciden sobre el nivel de depresión de las personas transexuales

3. Conocer la influencia la autoestima como mediadora entre los aspectos personales y la salud psicológica (ansiedad y depresión) de las personas transexuales.

Hs 3.1. La variable autoestima se muestra como un factor muy importante en la ansiedad, además de mostrar relación significativa con otras variables personales como la autoestima sexual, la imagen corporal o las estrategias de afrontamiento, por lo que esperamos que la autoestima jugará un papel mediador en la relación de las diferentes variables personales a evaluar y el nivel de ansiedad de las personas transexuales (ver Figura 6).

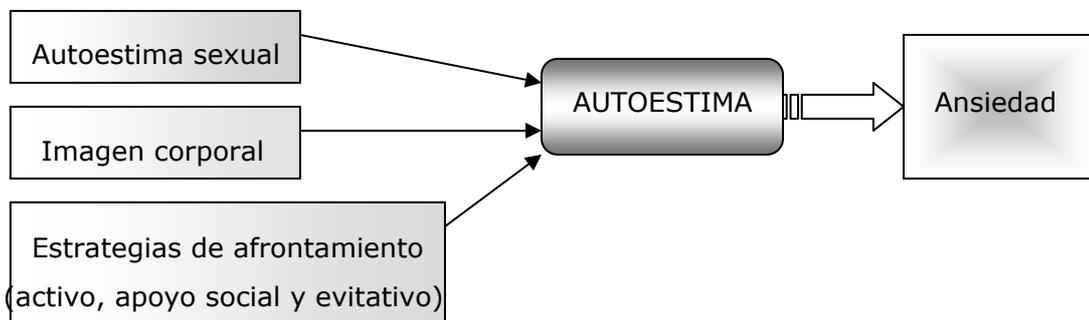


Figura 6. Papel mediador de la autoestima entre las variables personales y el nivel de ansiedad de las personas transexuales

Hs 3.2. La variable autoestima se muestra como un factor fundamental en la depresión, además de mostrar relación significativa con otras variables personales como la autoestima sexual, la imagen corporal o las estrategias de afrontamiento, por lo que esperamos que la autoestima jugará un papel mediador en la relación de las diferentes variables personales a evaluar y el nivel de depresión de las personas transexuales (ver Figura 7).

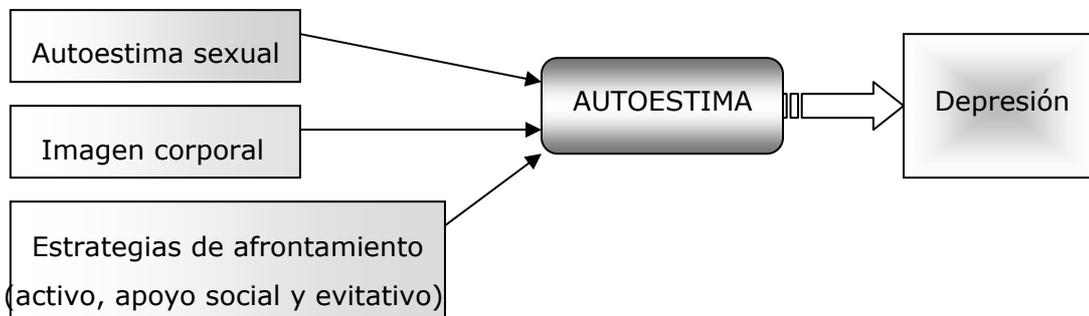


Figura 7. Papel mediador de la autoestima entre las variables personales y el nivel de depresión de las personas transexuales

Capítulo V.
Metodología

5.1. Diseño

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, llevado a cabo en un único momento temporal, es decir, de corte transversal.

Para ello utilizamos metodología cuantitativa con un diseño correlacional, tratando de conocer la relación entre las diferentes variables estudiadas, sobre las que no existe manipulación directa.

5.2. Participantes

El presente estudio ha sido posible gracias a la participación de 61 personas transexuales (n=61), mayores de 18 años, tanto varones como mujeres, de todo el territorio nacional.

Se ha realizado con un muestreo incidental, ya que el difícil acceso a las personas que componen la muestra nos ha llevado a contar con aquellas personas que accedían a participar en el estudio. Sin embargo, se ha descartado a aquellas personas diagnosticadas con alguna alteración psiquiátrica grave.

Así, contamos con 29 mujeres transexuales y 32 varones transexuales, con el fin de homogeneizar la muestra y disminuir el efecto de la heterogeneidad en esta población (ver Figura 8).

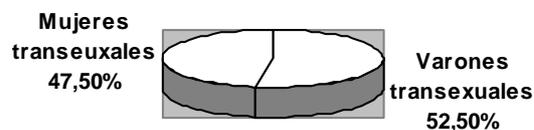


Figura 8. Porcentajes de varones y mujeres transexuales pertenecientes a la muestra

La edad media de la muestra fue de 33 años, siendo la edad mínima de 18 años y la edad máxima de 51 años (S.D.=8.45).

Por otro lado, realizamos las entrevistas en numerosas localidades de la geografía española, tanto de la península como de las islas (ver Tabla 13), siendo destacado el número de personas entrevistadas en Tenerife (42.6%) y Madrid (23%).

Tabla 13. Porcentajes y frecuencias del lugar de residencia de la muestra

Residencia Habitual	n muestra	porcentaje muestra
Alicante	1	1,6
Ávila	1	1,6
Cartagena	1	1,6
Las Palmas	9	14,8
Madrid	14	23
Marbella	1	1,6
Salamanca	1	1,6
Tenerife	26	42,6
Toledo	1	1,6
Valladolid	6	9,8

Respecto al nivel educativo de las personas entrevistadas, la mayor parte de las personas presentaban un nivel de estudios no superior a "ciclo o bachillerato superior", mientras que sólo una persona no tenía estudios. El resto de personas se reparten de forma aproximada entre el resto de niveles educativos tenidos en cuenta (ver Tabla 14).

Tabla 14. Porcentajes y frecuencias del lugar del nivel de estudios de la muestra

Nivel de estudios	n muestra	Porcentaje
Sin Estudios	1	1,6
Primarios	13	21,3
Enseñanza Secundaria	11	18,0
Ciclo/Bachillerato Superior	23	37,7
Estudios Universitarios	13	21,3

Nos encontramos con una altísima tasa de desempleo entre las personas entrevistadas, el 29.5 % de la muestra. Esto indica la difícil situación de estas personas, tanto por circunstancias de proceso, como por dificultades sociales. Con esta tasa de desempleo en la población general, nos encontraríamos ante una situación socioeconómica insostenible (ver Figura 9).

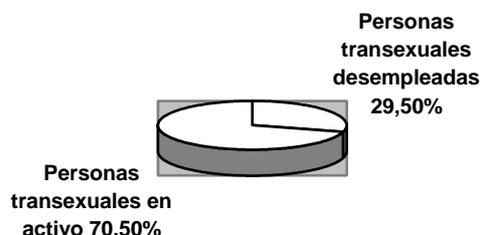


Figura 9. Porcentajes de personas transexuales en activo y en paro de la muestra

No obstante, los porcentajes se equiparan respecto a las creencias religiosas de las personas entrevistadas, mostrándose un 42.6% como personas agnósticas, y un 44.3% como católicas (ver Tabla 15).

Tabla 15. Porcentajes y frecuencias de las creencias religiosas de la muestra

frecuencia y porcentaje de creencias religiosas	n muestra	porcentaje
Ateo	7	11,5
Agnóstico	26	42,6
Católico	27	44,3
Otros	1	1,6
Total	61	100,0

Con respecto a la situación de pareja de las personas transexuales que componen la muestra, se encuentran en mayor proporción solteras y sin pareja, con un porcentaje del 37.7%, y con sólo un 1.6% divorciadas (ver Tabla 16).

Tabla 16. Porcentajes y frecuencias de la situación de pareja de la muestra

	frecuencia	porcentaje
Soltero	23	37,7
Casado	4	6,6

Pareja sin convivir	13	21,3
Pareja conviviendo	18	29,5
Separado	2	3,3
Divorciado	1	1,6

Con relación a este aspecto, podemos ver cómo las personas transexuales viven mayoritariamente con su pareja o su familia de origen, y apenas un pequeño porcentaje convive con amigos (ver Figura 10). Podemos ver además, que un 14,8% de las personas viven con otras personas (un albergue, la prisión, otros familiares, etc.).

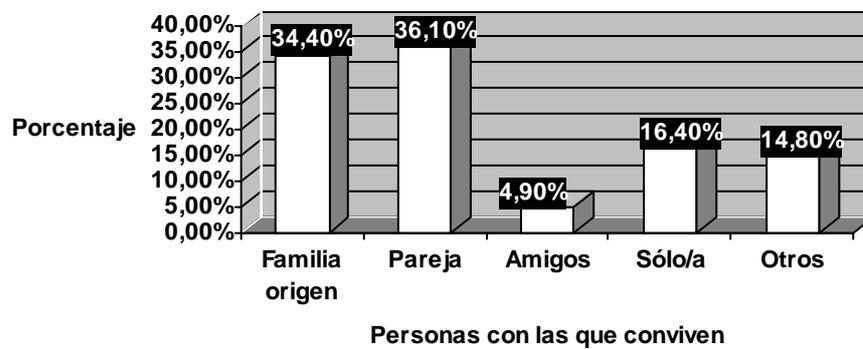


Figura 10. Porcentajes del entorno y personas con las que conviven las personas que componen la muestra

Como ya hemos indicado con anterioridad, el muestreo fue incidental, participando del estudio toda persona que accedía, por lo que componen la muestra personas que se encuentran en diferentes momentos del proceso de reasignación sexual. Así, podemos observar cómo la mayoría de las personas ha sido valorada por un profesional y ha comenzado el proceso de hormonación. Por el contrario, en su mayoría las personas transexuales de la muestra no ha finalizado el proceso de reasignación genital (ver Figura 11).

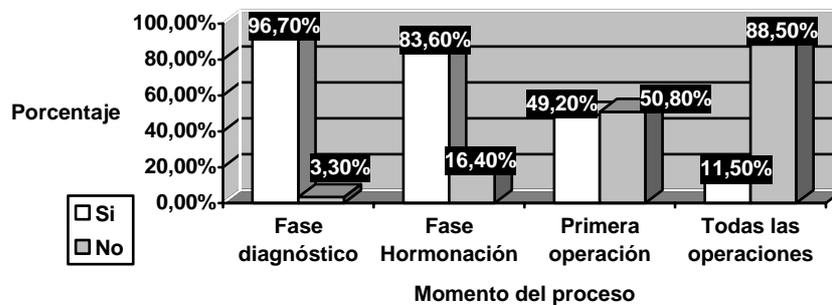


Figura 11. Porcentajes del momento del proceso que ya ha pasado la muestra.

5.3. Variables e instrumentos

Utilizamos en el presente estudio diferentes instrumentos con el fin de conocer diferentes variables personales y la salud psicológica de las personas transexuales. En primer lugar, con la aplicación de criterios internacionales para la valoración de la transexualidad y de cuestiones sociodemográficas que ubiquen la persona y su contexto para nuestro estudio:

Entrevista breve sociodemográfica.

En esta entrevista incluimos las variables sexo, edad, nacionalidad, nivel de estudios, profesión, situación profesional, residencia habitual, religión, y situación civil actual para ubicar el contexto en el que se encuentra nuestra muestra (Anexo 1).

DSM-IV-TR (APA, 2001, pp. 651)

Utilizamos los criterios del manual internacional de diagnóstico DSM, criterios extendidos y de uso sistemático en toda la comunidad profesional internacional para la valoración de la transexualidad, si bien ya hemos reflejado anteriormente nuestra disconformidad con esta valoración (Anexo 2).

A continuación, mostramos las variables estudiadas y los instrumentos utilizados para la evaluación de dichas variables:

En este estudio incluimos variables relacionadas con la persona, que se relacionan con la salud psicológica de la misma y que hemos considerado relevantes, en este caso especialmente, para las personas transexuales. Así, tratamos de identificar factores relevantes para la salud psicológica de estas personas.

Salud psicológica

En primer lugar definimos la variable salud psicológica, dentro del contexto del concepto de salud propuesto por la OMS, entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de malestar (OMS, 1958),

como un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de desarrollo personal (Seva, 1983; Ugalde y Lluch, 1991).

Para evaluar la salud psicológica de las personas transexuales, utilizamos un instrumento de Salud Mental "SCL-90-R" (Derogatis, 1994), tratando de identificar las manifestaciones de Depresión y Ansiedad mediante las subescalas del mismo nombre de este instrumento. Se trata de un instrumento multidimensional que abarca: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Estas dimensiones se pueden aplicar de forma independiente.

La consistencia interna de las subescalas a través del alfa de Cronbach es de .94 en depresión y .89 en ansiedad. Ambas subescalas constan de 13 y 10 ítems respectivamente, cuyas respuestas se sitúan en un continuo que va de 0 (no se ha tenido esa molestia en absoluto) a 4 (si se ha tenido mucho o extremadamente esa molestia).

Autoestima

Entendemos por autoestima el sentimiento que tenemos hacia nosotros mismos, hacia nuestro yo físico, ético, personal, familiar y social (Fitts, 1965).

Para evaluar la autoestima utilizamos la escala *Tennessee Self-Concept Scale:2* (Fitts y Warren, 1996). Este instrumento es multidimensional, evalúa autoestima física, autoestima laboral, autoestima moral, autoestima personal, autoestima familiar, autoestima social, y autoestima académica o laboral, existiendo una versión para adultos (alfa de Cronbach entre .73 y .95) y otra para niños (alfa de Cronbach entre .66 y .92).

La fiabilidad test-retest de este instrumento fue evaluada en base a las respuestas de 135 estudiantes universitarios en la versión para adultos y las respuestas de 81 niños para la versión infantil, con un Rxx entre .47 y .82 para la primera versión y un Rxx entre .55 y .83 para la segunda versión.

Nosotros hemos aplicado la versión reducida de esta versión (20 ítems), que evalúa la autoestima de forma general. La persona responde a esta escala sobre un continuo de 1 (siempre falsa; no me siento así nunca) a 5 (siempre verdadera; me siento así siempre) Se trata de uno de los instrumentos de evaluación de autoestima más utilizados actualmente. En nuestro estudio, obtuvimos una consistencia interna utilizando el alfa de Cronbach de .85.

Imagen corporal

En el presente estudio asumimos el concepto de imagen corporal como las percepciones, pensamientos y sentimientos de uno mismo con relación a su cuerpo y su apariencia (Cash, 1994; Pruzinski, 1996; Pruzinsky y Cash, 1990).

Para la evaluación de la percepción y aceptación de la imagen corporal de las personas transexuales, hemos utilizado la única escala específica para evaluar este aspecto en esta comunidad, la escala *Body Image Scale for Evaluating Transsexuals* (Lindgren y Pauly, 1975). Se trata de un listado de 30 partes del cuerpo que se evalúan en un continuo de satisfacción de 1 (muy satisfecho) a 5 (muy insatisfecho) y sobre las que responden si cambiarían esa parte de su cuerpo o no. Las opciones de respuesta de esta escala se tipifican de forma inversa a como aparecen en el resto de escalas, por lo que para la futura obtención e interpretación de los datos, tendremos en cuenta en nuestro caso que el continuo irá de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho).

Para validar el instrumento original se aplicó a una muestra de 16 varones y 16 mujeres transexuales, haciendo comparaciones entre ambos, comparaciones con un instrumento de actitudes corporales y también en función del momento del proceso en que se encontraban, para ver el efecto cómo los cambios en su apariencia producidos por el tratamiento hormonal y quirúrgico afectan a la percepción de su imagen corporal (en mujeres transexuales, $M=3.47$ de disconformidad con el cuerpo antes del tratamiento y $M=2.35$ tras el tratamiento; en varones transexuales, $M=2.44$ antes del tratamiento y $M=2.24$ después del tratamiento). En nuestra muestra obtuvimos una consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de .93.

Autoestima sexual

Desde nuestra perspectiva, la autoestima sexual se define como el valor que nos atribuimos a nosotros mismos como personas sexuales (Zeanah, 1992).

Evaluamos las variables satisfacción sexual y la autoestima sexual con un instrumento de Satisfacción Sexual General *The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire* (MSSCQ) de Snell (1995). El cuestionario consta de 20 subescalas que pueden ser utilizadas de forma independiente. La subescala de autoestima sexual está formada por 5 ítems que se responden en una escala continuo desde 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). La validación de esta subescala originalmente correspondió con una alfa de .87. La consistencia interna calculada en nuestra muestra mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue de .92 para la subescala de autoestima sexual.

Estrategias de Afrontamiento

Atendemos al concepto de estrategias de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan, es decir, para reducir el malestar psicológico de las personas (Casullo y Fernández, 2001).

Para conocer la forma en que se enfrentan a la situación en la que se encuentran las personas transexuales aplicamos la Escala de estrategias de afrontamiento de Basabe, Valdosedá y Páez (1993), instrumento que sintetiza las dimensiones de la escala de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). Se trata de un instrumento multidimensional, que evalúa afrontamiento activo, afrontamiento de apoyo social, afrontamiento evitativo cognitivo, pasividad y represión y afrontamiento evitativo conductual o denegación.

Para nuestro estudio adaptamos dicha escala por las particularidades de nuestra muestra, ubicando el momento temporal en el presente y no en el inicio de la dificultad, ya que son personas que viven con su dificultad de forma constante, además de eliminar algunos ítems que en este caso particular, no eran indicadores adecuados de la estrategia de afrontamiento correspondiente a la

subescala, y unir las dos subescalas de afrontamiento evitativo en una sola subescala. No obstante el formato de respuesta no ha sufrido modificaciones, presentándose una escala de 1 (nunca; nunca me enfrento de esa forma a la situación) a 4 (muchas veces; muchas veces abordo así la situación). Para llevar a cabo estas modificaciones llevamos a cabo un análisis factorial exploratorio, el cual arrojó inicialmente cinco factores (66.95% de la varianza explicada) que finalmente se agruparon en tres factores al descartar los ítems que mostraban una fiabilidad muy baja, indicando en nuestra muestra el uso de la estrategia de afrontamiento correspondiente en la escala original: estrategia de afrontamiento activo, estrategia de afrontamiento de apoyo social y estrategia de afrontamiento evitativo, los cuales explican el 60.96% de la varianza.

En nuestro estudio, la consistencia interna para la subescala de afrontamiento apoyo social corregido (7, 8, 13, 17) fue un alfa de .70, para la subescala de afrontamiento activo corregido (1, 6, 9, 12) el alfa fue de .75 y para la subescala de afrontamiento evitativo corregido (2, 3, 4, 5, 14) fue de .77.

5.4. Procedimiento

El estudio se inició con una toma de contacto con Asociaciones y Centros de Salud que trabajan con esta comunidad de forma independiente o de forma integrada con algún otro colectivo, en la que se lleva a cabo una presentación de quiénes somos, qué deseamos, cómo se realizaría el estudio y una toma de contacto que posibilite la interacción y el acceso al mayor número posible de personas transexuales para incluirlas en el estudio.

Asimismo, con las personas que voluntariamente accedieron a participar, se acordó una cita que varió en función del lugar, el momento y las circunstancias en la que se llevó a cabo la entrevista personal.

La entrevista, tras un tiempo dedicado a conocer a la persona y anotar los diferentes datos sociodemográficos (que podía durar desde 10 minutos a una hora aproximadamente), se basaba en la utilización de cuestionarios de forma heteroaplicada y a la cual dedicábamos alrededor de una hora y cuarto (con algunas personas fueron 45 minutos, mientras que con otras más de dos horas, con algún descanso incluido).

Al final de la entrevista, tras dedicar un tiempo a dejar expresar a la persona lo que oportuno (momento en el que se toma nota de los testimonios considerados fundamentales para nuestro trabajo) y preguntar sobre la experiencia con dicha entrevista, se agradece a la persona la participación, se le solicita alguna información de contacto (Teléfono y/o dirección de correo) y da lugar a la despedida.

5.5. Análisis estadísticos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0 para el análisis estadístico inferencial de los datos recogidos.

Acudimos al coeficiente alfa de Cronbach para conocer las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas, además de análisis factoriales de cada uno de los instrumentos.

Utilizamos análisis correlacional de Pearson, con el fin de encontrar asociaciones significativas entre las diferentes variables, así como análisis de regresión para estudiar el efecto conjunto de las variables personales sobre la salud psicológica y el efecto mediador de la variable autoestima entre las demás variables personales y la salud psicológica (ansiedad y depresión), siguiendo los criterios de Baron y Kenny (1986).

Capítulo VI.

Resultados

A continuación presentamos los resultados obtenidos de nuestro estudio. En un primer momento, mostramos el estado de las personas transexuales en relación a aspectos indicadores de su salud psicológica (ansiedad y depresión) así como a determinadas variables de la persona fundamentales también para el bienestar psicológico de las personas. En segundo lugar, presentamos las relaciones existentes entre las variables del estudio, para terminar analizando el rol mediador que juega la variable autoestima entre el resto de las variables personales y la salud psicológica (ansiedad y depresión) de las personas transexuales.

6.1. Estado de salud psicológica de las personas transexuales

En un primer momento resulta de interés para nuestro estudio conocer la situación de nuestra muestra con respecto a las variables recogidas. Nos interesa conocer el estado de salud psicológica de las personas transexuales, cuáles de los aspectos evaluados se encuentran más afectados.

6.1.1. Salud psicológica

Ansiedad

Evaluamos el nivel de ansiedad mediante una subescala del instrumento SCL-90-R como indicador de la ausencia de salud psicológica de las personas transexuales. Así, la SCL-90-R presenta un rango de puntuaciones de 0 a 40, situándose la media de puntuaciones de la muestra en 8.96 (S. D. = 6.92), lo cual resulta una puntuación baja, que indica un bajo nivel de ansiedad en la muestra respecto a la escala. Sin embargo, respecto al baremo que proporciona el instrumento con población no clínica, nos encontramos con niveles elevados de ansiedad, ubicándose entorno al percentil 85, con un nivel de ansiedad sobre el 85% por encima de la población general. Esto nos indica la dificultad que muestran las personas transexuales en cuanto a la salud psicológica, concretamente a los niveles de ansiedad.

Depresión

En cuanto a la depresión, la subescala de la SCL-90-R como indicador del estado psicológico de las personas transexuales, abarca puntuaciones en esta escala de 0 a 52, siendo la media de la muestra 18.78 (S. D. = 12.94), lo cual representa también una puntuación baja, pero mayor proporcionalmente a la ansiedad. En este caso y respecto al baremo que proporciona el instrumento con población no clínica, nos encontramos con niveles todavía mayores de depresión, ubicándose alrededor del percentil 90, es decir, se encuentran en un nivel de depresión en torno al 90% por encima de la población general, lo cual reafirma las dificultades en cuanto a la salud psicológica de estas personas.

Ambos aspectos y escalas han sido tomados como indicadores de la salud psicológica de las personas transexuales de la muestra. No obstante, consideramos también el análisis de algunos aspectos considerados fundamentales desde la literatura y que no se recogen en este instrumento, como apoyo para completar la información de dicho instrumento.

Así, recogemos si han solicitado atención profesional psicológica (ver Figura 12), pudiendo observar que casi la totalidad de la muestra ha acudido a un profesional.



Figura 12. Porcentajes de personas transexuales que han solicitado o no atención psicológica

Ante el elevado porcentaje de respuestas afirmativas, analizamos el motivo principal de haber solicitado dicha atención, observando que alrededor de la mitad acude fundamentalmente por el malestar psicológico manifestado de diferentes formas y en diferentes grados, es decir, por un grado significativo de afectación personal, mientras que el resto afirma haber acudido para la

valoración pertinente de la transexualidad como motivo principal y requisito imprescindible para iniciar el proceso de reasignación sexual (ver Tabla 17).

Tabla 17. Porcentajes de motivos de solicitud de atención psicológica

(DEL 98.4% QUE HAN SOLICITADO ATENCIÓN PSICOLÓGICA)	Motivo de solicitar atención profesional psicológica (%)
Valoración positiva para iniciar proceso	55.7%
Ansiedad, depresión	14.7%
Inestabilidad emocional o malestar psicológico general	19.6%
Otros	
Adicciones	6.4%
Acoso sexual	1.6%

Desde nuestro punto de vista, resulta importante también conocer al respecto de su salud psicológica, cuántas personas de nuestra muestra (personas transexuales) han estado en una unidad psiquiátrica, criterio importante de cara a la valoración del estado de las personas transexuales (ver Figura 13).



Figura 13. Porcentajes de personas transexuales que han estado o no en una unidad psiquiátrica

Nos encontramos con un significativo porcentaje de personas transexuales que han estado en una unidad psiquiátrica. Consideramos fundamental analizar el motivo de dichos ingresos en servicios psiquiátricos (ver Tabla 18), siendo la mayor parte de las ocasiones un intento de suicidio y el riesgo para la propia vida lo que provoca la estancia en dichas unidades de salud mental.

Tabla 18. Porcentajes de motivos de haber estado en unidades psiquiátricas

(Del 6.6% que han estado en unidades psiquiátricas)	Motivo de haber estado en unidad psiquiátrica (%)
Intento de suicidio	4.9%
Alcoholismo	1.6%

Por otro lado, las subescalas que hemos utilizado en este estudio para conocer el estado de salud psicológica de las personas transexuales evalúan los pensamientos suicidas, pero no así los intentos de suicidio ni los pensamientos autolesivos y las autolesiones, aspectos que han sido considerados de vital importancia en la literatura específica sobre transexualidad. Por este motivo, en primer lugar, evaluamos los intentos de suicidio, encontrando que más de la mitad de todas las personas entrevistadas habían intentado suicidarse en algún momento de su vida (ver Tabla 19), y en segundo lugar los pensamientos e intentos autolesivos.

Tabla 19. Porcentajes de momentos de intentos de suicidio

Intento de suicidio (%)		Momento intento suicidio (%)	
NO	45.9%		
SI	54.1%	ÚLTIMO AÑO	3.3%
		ANTES	42.6%
		AMBAS	8.2%

Tratando de mostrar la relevancia de los datos de intento de suicidio en esta población, acudimos a estudios en la población general a este respecto, pero nos encontramos con la dificultad de estimación por la complejidad de la recolección, si bien nos encontraríamos entre 50 y 90 casos por cada 100.000 habitantes/año (Ruiz-Pérez y Orly de Labry-Lima, 2006). Este dato nos informa de la gravedad de la situación en la que se encuentran estas personas, cuyo porcentaje de intentos de suicidio en el último año es sensiblemente superior al de la población general.

Además, observamos que el motivo fundamental de dichos intentos es la imposibilidad de encontrar ayuda para resolver su problema, lo que deja patente las dificultades con las que se encuentran las personas transexuales, puesto que un ínfimo porcentaje tuvo intentos de suicidio por cuestiones diferentes a la transexualidad, relacionado habitualmente con la falta de apoyo y atención psicosocial recibida por estas personas (ver Tabla 20)

Tabla 20. Porcentajes de motivos de intentos de suicidio

(Del 54.1% que tenido intentos de suicidio)		Motivo de intentos de suicidio (%)
No acepto mi cuerpo		8.2%
No me he sentido aceptado		4.9%

No ayuda para resolver problema	39.3%
Fracaso relaciones interpersonales	1.6%

En segundo lugar, analizamos los pensamientos autolesivos, es decir, pensamientos de hacerse daño a sí mismas, comprobando que un elevado porcentaje ha pensado en lesionarse alguna vez y, aunque menor, también un elevado porcentaje se ha autolesionado en algún momento de su vida (ver Tabla 21).

Tabla 21. Porcentajes de pensamientos y motivos de intentos de autolesión

Pensamiento autolesivo (%)		Intento autolesivo (%)		Motivo intento autolesivo (%)	
NO	24.6%	NO	65.6%		
SI	75.4%	SI	34.4%	Me he sentido rechazado	26.2%
				No soportaba mi cuerpo	6.6%

Con todos estos datos podemos confirmar la información que nos ofrecen las escalas con la información recabada en forma de entrevista. Aún así, las escalas evalúan el estado de salud psicológica actual de las personas transexuales, mientras que con la entrevista tratamos de conocer las dificultades en relación a la salud psicológica a lo largo de la vida, observando que a pesar del malestar existente, éste era mayor por el riesgo vital en el pasado.

Así, podemos decir, que las personas transexuales que componen la muestra ven afectada su salud psicológica, lo cual parece razonable teniendo en cuenta la situación personal y social a la que se enfrentan.

No obstante, podemos observar cómo a pesar de su malestar psicológico, su situación psicológica es mejor que en el pasado (así se observa por el porcentaje de intentos de suicidio). Parece que contactar con otras personas en su misma situación a través de asociaciones o solicitar atención profesional supone un mejor estado de salud psicológica (el cual ha sido nuestro medio habitual de acceso a estas personas). Además, existe variabilidad tanto en ansiedad como en depresión, de tal forma que las personas que se encuentran en un momento más avanzado y con una situación más estable presentan un mejor estado de salud psicológica que aquellas que se encuentran en un momento más inicial.

Así, reflejamos la importancia del contexto en esta problemática, la influencia del entorno y la necesidad de prestar atención a las necesidades de estas personas para contribuir a la mejora de su salud psicológica y su desarrollo personal normalizado y satisfactorio, variables a las que atenderemos en un próximo estudio.

6.1.2. Variables personales

Autoestima

Las puntuaciones posibles en la escala que evalúa la autoestima de la muestra van de 20 a 100, siendo la media de la muestra de 68.40 (S. D. = 11.56). Así, nos encontramos con una puntuación con respecto al baremo de la escala que ocupa el percentil 27.5, es decir, la media de la muestra se encuentra por encima del 27.5% de la población respecto a su nivel de autoestima. Este dato muestra un nivel de autoestima muy bajo. Teniendo en cuenta que la necesidad de estima es una de las necesidades básicas humanas, niveles tan bajos de autoestima reflejan cómo esta necesidad no está resuelta habitualmente en estas personas, por lo que se muestra la urgencia de trabajar este aspecto con estas personas para mejorar su bienestar y su salud psicológica.

Autoestima sexual

Con respecto a la autoestima sexual, las puntuaciones posibles según la MSSCQ se ubican en un rango de 5 a 25. La puntuación media de las personas que componen la muestra en esta variable es de 15.42 (S. D. = 5.47), o lo que es lo mismo, por término medio, la muestra presenta un nivel de autoestima sexual medio según la escala utilizada.

Por otro lado, el porcentaje de personas que no han tenido contacto sexual en el último año asciende al 27.9%, sobre el cual se obtienen los porcentajes respecto a los motivos de tales ausencias de contacto sexual, destacando el hecho de tener miedo a mantener contactos sexuales (ver Tabla 22).

Tabla 22. Porcentajes de motivos de no contacto sexual en el último año

Motivo de no contacto sexual en el último año (%)	
No me aceptan	1.6%
No quiero	8.2%
Tengo miedo	12%
No ha surgido	4.9%

Imagen corporal

Tenemos en cuenta también la satisfacción con la imagen corporal como indicador de la salud psicológica de las personas transexuales, aspecto clave específico de esta comunidad. La escala *Body Image for Evaluating Transsexuals* contempla la satisfacción con 30 partes del cuerpo, y cuyas puntuaciones van de 30 a 150. La puntuación media de la muestra respecto a esta variable en la escala es de 89.14 (S. D. = 20.03). Matizar con respecto a esta escala que posiblemente esta elevada puntuación se debe a que un gran número de las partes del cuerpo que se presentan en la escala no suponen conflicto para las personas transexuales, no más que para el resto de las personas, siendo un pequeño número de partes del cuerpo las que realmente suponen conflicto habitualmente para estas personas (como los genitales).

A continuación, mostramos datos descriptivos con los que pretendemos prestar atención a determinados aspectos que completan la visión global sobre la imagen corporal de las personas transexuales, no presentes en las escalas.

En primer lugar, los porcentajes correspondientes al malestar que sienten las personas transexuales con algunas actividades o momentos en los que la propia imagen corporal destaca sobre otros aspectos, además del grado de malestar general con su sexo biológico.

De este modo, podemos ver cómo la mayor parte de las personas de la muestra muestran malestar significativo con su sexo biológico de forma frecuente, afirmando sólo unos pocos que nunca han sentido malestar en el último año (ver Tabla 23)

Tabla 23. Porcentajes malestar sexo biológico último año

Porcentaje de malestar con su sexo biológico (%)	
Nunca	6.6%
Alguna vez	11.5%
A veces	19.7%
Frecuentemente	26.2%
Muy a menudo	36.1%

Además, podemos observar cómo les produce mayor grado de malestar la relación diaria con el propio cuerpo, como puede ser vestirse, ducharse, etc., estar desnudo o que le vean desnudo que la propia menstruación o eyaculación -quizás por la desaparición de ambas a los pocos meses del inicio del proceso de hormonación- (ver Tabla 24).

Tabla 24. Porcentajes del grado de malestar respecto a la imagen corporal

	Relación cuerpo	Estar desnudo/a	Verle desnudo/a	Eyaculación/ menstruación
Ningún malestar	9.8%	9.8%	11.5%	14.8%
Algo malestar	9.8%	8.2%	9.8%	23.0%
Medio malestar	31.1%	32.8%	11.5%	16.4%
Bastante malestar	27.9%	26.2%	24.6%	11.5%
Mucho malestar	21.3%	32.0%	42.6%	34.4%

Los datos descriptivos anteriores refieren un mayor grado de insatisfacción (a través de la sensación de malestar) que la media de la escala de imagen corporal utilizada, entendible al observar la variabilidad de la misma y al tener en cuenta que la valoración de la escala incluye numerosas partes del cuerpo que no se relacionan directamente con el conflicto psique cuerpo de las personas transexuales y que incrementan el grado de satisfacción medio en la valoración global, mientras que las preguntas posteriores inciden sobre el malestar general y situaciones específicas relacionadas con este conflicto.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son evaluadas con una escala que hemos adaptado y que, finalmente consta de tres subescalas: afrontamiento activo, afrontamiento de apoyo social y afrontamiento evitativo, y cuyas puntuaciones

van de 4 a 16, de 4 a 16 y de 5 a 20 respectivamente. La media de la muestra con respecto a la estrategia de afrontamiento activo es de 11.68 (S.D. = 2.64), respecto al afrontamiento de apoyo social de 10.29 (S.D. = 2.73) y en cuanto al afrontamiento evitativo la media es de 11.22 (S.D. = 3.24).

Podemos dar cuenta de cómo la estrategia de afrontamiento activo es la más utilizada por término medio, mientras que la estrategia de afrontamiento de apoyo social es la que resulta ser menos utilizada, siendo la única que se encuentra por debajo de la media de la puntuación en la subescala.

Por otro lado, hemos querido conocer cuál es el comportamiento básico específico principal del afrontamiento de las personas de la muestra, lo cual no se recoge en la escala correspondiente, con el fin de completar los datos facilitados por ésta (ver Tabla 25). Comprobamos cómo las personas transexuales inician o continúan el proceso como forma principal de afrontar su situación, lo cual puede ayudar a mejorar la salud psicológica de estas personas.

Tabla 25. Porcentajes de la forma principal de afrontamiento de la situación actual

Forma de afrontamiento principal de la situación actual (%)	
No hacer nada	23%
Sólo hablar y desahogarme	27.9%
Intentar aceptar la situación	3.3%
Iniciar/continuar el proceso	45.9%

Desde la literatura científica, se defiende desde hace décadas el inicio del proceso de reasignación sexual como solución a las dificultades de las personas transexuales, pero previo a ese inicio del proceso, estas personas han de afrontar su situación consigo mismas y solicitar ayuda. Por este motivo, nos parece de interés conocer a qué edad expresaron por primera vez lo que les ocurría, ante lo cual observamos que casi la mitad de personas de la muestra lo verbalizaron y afrontaron activamente de cara a los demás por primera vez antes de los 15 años, mientras que tan sólo una mínima parte lo hace a partir de los 30 años (ver Tabla 26).

Tabla 26. Porcentajes primera vez afrontamiento activo situación

Edad primera vez afrontamiento situación expresándolo (%)	
Hasta los 15 años	44.3%
De los 16 a los 20	26.2%
De los 20 a los 25	9.8%
De los 25 a los 30	14.8%
De los 30 a los 35	4.9%

Este dato nos refiere nuevamente a las dificultades de las personas transexuales, ya que la edad media de inicio del proceso hormonal (momento en que comienzan a identificar su cuerpo como propio) se encuentra en los 26 años de edad (S.D. =7.24), lo que supone una espera y sufrimiento significativos y excesivamente prolongados.

Hasta el momento, hemos reflejado una visión global del estado de las personas transexuales de nuestra muestra en relación a una serie de variable personales que hemos considerado importantes para el estado psicológico de estas personas y que la literatura las constata como relevantes para la salud psicológica de las personas.

No obstante, es necesario mencionar que sólo contamos con baremos de las subescalas de ansiedad y depresión y de la escala que evalúa autoestima, por lo que las escalas que evalúan autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento no pueden mostrar la situación de nuestra muestra con respecto a la población general. De todos modos, estas escalas nos ofrecen información del comportamiento de de nuestra muestra dentro de cada escala.

6.2. Variables personales y salud psicológica de las personas transexuales

Nos centramos a continuación en evaluar la relación entre las diferentes variables estudiadas. Así, realizamos inicialmente un análisis correlacional bivariado entre las diferentes variables que nos permita definir esta posible relación entre ellas. Encontramos con dicho análisis correlación significativa entre la mayor parte de las variables evaluadas, salvo entre la variable ansiedad

y la variable estrategia de afrontamiento de apoyo social, y entre la misma estrategia de afrontamiento y la variable autoestima sexual (ver Tabla 27).

Tabla 27. Matriz de correlaciones entre las variables evaluadas (ansiedad y depresión – salud psicológica-, autoestima, autoestima sexual, imagen corporal, y las diferentes estrategias de afrontamiento)

	Depre- sión	Imagen corpo- ral	Auto- estima	Autoesti- ma sexual	Afront. activo	Afront. apoyo social	Afront. evitativo
Ansiedad	.79**	.45**	-.49**	-.40**	-.30*	-.18	.44**
Depresión		.58**	-.71**	-.53**	-.41**	-.28*	.63**
Imagen Corporal			-.59**	-.43**	-.31*	-.31*	.54**
Autoestima				.47**	.62**	.29*	-.63**
Autoestima Sexual					.42**	.07	-.38**
Afront. Activo						.29*	-.37**
Afront. Apoyo social							-.43**

*p<.05 **p<.01

Como podemos observar en la matriz de datos, la correlación más elevada se da entre las variables ansiedad y depresión ($r=.79$), lo que alude a la alta posibilidad de que dándose una esté presente la otra, siendo ambas indicadores de la salud psicológica de las personas, en este caso, de las personas transexuales.

Además, se observa que la variable que correlaciona de forma más significativa con el estado de salud psicológica de las personas transexuales (ansiedad y depresión) es la autoestima, tanto con la ansiedad ($r=-.49$) como la depresión ($r=-.70$), siendo además la variable que más correlaciona con el resto de variables personales estudiadas. No obstante, existe una correlación elevada entre la mayoría de las variables estudiadas.

Este dato nos lleva a comprobar qué variables de todas las evaluadas explican mejor el estado de salud psicológica de las personas transexuales, tanto de los niveles de ansiedad como de los niveles de depresión de estas personas. Teniendo en cuenta que la transexualidad no es un fenómeno circunstancial, es

decir, que afecte en un momento determinado a su salud psicológica, sino que se trata de una circunstancia vital presente desde la infancia e inherente al *ser* de la persona (por lo que se relaciona y afecta a su salud psicológica a lo largo de toda la vida) deseamos conocer la influencia de dichas variables personales sobre el estado de salud psicológica de las personas transexuales en el momento actual. Esto permitirá desarrollar estrategias de intervención eficaces en el momento actual.

6.2.1. Variables personales y ansiedad

Para conocer la incidencia de las diferentes variables personales evaluadas (autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) sobre estado de salud psicológica de las personas transexuales, concretamente, sobre el nivel de ansiedad de estas personas, llevamos a cabo un análisis de regresión lineal múltiple paso a paso, incluyendo como variables predictoras todas aquellas que han mostrado relación significativa con la variable ansiedad.

Así, la autoestima se muestra como la única variable significativa en este análisis ($F_{(1,59)} = 18.94$; $p < .001$) en sentido inverso, lo que nos indica que a mayor nivel de autoestima, menor nivel de ansiedad (ver Figura 14). Las variables autoestima sexual (Índice de tolerancia = .78), imagen corporal (Índice de tolerancia = .65), estrategia de afrontamiento activo (Índice de tolerancia = .61) y estrategia de afrontamiento evitativo (Índice de tolerancia = .60) no aparecen en el análisis por la correlación existente entre ellas y la variable autoestima.

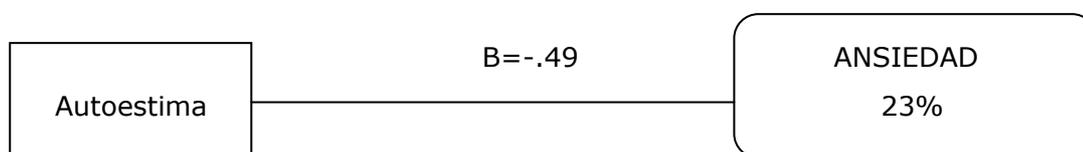


Figura 14. Porcentaje de varianza explicado de la ansiedad y las variables predictoras, y coeficientes estandarizados

Este resultado confirma parcialmente nuestra hipótesis 2.1., que afirmaba la relación entre todas las variables personales estudiadas y la ansiedad en las personas transexuales, puesto que sólo la variable autoestima aparece como significativa en el análisis. No obstante, es importante recordar que el resto de

variables (autoestima sexual, imagen corporal y estrategia de afrontamiento activo) se relacionaban significativamente a nivel bivariado, no entrado en este análisis por los efectos de la multicolinealidad.

Ante estos resultados resulta de fundamental importancia trabajar la autoestima de las personas transexuales para reducir los niveles de ansiedad de las personas transexuales y, como consecuencia, mejorar el estado de salud psicológica de estas personas.

6.2.2. Variables personales y depresión

Para estimar en qué medida las diferentes variables personales evaluadas (autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) inciden sobre el estado psicológico, en este caso sobre el nivel de depresión de las personas transexuales, realizamos también un análisis de regresión lineal múltiple paso a paso, incluyendo como predictoras todas aquellas variables que han mostrado relación significativa con la variable depresión.

El análisis resulta significativo, siendo la autoestima la variable con la influencia más significativa en este análisis ($F_{(3,57)} = 28.24$; $p < .005$), entrando en el primer paso, en sentido inverso, lo que nos indica que a mayor nivel de autoestima, menor nivel de depresión. No obstante, también aparecen como significativas en el análisis como significativas las variables estrategias de afrontamiento evitativo (en el segundo paso) y autoestima sexual (en el tercer paso), la primera en sentido directo y la segunda en sentido inverso, es decir, ante una mayor utilización de estrategias de afrontamiento evitativo y un bajo nivel de autoestima sexual existe un mayor nivel de depresión (ver Figura 15). Las variables imagen corporal (Índice de tolerancia = .65), estrategia de afrontamiento activo (Índice de tolerancia = .61) y estrategia de afrontamiento de apoyo social (Índice de tolerancia = .60) no aparecen en el análisis por compartir variabilidad la correlación existente entre ellas y la variable autoestima.

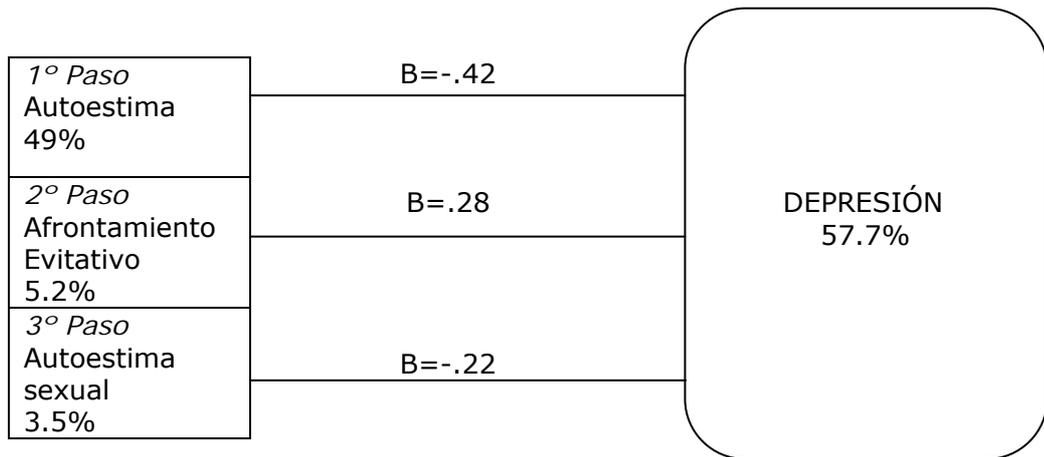


Figura 15. Porcentaje de varianza explicado de la depresión y las variables predictoras, y coeficientes estandarizados

Nos encontramos ante la confirmación parcial de nuestra hipótesis 2.2., que afirmaba la relación entre todas las variables personales estudiadas y la depresión en las personas transexuales, puesto que sólo aparecen como significativas en el análisis la variable autoestima, la estrategia de afrontamiento evitativo y la autoestima sexual. No obstante, es importante recordar que el resto de variables (autoestima sexual, imagen corporal, estrategia de afrontamiento activo y estrategia de afrontamiento de apoyo social) se relacionaban significativamente a nivel bivariado, no entrado en este análisis por los efectos de la multicolinealidad.

Ante estos resultados resulta de fundamental importancia trabajar la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la autoestima sexual de las personas transexuales para reducir los niveles de depresión de estas personas y, como consecuencia, mejorar el estado de salud psicológica de estas personas.

6.3. Efecto mediador de la autoestima entre las variables personales y la salud psicológica (ansiedad y depresión) de las personas transexuales

Como hemos visto hasta el momento, realizamos análisis de regresión para conocer en qué grado contribuyen las diferentes variables personales a la salud psicológica (ansiedad y depresión).

Así, observamos cómo es la autoestima la única variable visible en el análisis respecto a la ansiedad y es, además, la variable que contribuye en mayor medida a explicar la depresión. Por tanto, un elevado nivel de autoestima favorece un bajo nivel tanto de ansiedad como de depresión. Además, la autoestima correlacionaba significativamente con las otras variables predictoras, las cuales presentaban índices de tolerancia que indicaban la presencia de multicolinealidad.

Desde nuestra perspectiva, entendemos que el hecho de que la autoestima juegue este papel tan significativo y que no entren otras variables en el modelo final, a pesar de la correlación significativa entre todas las variables, puede indicar que está actuando como variable mediadora entre el resto de variables y la salud psicológica, como se ha comprobado en otros estudios (Craddock, 2006; Druley y Townsend, 1998; Neiss y cols., 2005). En otras palabras, que las variables personales actuarían e intervendrían en el estado de salud psicológica de las personas transexuales a través de la variable autoestima.

Por este motivo, se llevan a cabo los cuatro pasos propuestos por Baron y Kenny (1986) para el análisis de las relaciones de mediación entre variables. De acuerdo con estos autores, los pasos a seguir para conocer el posible efecto mediacional de una variable es el siguiente:

Paso 1.- en primer lugar, ha de comprobarse la incidencia significativa de cada una de las variables predictoras -imagen corporal, autoestima sexual y estrategias de afrontamiento activo, de apoyo social y evitativo- sobre la variable mediadora -autoestima- (**V. P. → V. M.**). Para la comprobación de este

primer paso, se llevaran a cabo una serie de análisis de regresión simple entre cada una de las variables predictoras por separado¹ con cada variable criterio.

Paso 2.- en segundo lugar, es necesario verificar la incidencia significativa de la variable mediadora -autoestima, sobre las variables criterio -ansiedad y depresión- (**V. M. → V. C.**). En este caso se efectuará un análisis de regresión simple que incluya la variable mediadora sobre cada variable criterio.

Paso 3.- en tercer lugar, ha de conocerse la incidencia de las variables predictoras -autoestima sexual, imagen corporal y las diferentes estrategias de afrontamiento- sobre cada variable criterio -ansiedad y depresión- (**V. P. → V. C.**). Del mismo modo que en el paso uno, se realizarán una serie de análisis de regresión simple de cada una de las variables predictoras sobre cada variable criterio, en este caso.

Paso 4.- en cuarto lugar, se trata de estimar el poder explicativo de todas las variables predictoras -autoestima sexual, imagen corporal y las diferentes estrategias de afrontamiento- que hemos tenido en cuenta sobre la salud psicológica -ansiedad y depresión-, de nuevo de forma individual, y controlando el efecto de la variable mediadora -autoestima- para cada variable predictora (**V. P. (V. M.) → V. C.**). Para comprobar este paso, se realiza un análisis de regresión jerárquica sobre cada variable criterio, donde se incluye la variable mediadora en el primer bloque y cada variable predictora en un segundo bloque.

Estos cuatro pasos se representan gráficamente de la siguiente forma en la figura 16:

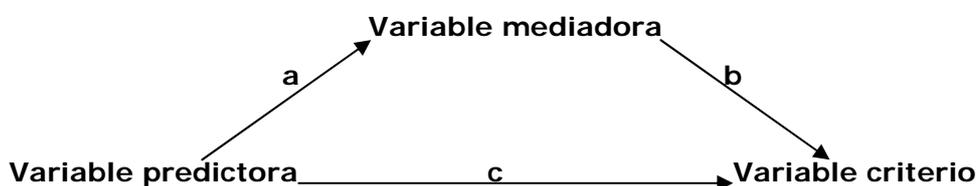


Figura 16. Esquema del análisis mediacional de acuerdo a Baron y Kenny (Tomado de Baron y Kenny, 1986, pp. 1176)

¹ Como así han de realizarse cuando existen correlaciones significativas entre las variables predictoras (a modo de ejemplo ver Fitzpatrick y Sollye, 1999)

Si se emplean los tres primeros pasos y en el último análisis el coeficiente estandarizado de cada variable predictora sobre la criterio desciende o deja de ser estadísticamente significativo, la hipótesis de mediación se confirma, pudiendo hablar de que una variable media sobre la otra.

En función de que dicho coeficiente disminuya o deje de ser significativo estadísticamente, estaremos hablando de mediación parcial o total respectivamente.

Pasamos a continuación a evaluar los cuatro pasos citados anteriormente:

PASO 1. Variables predictoras sobre la variable mediadora

Es necesario mencionar que la variable estrategia de afrontamiento de apoyo social no se incluye en el análisis con la ansiedad por no correlacionar de forma significativa con dicha variable, lo cual impide el cumplimiento de los pasos propuestos por Baron y Kenny (1986) para el análisis mediacional. En el caso de la depresión, todas las variables personales correlacionaron significativamente con esta variable (ver tabla correlaciones, 30).

El análisis es significativo entre cada una de las variables predictoras y la autoestima si bien algunas de estas variables se relacionan en sentido directo sobre la autoestima mientras que otras lo hacen en sentido inverso. De este modo, encontramos que un mayor nivel de autoestima sexual de la persona, mejor percepción de la imagen corporal, y mayor utilización de las estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social y menor utilización de las estrategias de afrontamiento evitativo se asocian con un mayor nivel de autoestima (ver Tabla 28).

Tabla 28. Regresión simple de las variables independientes sobre la variable mediadora

<u>SOBRE AUTOESTIMA</u>	<u>R² corregida</u>	<u>B</u>	<u>F</u>	<u>P</u>
<i>Regresión A1</i>				
<u>Autoestima sexual</u>	.20	.46	16.67	<.001
<i>Regresión B1</i>				
<u>Imagen corporal</u>	.33	.59	31.42	<.001
<i>Regresión C1</i>				
<u>Afrontamiento activo</u>	.37	.61	36.46	<.001

<i>Regresión D1</i>				
Afrontamiento de apoyo social	.069	.29	5.44	<.005
<i>Regresión E1</i>				
Afrontamiento evitativo	.38	-.62	38.33	<.001

Queda patente en este caso cómo todas las variables predictoras de nuestro estudio inciden de forma significativa sobre la variable mediadora, la autoestima.

PASO 2. Variable mediadora sobre cada una de las variables criterio (ansiedad y depresión)

Para comprobar el efecto mediacional de la variable autoestima hemos de confirmar que la variable autoestima incide de forma significativa sobre la variable ansiedad por un lado, y la variable depresión por otro.

Nuestro análisis resulta significativo, tanto para la ansiedad como para la depresión, con lo que afirmamos la relación inversa de la variable autoestima sobre la ansiedad y la depresión, por lo que las personas con una baja autoestima presentarán en mayor medida manifestaciones de ansiedad y depresión (ver Tabla 29).

Tabla 29. Regresión simple de la variable mediadora (autoestima) sobre las variables criterio (ansiedad y depresión)

		R ² corregida	β	F	p
SOBRE ANSIEDAD	<i>Regresión A2</i>				
	Autoestima	.23	-.49	18.94	<.001
SOBRE DEPRESIÓN	<i>Regresión A2</i>				
	Autoestima	.49	-.70	58.58	<.001

PASO 3. Variables predictoras -autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento- sobre las variables criterio (ansiedad y depresión)

Continuando con el análisis mediacional, es necesario conocer la influencia de cada una de las variables predictoras sobre cada una de las variables criterio, salvo nuevamente la variable estrategia de afrontamiento de apoyo social en el caso de la ansiedad, con la que dicha variable dependiente no obtuvo correlación significativa.

En este caso, es significativo el análisis entre cada una de las variables predictoras y las variables criterio (ansiedad y depresión), unas en sentido inverso y otras en sentido directo. En este sentido, encontramos que un mayor nivel de autoestima sexual de la persona, mejor percepción de la imagen corporal, una mayor utilización de las estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social (sólo con respecto a la depresión), y una menor utilización de las estrategias de afrontamiento evitativo se asocian con un menor el grado de ansiedad y depresión de la persona (ver Tabla 30).

Tabla 30. Regresión simple de las variables predictoras sobre cada una de las variables criterio

		R ² corregida	β	F	P	
SOBRE ANSIEDAD	<i>Regresión A3</i>					
	Autoestima sexual	.14	-.40	11.43	=.001	
	<hr/>					
	<i>Regresión B3</i>					
	Imagen corporal	.18	-.44	14.82	<.001	
	<hr/>					
SOBRE DEPRESIÓN	<i>Regresión C3</i>					
	Afrontamiento activo	.07	-.29	35.64	<.005	
	<hr/>					
	<i>Regresión D3</i>					
	Afrontamiento evitativo	.17	.43	13.73	<.001	
	<hr/>					
SOBRE DEPRESIÓN	<i>Regresión A3</i>					
	Autoestima sexual	.27	-.53	23.44	<.001	
	<hr/>					
	<i>Regresión B3</i>					
Imagen corporal	.32	-.58	30.35	<.001		
<hr/>						
<i>Regresión C3</i>						
Afrontamiento activo	.15	-.40	11.70	=.001		

<i>Regresión D3</i>					
Afrontamiento social	apoyo	.06	-.28	5.01	<.005
<i>Regresión E3</i>					
Afrontamiento evitativo		.39	.63	34.94	<.001

PASO 4. Variables predictoras sobre las variables criterio controlando el efecto de la variable mediadora (incluyéndola en el primer bloque)

Finalmente, verificar el efecto mediador de la variable autoestima requiere analizar el efecto de cada una de las variables predictoras sobre las variables criterio controlando el efecto de la autoestima (incluyéndola en el primer paso de cada análisis).

Respecto a la variable criterio *ansiedad*, al controlar la variable mediadora (autoestima) en el primer bloque, la contribución de las variables independientes dejan de ser significativas estadísticamente (efecto de mediación total), quedando sólo en el análisis la variable mediadora en cada análisis. Es importante reseñar que la autoestima sexual (Índice de tolerancia = .78), la imagen corporal (Índice de tolerancia = .65), la estrategia de afrontamiento activo (Índice de tolerancia = .61) y el afrontamiento evitativo (Índice de tolerancia = .60) quedan excluidas en cada uno de estos análisis al compartir variabilidad con la variable autoestima. Es decir, estas variables independientes contribuyen al grado de ansiedad a través de la variable autoestima (ver Tabla 34).

En cuanto a la variable criterio *depresión*, al controlar el efecto de la variable mediadora (autoestima) en el primer bloque, o bien desciende estadísticamente la contribución de las variables independientes (efecto de mediación parcial) o bien estas variables dejan de tener significación estadística (efecto de mediación total), por lo que se confirma la hipótesis mediacional en relación a las variables predictoras -autoestima sexual, imagen corporal, estrategia de afrontamiento activo, de apoyo social y evitativo- y la variable criterio depresión (ver Tabla 34)

Nos encontramos pues, con análisis significativos, controlando el efecto de la autoestima, en el caso de la autoestima sexual y la imagen corporal en sentido inverso y en el caso de la estrategia de afrontamiento evitativo en sentido directo, lo que indica que una alta autoestima sexual, una percepción positiva de la imagen corporal y un bajo uso del afrontamiento evitativo provocan niveles bajos de depresión. Tanto la estrategia de afrontamiento activo (Índice de tolerancia = .61) como de apoyo social (Índice de tolerancia = .91) dejan de ser variables estadísticamente significativas al controlar la variable mediadora – autoestima-, por la variabilidad que comparten con la misma, es decir, por la proporción de varianza que explica la variable autoestima compartida con estas dos estrategias de afrontamiento (ver Tabla 31).

Tabla 31. Regresión jerárquica de las variables independientes sobre la variable dependiente ansiedad controlando el efecto de la variable mediadora

		R ² corregida	β	F	P
SOBRE ANSIEDAD	<i>Regresión A4</i>				
	Autoestima	.23	-.49	18.94	<.001
	Autoestima sexual	-----	-----	-----	-----
	<i>Regresión B4</i>				
	Autoestima	.23	-.49	18.94	<.001
	Imagen corporal	-----	-----	-----	-----
	<i>Regresión C4</i>				
	Autoestima	.23	-.49	18.94	<.001
	Afrontamiento activo	-----	-----	-----	-----
	<i>Regresión D4</i>				
	Autoestima	.23	-.49	18.94	<.001
	Afrontamiento evitativo	-----	-----	-----	-----
SOBRE DEPRESIÓN	<i>Regresión A4</i>				

Autoestima	.49	-.58	58.58	<.001
Autoestima sexual	.53	-.25	35.51	<.05
<i>Regresión B4</i>				
Autoestima	.49	-.55	58.58	<.001
Imagen corporal	.52	-.25	34.15	<.005
<i>Regresión C4</i>				
Autoestima	.49	-.70	58.58	<.001
Afrontamiento activo	-----	-----	-----	-----
<i>Regresión D4</i>				
Autoestima	.49	-.70	58.58	<.001
Afrontamiento apoyo social	-----	-----	-----	-----
<i>Regresión E5</i>				
Autoestima	.49	-.51	58.58	<.001
Afrontamiento evitativo	.54	.31	36.53	<.005

Por último, y como apoyo a nuestra hipótesis mediadora, llevamos a cabo el test de Sobel (1982), prueba utilizada para comprobar la significatividad del efecto indirecto de la variable mediadora (autoestima) entre las variables predictoras (autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) y las variables criterio (ansiedad y depresión). Este test comprueba si existen diferencias entre el efecto total (efecto de cada variable independiente sobre cada una de las dependientes) y el efecto directo (reducción del efecto o no efecto de cada variable independiente sobre cada una de las dependientes, controlando la variable mediadora, la autoestima). Esto se lleva a cabo analizando el valor del primer efecto menos el segundo. Para probar el efecto mediacional los valores han de ser superiores a ± 1.96 , con una significación de .05 (ver Tabla 32)

Tabla 32. Variables predictororas que inciden sobre las variables criterio (ansiedad y depresión) a través de la autoestima.

	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
AUTOESTIMA SEXUAL	z = 2.978	z = 2.191
	P < .01	P < .05
IMAGEN CORPORAL	z = 3.438	z = 2.143
	P < .01	P < .05
AFRONTAMIENTO ACTIVO	z = 3.531	z = 4.740
	P < .01	P < .01
AFRONTAMIENTO DE APOYO SOCIAL	-----	z = 2.231
		P < .05
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	z = 3.561	z = 2.541
	P < .01	P = .01

El cumplimiento de los cuatro pasos propuestos por Baron y Kenny (1986) y los resultados obtenidos del test de Sobel nos llevan a confirmar la hipótesis 3.1. y 3.2.

En el caso de la ansiedad, se confirma la hipótesis 3.1 parcialmente, puesto que la autoestima ejerce un rol mediador entre todas las variables predictoras (autoestima sexual, imagen corporal, estrategia de afrontamiento activo y de apoyo social) excepto la estrategia de afrontamiento de apoyo social, y la ansiedad. La mediación es total con respecto a todas las variables predictoras y esta variable criterio, es decir, la autoestima sexual, la imagen corporal, la estrategia de afrontamiento activo y de apoyo social se asocian con la ansiedad a través de la autoestima.

Por otro lado, podemos aceptar la hipótesis 3.2., que afirmaba la presencia del rol mediador de la autoestima entre todas las variables predictoras (autoestima sexual, imagen corporal, estrategia de afrontamiento activo, de apoyo social y evitativo) y la depresión. En este caso, la mediación es total en el caso de la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social (incidiendo éstas sobre la depresión a través de la autoestima), y parcial en el

caso de la autoestima sexual y las estrategias de afrontamiento evitativo (incidiendo éstas sólo en parte a través de la autoestima).

Capítulo VII.

Discusión

Hasta el momento hemos expuesto los resultados de nuestro estudio, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados inicialmente. A continuación, pasamos a discutir dichos resultados, siguiendo la misma estructura de exposición.

7.1. Estado de salud psicológica y variables personales de las personas transexuales

Este primer objetivo alude al estado de salud psicológica de las personas transexuales y a cómo se encuentran respecto a determinadas variables personales consideradas importantes para el bienestar de las personas. Se trata de conocer en qué nivel de ansiedad y depresión, es decir, salud psicológica, autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento se encuentran las personas de la muestra, tratando de conocer el estado psicológico de las personas transexuales al respecto de estas variables.

7.1.1. Estado de salud psicológica de las personas transexuales

Así, en relación al estado de **salud psicológica** de las personas transexuales, hemos podido observar cómo el bienestar de las personas transexuales se encuentra menoscabado. Así, los niveles de **ansiedad y depresión** son muy elevados respecto a los baremos de población no clínica, lo que nos indica un grado de malestar psicológico muy elevado. Sin embargo, respecto a los baremos de esta misma escala con población clínica, la media de nuestra muestra se encuentra sensiblemente mejor, es decir, por debajo de la media de las personas sensibles de diagnóstico específico de ansiedad o depresión, lo cual refleja la situación de malestar psicológico de estas personas, aunque esto no implique necesariamente un diagnóstico específico.

Del mismo modo, el malestar psicológico significativo que presentan estas personas deja patente la necesidad de recibir atención psicológica o psiquiátrica a lo largo del último año, destacando que en un elevado porcentaje (34.3%) el motivo fundamental por el que acuden no es su proceso de reasignación sexual directamente sino un malestar significativo o manifestaciones ansiosas o depresivas. Además, observamos que el pequeño porcentaje de personas cuya situación requiere su estancia en una unidad psiquiátrica se produce como

consecuencia de un intento de suicidio, intentos que, lamentablemente, se dan de forma muy frecuente en esta población (3.3%), superando de forma sustancial la frecuencia entre la población general (0.09%) a lo largo del último año (ver Ruiz-Pérez y Orly de Labry-Lima, 2006).

Desde la literatura científica, se apoya de forma generalizada la tesis de presencia de manifestaciones ansiosas o depresivas de forma frecuente entre las personas transexuales, entendidas siempre como el grado de psicopatología asociada directamente a la transexualidad y, por tanto, más frecuente que en la población general (Bergero y cols., 2004), explicando estas dificultades en términos de vulnerabilidad biológica (Mate-Kole, Freschi y Robin, 1988). Además, desde estas posiciones se alude también a una mortalidad por suicidio mayor que en la población general (Bergero y cols., 2004).

Sin embargo, desde otras posiciones teóricas se entiende que las personas transexuales no se enfrentan a diagnósticos claros de ansiedad o depresión, sino que conviven con un malestar psicológico generalizado (que implica manifestaciones ansiosas y depresivas), ocasionado por el estrés psicosocial al que se enfrentan en todos los ámbitos de su vida por su particular situación (Hill, 2002), no considerando que las personas transexuales sean sensibles de diagnóstico específico de psicopatología en mayor proporción que la población general (Cole y cols., 1997).

A la luz de nuestros resultados, resulta curioso el elevado porcentaje de personas de la muestra que, a pesar de convivir con el conflicto de su transexualidad en su día a día, solicita atención profesional por un motivo diferente a su proceso, además de que la mayoría de las personas que afirman haber intentado quitarse la vida en algún momento, cita como motivo principal el no haber encontrado ayuda para resolver su problema (39.3%). Esto resulta fundamental a la hora de prevenir el riesgo vital de estas personas. Además, los intentos de autolesión, estudiados anteriormente (Cano y cols., 2004), se deben fundamentalmente al rechazo que sienten por parte de los otros que conocen su situación.

En este sentido, estos datos son el reflejo de la situación en la que se encuentran estas personas, que conviven con un doble conflicto, su conflicto psique-cuerpo por un lado, y el conflicto social por otro, puesto que el entorno

habitualmente no comprende y estigmatiza a las personas en esta situación. Pero si algo ponen de manifiesto estos datos es cómo las personas transexuales habitualmente pueden aceptar su situación y convivir con ella de una forma más satisfactoria sin el rechazo social, con la aceptación de los otros, cuando sus necesidades interpersonales están resueltas, es evidente que uno necesita de los otros para su desarrollo psicosocial normalizado y satisfactorio.

Este aspecto queda especialmente claro en el siguiente testimonio:

"...un día ya no pude más y me tiré delante de un coche, no quería seguir aquí, no soportaba levantarme cada mañana y ver que nada había cambiado, que no sabía qué hacer, cómo salir de ese encierro en el que estaba, no tenía apoyo, ni nadie que me guiase..."

MUJER, 51 años²

Además, las personas transexuales afirman disfrutar de una mejor salud psicológica en el presente que en el pasado, puesto que la proporción de intentos de suicidio es significativamente menor actualmente y a lo largo del último año que en el pasado (aunque es necesario tener en cuenta la diferencia del periodo temporal), es decir, muchas de estas personas han intentado quitarse la vida alguna vez en su vida, pero una proporción mucho menor lo ha intentado en el último año, lo que nos muestra que personas que en el pasado presentaron un malestar psicológico extremo, en este momento no presentan tal malestar, al menos no con la misma intensidad, siendo uno de los aspectos que más ayuda el apoyo encontrado para afrontar su situación, bien desde los profesionales o desde el entorno familiar o social, lo cual se refleja claramente en el siguiente testimonio:

"...la verdad es que aunque sigue siendo duro, pues seguimos siendo uno de los blancos de la discriminación, y sigo enfrentándome a ella cada día, me encuentro mucho mejor ahora que en el pasado, hubo un momento en que creí que, o yo acababa con el conflicto o el conflicto acababa conmigo, y justo en ese momento conocí a X y su pareja (X es un chico transexual) que me dieron el apoyo que necesitaba para continuar adelante y abordarlo con mi familia y el

² Expresamos el género de acuerdo a la identidad de la persona, no a su anatomía biológica. Así, mujer alude a mujeres transexuales (nacidas con anatomía de varón), mientras que varón se refiere a varones transexuales (nacidos con anatomía de mujer).

resto de mi entorno. He de reconocer que desde que estoy en la asociación y desde que poco a poco mi familia lo ha ido asumiendo me encuentro mucho mejor, con ganas para continuar a pesar de las dificultades...”

VARÓN, 35 años²

Estas afirmaciones son el motivo fundamental por el que nos encontramos trabajando ya en el estudio de las necesidades interpersonales de las personas transexuales y su relación tanto con nuestras variables personales como con la salud psicológica de las personas transexuales.

Para concluir, parece importante dejar constancia de las diferencias encontradas respecto a la salud psicológica entre las diferentes historias que nos hemos encontrado, diferencias que marcan sin duda el curso del proceso y el desarrollo vital de estas personas.

Por un lado, nos encontramos con personas que nunca aceptaron llevar un rol diferente al que sentían como propio, que desde su infancia rechazaron amoldarse a las exigencias sociales, y que disfrutaron de cierta aceptación desde el inicio en el entorno más cercano. Por otro lado, tenemos a quienes han vivido de acuerdo a estas exigencias durante un periodo de su vida, que han tratado de vivir de acuerdo a su anatomía biológica y el sexo coherente con ella, bien por desconocimiento de qué es lo que les ocurre, bien por numerosas dificultades (personales, familiares y sociales) para afrontar una situación de tal envergadura. No parece prudente pronunciarse sobre el dolor de otros de forma cuantitativa, pero parece lógico pensar que las personas que se encuentran en esta segunda situación se encuentran con una mayor afectación de su salud psicológica, al menos mientras no se comienza el proceso de afrontamiento de la situación y de reasignación sexual. Resulta evidente que las diferencias entre ambas situaciones se producen por la influencia de aspectos tanto personales como del contexto.

Especialmente para las personas que se encuentran en esta segunda situación (si bien nos parece importante en todas las personas transexuales en general) resulta fundamental lo que supone perder determinadas cosas de uno mismo, o al menos reelaborarlas y construirlas de una forma diferente, además de los posibles cambios o pérdidas provocados por el entorno, lo cual podemos interpretar como un duelo, un duelo de sí mismas. Se trata para muchas

personas no de encontrar quién es en esencia (eso parece estar bastante claro), sino qué pensamientos, sentimientos y comportamientos son ahora diferentes de lo que fueron antes de iniciar el proceso, cómo se ven afectadas si así fuera la valoración que hacen de ellas mismas (autoestima), también como compañeras sexuales (autoestima sexual), la propia percepción que tienen de su cuerpo (imagen corporal), o la forma de afrontar la situación (estrategias de afrontamiento), a qué cosas se ha de renunciar (para encontrarse con otras), cómo ha de construirse un nuevo ciclo, cómo posicionarse en un lugar diferente de uno mismo para sentirse más *yo*. Así lo reflejan las palabras de una de las personas entrevistadas:

"...Para mí, en estos momentos es bueno intentar mantener contacto con el exterior, recordarme a mí mismo, qué más cosas soy cuando me siento tan lejos de lo que fui. Te asaltan niveles nuevos desde donde divisar las cosas de siempre. Tras una larga búsqueda, cualquiera se acaba encontrando. Tras dar muchas vueltas alrededor de la espiral del embudo, acabamos pasando, cayendo por ese agujero, ¿quién soy yo dentro de todo, y dónde estoy?..."

VARÓN, 30 años

7.1.2. Estado de las personas transexuales respecto a las variables personales.

Por otro lado, observamos que la **autoestima** aparece también como una dimensión habitualmente afectada, encontrándonos con personas con una percepción y valoración de sí mismas generalmente negativa, lo cual les hace más vulnerables a los acontecimientos del entorno y dificulta la capacidad de afrontar acontecimientos vitales importantes, con un marcado sentimiento de responsabilidad y culpabilidad al percibir dichas dificultades, además de la percepción de no poder persistir ante los obstáculos vitales (Fitts y Warren, 1996).

La autoestima, mientras para unos autores no tiene un papel destacado por encima de otras variables respecto al bienestar y a la resolución de necesidades de las personas (López, 2006; Ryan y Deci, 2000), es considerada por otros como un aspecto fundamental para la salud psicológica de las personas (Diener, 1984), aunque lo cierto es que no ha sido suficientemente estudiada en

personas transexuales. En cualquier caso, la no atención prestada a este aspecto en las personas transexuales dificulta las afirmaciones en cuanto a la afectación de la autoestima en personas transexuales.

No obstante, de forma más frecuente, los estudios con estas personas reflejan que la autoaceptación se presenta como el elemento clave en las personas transexuales para la satisfacción con uno mismo y con las relaciones con los otros (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989), y se observa cómo la autoestima y la confianza en uno mismo aumenta cuando finaliza el proceso de reasignación sexual siempre que éste haya sido satisfactorio (Turner y cols., 1978).

Desde nuestro punto de vista, no resulta extraño que en personas que se enfrentan desde su infancia con un conflicto psique-cuerpo, un conflicto identitario, esta dimensión de la persona, inexorablemente ligada a la construcción de la identidad personal, se encuentre afectada en estas personas puesto que la identidad se construye de acuerdo a dos dimensiones: el autoconcepto -conciencia del yo- y la autoestima -valoración de las características personales- (Palacios, 2005).

Es importante destacar que la identidad se construye a lo largo del proceso de socialización, donde es vital la importancia de los otros, y en el cual el cuerpo y la propia percepción del mismo es un elemento básico. Además, la progresiva diferenciación e individuación permite establecer una creciente independencia que posibilita integrar el propio comportamiento de forma coherente (Benhabib, 1995; Woodward, 1997).

Así, la autoestima se presenta como un aspecto relativamente estable a lo largo del tiempo en las personas. Esto nos confirma que el conflicto intrapersonal e interpersonal al que se enfrentan las personas transexuales desde su infancia y que incide inevitablemente sobre su identidad, es de esperar que afecte también a su autoestima, a la valoración sobre sí mismos y sus cualidades personales. Estas personas se sienten de una forma que no pueden expresar, contraria a las exigencias sociales acordes al sexo biológico de las personas y sobre las que parece no haber otra opción, ya que de lo contrario habitualmente son corregidas, juzgadas o discriminadas desde la infancia. Esto contribuye a la construcción de una valoración negativa relativamente estable de sí mismas, lo cual se confirma también por el siguiente testimonio:

“...desde que era pequeñita no quería ponerme pantalones, me pintaba con las pinturas de mi madre y me ponía su ropa cuando no estaban, porque cuando alguna vez lo hice delante de mi familia, me reñían diciéndome que eso era de niñas y yo no era una niña, que si la gente veía eso se iba a reír porque los niños no se pintan como las niñas... Yo no entendía demasiado, pero no paraba de llorar porque no podía hacer lo que sentía... Hubo tantas situaciones de ese tipo que poco a poco dejé de hacerlo, tratando de mostrarme como se supone que tenía que hacerlo...pero cada vez me sentía peor y me costaba más tener amigos en el colegio, y cada vez fui una persona más callada, por el miedo a expresarme, no soportaba pensar que sería rechazada...”

MUJER, 44 años

Como ya hemos comentado a lo largo de este trabajo, valorar la **autoestima sexual** de estas personas de forma independiente resulta de vital importancia.

Así, encontramos que las personas transexuales de la muestra presentan un nivel medio de autoestima en este ámbito respecto a la escala, si bien un elevado porcentaje (12%) afirma no haber tenido contacto sexual en el último año por miedo.

Los autores que se han ocupado de la autoestima sexual de las personas transexuales afirman que es necesario tener en cuenta que han de expresarse como personas sexuales con una anatomía diferente al sexo con el que se identifican (Bureau, Beaudoin, y Fallon, 1989), lo cual es un factor de dificultad añadido para la resolución de sus necesidades sexuales y de intimidad, fundamentales para un estado de salud psicológica satisfactorio (López, 2006).

Por otro lado, numerosos autores han formulado que la valoración del atractivo facial y el grado de evitación social debida a la imagen resultan ser los mejores predictores de la autoestima sexual (Wiederman y Hurst, 1998), si bien desde nuestra experiencia parece que las personas transexuales otorgan mayor importancia a los genitales que al atractivo facial a la hora de mostrarse como compañeros sexuales, tratan de evitar atender a sus genitales (Marone e Iacoella, 1997). Este aspecto encontrado en nuestros datos se confirma además por la siguiente experiencia de una de las personas entrevistadas:

“...conoces a un chico una noche con el que conectas, y parece que no hay ningún problema, eres un chica más, pero claro, cuando llega el momento de irnos los dos solos ya te pones nerviosa y no eres capaz de irte con él, empiezas a pensar que se irá y te dejará tirada en cuanto te vea desnuda o le digas que tienes pene, al principio cuando eres más joven lo haces, pero tras un palo y otro ya no te atreves, y cada vez te apetece menos tener relaciones sexuales, ¿quién va a querer acostarse contigo?...”

MUJER, 35 años

De este modo, desde nuestro punto de vista, la puntuación de la escala es relativamente elevada, ya que se ha reflejado una tendencia de respuesta central, quizás esperable por el instrumento utilizado, es decir, por el modo directo de plantear los ítems en la escala. Por otro lado, es necesario tener en cuenta que la intimidad y contacto una de las necesidades básicas humanas, cuya resolución se relaciona directamente con la interacción y expresión satisfactoria entre dos personas. En este sentido, es posible un relativo efecto de deseabilidad social, presente por la dificultad de afirmar delante del entrevistador una valoración muy negativa de uno mismo como persona sexual. Sin embargo, cuando preguntamos de forma diferente por la inexistencia de contacto sexual, se afirma el miedo (a no cumplir las expectativas de la otra persona) como motivo principal, lo cual refleja una valoración negativa de uno mismo en ese aspecto, una baja autoestima sexual.

Como ya hemos dicho, la construcción de la **imagen corporal** supone un fuerte impacto en el desarrollo vital de las personas, especialmente de las personas transexuales, cuyo conflicto tiene relación directa con su imagen corporal.

La evaluación de la imagen corporal de acuerdo a la escala utilizada nos informa de un nivel medio de satisfacción con la imagen corporal, con una puntuación media ligeramente por encima de la media de la puntuación de la escala.

No obstante, nuestros datos nos indican también que la percepción del propio cuerpo supone un malestar significativo para las personas transexuales, presente en el día a día de estas personas (36.1%), si bien es importante matizar que este malestar es mayor en situaciones de interacción, es decir, cuando una persona es vista desnuda por otras personas (42.6%), lo cual es respaldado por el siguiente comentario de una de las personas entrevistadas:

"...¿Puedes imaginar por un momento lo que supondría para ti estar en una ducha común, por ejemplo en el gimnasio, y tener que estar atenta constantemente para que nadie vea que tienes un pene?, resulta muy humillante que alguien vea en mi a una mujer hasta que llega el momento de desnudarme por alguna razón, te vejan, insultan, se asustan, gritan..., a una se le quitan las ganas de exponerse a esas situaciones, terminas por dejar de hacer tantas cosas..."

MUJER, 38 años

Hasta el momento se ha aceptado de forma general que las personas transexuales encuentran deteriorada su imagen corporal, reflejo de su conflicto identitario, conflicto psique-cuerpo; de ahí el deseo de estas personas de iniciar el proceso de reasignación sexual y modificar su anatomía física y la preocupación por su apariencia, para aliviar el profundo malestar que sienten. Esto les permitirá una integración adecuada del desarrollo físico y psicológico de la persona (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998). No obstante, se potencia el conflicto de forma especial con las zonas corporales distintivas del sexo específico como son los genitales (Ruggieri, Galato y Lombardo, 1993).

No contamos con autores que defiendan la satisfacción, al menos relativa, con la imagen corporal de las personas transexuales.

De acuerdo al malestar expresado por las personas de la muestra, desde nuestro punto de vista, las personas transexuales presentan una imagen corporal afectada por su situación específica, puesto que la valoración subjetiva y social del cuerpo se encuentra muy condicionada por el contexto socio-cultural (Toro, 1996), generalmente estigmatizador y generador de rechazo. Sirvan como muestra las palabras de una de las personas entrevistadas:

"...no soporto mi pecho, sólo hablar de ello me pone nervioso, me aprieto todo lo que puedo la faja para que no se me note, pero no puedo ponérmela así mucho tiempo más porque tengo heridas en carne... es horrible ver cómo no me dan trabajo por mi pecho, porque si no nadie se entera, y cómo los demás te miran el pecho, no lo soporto, ya una vez me lo destrocé al intentar cortarlo, pero mi novia me llevó corriendo al hospital, pensé que igual así me harían caso y me operarían, pero nada, sigo igual, desesperado, cada vez con menos paciencia..."

VARÓN, 19 años

No obstante, el instrumento utilizado abarca numerosas partes del cuerpo que no suponen conflicto directo con la identidad de género de la persona, por lo que es de esperar que su grado de satisfacción con dichas partes del cuerpo sea mayor que con el pecho o los genitales, partes del cuerpo que confrontan de forma directa su imagen corporal con su identidad personal (Marone e Iacoella, 1997). Estas mayores puntuaciones en muchas de las partes del cuerpo evaluadas elevaría la media de satisfacción en la escala.

Por otro lado, se conoce que la satisfacción con la imagen corporal de las personas transexuales se incrementa una vez que se inicia y se desarrolla el proceso de reasignación sexual (Fleming y cols., 1982), es decir, de acuerdo a los cambios corporales. Así, las personas transexuales de la muestra han iniciado en su mayoría el proceso de hormonación (83.6%), habiendo algunas de ellas finalizado el proceso de reasignación sexual (11.5%), por lo que los cambios en su imagen corporal de acuerdo a su identidad incrementan su grado de satisfacción a este respecto, lo cual contribuye también a elevar la media de la puntuación de la escala con la que evaluamos este aspecto.

Con respecto a las **estrategias de afrontamiento**, las personas transexuales de la muestra muestran un uso similar de las diferentes estrategias por término medio, si bien parece que utilizan ligeramente con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento activo, es decir, tratan de afrontar su situación activamente, buscando la forma de resolver sus dificultades satisfactoriamente, si bien no lo hacen generalmente a través de la búsqueda de apoyo social, puesto que resulta la estrategia de afrontamiento menos utilizada por término medio. Es decir, las personas transexuales afrontan su situación fundamentalmente solicitando bien el inicio, bien los pasos correspondientes del proceso de reasignación sexual (45.9%), mientras que un porcentaje mucho menor se limita a buscar la comprensión y manifestar su malestar a otras personas (27.9%). Sirva como muestra el siguiente testimonio de uno de los varones entrevistados:

"...llega un momento en que te das cuenta de que si no haces nada, seguirás muerto en vida...la verdad es que hablar con alguien y poder expresar lo que sientes es fundamental, pero claro, eso no acaba con tu conflicto, con el que convives cada segundo...al final te das cuenta de que sólo tienes un camino para

seguir, iniciar el proceso, tomar la iniciativa, coger las riendas de tu vida...sólo así podrás ser feliz, aceptarte y que te acepten..."

VARÓN, 28 años

Como ya hemos relatado en la revisión teórica, existe un importante vacío con relación al estudio de las estrategias de afrontamiento en personas transexuales, contando sólo con algunas reflexiones acerca de cómo las personas ponen en marcha todo lo que tienen a su alcance para lograr sus objetivos y adecuar su anatomía física a su identidad personal (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989).

Se asume de forma generalizada que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas se relacionan con un mayor riesgo de llevar a cabo conductas suicidas (Yufit y Bongar, 1992). Por otro lado, estudios que se han llevado a cabo con presos, indican que aquellos que utilizan estrategias de afrontamiento menos eficaces como puede ser el afrontamiento evitativo, se autolesionan y cuenta con una salud psicológica deteriorada en mayor grado (Dear y cols., 1998).

Bajo nuestra perspectiva, la resolución del conflicto real de estas personas y, por tanto, el afrontamiento de tal situación inexorablemente se encuentra ligado al proceso de reasignación sexual, por encima de la existencia de apoyo social percibido o existente. Pero por otro lado, este dato es indicativo de que quizás las personas transexuales que acuden en menor medida al entorno en búsqueda de apoyo, ven afectada en mayor medida su autoestima y asumen en mayor medida el rechazo de los otros. Así los expresa una de las mujeres entrevistadas:

"...mira, yo empecé todo esto sola, lo he hecho todo sola, lejos de mi familia, y no imaginas lo duro que ha sido... nunca pude decírselo antes de iniciar el proceso porque pensé que me echarían de casa, que no lo aceptarían, porque cada vez que intentaba sacar el tema sentía un rechazo tremendo, durísimo...ahora me ven bien y me aceptan, pero les costó mucho..."

MUJER, 40 años

7.2. Variables personales y salud psicológica de las personas transexuales

Afirmábamos en nuestra hipótesis 2.1. y 2.2., que las variables personales se asociarían con el estado de salud psicológica de las personas transexuales, concretamente en su nivel de ansiedad y depresión. Así, las personas que presentasen mayor autoestima y autoestima sexual, mejor percepción del propio cuerpo y afrontasen de forma más eficaz su situación, presentarían menores niveles de ansiedad y depresión.

Podemos observar en nuestros resultados cómo existen relaciones bivariadas significativas entre la mayoría de variables del estudio, resultando significativa la relación entre cada variable del estudio (autoestima, autoestima sexual, imagen corporal, estrategia de afrontamiento activo, evitativo y de apoyo social) y la depresión, así como la relación entre estas variables salvo la estrategia de afrontamiento de apoyo social y la ansiedad.

Por otro lado, en cuanto a las variables que explican el nivel de ansiedad actual de las personas transexuales, observamos cómo es la variable autoestima la que explica fundamentalmente el nivel de ansiedad de estas personas, mientras que la depresión se explica fundamentalmente también por el nivel de autoestima, también contribuyen a explicar la presencia o ausencia de manifestaciones depresivas en menor medida la estrategia de afrontamiento evitativo y la autoestima sexual.

Con esto, podemos afirmar que nuestra hipótesis se cumple parcialmente, ya que aunque existe relación bivariada entre casi la totalidad de las variables del estudio, a nivel multivariado sólo existe relación entre la autoestima y la ansiedad, así como entre la autoestima, la autoestima sexual y la estrategia de afrontamiento evitativo y la depresión.

Desde la investigación psicológica, se ha prestado atención también a la relación entre las variables autoestima, autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento y la salud psicológica, concretamente ansiedad y depresión (Antonowsky, 1988; Diener, 1984; Kostanski y Gallone 1998; López, 2000).

Así, existe consenso al plantear que la imagen corporal como provocadora de un fuerte impacto en el desarrollo vital, siendo fundamental para la salud psicológica de las personas (Pruzinsky y Cash, 1990), por lo que la insatisfacción con la imagen corporal se asocia a la presencia de ansiedad y/o depresión (Kostanski y Gullone 1998; Polivy 1994).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento utilizadas también están relacionadas con el estado de salud psicológica de las personas, aunque la dirección de la incidencia no está clara, para unos, ansiedad y depresión inciden en la estrategia de afrontamiento utilizada (Uehara, Sakado, Sato y Takizawa, 2002), mientras que para otros el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces o adecuadas dificulta o favorece la presencia de ansiedad o depresión –salud psicológica– (Antonowsky, 1988; Dear y cols., 1998).

En cuanto a la autoestima sexual, se plantea de forma general la relación entre ésta y el nivel de ansiedad y depresión de las personas, si bien resulta complejo marcar direcciones, reflejando habitualmente la correlación entre ambas (López, 2000).

Respecto a la autoestima, es necesario tener en cuenta que la variable autoestima se presenta como una variable inherente al ser, a la construcción de la identidad personal, que se construye desde la infancia, mostrándose relativamente estable a lo largo del ciclo vital, lo cual incide sobre la salud psicológica de las personas. La autoestima, en tanto que valoración que hacemos de nosotros mismos, resulta de vital importancia para nuestro desarrollo psicosocial y nuestro bienestar, constituyendo una necesidad humana básica para el desarrollo y superación de las personas (Maslow, 1991), un elemento regulador de éste además del elemento predictor más importante de la satisfacción con la vida de las personas, como ya hemos mencionado anteriormente (Diener, 1984)

Por un lado, diferentes estudios han mostrado relaciones inversas entre los niveles de autoestima y ansiedad, de tal forma que las personas con elevada autoestima muestran niveles menores de ansiedad estado-rasgo (Fickova, 1999; Newbegin y Owens, 1996; Yang, 2002).

Por otro lado, numerosos autores afirman la autoestima como factor predictor de la depresión, mostrando relaciones inversas entre ambos, de tal forma que una elevada autoestima se muestra como factor predictor y protector ante la depresión (Kim, 2003; Takakura y Sakihara 2001; Valentine, 2001).

Así, las personas que presentan mayor nivel de autoestima, tienen un menor riesgo de presentar depresión (Crandall, 1973; Harter, 1993) o desesperanza (Abramson, Metalsky, y Alloy, 1989), menores problemas de ansiedad y soledad (Kanfer y Zeiss, 1983; Leary, 1983; Taylor y Brown, 1988; White, 1981).

Además, como hemos visto en nuestros resultados, es importante tener en cuenta que tanto la estrategia de afrontamiento evitativo como la autoestima sexual han resultado relevantes a la hora de valorar la depresión de las personas transexuales.

Por un lado, el afrontamiento evitativo ha sido estudiado de forma común al resto de estrategias de afrontamiento del ser humano en relación a las manifestaciones depresivas de la persona. Como ya hemos dicho anteriormente, la estrategia de afrontamiento evitativo, como estrategia poco eficaz en la resolución de circunstancias vitales complejas, provoca malestar significativo en las personas (Dear y cols., 1998), además de que incrementa el riesgo de suicidio (Yufit y Bongar, 1992), íntimamente ligado a la depresión (OMS, 2001), si bien presentar depresión supone al mismo tiempo el uso de estrategias de afrontamiento poco adecuadas (Uehara, Sakado, Sato y Takizawa, 2002).

El estudio de la autoestima sexual en relación al nivel de depresión de las personas transexuales, no ha sido tenido en cuenta hasta el momento, si bien se muestra en otras poblaciones como predictor del nivel de depresión (Taleporos, Dip y McCabe, 2002).

Por el contrario, existen también algunos estudios que reflejan la relación circular entre las variables de nuestro estudio, es decir, entre nuestras variables personales y la salud psicológica -ansiedad y depresión- (Fickova y Korcova, 2000; Valentine, 2001; Yang, 2002), o incluso autores que consideran la ansiedad como factor predictor del autoconcepto y la autoestima (Dowd, 2002).

Desde nuestro punto de vista, la relación significativa encontrada entre nuestras variables personales y ansiedad y depresión como indicadores de salud psicológica es un reflejo de lo complejo del ser humano, de cómo resulta complejo aislar unos aspectos de otros en el ser humanos, ya que se trata de una biografía en la que sus dimensiones se retroalimentan de forma constante, y donde un pequeño cambio en una de ellas producirá cambios en el bienestar de la persona.

Por otro lado, las personas transexuales se enfrentan desde su infancia con una dificultad también inherente a su persona, a la propia identidad, al conflicto entre su cuerpo y su psique, lo cual crea una serie de dificultades personales y sociales que con frecuencia inciden de forma negativa en la valoración que hacen sobre sí mismas y que menoscaban su salud psicológica.

Por lo tanto, es de esperar que la autoestima como aspecto inherente a la persona en construcción desde la infancia y como factor personal predictor fundamental de la salud psicológica, pueda verse afectado también ante este conflicto, esperando además que incida también de forma determinante en el estado de bienestar psicológico de estas personas.

Reconociendo así, las dificultades a la hora de establecer dirección en la relaciones entre nuestras variables, y contemplar la posible relación circular entre las mismas, tratamos de resolver estas dificultades tanto teórica como metodológicamente, atendiendo a las características específicas de la muestra. En este sentido, entendemos la autoestima, la imagen corporal y la autoestima sexual como variables más disposicionales que situacionales, pero evaluamos la salud psicológica de las personas transexuales en el momento actual, la ansiedad y depresión estado, tratando de conocer cómo la construcción de la identidad y el nivel relativamente estable de la autoestima facilitan o protegen de la presencia de un estado de ansiedad y depresión en el momento presente. Así, pensamos que personas que a pesar de su situación hayan desarrollado un nivel de autoestima elevado, presentarán en menor medida ansiedad y/o depresión.

Además, desde nuestro punto de vista, resulta coherente ver la influencia de las estrategias de afrontamiento sobre el estado de ansiedad y depresión de las personas transexuales, entendiendo que el aprendizaje desde la infancia de

cómo enfrentarse a la situación que viven desde ese momento condicionará en cierta medida la aparición de manifestaciones ansiosas o depresivas.

Por otro lado, es curioso cómo a la hora de comprobar qué aspectos inciden en mayor medida en el nivel de ansiedad de las personas transexuales, tan sólo la autoestima aparece en el análisis. Así, la valía que se otorgan estas personas a sí mismas resulta de vital importancia a la hora de presentar manifestaciones de ansiedad, por lo que personas que se valoren a sí mismas de una forma negativa, se encontrarán más inseguras y con mayores dificultades, especialmente ante acontecimientos o situaciones vitales importantes para la vida de la persona y, por tanto, presentarán un mayor malestar psicológico.

Resulta de interés resaltar cómo el evitar enfrentarse a la situación con la que viven estas personas perjudica seriamente el bienestar de estas personas, y de forma concreta sus manifestaciones depresivas, de ahí la importancia de facilitar que estas personas se enfrenten a su situación, en la cual incide también de forma importante el nivel de autoestima sexual. Conocemos que la necesidad de intimidad y contacto íntimo es una de las necesidades básicas humanas (López, 2006) que es necesario resolver para disfrutar de un estado de salud psicológica satisfactorio, pero, en estas personas, la valía que se atribuyen a sí mismas como personas sexuales se encuentra con numerosas dificultades, ya que han de expresarse con una anatomía incongruente con su rol sexual (Bureau, Beaudoin, y Fallon, 1989), lo cual predice en cierta medida la posible presencia de manifestaciones depresivas de las personas transexuales.

Así, las personas transexuales con una mejor percepción del propio cuerpo, una valoración más positiva de sí mismos como personas o compañeros sexuales y una forma de afrontamiento eficaz de su situación incrementará su estado de salud psicológica.

En cualquier caso, mostramos la relevancia de la autoestima para las personas, también para las personas transexuales como predictor de su salud psicológica, tal y como avalan numerosos autores, siendo tal la magnitud, que junto a la importancia mostrada por el resto de las variables del estudio como la autoestima sexual, la imagen corporal o las estrategias de afrontamiento, cuya correlación bivariada resulta significativa entre todas ellas y con la autoestima general (salvo entre apoyo social y ansiedad y autoestima sexual), nos conduce

a evaluar el papel mediador de dicha variable entre el resto de variables del estudio, y la salud psicológica de estas personas.

Como ya hemos mencionado en nuestra revisión teórica, habitualmente la ansiedad y la depresión coocurren (Maser y Cloninger, 1990), también en las personas transexuales, los cuales consideramos indicadores del estado de salud psicológica (Endler, Macrodimitris y Kocovski, 2003) de las personas transexuales de la muestra, si bien son comúnmente aceptadas como entidades nosológicas son diferentes (Endler, Cox, Parker, y Bagby, 1992).

No obstante, hay autores que defienden la comunalidad de manifestaciones para ansiedad y depresión, sin implicar un diagnóstico específico claro de una u otra, sino como indicadores de malestar psicológico significativo (Katon y Roy-Byrne, 1991).

En nuestra opinión, ansiedad y depresión coocurren habitualmente y con niveles similares entre las personas transexuales de la muestra porque ambos son indicadores de la salud psicológica de estas personas, y como tales indicadores están relacionados con los aspectos, personales en este caso, relevantes para el estado de salud psicológica de las personas, tal y como hemos visto anteriormente.

Por otra parte, nos encontramos también con autores que se han centrado en estudiar las relaciones entre la autoestima y la autoestima sexual, la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento.

Resulta esperable la existencia de correlación entre la autoestima, la autoestima sexual y la imagen corporal, puesto que existe consenso en considerar que la autoestima sexual y la imagen corporal son dimensiones de la variable autoestima, siendo esta última un aspecto más general que incluye a los dos primeros (Warren y Fitts, 1996), es decir, la autoestima haría referencia a la valoración general que nosotros hacemos de nosotros mismos, mientras que la autoestima sexual y la imagen corporal es nuestra propia valoración en un aspecto determinado, como personas sexuales y de nuestro cuerpo y apariencia (Warren y Fitts, 1996), si bien para algunos autores estas tres dimensiones son consideradas como independientes, considerando tanto a la autoestima sexual (Taleporos, Dip y McCabe, 2002) como a la imagen corporal (Levine y cols.,

2005), posibles predictores de la autoestima. En uestro estudio, tiene especial relevancia analizar estas variables por separado para estudiar su asociación entre ellas, con la autoestima y, por último, con la salud psicológica.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento con relación a la autoestima, encontramos quienes defienden la influencia de la autoestima sobre el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada (Verduzco, Lucio y Durán, 2004), mientras que otros autores defienden que el uso de determinadas estrategias de afrontamiento inciden sobre el nivel de autoestima de las personas (Richard, 1995).

Respecto a las estrategias de afrontamiento con relación al resto de variables, hasta el momento, la mayoría de los autores se han centrado en estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y el nivel de autoestima de la persona. Así, pensamos que en personas transexuales, aquellas que utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas y eficaces para superar las dificultades vitales, observarán cambios (hormonación y cirugía), la percepción de su propio cuerpo será valorada de forma más satisfactoria y realizarán una autovaloración positiva sobre sí mismas, mejorando su autoestima y su salud psicológica (Richard, 1995), y las personas con una elevada autoestima utilizarán estrategias de afrontamiento más adaptativas y eficaces para enfrentarse a las dificultades vitales (Verduzco, Lucio y Durán, 2004).

En cualquier caso, esta relación significativa entre las variables estudiadas es una muestra de la relevancia de estas variables a la hora de evaluar el estado de salud psicológica de estas personas, además de que una valoración más positiva en aspectos concretos vitales para las personas transexuales como la imagen corporal o la autoestima sexual ayudarán a mantener una valoración de sí mismos general más positiva, de igual forma que lo hará también el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, que impliquen un papel activo por parte de la persona. De esa forma presentarán una autoestima más elevada.

7.3. Efecto mediador de la autoestima entre las variables personales y la salud psicológica de las personas transexuales

De acuerdo a nuestra hipótesis 3, la autoestima jugará un rol mediador entre las demás variables personales evaluadas (autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento activo, de apoyo social y evitativo) y la salud psicológica de las personas transexuales, de tal forma que la incidencia de estas variables sobre la salud psicológica de estas personas se producirá a través de la autoestima.

Así, observamos en nuestros resultados que, siguiendo los pasos de Baron y Kenny (1986), efectivamente la autoestima cumple este papel mediador entre el resto de variables predictoras del estudio y la ansiedad y depresión en estas personas, por lo que podemos aceptar la hipótesis propuesta totalmente para la depresión y parcialmente para la ansiedad (porque no hay mediación con la estrategia de afrontamiento de apoyo social). Así, por un lado, la autoestima media de forma total entre las variables autoestima sexual, la imagen corporal, la estrategia de afrontamiento activo y el afrontamiento evitativo y la variable ansiedad, es decir, estas variables personales inciden en el nivel de ansiedad de las personas transexuales a través de la autoestima.

Por otro lado, la autoestima media igualmente de forma total entre las variables estrategia de afrontamiento activo y afrontamiento de apoyo social y la variable depresión, por lo que el uso de ambas estrategias incide en el nivel de depresión a través de la autoestima. Sin embargo, la autoestima media de forma parcial entre las variables personales autoestima sexual, imagen corporal y estrategia de afrontamiento evitativo y la variable depresión, por lo que estas variables inciden en cierta medida por sí mismas directamente sobre el nivel de depresión de las personas transexuales.

Estos resultados son apoyados desde la investigación psicológica, estableciendo la autoestima como el predictor personal más relevante para explicar el estado de bienestar psicológico de las personas (Diener, 1984).

Por un lado, se muestran relaciones inversas entre los niveles de autoestima y ansiedad, de tal forma que las personas con elevada autoestima muestran niveles menores de ansiedad estado-rasgo (Fickova, 1999; Newbegin y Owens, 1996; Yang, 2002).

Por otro lado, numerosos autores afirman la autoestima como factor predictor de la depresión, mostrando relaciones inversas entre ambos, de tal forma que una elevada autoestima se muestra como factor predictor y protector ante la depresión (Kim, 2003; Takakura y Sakihara 2001; Valentine, 2001).

Además, contamos con estudios que afirman la relación entre nuestras variables personales (autoestima sexual, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) y la autoestima por una lado, y la ansiedad y la depresión por otro.

Así, parece que la autoestima sexual se asocia tanto con el estado de salud psicológica -ansiedad y depresión- (López, 2000) como con el nivel de autoestima (Clements-Nolle y cols., 2001), siendo para muchos una dimensión de la misma (Warren y Fitts, 1996), de tal forma que una baja autoestima sexual favorecerá un menor nivel de autoestima y mayores niveles de ansiedad y depresión.

De la misma forma, la imagen corporal resulta ser un factor fundamental tanto para la autoestima, ya que al igual que la autoestima sexual, es considerada por numerosos autores como una dimensión de la autoestima (Warren y Fitts, 1996), como para la salud psicológica de las personas (Pruzinsky y Cash, 1990), tal forma que una percepción negativa de la propia imagen corporal favorece la presencia de ansiedad y depresión, así como la afectación de la autoestima.

Lo mismo ocurre con las estrategias de afrontamiento, cuyo uso eficaz resulta fundamental para el disfrute de una satisfactoria salud psicológica (Antonovsky, 1988), así como para la mejora de la autoestima de las personas (Richard, 1995).

Por otra parte, se ha venido estudiando y comprobando el efecto mediador de la autoestima entre diferentes aspectos y la salud psicológica o el bienestar de las personas (Druley y Townsend, 1998; Hall y cols., 1996; Huntsinger y Luecken, 2004), si bien esto no ha sido evaluado en personas transexuales.

Además, las variables que habitualmente cumplen un papel mediacional³ son variables que reflejan aspectos de la persona, cercanas a la personalidad y que de algún modo contribuyen significativamente de forma más directa a los cambios que se producen en la vida de las personas (Baron y Kenny, 1986), como es el caso de la variable autoestima.

Por el contrario, se ha planteado la existencia de limitaciones a la hora de establecer direcciones en la dirección entre diferentes variables, especialmente las relacionadas con el bienestar de las personas, como pueden ser las variables personales tenidas en cuenta en este estudio, planteando la posible circularidad de dichas variables, y realizando afirmaciones en términos correlacionales (Fickova y Korcova, 2000; Valentine, 2001; Yang, 2002).

En cualquier caso, pensamos que es vital dejar constancia de la dificultad de encontrar incidencias de unas variables sobre otras, especialmente tratándose de un tema como el bienestar en una población como la que nos ocupa, en la que no se plantea una problemática circunstancial y temporal, sino que se trata de una circunstancia vital, del desarrollo de uno mismo, donde los diferentes aspectos, tanto personales como del entorno presentan características que se retroalimentan continuamente a lo largo del desarrollo, por lo que resulta difícil el análisis delimitando aspectos de forma independiente y buscando relaciones significativas en una dirección concreta.

Teniendo esto en cuenta, nuestro estudio se centra en un análisis de la situación y de la realidad de las personas actual con respecto a determinados aspectos, por lo que, basándonos en los hallazgos y formulaciones de diferentes autores, tratamos de dar respuesta y conocer qué variables personales se relacionan en mayor medida con el estado de salud psicológica de las personas transexuales en el momento actual, con sus niveles de ansiedad y depresión, y si además, la variable autoestima juega un papel mediador respecto a las variables personales evaluadas y la salud psicológica. Se trata, desde nuestro punto de vista, de intentar plasmar una realidad compleja de forma operativa, fotografías fijas de un continuo en movimiento realizadas por razones analíticas.

³ También podrían ser variables moduladoras, es decir, variables que cambian la relación entre las variables predictoras y las variables criterio (interacción). Sin embargo, tras ser comprobado, la autoestima no mostraba un papel modulador.

Nos parece importante resaltar nuevamente el papel mediacional de la autoestima, como factor disposicional, próximo a la persona y relativamente estable, que nos conduce a plantear que el resto de aspectos evaluados incidan sobre el estado de ansiedad y depresión a través de la autoestima, de la valoración que finalmente hacemos de nosotros mismos para interpretar lo que ocurre. De ahí la necesidad de trabajar este aspecto así como el contemplar la dificultad de hacerlo por tratarse de un aspecto relativamente estable. No obstante, la incidencia de la imagen corporal, la autoestima sexual y las estrategias de afrontamiento sobre la autoestima nos da pistas sobre cómo poder intervenir sobre ella.

En resumen, la contrastación de los pasos de Baron y Kenny (1986) para el análisis mediacional de variables, la existencia de planteamientos teóricos y estudios empíricos que plantean la importancia de la autoestima para la salud psicológica, así como el rol mediador que dicha variable puede jugar entre otras variables predictoras y la salud psicológica, nos lleva a aceptar la hipótesis acerca del rol mediador que la autoestima puede jugar en nuestro estudio.

7.4. Limitaciones del estudio

Realizado el presente estudio con el mayor rigor científico que nos ha sido posible, asumimos ciertas limitaciones del mismo, ciertas observaciones que sería recomendable tener en cuenta en la realización de próximos estudios.

Es necesario tener en cuenta que el tamaño de la muestra no nos permite la realización de análisis estadísticos más específicos, y nos impide la generalización de los resultados. La población a la que nos hemos dirigido y que ha sido el objeto de nuestro estudio es, en general, difícilmente accesible, son personas castigadas socialmente y castigadas en numerosas ocasiones también desde el sector profesional. Estas personas pretenden normalizar su vida y su situación, por lo que exponerse a situaciones que ellos/as consideran de evaluación no motiva su participación.

No obstante, es preciso valorar que nuestro estudio se centra en aspectos no evaluados hasta el momento en personas transexuales, lo cual puede tomarse como punto de inicio para futuros estudios a este respecto.

Además, el acceso a través de asociaciones y centros de salud, nos facilita el contacto con personas que acuden o participan de ambos organismos, lo cual deja fuera a personas que hasta el momento no han solicitado ayuda y que, posiblemente cuenten con un estado de salud psicológica más deteriorado, con lo cual la representatividad de la muestra se ve limitada también en este aspecto, si bien no nos es posible determinar en qué medida.

Para concluir, hemos de tener en cuenta dos aspectos. Por un lado, la estrecha relación entre las diferentes variables del estudio, la posible circularidad de estas variables, pudiendo resultar complejo delimitar exactamente algunas de las variables así como la dirección de sus relaciones, lo cual nos hace ser cautos a la hora de exponer nuestros resultados, aunque hemos tratado de salvar esta dificultad tanto teórica como metodológicamente. Asimismo, conocemos que el mejor método para el establecimiento de direcciones en la relación entre diferentes variables es el procedimiento de análisis de vías y el planteamiento de ecuaciones estructurales, si bien el número de participantes en el estudio no ha hecho posible su utilización, tratando de salvar dichas dificultades a través del procedimiento alternativo de análisis de regresión mediacional propuesto por Baron y Kenny (1986).

Por otro lado, la temática específica ante la que nos encontramos, debido a que la transexualidad no es una circunstancia que aparece en un momento dado del ciclo vital, sino que se trata de una circunstancia del *ser*, presente generalmente desde la infancia, lo cual supone una construcción del ser y la identidad condicionada por estas complejas circunstancias específicas, así como los diferentes aspectos evaluados en este estudio, condicionados por el rechazo social al que se enfrentan desde su infancia; por esto, es posible que se haya dado en algún momento en nuestro estudio un relativo efecto de deseabilidad social, buscando ser aceptadas. Esto ha de estar presente a la hora de interpretar nuestros datos, si bien el énfasis puesto durante la entrevista en crear una buena relación para fomentar el sentimiento de aceptación total de la persona entrevistada, pensamos que ha podido disminuir dicho efecto.

7.5. Futuras líneas de investigación

El interés por la transexualidad ha llevado a los autores que se han acercado a su estudio a plantear la necesidad de investigar en diferentes ámbitos de esta problemática. De esta forma, se plantea como fundamental conocer el origen de la transexualidad, el cual se desconoce hasta el momento, las posibles diferencias en la problemática entre varones y mujeres o la psicopatología presente en estas personas.

Para nosotros, y valorando la importancia de dichos campos de investigación para conocer realmente esta circunstancia vital, resulta prioritario la investigación sobre el bienestar de estas personas, qué necesidades cubren y cómo, y cuáles no cubren adecuadamente para poder ofrecer las claves de actuación que faciliten dicho bienestar en estas personas. Así, resultaría de interés desarrollar los siguientes campos:

1. En la revisión teórica para el presente estudio, encontramos la importancia ofrecida por los autores dedicados al estudio de las necesidades y de la salud y bienestar psicológico de las personas al entorno y contexto como contribuyente de forma significativa a dicho bienestar, la aceptación de los otros significativos como necesidad básica del ser humano (López, 2006; Ryan y Deci, 2000; Ryff y Keyes, 1995), además del aislamiento social como una de las dificultades más importantes para las personas transexuales, lo cual afecta su bienestar de forma significativa (Bergero y cols., 2004).

En este sentido, este tema no ha sido estudiado en personas transexuales hasta el momento, no de forma general que permita una visión global de la situación, lo cual resulta de vital importancia para conocer de forma global el estado de bienestar y salud psicológica de las personas transexuales.

2. Por ello, resulta fundamental la investigación sobre el bienestar general de estas personas, investigación que incluya variables pertinentes para el ser humano desde el punto de vista tanto personal como interpersonal, con el fin de comprender realmente la situación de estas personas y poder dar respuesta a dichas dificultades.

Por tanto, y como conclusión, la investigación desde un punto de vista psicosocial es vital de cara a poder llevar a cabo programas de intervención adecuados y eficaces, que permitan promover el bienestar de las personas transexuales.

3. Con relación a nuestra temática del bienestar de estas personas, son necesarios estudios longitudinales que evalúen su bienestar a lo largo del proceso, para conocer aspectos específicos clave protectores y de riesgo en relación a su desarrollo psicosocial satisfactorio, lo cual permita llevar a cabo intervenciones eficaces y adecuadas, dirigidas a las dianas del bienestar. Además, este tipo de estudios nos permitiría evaluar el cambio de estas variables a lo largo del tiempo y la incidencia en nuestras variables criterio y nos daría información sobre la relación entre estas variables.

7.6. Propuestas de actuación

En relación a la intervención, desde nuestra perspectiva, y a partir de nuestros datos y nuestra experiencia con las personas transexuales de nuestro estudio, resulta de especial interés realizar programas que incidan en aspectos vitales para el un estado de salud psicológica satisfactoria, tanto personales como interpersonales.

1. De nuestro estudio se desprende la relevancia de trabajar la autoestima de estas personas, frecuentemente afectada y directamente relacionada con el bienestar de estas personas, además de aquellos aspectos que se relacionan con ella como la autoestima sexual, la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento. Se trata de facilitar que estas personas afronten su situación de una forma eficaz, lo cual facilitará que se valoren de una forma más positiva, también con relación a la propia imagen corporal y a uno mismo como persona sexual.

Por un lado, es posible trabajar la autoestima de forma personal, es decir, a través de programas con la propia persona a pesar de la dificultad de trabajar el mismo por tratarse de un aspecto relativamente estable de las personas y, por otro, teniendo en cuenta que la autoestima depende también de la valoración de los otros y que estas personas se enfrentan a un rechazo social constante,

resulta fundamental trabajar la autoestima desde el entorno de estas personas, con programas con padres, de familia y de pareja y sexuales, lo cual favorezca también que estas personas se valoren de forma más positiva y tomen una actitud más positiva ante la vida.

2. Quizás una de las acciones prioritarias y que contribuiría a mejorar la autoestima y el bienestar de estas personas es llevar a cabo programas de sensibilización con la problemática, divulgar las necesidades de esta población, se trata de llevar a cabo pedagogía social, mostrar la realidad lejos del prejuicio, crear un clima social de comprensión y aceptación de la diversidad humana. Esto debe comprender a todos los sectores de la población, incluido el institucional, el que esta problemática no esté incluida en la sanidad pública favorece el no reconocimiento o aceptación de la misma y dificulta su estudio, el cual resulta fundamental de cara a mostrar la dura realidad y fomentar la comprensión de esta problemática y de quienes la viven día a día. En este momento esto es algo que se hace de forma informal desde algunas asociaciones, por lo que sería interesante formar a estas personas de forma generalizada para que ellas mismas puedan convertirse en agentes formadores en su vida cotidiana.

3. Por otro lado, resulta fundamental para estas personas que afronten su situación de una forma activa y adecuada, que valoren su propio cuerpo y a así mismas como personas sexuales, lo cual les proporcionará mayor bienestar y salud psicológica, para lo cual resulta de interés llevar a cabo programas generales de afrontamiento de la situación, como programas de comunicación adecuada o de resolución de problemas. Para esto, es necesario contar con oferta profesional específica, formada y sensibilizada con la problemática y sus necesidades, que permita intervenciones sobre cualquier aspecto relativo a esta situación vital de forma eficaz, escasa hasta el momento actual, además de la formación profesionales que trabajan con personas transexuales, como personal sanitario, abogados, personal que trabaja con adolescentes, etc., lo cual elimine el estereotipo y favorezca el trato adecuado a estas personas.

4. Por último, hemos observado y mencionado ya la necesidad de trabajar aspectos interpersonales de forma específica, prioritarios para estas personas, como las relaciones de pareja y sexuales, o la relación con los padres, pero para ello, es necesario en primer lugar desarrollar este campo en investigación, es

decir, atender al contexto de la persona como vital para su bienestar, tan y como mencionamos más arriba, y que venimos desarrollando en este momento.

Capítulo VIII.
Conclusiones

Nuestro estudio sobre variables personales y salud psicológica de las personas transexuales nos conduce a plantear ciertas conclusiones de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas y los resultados obtenidos.

1. Las personas transexuales encuentran deteriorada su salud psicológica con niveles de ansiedad y depresión por encima de la media de la población general, lo cual no indica necesariamente que sean susceptibles de un diagnóstico específico de ansiedad o depresión, sino que son indicadores del afectado estado de salud psicológica de estas personas.

2. La autoestima, aspecto vital en la construcción de la identidad, se ve generalmente afectada en estas personas, lo cual dificulta su desarrollo psicosocial satisfactorio y normalizado.

3. Estas personas, cuyo conflicto entraña la identidad de la persona, han de expresar como personas sexuales con un cuerpo diferente al sexo con el que se identifican, lo cual dificulta que la valoración que hacen de sí mismos sea positiva, por lo que la autoestima sexual se ve afectada también en estas personas, muchas de las cuales no se exponen a situaciones que posibiliten un contacto sexual.

4. Las personas transexuales sienten un malestar significativo con su cuerpo muy frecuentemente, es decir, su imagen corporal se encuentra dañada por percibir un cuerpo con el que no se identifican, especialmente cuando otras personas observan su cuerpo desnudo, lo cual alude a la importancia nuevamente de las relaciones interpersonales para el bienestar de estas personas.

5. La forma en la que las personas resuelven su situación es fundamentalmente iniciar o avanzar en el proceso de reasignación sexual (estrategias de afrontamiento activo), de tal forma que se produzcan los cambios físicos que permitan desaparecer la incoherencia y el conflicto entre su sexo biológico y el sexo con el que se identifican. No obstante, y como muestra de las dificultades ante las que se encuentran y la presión a la que están sometidas, muchas personas recorren un duro camino hasta afrontar su situación iniciando el proceso, estando durante mucho tiempo evitando la situación o paliándola simplemente expresándola de alguna forma o en algún momento con alguna

persona, lo cual suele ocurrir por término medio durante la adolescencia, mientras que el inicio del proceso (afrentamiento activo) por término medio se inicia ya en la juventud.

6. Todas las variables predictoras excepto el afrontamiento de apoyo social, se relacionan con la ansiedad y la depresión. No obstante, las variables más importantes son la autoestima en el caso de la ansiedad y la autoestima, la autoestima sexual y la estrategia de afrontamiento evitativo en el caso de la depresión. De este modo, un mayor nivel de autoestima sexual, mejor percepción del propio cuerpo, mayor utilización de las estrategias de afrontamiento activo, de apoyo social (sólo en el caso de la depresión) y menor uso de estrategia de afrontamiento evitativo se relaciona con un mayor nivel de autoestima, lo cual se asocia a su vez con el estado de salud psicológica (ansiedad y depresión) de las personas transexuales.

7. Aún teniendo en cuenta la posible circularidad de las variables del estudio a nivel general, la autoestima puede jugar un papel mediador entre el resto de variables personales del estudio y la salud psicológica de estas personas en el momento presente, es decir, las estrategias de afrontamiento, la imagen corporal y la autoestima sexual se relacionan con los niveles de ansiedad y depresión a través de la autoestima, de vital importancia para posteriores intervenciones psicológicas.

Capítulo IX.
Referencias Bibliográficas

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Aguirre, A. (1998) Construcción Cultural de la Identidad social. En Páez, D. y Ayestarán, S. (Eds.), *Los desarrollos de la Psicología Social en España*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Allen, L y Gorski, R. (1990). Sex differences in the bed nucleus of the sria terminalis of the human brain. *Journal of Comprehensive Neurology*, 302, 697-706.
- Alloy, L., Kelly, K., Mineka, S. y Clements, C. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A Helplessness/hopeleness perspective. En J.D. Maser, C.R. Cloninger (Eds.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 449-543). Washington: American Psychiatric Press.
- Alonge, M. (1991). Determinants of sexual behaviour among in-school adolescents: Implications for counselling. *Nigerian Journal of Guidance and Counselling*, 4(1-2), 79-86.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Amerigo, M. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de psicología social*, 8(1), 101-110.
- Andreasen, N. (1985). Positive vs. negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 380-389.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardouin, J., Bustos, C., Gayó, R. y Jarpa, M. (2000). *Motivación y satisfacción laboral*. www.apsique.com (Febrero 2005).
- Argyle, M. y Martín, M. (1987). *The psychological causes of happiness*. Londres: Methuan.
- Asscheman, H. y Gooren, L. (1992). Hormone treatment in transsexuals. *Journal of Psychology and Human Sexology*, 5, 39-54.
- Avia, M. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Badillo, I. (1998). Las culturas del ciclo vital. *Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*, 1, 3-16.
- Bakker, A., Van Kesteren, P., Gooren, L. y Bezemer, P. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237-238
- Baldwin, J. (1955). *Notes of a Native Son*. Boston: Beacon
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford.
- Baron, R. y Kenny, D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Basabe, N., Valdosedá, M. y Páez, D. (1993). Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En D. Páez (Ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (págs. 339-377). Valencia: Promolibro.
- Baumeister, R. (1991). *Meanings of Life*. Nueva York: Guilford Press.
- Baumeister, R. (1998). The self. En D. Gilbert, S. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4ª Ed.; pp. 680-740). Nueva York: McGraw-Hill.
- Beauvoir, S., Wittig, M. y Foucault, M. (1996). Variaciones sobre sexo y género. En M. Lamas (Comp.), *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 303-326). México: PUEG-UNAM.
- Bebbington, P., Der, G., MacCarthy, B., Wykes, T., Brugha, T., Sturt, P. y Potter, J. (1993). Stress incubation and onset of affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 31, 78-85.
- Becerra Fernández, E. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Bednar, R., Wells, M. y Peterson, S. (1989). *Self-Esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. Washington: American Psychological Association.
- Bem, S. (1993). *The lenses of gender*. New Haven: Yale University Press
- Bem, S. (1981). Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364
- Benhabib, S. Fuentes de la identidad y el yo en la teoría feminista contemporánea. *Seminario Subjetividad y género: A propósito de una construcción social*, Valencia, Abril-Junio, 1995.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Nueva York: Julian Press.
- Berenbaum, S. y Hines, M. (1992). Early androgens are related to childhood sex-typed toy preferences. *Psychological Science*, 3, 203-206.
- Bergero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M., Gómez Banovio, M., y Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, 89:9-20
- Best, L. y Stein, K. (1998). Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. *The Wessex Institute for Health Research and Development*, 88. <http://www.epi.bris.ac.uk/rd/publicat/dec/dec88.pdf> (Noviembre 2005)
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 315-334.
- Bordón Guerra, R. y García Aberasturi, L. (2001) Protocolo de intervención psicológica en la transexualidad. *Hojas informativas de los psicólogos de Las Palmas* 4(43)
- Boso, R., Macció, J., Salvia, A. y Rodríguez M. (2003). *Línea Sujeto: Metamorfosis del lazo*

social,<http://www2.uca.edu.ar/esp/secinvestigacion/esp/subobservatorio/page.php?subsec=informes> (Septiembre 2005)

- Bower, G. (1987). Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25(6), 443-455.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). Nueva York: Basic Books.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradley, S. y Zucker, K. (1997). Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 872-80.
- Bradley, S., Zucker, K. y Kenneth, J. (1997). Gender Identity Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(7) 872-880
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, G. (1993). Life events and affective disorder. Replications and limitations. *Psychosomatic Medicine*, 55, 248-259.
- Brown, J., Childets, K. y Waszak, C. (1990). Television and adolescent sexuality. *Journal of Adolescent Health Care*, 11(1), 62-70
- Brown, G., Harris, T. y Hepworth, C. (1994). Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-534.
- Brumberg, J. (1997). *The Body Project: An Intimate History of American Girls*. Nueva York: Random House.
- Bureau, J., Beaudoin, R. y Fallon, Y. (1989). *L'Adaptation socio-économique et interpersonnelle et la satisfaction psycho-sexuelle pré et post conversion sociale, hormonale et chirurgicale de transsexuel(le)s mâles et femelles*. Montréal: Université du Québec.
- Burlenson, B. (1994). Friendship and similarities in social-cognitive and communication abilities: Social skill bases of interpersonal attraction in childhood. *Personal Relationships*, 1(4), 371-389
- Butler, J. (1993). Críticamente subversiva. En R. Mérida Jiménez (Ed.), *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer* (pp. 55-79). Barcelona: Icaria.
- Campos, A. *La transexualidad y el derecho a la identidad sexual*. Tesis Doctoral, Universidad País Vasco, 1993.
- Cano Oncala, G., Bergero Miguel, T., Esteva de Antonio, I., Giraldo Ansio, F., Gómez Banovio, M. y Gorneman Schaffer, I. (2004). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 21-30
- Cano Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. (1994). Psicología, Medicina y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 0.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Casas, F. (1999). Calidad de Vida y Calidad Humana. *Papeles del Psicólogo*, 74, 46-54.

- Cash, T. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. En Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 51-79). Nueva York: Guilford.
- Casullo, M. y Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25-49.
- Cauldwell, D. (1949). Psychopathia transsexualis. *Sexology*, 16, 274-280.
- Cecil, H. y Stanley, M. (1997) Reliability and validity of adolescents' scores on the Body Esteem Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 57(2), 340-356
- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite modelo f anxiety and depresión: Psychometric evidence and taxonomic implicatiions. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R. y Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6), 915-921.
- Coates, G. (1992). Towards The Use of Employees as a Resource, Not a Cost. *Educational and Training Technology International*, 29(2), 169-179
- Cohen Kettenis, P. y Van Goozen, S. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-276.
- Cohen, L., De Ruiter, C., Ringelberg, H. y Cohen-Kettenis, P. (1997). Psychological functioning of adolescent transsexuals: Personality and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 187-196.
- Cohen-Kettenis, P., Owen, A., Bradley, S., Kaijser, V., y Zucker, K. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: Across-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 41-53
- Cole, C., O'Boyle, M., Emory, L. y Moyer, W. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 13- 26.
- Coleman, J. (1980). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Collaer, M. y Hines, M. (1995). Human behavioural sex differences: A role for gonadal hormones during early development? *Psychological Bulletin*, 118, 55-107
- Cooley, C. (1902). *Human Nature and Social Order*. Nueva York: Charles Scribner's Sons.
- Corrigan, P. y Watson, A. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 35.
- Cortés, A. (1997). *La motivación laboral en una empresa de servicios*. <http://www.monografias.com/trabajos15/motivacion-laboral/motivacion-laboral.shtml> (Marzo 2005).
- Coyne, J. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.

- Craddock, A. (2006). Self-confidence as a Mediator of the effect of parental abuse on premarital couple satisfaction. *Journal of applied psychology: clinical and social issues*, 2(1), 52-60.
- Crandall, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs: En J. Robinson, y P. Shaver (Eds.), *Measures of social psychological attitudes* (pp. 45-158). Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96
- Davey, S. (1989). Thoughts towards a forest wildlife management strategy, *Australian Forestry*, 52(2), 56-67
- Dean, L., Meyer, I., Robinson, K., Sell, R., Sember, R., Silenzio, V., Bowen, D., Bradford, J., Rothblum, E., Scout, J., White, P., Dunn, A., Lawrence, D., Wolfe, D. y Xavier, J. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4 (3), 102-151.
- Dear, G., Thomson, D., Hall, G. y Howells, K. (1998). Selfinflicted injury and coping behaviors in prison. En R.J. Kosky, H.S. Eshkeviri, R.D. Goldney y R. Hassan (Eds.), *Suicide Prevention. The Global Context* (pp. 131-7). Nueva York: Plenum Press.
- Deaux, K., Reid, A., Mizrahi, K. y Ethier, E. (1995). Parameters of social identity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 280-291.
- Deci, E. y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum Press.
- De Cuypere, G., Janes, C. y Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 180-184.
- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R. Administration scoring and procedures manual*. Towson: Clinical Psychometric Reserach.
- Devor, H. (1994). Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(3), 49-72.
- Diener, E. y Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Suh, E. y Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective Wellbeing. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social indicators research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dobson, K. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 5, 307-324.

- Dowd, S. (2002). Internalizing symptoms in adolescents. Assessment and relationship to self concept. *Dissertation Abstract International Section B. The Sciences and Engineering*, 62 (8-B) 3796.
- Doyal, L. y Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: Icaria.
- Druley, J. y Townsend, A. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: a comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology*, 17(3), 255-261.
- Egan, S. y Perry, D. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology* 37(4), 451-463.
- Eklund, P., Gooren, L. y Bezemer, P. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152, 638-640.
- Eklund, R. y Bianco, T. (2000). Social physique anxiety and physical activity among adolescents. *Journal of Strength-Based Interventions*, 9, 139-142
- Ellis, H. (1936). Eonism. *Studies in the Psychology of Sex*, 2(2), 1-120.
- Ellsworth, P. y Smith, C. (1988). Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*, 2, 301-331.
- Endler, N., Macrodimitris, S. y Kocovski, N. (2003). Anxiety and depression: Congruent, separate, or both? *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8(1), 42-60.
- Endler, N., Cox, B., Parker, J. y Bagby, R. (1992). Self-reports of depression and state-trait anxiety: Evidence for differential assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 832-838.
- Ericsson, E. (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós
- Eysenck, H. y Eysenck, M. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Feinberg, L. (2001). Trans health crisis: for us it's life or death. *American Journal of public health*, 91, 897-900
- Fernández, J. (1998). Las identidades de género a lo largo de la vida. En J. Fernández (coord.), *Género y sociedad* (pp. 105-139). Madrid: Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología*, 73, 89-104.
- Fickova, E. (1999). Personality dimensions and self esteem indicators relationships. *Studia Psychologica* 41(4), 323-328
- Fickova, E. y Korcova, N. (2000). Psychometric relations between self-esteem measures and coping with stress. *Studia Psychologica*, 42(3), 237-242.
- Fisk, N (1973). Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of a disease). En D. Laub y P. Gandy (Eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome* (pp. 7-14). Palo Alto: University of California Press.
- Fitts, W. H. (1965). *A manual for the Tennessee Self- Concept Scale*. Nashville: Counselor Recordings and Tests.

- Fitts, W. y Warren, W. (1996). *Tennessee Self-Concept Scale* (2ª Ed.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Fitzpatrick, J. y Sollye, D. (1999). Influence of individual and interpersonal factors on satisfaction and stability in romantic relationships. *Personal Relationships*, 6, 337-350.
- Fleming, M., McGowan, B., Robinson, L., Spitz, J. y Salt, P. (1982). The Body Image of the Postoperative Female-to-Male Transsexual. *Journal of consulting and clinical Psychology* 50, 461-462.
- Font, J. (1983). Salud y enfermedad mental. En J.L. Tizon y M.T. Rosell (Coords.), *Salud Mental y Trabajo Social* (pp. 92-109). Barcelona: Laia.
- Frale, D. (1997). Gender, racial, ethnic, sexual, and class identities. *Annual Review Psychology*, 48, 139-162.
- Frank, E., Anderson, B., Raynolds, C., Ritenour, A. y Kupfer, D. (1994). Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Bedford College methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 519-524.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: O.C.
- Freud, S. (1990). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Org.), *Obras Completas* (vol.14, pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado en 1917).
- Fromm, E., (1941). *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *ACS. Escalas de Afrontamiento para adolescentes. Manual* Madrid: TEA, adaptación Española.
- Fuertes, A. (1997). Redefinición sexual y de género. En J. Fernández (Ed.), *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género* (pp. 189-210). Madrid: Pirámide Psicología.
- Furnham, A., Badmin, N. y Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 136, 581-596.
- Gallopin, G. (1980). Development and Environments: An Illustrative Model. *Journal of Policy Modeling*, 2(2), 239-254.
- García Riaño, D. e Ibáñez, E. (1992). Calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de Psiquiatría*, 19(4), 148-61.
- Gaynor, P. y Underwood, J. (1995). Conceptualising and measuring sexual self-esteem. En P. ShROUT y S. Fiske (Eds.), *Personality research, methods, and theory: A festschrift honoring Donald W. Fiske* (pp. 333-347) NJ: Hillsdale.
- George, L. y Bearon, L. (1980) *Quality of Life in Older Persons: Meaning and Measurement*. New Cork: Human Sciences Press.
- Giberti, E., Barros, G. y Pachuk, C. (2005). *Los hijos de la fertilización asistida*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: the evolution of powerlessness*. Nueva York: Lawrence Erlbaum.
- Godlewski, J. (1988). Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. *Archives of Sexual Behavior*, 17(6), 547-548.

- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. Londres: Penguin.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992) *Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*. Londres: Routledge.
- Gomez Zapiain, J. y Etxebarria, I. (1993). Sentimiento de culpa, erotofobia y conducta sexual. En D. Paez (Eds.), *Salud, expresión y represión social de las emociones*. (pp. 119-148). Valencia: Promolibro.
- Gooren, L. (1990). The endocrinology of transsexualism: a review and a commentary. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 3 – 14.
- Gossop, M. (1989), *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Gotlib, I. y Hammen, C. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Nueva York: Wiley.
- Green, R. y Keverne, E. (2000). The Disparate Maternal Aunt-Uncle Ratio in Male Transsexuals: an Explanation Invoking Genomic Imprinting. *Journal of theory Biological*, 202, 55-63
- Green, R. (1987). *Sissy Boy Syndrome and the Development of Homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Green R. (1998). Sexual functioning in post-operative transsexuals: male-to-female and female-to-male. *International Journal of Impotence Research*, 10(1), 22-4.
- Green, R. (1974). *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin.
- Green, R. y Money, J. (1969). *Transsexualism and Sex-Reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Greenberg, R. y Lawrence, L. (1981). A comparison of MMPI results for psychiatric patients and male applicants for transsexual surgery. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 320-323
- Grotevant, H. (1998). Adolescent development in family contexts. En E. M. Hetherington (Ed.). P.H. Mussen. *Handbook of child psychology* (5ª ed., vol 4, pp. 1097-1149). Nueva York: Wiley.
- Gutierrez, R. (1990). *Persona y felicidad. Desarrollo de la dimensión interior*. Mexico: Esfinge.
- Hall, L., Kotch, J., Browne, D. y Rayens, M. (1996). Self- resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Residence*. 46(4), 231-238.
- Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu, N. y Pattatucci, A. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321-27.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En R. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). Nueva York: Plenum Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: The Guilford Press.
- Haug, M. y Folmar, S. (1986). Longevity, Gender, and Life Quality, *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 332-345.

- Hill, D. (2002). Genderism, transphobia, and gender bashing: A framework for interpreting anti-transgender violence. En B. Wallace, y R. Carter (Eds.) *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach* (pp. 13-136). Thousand Oaks: Sage.
- Hill, D. y Willoughby, B. (2005). The development and validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles, 53*, 531-544.
- Hines, M., Allen, L. y Gorski, R. (1992). Sex difference in subregions of the medial nucleus of the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis of the rat. *Brain Research, 579*, 321-326
- Hoening, J. y Kenna, J. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 124*, 181-190.
- Horley, J. y Little, B. (1985). Affective and cognitive components of global subjective Well-Being measure. *Social Indicators Research, 17*, 189-197.
- Hull, C. (1943). *Principles of Behaviour*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Hunt, D. y Hampson, J. (1980). Follow-up of 17 biologic male transsexuals after sex-reassignment surgery. *American Journal of Psychiatry, 137*, 432-438.
- Hunt, D., Carr, J. y Hampson, J. (1981). Cognitive of biologic sex and gender identity in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 10*, 65-77
- Huntsinger, E. y Luecken, L. (2004). Attachment relationships and health behavior: The mediational role of self esteem. *Psychology and Health, 19*(4), 515-526
- Hurtado Murillo F., Gómez Balaguer, M. y. Donat Colomer, F. (2006). Transexualismo: reasignación de sexo y calidad de vida. *Sexología Integral, 3*(1), 25-34
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- James, W. (1890) *The Principles of Psychology*. Londres: MacMillan
- Jones, B. y Hill, M. (2002). Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities. *Review of Psychology, 21*, 15-31.
- Jones, B. y Hill, M. (2002). *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities*. Washington: American Psychiatric Pub.
- Kagan, J. (1964). Acquisition and significance of sex typing and sex role identity. En M.L. Hoffman y L. W. Hoffman (Eds.), *Review of child research*, (vol. 1; pp. 137-169). Nueva York: Russell.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development, 58*, 1459-1473.
- Kanfer, F. y Schefft, B. (1988). *Guiding the Process of Therapeutic Change*. Champaign: Research Press.
- Kanfer, R. y Zeiss, A. (1983). Interpersonal standard setting and self efficacy expectations in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 319-329.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7ª Ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Katon, W. y Roy-Byrne, P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 337-45.
- Kendler, K., Kessler, R., Walters, E., MacLean, C., Neale, M., Heath, A. y Eaves, L. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry, 152*, 833-842.
- Kessler, S. y McKenna, W. (1978). *Gender: An Ethnomethodological Approach*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Kim, Y. (2003). Correlation of mental health problems with psychological problems in adolescence: final results of a 2 year study. *International Journal of nursing studies 40*(2) 115-124.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states, *International Journal of Psychoanalysis, 21*, 125-153.
- Kohlberg, L. (1966). A Cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. En E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 52-73). Stanford: Stanford University Press
- Kostanski, M. y Gallone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39*(8), 252-262.
- Kozma, A., Stone, S. y Stones, M.J. (1997). Los enfoques de Top-down y Bottom-up del bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial, 6*(1), 77-90.
- Kroger, J. (1996). *Identity in adolescence: The balance between self and other* (2ª Ed.). Londres: Routledge
- Kruijver, F., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical and Endocrinology Metabolism, 85*, 2034-41.
- Landen, M., Walinder, J. y Lundstrom, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93*, 221-223.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.H. Shilen (Ed.) *Research in psychotherapy* (Vol. 3), Washington: American Psychological Association.
- Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 16*, 495-512.
- Lawton, M. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders, En J. E. Birren, J. Lubben, J. Rowe y Deutchman, D. (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life* (3-27). Nueva York: Academic Press.
- Lawton, M. (1997). Measures of Quality of Life and Subjective Well-Being, *Generations, 21*, 1, 45-48.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazaruz, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leary, M. (1983). *Understanding social anxiety: social, personality and clinical perspectives*. Beverly Hills: Sage.
- Leavitt, F. y Berger, J. (1990). Clinical patterns among male transsexual candidates with

- erotic interest in males. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 491-505
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Levine, M., Prosser, A., Evans, D. y Reicher, S. (2005). Identity and emergency intervention: How social group membership and inclusiveness of group boundaries shape helping behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 443-453.
- Lewinsohn, P. y Gotlib, I. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook depression* (pp. 352-375). New York: Guilford Press
- Lewis, M. (1995). Self-Conscious Emotions. *American Scientist*, 83, 68-68.
- Lindgren, T. y Pauly, I. (1975). A body image scale for evaluating transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 639-656
- Lombardi, E., Wilchins, R., Priesing, D. y Malouf, D. (2001) Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89-101.
- López, M., Polaino, A., Arranz, P., Granda, M. y Calero, F. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clínica y Salud*, 2, 271-278.
- López Sánchez, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López Sánchez, F. (1990). *Educación sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- López Sánchez, F. (2005). *La Educación Sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López Sánchez, F. (2006) *Necesidades infantiles. La respuesta de la familia, la escuela y la sociedad*, (inédito).
- López-Ibor, J. (2002). World Psychiatry: an opportunity for psychiatrists of the world. *World Psychiatry*, 1(1), 1.
- Lott, B. y Maluso, D. (1993). The social learning of gender, En A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The Psychology of Gender* (pp. 99-122). Nueva York: Guilford Press.
- Maccoby, E. (1998). *The Two Sexes: growing up apart, coming together*. Cambridge: Harvard University Press
- MacLeod, C. y Cohen, I. (1993). Anxiety and the interpretation of ambiguity: A text comprehension study. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 238-247
- Marantz, S. y Coates, S. (1991) Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison to normal controls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 136-143.
- Marcia J. (1966). Development and validación of Ego Identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558
- Markus, H., Crane, M., Bernstein, S. y Siladi, M. (1982). Self-schemas and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 38-50.

- Marone P. e Iacoella S., (1997). Percezione, immagine corporea e grado di integrazione nel Disturbo dell'Identità di Genere, *Sessuality e Terzo Millennio*, 2.
- Marone, P., Iacoella, S., Cecchini, M. y Rabean, A., (1998). An Experimental Study of Body Image and Perception in Gender Identity Disorders. *International Journal of Transgenderism*, 2 (3). http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_03.htm (Diciembre 2005).
- Márquez, L. y Phillippi, A. (1995). *Actitudes sexuales en adolescentes de colegios coeducacionales y segregados de nivel socioeconómico medio de la ciudad de Santiago*. Santiago de Chile: U. Central
- Martin, M. y Gentry, J. (1997). Stuck in the model trap: The effects of beautiful models in ads on female pre-adolescents and adolescents. *Journal of Advertising*, 26(2), 19-33
- Martinez, I. (2005). Cultura, intersubjetividad y relaciones de género: normalizando mundos. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y Ortiz, M. J. (Coords.), *Desarrollo Afectivo y Social* (pp.319-336). Madrid: Pirámide.
- Maser, J. y Cloninger, C. (1990). *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mate-Kole, C., Freschi, M. y Robin, A. (1988). Aspects of Psychiatric Symptoms at Different Stages in the Treatment of Transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 152, 550-553
- Max-Neef, M, Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). *Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro*. Uppsala: Fundación Dag Hammarskjöld.
- McAdams, D. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63, 365-396.
- Mead, G. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meyer. J. (1974). Clinical variants among applicants for sex reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 527-558.
- Meyer, W., Bockting, W., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H., Gooren, L., Joris Hage, J., Kirk, S., Kuiper, B., Laub, D., Lawrence, A., Menard, Y., Patton, J., Schaefer, L., Webb, A., Wheeler, C. (2001). *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders -Sixth Version-*, 5(1), <http://www.symposion.com/ijt/soc-01/index.htm> (Noviembre 2005).
- Miach, P., Berah, E., Butcher, J. y Rouse, S. (2000). Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment*, 75, 268-279
- Michel, A. y Mormont, C. (2004). Fuite dans l'imaginaire et dépendance : trait de personnalité ou défense opportuniste chez le transsexuel. *L'Encéphale*, 30, 147-152.
- Michel, A., Mormont, C. y Legros, J. J. (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, 145, 365-376.
- Mirowsky, J. y Ross, C.E. (1989). *Social causes of psychological distress*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Mischel, W. (1970). Sex-typing and socialization. En P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's*

- Manual of Child Psychology*, (3ª Ed.; Vol. 11; pp. 3-72) New York: Wiley.
- Mitchell, J. *Maternal influences on gender identity disorder in boys: searching for specificity*. Tesis Doctoral. Ontario: Universidad de York, 1991.
- Money, J. (1968). *Sex Errors of the Body*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., Hampson, J. y Hampson, J. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 333.
- Moore, C., Wuensch, K., Hedges, R. y Castellow, W. (1994). The effects of physical attractiveness and social desirability on judgments regarding a sexual harassment case. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(4), 715-730
- Moreno, B. y Ximenez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela Casal, V. Caballo y J. Sierra. *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-70). Madrid: Siglo XXI.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Neiss, M., Stevenson, J., Sedikides, C., Kumashiro, M., Finkel, E. y Rusbult, C. (2005). Executive Self, Self-Esteem, and Negative Affectivity: Relations at the Phenotypic and Genotypic Level. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 593-606.
- Newbegin, I. y Owens, A. (1996) Self esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11(3) 521-530.
- Nieto, J. (1998). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Öhman, A. (1993). Miedo y ansiedad como fenómenos emocionales: phenomenology clínica, perspectivas evolutivas, y mecanismos information-processing. En M. Lewis y J. Haviland (Eds.), *Manual de Emociones* (pp. 511-536). Nueva York: Guilford.
- Olson, D. y Mc Cubbin, H. (1989). *Families, what makes them work*. California: Sage.
- OMS-WHO (1958). *The first ten years. The Health Organization*. Ginebra: World Health Organization.
- Orenstein, P. (1994). *Schoolgirls: Young Women, Self-esteem, and the confidence gap*. Nueva York: Doubleday.
- O'Gorman, E. (1982). A retrospective study of epidemiological and clinical aspects of 28 transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*. 11, 231-236.
- Page, R. (1992). Feelings of physical unattractiveness and hopelessness among high school students. *High School Journal*, 75(3), 150-155.
- Palacios González, J. (2005). Desarrollo del yo. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y Ortiz, M. J. (Coords.), *Desarrollo Afectivo y Social* (pp.231-245). Madrid: Pirámide.
- Patterson, W. (1975). The quality of survival in response to treatment, *Journal of the American Medical Association*, 233, 280-1.
- Pauly I. (1968). The current status of the change of sex operation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147, 460-471.

- Pauly, I. (1981). Outcome of Sex Reassignment Surgery for Transsexuals. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 15, 45-51.
- Person, E. y Ovesey, L. (1974). The transsexual syndromes in males: I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 26, 4-20.
- Phillips, E. Self-Care for the Caregiver: Survival in the Helping Professions. En *XXII Annual Convening of Crisis Intervention Personnel*, Chicago, 17 Abril, 1998.
- Piaget, J. (1964). *Six Psychological Studies*. Nueva York: Vintage.
- Pikler, V. y Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22, 632-637.
- Plutchik, R. (1993). Emotions and their vicissitudes: emotions and psychopathology. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.) *Handbook of Emotions* (pp. 53-66). Nueva York: Guilford Press.
- Polivy, J. (1994). *Annihilating the diet myths*. USA: Body Image Task Force.
- Pruzinski, T. (1990) Psychopatology of body experience: expanded perspectives. En: Cash, T.F. y Pruzinski, T. (Eds.) *Body images: development, deviance and change* (pp. 170-189). Nueva York: The Guilford Press.
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 337-349). Nueva York: Guilford Press.
- Rachlin, K. (2002). Transgender Individuals' Experiences of Psychotherapy. *The International Journal of Transgenderism*, 6, 1. http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_03.htm (Diciembre 2005).
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research & Therapy*, 15, 375-389.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A critical introduction*. Londres: Sage Publications.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior therapy*, 8, 787-804.
- Reiss S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380- 396.
- Rekers, G.A. (1977). Atypical gender development and psychosocial adjustment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 559-571.
- Richard, C. (1995). Stress without distress in baccalaureate nursing education if that were possible ?. *Soins et Formation. Pédagogique des Encadrements*, 4, 35-40.
- Robbins, L. (1932). *The Nature and Significance of Economic Science*. Londres: Macmillan.
- Roberts, J.E., Gotlib, I.H. (1997). Lifetime episodes of dysphoria: gender, early childhood loss and personality. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 195-208
- Roid, G. H. y Fitts, W. H. (1988). *Tennessee Self-Concept Scale, Revised Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ross, M.W., Walinder, J., Lundström, B., Thuwe, I. (1981). Cross-cultural approaches to transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 75-82.

- Ruble, D. y Martin, C. (1998). Gender development. En W. Damon y N. Eisenberg (Eds.) *Handbook of Child Psychology* (Vol. 3; 933-1016). Nueva York: Wiley.
- Ruggieri V., Galati D. y Lombardo G., (1993). Processi di costruzione dell'immagine corporea. Rapporti con il narcisismo, *Realtà e Prospettive in Psicofisiologia*, 5/ 6/ 7, 71-90.
- Ruggieri, V., Marone, P. y Fabricio, M., (1997). Immagine corporea, sensibilità tattile al solletico e Anoressia Mentale, *Cibus*, 1, 11-21.
- Ruiz-Pérez y Orly de Labry-Lima, (2006) El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria* (en prensa).
- Ryan, R. y Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of Psychological Well-Being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it?. Exploration on the meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sales, J. (1995). Children of a transsexual father: a successful intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 136-139.
- Sampson, E. (1993). Identity politics: Challenges to psychology's understanding. *American Psychological*, 48, 1219-1230.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y Categorización de los Trastornos de Ansiedad. En Bellock, A., Sandín, B., Ramos, F. (Eds.) *Manual de Psicopatología* (pp. 54-80) Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1995). Teorías de los trastornos de Ansiedad. En Bellock, A. Sandín, B., Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 114-165). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandler, J. y Sandler, A. (1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 285- 296.
- Sanz, J. y Vazquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, procesos, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibañez (Eds). *Manual de Psicopatología* (vol. 2; págs. 785-875). Valencia: Promolibro
- Schlebusch, L., Van Oers, H.M. (1999). Psychological stress, adjustment and cross-cultural considerations in breast cancer patients. *South African Journal of Psychology*, 29(1), 30-5.
- Selye, H. (1975). Stress and distress. *Comprehensive Therapy*, 1, 9-13.
- Sen, A. (1992). *Resources, Values and Development*. Oxford: Basil Blackwell.
- Serbin, L., Powlishta, k. y Gulko, J. (1993). The development of sex typing in middle childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58(2).
- Seva, A. (1983). *Ensayo para una epidemiología psiquiátrica desde la Institución Asistencial*, Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Shaywitz, S., Escobar, M., Shaywitz, B., Fletcher, J. y Makuch, R. (1992). Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *New England Journal of Medicine*, 326, 145-50.

- Sherwood, S., Ruchlin H. y Sherwood C. (1996). *Continuing Care Retirement Communities*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Shin, D.C. y Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life, *Social Indicators Research*, 5, 475-92
- Smith, Y., Van Goozen, S. y Cohen-Kettenis, P. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481
- Sobel (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 290-312). Washington: American Sociological Association.
- Solana, R. (1993). *Administración de Organizaciones*. Buenos Aires: Ediciones Interoceánicas.
- Spence, J. (1993). Gender related, traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 624-635.
- Spence, T. (1985). Gender identity and its implications for the concepts of masculinity and femininity. En T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska Symposium on motivation: Psychology and gender* (Vol. 32, pp. 59-96). Lincoln: Univ. Nebraska Press
- Spielberger, C., Pollans, C. y Worden, T. (1984). Anxiety disorder. En S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). Nueva York: Willey & Sons.
- Stiffman, A., Doré, P., Earls, F., y Cunningham, R. (1992). The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(5), 314-320.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender*. Nueva York: Science House.
- Stoller, R. (1975). *Sex and gender. The transsexual experiment* (Vol. 2). London: Hogarth Press.
- Swaab, D., Fliers, E. y Partiman, T. (1985). The suprachiasmatic nucleus of the human brain in relation to sex, age and dementia. *Brain Research*, 342, 37-44
- Takakura, M. y Sakihara, S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28(1), 82-89.
- Taleporos, G., Dip, G. y McCabe, M. P. (2002). The Impact of Sexual Esteem, Body Esteem, and Sexual Satisfaction on Psychological Well-being in People with Physical Disability. *Sexuality and Disability*, 20(3), 177-183
- Taylor, S. y Brown, J. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Thornton, B. y Ryckman, R. (1991). Relationship between physical attractiveness, physical effectiveness, and self-esteem: A cross-sectional analysis among adolescents. *Journal of Adolescence*, 14(1); 85-98.
- Tizón, J. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. (4ª Ed.). Barcelona: Biblaria.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

- Tsoi, W.F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 78, 501.
- Tsushima, W. y Wedding, D. (1979). MMIP results of male candidates for transsexual surgery. *Journal of Personality Assessment*, 43, 385-387
- Turner, U., Edlich, R. y Edgerton, M. (1978). Male Transsexualism. A Review of Genital Surgical Reconstruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132, 119-132
- Uehara, Sakado, Sato y Takizawa, (2002). Coping measurement and the state effect of depression and anxiety in psychiatric outpatients, *Psychopathology*, 35, 48-51.
- Ugalde, M. y Lluch, M. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.
- Valentine, I. (2001). The relationship between depression, self-esteem, trauma, and psychopathy in understanding conduct disordered adolescents. *Dissertation Abstract International Section B. The Sciences and Engineering*, 61 (10-B) 5585
- Vázquez, J. (1988). *Prioridades en investigación en Salud Mental Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1- 34.
- Veenhoven, R. (1995). Developments in Satisfaction Research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- Verduzco Alvarez-Icaza, M., Lucio Gómez-Maqueo, E. y Durán Patiño, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27(4), 18-25
- Vigotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo.
- Wade, T. y Abetz, H. (1997). Social cognition and evolutionary psychology: Physical attractiveness and contrast effects on women's self-perceived body image. *International Journal of Psychology*, 32(1), 35-42
- Walinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl*, 255-257.
- Walinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *British Journal of Psychiatry* 119, 195-196.
- Warr, M. (1994). Public perceptions and reactions to violent offending and victimization. En A. J. Reiss y J. A. Roth (Eds.), *Understanding and preventing violence: Consequences and control* (Vol 4, pp. 1-66). Washington: National Academy Press.
- Weitze, C. y Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German transsexual's act during the first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409-425.
- West, P. y Sweeting, H. (1997). Lost souls and rebels: a challenge to the assumption that low self-esteem and unhealthy lifestyles are related, *Health Education*, 5, 161-167.
- White, G. (1981). A model of romantic jealousy. *Motivation and Emotion*, 5, 295-310.

- Wiederman, M. y Hurst, S. (1998). Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: Relationships to sexual experience and sexual esteem. *Journal of Sex Research, 35*(3), 272-281
- Wiederman, M.W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research, 37*, 60-68.
- Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas.
- Woodward, K. (1997). *Identity and difference: Media and identities*. Londres: Sage.
- Yang, D. (2002). Depression, anxiety and self concept of middle school students. *Chinese Mental Health Journal, 16*(9), 633-635
- Yufit, R. y Bongar, B. (1992). Suicide, stress, and coping with life cycle events. En R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger y R. Yufit (Ed), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 553-73). Columbia: University South Carolina.
- Yunger, J., Carver P. y Perry, D. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Development Psychology, 40*(4), 572-582
- Zeanah, P. D. *Development of a measure of female sexual self-esteem*. Tesis Doctoral inédita, University of Connecticut, 1992.
- Zhou, J., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature, 378*, 68-70.
- Zornoza, L. (2005). *Motivación laboral*. www.gestiopolis.com (Febrero 2005).
- Zucker, K. (1985). Cross-gender-identified children. En B.W. Steiner (Ed.) *Gender Dysphoria: Development, Research, Management* (pp. 75-174). Nueva York: Plenum.
- Zucker, K. (1992). Gender identity disorder. En S. R. Hooper, G. W. Hynd y R. E. Mattison (Eds.), *Child Psychopathology: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment* (pp. 305-342). NJ: Erlbaum.
- Zucker, K., Wild, J., Bradley, S. y Lowry, C. (1993). Physical attractiveness of boys with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 22*, 23-36.
- Zucker, K., Wilson-Smith, D., Kurita, J. y Stern, A. (1995). Children's appraisals of sex-typed behavior in their peers. *Sex Roles, 33*, 703-725.
- Zucker, K., Bradley, S. y Sanikhani, M. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 217-227.
- Zucker, K., Green, R. y Garofano, C. (1994). Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: relation to sibling sex composition and birth order. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 1-13.
- Zucker, K. y Bradley, S. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. Nueva York: Guilford
- Zuger, B. (1988). Is early effeminate behavior in boys early homosexuality? *Comprehensive Psychiatry, 29*, 509-519.
- Zumbo, B.D. y Michalos, A.C. (2000). Quality of Life in Jasper, Alberta, *Social Indicators Research, 49*, 121-145

X. ANEXOS

ANEXO I – CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo biológico	1.- Varón 2.- Mujer
Edad	
Nacionalidad	
Nivel de Estudios	1.- Sin estudios 2.- Primarios 3.- Enseñanza Secundaria 4.- Ciclo/Bachillerato Superior 5.- Estudios Universitarios
Profesión	
Situación profesional	1.- Activo 2.- En paro
Residencia habitual	
Religión	1.- Ateo/a 2.- Agnóstico/a 3.- Católico/a 4.- Musulmán/a 5.- Protestante 6.- Otros ()
Situación de pareja actual	1.- Soltero/a 2.- Casado/a 3.- Pareja sin convivir 4.- Pareja conviviendo 5.- Separado/a 6.- Divorciado/a 7.- Viudo/a
Convivencia	1.- Familia de origen 2.- Amigos 3.- Pareja 4.- Conocidos 5.- Sólo/a 6.- Otros ()
¿Tienes hijos?	1.- Si 2.- No
¿Son hijos biológicos?	1.- Si 2.- No

ANEXO II – SALUD PSICOLÓGICA**SCL-90-R (Derogatis, 1994)**

Las siguientes afirmaciones se refieren a molestias que todo el mundo sufre alguna vez. Piensa si te han pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

0= no la he sentido

1= la he sentido poco

2= la he sentido moderadamente

3= la he sentido bastante

4= la he sentido mucho

1. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
2. Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
3. Sentirse bajo/a de energías o decaído	0	1	2	3	4
4. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
5. Temblores	0	1	2	3	4
6. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
7. La sensación de estar atrapado/a o como encerrado/a	0	1	2	3	4
8. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
9. Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
10. Sentirse sólo/a	0	1	2	3	4
11. Sentirse triste	0	1	2	3	4
12. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
13. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
14. Sentirse temeroso/a	0	1	2	3	4
15. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
16. Sentirse desesperanzado/a con respecto al futuro	0	1	2	3	4
17. Sentirse tenso/a o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
18. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
19. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
20. Sentirse tan inquieto/a que no puede ni estar sentado/a tranquilo/a	0	1	2	3	4
21. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
22. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4

23. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

Entrevista semi-estructurada

Has solicitado en alguna ocasión atención psicológica/psiquiátrica?	1.- Si 2.- No
¿Cuál fue el motivo principal?	1.- Valoración positiva para iniciar el proceso 2.- Ansiedad, depresión 3.- Inestabilidad emocional o malestar psicológico general 4.- otros ()
¿Alguna vez has intentado suicidarte?	1.- Si 2.- No
¿Cuándo?	1.- Último año 2.- Antes 3.- Ambas
¿Cuál fue el motivo principal?	1.- No acepto mi cuerpo 2.- No me he sentido aceptado 3.- No he encontraba ayuda para resolver mi problema 4.- Fracaso de relación interpersonal 5.- Otros ()
¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo/a?	1.- Si 2.- No
¿Alguna vez lo has hecho?	1.- Si 2.- No
¿Cuál fue el motivo principal?	1.- Me he sentido rechazado 2.- No soportaba mi cuerpo
¿Alguna vez has estado en una unidad psiquiátrica?	1.- Si 2.- No
¿Cuál fue el motivo principal?	1.- Intento de suicidio 2.- Otros ()

ANEXO V - AUTOESTIMA**Tennessee Self-Concept Scale:2 –TSCS:2- (Fitts y Warren,1996)**

Las siguientes afirmaciones describen cómo te sientes. Por favor, descríbete a ti mismo/a de la forma más sincera posible.

1=siempre falsa

2=con frecuencia falsa

3=en parte falsa y en parte verdadera

4=con frecuencia verdadera

5=siempre verdadera

1. Soy una persona atractiva	1	2	3	4	5
2. Soy una persona honesta	1	2	3	4	5
3. Formo parte de una familia feliz	1	2	3	4	5
4. Me gustaría ser alguien digno/a de confianza	1	2	3	4	5
5. No me siento a gusto cuando estoy con otras personas	1	2	3	4	5
6. Las matemáticas son difíciles para mí	1	2	3	4	5
7. Soy una persona amigable	1	2	3	4	5
8. Estoy satisfecho/a con mi conducta moral	1	2	3	4	5
9. No soy tan inteligente como la gente que me rodea	1	2	3	4	5
10. No actúo de la manera en que mi familia cree que debería hacerlo	1	2	3	4	5
11. Soy tan agradable como debería ser	1	2	3	4	5
12. Me resulta fácil aprender cosas nuevas	1	2	3	4	5
13. Estoy satisfecho/a con mis relaciones familiares	1	2	3	4	5
14. No soy la persona que me gustaría ser	1	2	3	4	5
15. Comprendo a mi familia todo lo que debo	1	2	3	4	5
16. Me desprecio a mí mismo/a	1	2	3	4	5
17. No me siento tan bien como debería	1	2	3	4	5
18. Se me dan bien las matemáticas	1	2	3	4	5
19. Estoy satisfecho/a de ser lo que soy	1	2	3	4	5
20. Me llevo bien con los demás	1	2	3	4	5

ANEXO VI – AUTOESTIMA SEXUAL

Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire –MSSCQ- (Snell, 1995)

A continuación vas a ver una serie de afirmaciones sobre la vida sexual de las personas. Piensa en tu vida sexual durante los últimos 6 meses y di en qué grado te identificas con cada frase que aparece a continuación.

1=*nada característico de mi*

2=*ligeramente característico de mi*

3=*algo característico de mi*

4=*moderadamente característico de mi*

5=*muy característico de mi*

1. Me siento orgulloso/a de satisfacer mis deseos y necesidades sexuales	1 2 3 4 5
2. Me enorgullezco de la forma en que satisfago mis necesidades y deseos sexuales	1 2 3 4 5
3. Estoy encantado/a con mis comportamientos y tendencias sexuales	1 2 3 4 5
4. Tengo sentimientos positivos acerca de cómo cumplo mis deseos y cubro mis necesidades sexuales	1 2 3 4 5
5. Me siento muy bien con la forma en que expreso mis deseos y necesidades sexuales	1 2 3 4 5

Entrevista semi-estructurada

¿Has tenido algún contacto sexual en el último año?	1.- Si 2.- No
Si no lo has tenido, ¿por qué?	1.- No me aceptan 2.- No quiero 3.- Tengo miedo 4.- No ha surgido

ANEXO IV – IMAGEN CORPORAL**Body Image Scale for Evaluating Transsexuals (Lindaren y Pauly, 1975)**

Rodea con un círculo la opción que mejor exprese tus sentimientos (del 1 al 5), y responde si lo cambiarías si fuese posible con tratamiento médico o quirúrgico.

1=Muy satisfecho/a

2=Satisfecho/a

3=Neutral

4= Insatisfecho/a

5=Muy Insatisfecho/a

	Grado de Satisfacción					¿Cambiaría?	
1. Nariz	1	2	3	4	5	Si	No
2. Hombros	1	2	3	4	5	Si	No
3. Caderas	1	2	3	4	5	Si	No
4. Barbilla/mentón	1	2	3	4	5	Si	No
5. Pantorrilla	1	2	3	4	5	Si	No
6. Pechos	1	2	3	4	5	Si	No
7. Manos	1	2	3	4	5	Si	No
8. Nuez	1	2	3	4	5	Si	No
9. Escroto/Vagina	1	2	3	4	5	Si	No
10. Altura	1	2	3	4	5	Si	No
11. Muslos	1	2	3	4	5	Si	No
12. Brazos	1	2	3	4	5	Si	No
13. Cejas	1	2	3	4	5	Si	No
14. Pene/Clítoris	1	2	3	4	5	Si	No
15. Cintura	1	2	3	4	5	Si	No
16. Músculos	1	2	3	4	5	Si	No
17. Culo (nalgas)	1	2	3	4	5	Si	No
18. Vello facial	1	2	3	4	5	Si	No
19. Cara	1	2	3	4	5	Si	No
20. Peso	1	2	3	4	5	Si	No
21. Bíceps	1	2	3	4	5	Si	No
22. Testículos/Ovarios-	1	2	3	4	5	Si	No

útero							
23. Pelo	1	2	3	4	5	Si	No
24. Voz	1	2	3	4	5	Si	No
25. Pies	1	2	3	4	5	Si	No
26. Figura	1	2	3	4	5	Si	No
27. Vello corporal	1	2	3	4	5	Si	No
28. Pecho	1	2	3	4	5	Si	No
29. Apariencia	1	2	3	4	5	Si	No
30. Estatura	1	2	3	4	5	Si	No

Entrevista semi-estructurada

¿Con qué frecuencia sientes malestar con tu sexo biológico?	1.- Nunca 2.- Alguna vez 3.- A veces 4.- Frecuentemente 5.- Muy a menudo	
¿En qué grado te producen malestar las siguientes situaciones?	1.- Relación diaria con el propio cuerpo (ducharse, vestirse, etc.) 2.- Estar desnudo/a 3.- Que te vean desnudo/a 4.- Eyacuación/menstruación	1.- Ningún malestar 2.- Algo de malestar 3.- Medio malestar 4.- Bastante malestar 5.- Mucho malestar

ANEXO III – ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**Escala de Estrategias de Afrontamiento de Basabe, Valdosedá y Páez (1993)**

Señala en todos los siguientes aspectos en qué forma o grado te enfrentas a tu situación

1=nunca

2=alguna vez

3=varias veces

4=muchas veces

1. Concentro mis esfuerzos, intento luchar	1	2	3	4
2. Acepto lo que ocurre y que no se puede hacer nada	1	2	3	4
3. Intento guardar para mí mis sentimientos	1	2	3	4
4. Me niego a creer lo que ocurre	1	2	3	4
5. Fantaseo o imagino el momento en que podrían cambiar las cosas	1	2	3	4
6. Me fuerzo a esperar el momento adecuado para hacer algo, evito precipitarme	1	2	3	4
7. He hablado con alguien a quien le ocurre algo similar para saber qué hacía el o ella	1	2	3	4
8. Trato de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima. Busco simpatía y comprensión	1	2	3	4
9. Desarrollo un plan de acción sobre la situación y lo sigo	1	2	3	4
10. Dejo de lado mis otras actividades y situaciones y me concentro en esta	1	2	3	4
11. Analizo mi responsabilidad y me critico a mí mismo/a por lo que ocurre	1	2	3	4
12. Aprendo de la situación, crezco y mejoro como persona	1	2	3	4
13. Expreso y dejo descargar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4
14. Admito que no soy capaz de enfrentarme o hacer algo ante mi situación y dejo de intentar resolverlo o enfrentarlo	1	2	3	4
15. Me vuelco en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actúo como si no pasara nada	1	2	3	4

16. Salgo para olvidar la situación o pensar menos en ella	1	2	3	4
17. Manifiesto mi enojo a las personas	1	2	3	4

Entrevista semi-estructurada

¿De qué forma afrontas principalmente tu situación?	1.- No hago nada 2.- Hablo y me desahogo 3. Intento aceptar la situación 4.- Inicio/continuo el proceso
¿A qué edad afrontaste por primera vez tu situación expresándolo?	