

Necesidades, calidad de vida y salud psicológica de las personas transexuales

TESIS DOCTORAL

Realizada por:
Noelia Fernández Rouco

Dirigida por:
Dr. D. Félix López Sánchez
Dr. D. Rodrigo J. Carcedo González

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
2010



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA



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



**NECESIDADES, CALIDAD DE
VIDA Y SALUD PSICOLÓGICA
DE LAS PERSONAS
TRANSEXUALES.**

TESIS DOCTORAL

Realizada por:

Noelia Fernández Rouco

Dirigida por:

Dr. D. Félix López Sánchez

Dr. D. Rodrigo J. Carcedo González

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 Ayudante Doctor, del mismo departamento

CERTIFICAN que:

La presente tesis doctoral Necesidades, Calidad de Vida y Salud Psicológica 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 Doctora.

Y para que así conste, firmamos la presente en Salamanca, a 23 de diciembre de dos mil diez.

Fdo.: Dr. D. Félix López Sánchez.

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

*Al amor a Santi y a mi Familia, a mis Amigos y Amigas, al Trabajo, al amor a la
Vida...
Sencillamente al Amor.*



Yo que crecí dentro de un árbol
tendría mucho que decir,
pero aprendí tanto silencio
que tengo mucho que callar
y eso se conoce creciendo
sin otro goce que crecer,
sin más pasión que la substancia,
sin más acción que la inocencia,
y por dentro el tiempo dorado
hasta que la altura lo llama
para convertirlo en naranja.

Pablo Neruda

AGRADECIMIENTOS

Este es el espacio de la gratitud y el reconocimiento, el espacio para tratar de expresar todo lo que he recibido en estos años. Parecía que no iba a llegar, por las dificultades y caídas, pero todo el apoyo que me habéis dado ha hecho posible la llegada al final.

Y el espacio se me queda corto, las emociones no.

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, al primero por su confianza, su apoyo, espera y paciencia, 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. Finalmente, es también un gracias a Félix y a Rodrigo.

En segundo lugar, gracias a todas las asociaciones, profesionales, y personas anónimas que han colaborado en este estudio, gracias por hacer de cada historia de vida una lección en la mía. 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 Apertura, por su apoyo y dedicación constantes, gracias a todos esos nombres con historia que me habéis brindado la oportunidad de crecer profesional y personalmente, gracias a cada uno de vosotros/as 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 chic@s!

Gracias al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, especialmente a Antonio y Jose Luis, por haberme acompañado en la forma en que lo ha hecho; y también al Departamento de Educación de la U. de Cantabria, por su acogida en mi nueva andadura.

Gracias a mis compañeros y, poco a poco amigos, de la facultad, a Virginia, por apoyarme desde el principio, y a todos los demás que fuisteis apareciendo y llenando

mi vida de buenos momentos. Gracias a Arturo, Paula, a Elena, Alicia, Isa, Eva, Pamela...por haber estado ahí en uno o muchos puntos de este proyecto, gracias a todos por haber hecho mi marcha más agradable. Un gracias a Andrés, se me llena el alma y la boca, gracias.

Gracias a mis amigos y amigas, esos con los que he compartido alegrías y tristezas, por nuestros pequeños pasitos y nuestros grandes saltos, a Miriam, Mariana, Inma,... Un gracias a Inma, por su aportación artística a la tesis a través de su portada, y lo que hay detrás de ella.

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 Miguel Fernández, por confiar en mí a ciegas, por facilitarme el trabajo y entregar su persona, no hay charco que nos separe.

Gracias a Israel, la vida pasa pero tu apoyo siempre está presente, y no lo olvido.

Gracias a mis compañeras/os y amigos/as del Comité Antisida de Zamora, por haberme mostrado su respeto, comprensión y apoyo desde el momento en que aparecieron.

Gracias a Santi, por el amor y el apoyo, por el camino común, por la vida que he empezado contigo.

No tengo palabras de agradecimiento a mi familia, han estado siempre y sé que seguirán estando, desde los lugares comunes posibles, en el amor no hay distancias. Muchas gracias, sin vosotros no estaría hoy aquí.

Por último, un enorme gracias a todos aquellos a los que no he mencionado pero que me han facilitado el camino, para todos aquellos que han estado en los grandes o pequeños momentos, gracias.

2.6. Epidemiología.....	64
2.6.1. Prevalencia.....	64
2.6.2. Incidencia	66
2.7. Valoración y proceso en adultos.....	67
2.7.1. Fase de valoración y adaptación a la nueva vida	68
2.7.2. Fase hormonal.....	71
2.7.3. Fase quirúrgica	71
2.7.4. Criterios para el inicio de la fase de hormonación o quirúrgica	73
2.8. Procesos posibles.....	75
2.9. Transexualidad en la vejez	76
2.10. Mitos y tópicos sobre la transexualidad	77
2.11. Dificultades y problemas comunes para las personas transexuales.....	80
2.11.1. Estigma, exclusión social y violación de los derechos humanos	80
2.11.2. Dificultades legales	84
3. Necesidades, Calidad de Vida y Salud Psicológica de las personas transexuales.....	89
3.1. La conceptualización del bienestar.....	91
3.1.1.Posicionamientos teóricos en torno al bienestar.....	93
3.1.1.1.La salud psicológica como bienestar y calidad de vida .	94
3.1.1.2.La salud psicológica como presencia/ausencia de malestar	97
3.1.1.2.1.Ansiedad y Depresión	99
3.1.1.2.2. Comorbilidad entre ansiedad y depresión	101
3.2 Las necesidades humanas	103
3.2.1. Teorías de las necesidades humanas.....	104
3.2.1.1. Jerarquía de necesidades humanas de Maslow.....	104
3.2.1.2. Teoría de las necesidades fundamentales de Max Neef.....	106
3.2.1.3. Teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough	109
3.2.1.4. Teoría de la producción de funciones sociales (SPF) .	110
3.2.1.5.Teoría de la Autodeterminación de Ryan y Deci.....	111
3.2.1.6.Teoría de la Soledad de Weiss	113
3.3.Salud Psicológica y Calidad de Vida	114
3.3.1. Aspectos personales e interpersonales, calidad de vida y salud psicológica de las personas transexuales	116
3.3.1.1. Autoestima	118
3.3.1.2. Imagen corporal.....	119
3.3.1.3. Estrategias de afrontamiento	121

3.3.1.4. Soledad social y emocional	123
3.3.1.5. Satisfacción sexual	125
3.3.1.6. Calidad de Vida y Salud Psicológica	126
3.4. Marco teórico de nuestro estudio: Teoría de las necesidades humanas de López	129
II. ESTUDIO EMPÍRICO	135
4. Planteamiento del problema	137
5. Objetivos e hipótesis.....	145
6. Metodología.....	151
6.1. Diseño	153
6.2. Participantes	154
6.3. Variables e instrumentos	159
6.3.1. Valoración de la transexualidad y variables sociodemográficas	160
6.3.2. Variables de la persona.....	161
6.3.3. Variables relacionadas con los diferentes tipos de relación ..	164
6.3.4. Indicadores del bienestar	166
6.4. Procedimiento	167
6.5. Análisis estadísticos	168
7. Resultados	171
7.1. Biografía de las personas transexuales	173
7.1.1. El proceso de reasignación sexual	173
7.1.2. Su situación de vida	178
7.1.2.1. Entorno familiar	178
7.1.2.2. Entorno familiar	181
7.1.2.3. Situación académico-laboral	183
7.1.2.4. Relaciones de pareja	184
7.1.2.5. Relaciones sexuales	186
7.1.3. Estado de los aspectos personales e interpersonales	189
7.1.3.1. Variables personales	190
7.1.3.2. Variables interpersonales	192
7.1.4. Estado de bienestar: calidad de vida y salud psicológica	193
7.1.4.1. Calidad de vida	193
7.1.4.2. Salud psicológica.....	193
7.1.5. Análisis de los aspectos personales e interpersonales: diferencias de género	198
7.1.6. Incidencia de los aspectos personales e interpersonales sobre el bienestar de las personas transexuales	200
7.1.6.1. Aspectos personales, interpersonales y ansiedad	204
7.1.6.2. Aspectos personales, interpersonales y depresión	207
7.1.6.3. Aspectos personales, interpersonales y calidad de vida..	209
7.1.7. Propuestas y sugerencias de las personas transexuales respecto a las áreas generales objeto de estudio	213

8. Discusión	217
8.1. Estado de calidad de vida, salud psicológica, variables personales e interpersonales de varones y mujeres transexuales.....	219
8.1.1. Estado de calidad de vida y salud psicológica de las personas transexuales	219
8.1.2. Estado de las personas transexuales respecto a las variables personales	225
8.1.3. Estado de las personas transexuales respecto a las variables interpersonales.....	230
8.2. Análisis de los aspectos personales e interpersonales: diferencias de género	232
8.3. Incidencia de los aspectos psicosociales sobre el bienestar de las personas transexuales	235
8.4. Limitaciones del estudio.....	242
8.5. Futuras líneas de investigación	244
8.6. Propuestas de actuación	246
9. Conclusiones del estudio	249
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	253
ANEXOS	281

INTRODUCCIÓN



Esta tesis, titulada "Salud Psicológica y Necesidades Interpersonales de las personas Transexuales", tiene como objetivo fundamental estudiar la vivencia de la transexualidad y las necesidades de estas personas, conocer cómo y hasta qué grado se resuelven estas necesidades, y de qué modo podrían satisfacerse a lo largo de su proceso. Para ello, también analiza los factores que inciden sobre su salud psicológica y su calidad de vida. En último lugar, recogemos las sugerencias de las personas transexuales para mejorar sus necesidades sociales, emocionales y sexuales, y planteamos una serie de implicaciones prácticas para facilitar su estado de bienestar.

En este sentido, para el común de la gente, la transexualidad se relaciona con la moda o la prostitución y es producto del desarrollo industrial y económico. Pero, por el contrario, los estudios muestran 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 aprobación de la Ley de Identidad de Género (2008), ha estado presente en la investigación 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 y cols., 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 individuales e interpersonales en relación a su salud psicológica y su calidad de vida, y que nos puedan ofrecer una visión completa y global de cómo es la vivencia de las personas transexuales.

Por lo que hace relación a nuestro estudio, el número de personas participantes (120 personas), la metodología de entrevista y su enfoque en las necesidades interpersonales y los factores influyen en su bienestar resultan de especial interés científico y profesional.

En este sentido, y tal y como se ha visto en otras poblaciones, aspectos personales fundamentales para la salud psicológica y la calidad de vida como el nivel de autoestima (Diener, 1984), 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, entre las que se ha observado un elevado porcentaje de psicopatología y una mortalidad por suicidio mayor que en la población general (Bergero y cols., 2004). Por otro lado, y en la misma línea, aspectos

interpersonales como la soledad o la satisfacción sexual se conocen como predictores fundamentales en la calidad de vida tanto en población general como en otras poblaciones en exclusión social (Carcedo, López y Orgaz, 2005). Finalmente, muchas personas transexuales afirman sentirse insatisfechas sexualmente por su anatomía y con dificultades para establecer vínculos (De Cuypere et al., 2005). Por este motivo, incluimos estos contenidos también en nuestro estudio.

Por todo esto, resulta de especial urgencia evaluar el estado de todos estos aspectos de la persona, tanto individuales como interpersonales que tanto pueden influir en su salud psicológica y su calidad de vida, 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 circunstancia 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, y que incluyen tanto aspectos personales como interpersonales, así como el estado de la cuestión respecto a la salud psicológica y la calidad de vida, tanto en población general como en personas transexuales. Finalmente proponemos Ambos capítulos nos ayudarán a hacernos una idea sobre la difícil circunstancia que viven las personas transexuales, así como la necesidad de investigar e intervenir con 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.

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 e interpersonales que inciden en mayor medida sobre su bienestar.

REVISIÓN TEÓRICA





**I. La diversidad en la
identidad sexual: una
realidad humana**

Conocer y asumir las diferentes realidades humanas supone preguntarse por la realidad inherente a todo ser humano. En este sentido, López (2007) aborda las necesidades de la infancia y en la vida adulta (López 2009) teniendo en cuenta la realidad biológica, emocional-afectiva y mental del ser humano. Por ello, en esta revisión teórica, abordamos la transexualidad como una expresión del ser humano, de la propia existencia, desde aspectos que van de lo contextual a la realidad humana concreta.

Somos seres sexuados, caracterizados por el dimorfismo sexual, ya que nuestros cerebros y nuestra morfología presentan diferencias anatómicas, químicas y funcionales entre hembras y machos (varones y mujeres). Este dimorfismo facilita la reproducción sexual.

El ser humano es *homo sapiens*, nombre que se debe a la consideración del ser humano como sabio o capaz de conocer, como animal racional, lo cual parece separarle del resto de las especies. Además de las características anatómico-fisiológicas evidentes (gran cerebro, la bipedestación, el ser omnívoros, etc.), el ser humano se caracteriza por el uso de sistemas lingüísticos muy complejos, el razonamiento abstracto, la capacidad de introspección y especulación, etc.

Pero las diferencias morfológicas humanas van más allá de las diferencias sexuales, encontrado morfologías diferentes entre diferentes poblaciones de nuestra especie, debidas a la evolución y las necesidades de adaptación al medio a lo largo de la evolución, y más aún, entre los diferentes individuos de cada población, derivadas de la interacción entre personas de diferentes poblaciones con diferentes características.

El ser humano, desde su origen, toma distancia de la vida puramente biológica, y crea un mundo propio de representaciones simbólicas con las que trata de dar sentido al mundo, a la vida y a su propia existencia. Así, todas esas características morfológico-anatómico-fisiológicas del ser humano tienen

su expresión, se traducen en características funcionales que dan sentido al ser humano.

En las personas transexuales el dimorfismo sexual se muestra de forma incoherente entre sus diferentes formas de expresión. Su morfología sigue el desarrollo de uno de los sexos, pero su identidad, el sentido de ser uno mismo, único y perteneciente a un sexo, característica del homo sapiens, sigue el desarrollo del sexo contrario.

El ser humano es un ser social y sensible, organizado con los otros, con los que establece vínculos, y a los que necesita para su desarrollo como ser humano. Se organiza y vincula de diferente forma en diferentes comunidades, establece relaciones de pareja, relaciones sociales, crece en una familia, desempeña su labor en un contexto profesional, etc. No nos vinculamos ni mucho menos sólo para reproducirnos y nuestra capacidad sensible tiene grandes implicaciones en este proceso de vínculos. Y en nuestros vínculos establecemos normas, explícitas e implícitas, de lo que cabe y no cabe como posible y como adecuado en esos vínculos. Así, el ser humano se rige por normas, cuyo origen está en la convivencia humana o en creencias éticas y morales, que van más allá de nosotros.

Por otro lado, el ser humano se ubica en un tiempo y en un espacio, en el que en su esencia está presente la constante del cambio, por lo que es también historia.

Ya Aristóteles afirmaba que una de las características del ser humano es querer saber o conocer, trata de encontrar los porqués, tiene la necesidad de encontrar el motivo de la propia existencia, de entender el sentido de la vida, del mundo en el que está y darse un sentido a sí mismo (a todos nos suena eso de ¿a dónde vamos?, ¿de dónde venimos?), y tiene libertad para decidir. A lo largo de su historia el ser humano ha buscado explicaciones de diferentes formas, fundamentalmente a través de la razón, pero también en el mundo sensible, el de los sentidos. Y las explicaciones que como humanos nos hemos dado a lo largo de la historia, nuestra concepción sobre el ser humano condicionará nuestra forma de estar en el mundo y de relacionarnos con él y

con los demás en cada momento. Algunas concepciones justifican así las segregaciones existentes por muchas de las diferencias morfológicas de poblaciones, comunidades o personas concretas. Somos libres para aceptar, asumir y justificar.

Así ocurre con las personas transexuales, evidentemente, son seres humanos, con las mismas necesidades que cualquier otro humano, pero con una particularidad presente en el eje de la existencia humana, y al que, al menos en este momento, no podemos encontrar un por qué. Son personas que afirman sentirse del sexo contrario a su sexo biológico, parece que el engranaje de la maquinaria humana, en este caso, ha seguido un curso diferente, aunque no sabemos dónde se bifurca el camino, ni la causa.

Desde nuestro punto de vista, es importante tener en cuenta estos aspectos a la hora de tomar contacto con la realidad transexual, ya que estos aspectos, más globales nos conducen a preguntas más concretas que nos permiten avanzar en el conocimiento de la realidad transexual, que no necesariamente de la transexualidad. Asumimos el gran desconocimiento de muchas de las realidades, también de esta, las aceptamos en cuanto realidades humanas, diversas, pero humanas.

"Nuestra herencia nos fue legada sin testamento alguno"

René Char, poeta y escritor francés

1.1 Conceptos afines

El 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). Desde hace años, el sexo psicológico, es decir, aquel con el que la persona se

identifica, se toma como el criterio fundamental en la diferenciación varón-mujer (Stoller, 1968).

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, poniendo de manifiesto que los límites conceptuales son confusos en numerosas ocasiones y de consenso difícil. A continuación mostramos los conceptos utilizados actualmente (no siempre diferentes) en relación a este tema.

1.1.1. Concepto 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.

Así, tradicionalmente se ha considerado el término sexo para referirse a las características biológicas y médicas de varones y mujeres en un contexto determinado (Diamonds, 2002).

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 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 diferente en algunos aspectos 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 y cols., 1995).

Cuando hablamos del proceso de diferenciación sexual estamos hablando del sexo biológico, pero lo cierto es que cuando nos referimos al ser humano, por ser consciente y social, hemos de tener en cuenta otros tipos de sexo inherentes también a él. Así, 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 (ver figura 1).

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, entre ellos la transexualidad (Zhou y cols., 1995).

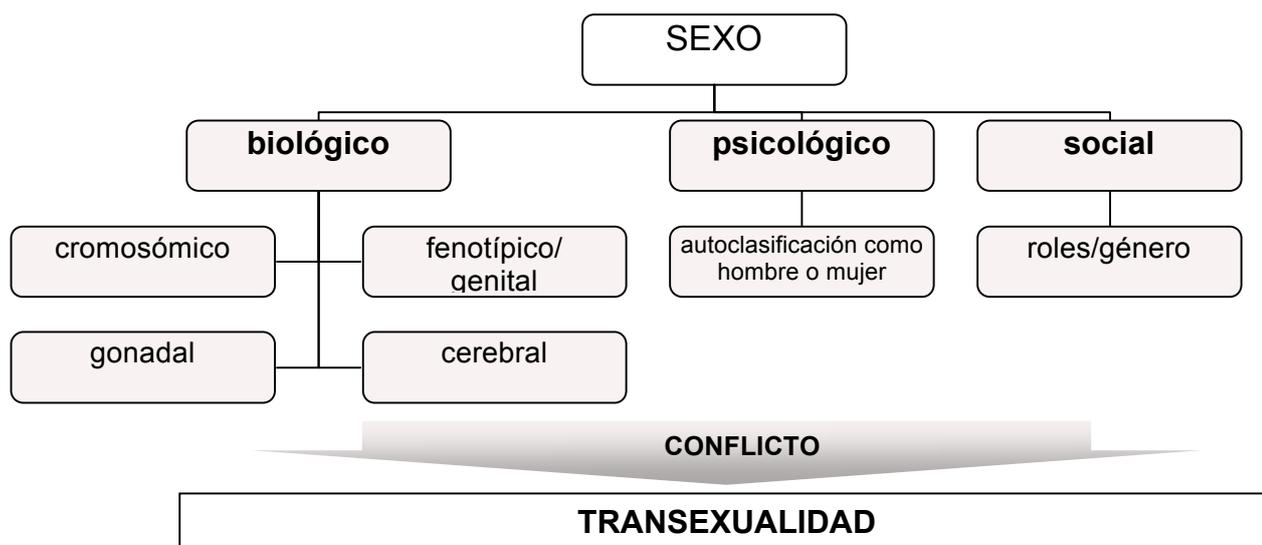


Figura 1. Esquema de las diferentes variantes del sexo

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 sexual, es decir, la identificación de uno mismo como varón o como mujer; la conducta o rol 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).

1.1.2. Concepto de identidad

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; McAdams, 1995; y Grotevant, 1998).

Como indica Badillo (1998), *"cada individuo va construyendo su biografía, a lo largo del ciclo vital. Conforme va discurriendo su secuencia biográfica, ya no es "lo mismo", pero sigue siendo "él mismo". Esta identidad que permanece, vertebra 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). Es la 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). Pero esa identidad no se expresa exclusivamente a través del cuerpo (Poovey, 1988), también regula la inteligibilidad y la materialización de los cuerpos (Butler, 1992).

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

1.1.3. Autoclasificación como hombre o mujer; concepto de identidad sexual

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

El concepto de identidad sexual hace referencia a la toma de conciencia y autoclasificación de cada persona como varón o como mujer, (Gooren, 1999; López, 2005; Rathus, Nevad y Fichner-Rathus, 2005).

La identidad sexual se va desarrollando de forma gradual influida por múltiples factores que actúan en el desarrollo, aunque suele estar presente hacia los 6-7 años de edad. Este concepto fue planteado por primera vez por Stoller (1968), aludiendo al sentido psicológico de masculinidad-feminidad.

En la mayoría de las ocasiones, la identidad sexual se corresponde con el sexo biológico y asignado, sin embargo, las personas transexuales cuando toman conciencia de su propia imagen corporal y 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 sexual (López, 2005).

Desde el inicio del estudio del desarrollo de la identidad, se asumieron el concepto de identidad sexual y de rol de género. Sin embargo, el concepto de identidad de género surgió con posterioridad, ligado a la teoría de género (Hansen, 1976).

La concepción del sexo desde algunos sectores como algo unitario y exclusivamente biológico, el uso indistinto del término sexo y del término género (para referirse a ese sexo biológico) y la asociación del concepto de identidad sexual exclusivamente con la identificación física y corporal favorecieron la aparición del concepto de identidad de género, con el que se trataba de explicar el sentido psicosocial de masculinidad-feminidad (Stoller, 1968) y de hacer desaparecer las desigualdades sociales entre varones y mujeres. Esta terminología es defendida especialmente desde el activismo feminista y la teoría del género (Hird, 2000).

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. 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 intergrupar (la creencia de que el propio género es superior al otro).

No obstante, este nuevo concepto parece solaparse de alguna forma con el concepto de comportamiento de género, en ese sentido de pertenencia y expresión social del género. De este modo, a nuestro modo de ver, parece que el concepto de identidad de género se encuentra a medio camino entre el concepto de identidad sexual y el concepto de comportamiento/conducta de género.

A lo largo de los últimos años han sido muchos los usos y acepciones de estos términos referidos en ocasiones a la misma realidad, lo cual, desde nuestro punto de vista, ha generado gran confusión entre los profesionales y la población.

1.1.4. Concepto de rol de género

No podemos hablar de identidad sexual sin tener en cuenta el comportamiento o rol de género, que se refiere a la asunción y manifestación de lo que se siente en base a unas normas socioculturales, a asimilar las características

conductuales propias de cada sexo en una sociedad determinada (Gagnon y Simon, 1973; López, 2005).

El término rol de género fue establecido por Money en los años 50, a partir de criterios para los protocolos de tratamiento de la intersexualidad (Money, Hampson y Hampson, 1955), refiriéndose a la forma de expresarse socialmente como varón o como mujer.

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). Éstas son modificables en tiempo y espacio en función del grado de conocimiento natural de una cultura determinada, entre otras cosas (Diamond, 2002).

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 y otros, 1993), excluyendo a aquellos que se alejan de la norma (Zucker y otros, 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.

1.1.2.4. Concepto de Orientación del Deseo Sexual

Transexualidad y Homosexualidad han sido confundidas con frecuencia, aunque se trata de dos realidades bien diferentes.

Kinsey (1953) formula la orientación sexual como un continuo unidimensional en el que la heterosexualidad y la homosexualidad se encuentran en los extremos de ese continuo, ubicando a la mayor parte de la población en algún punto intermedio de ese continuo más que en cualquiera de los dos extremos.

Por otro lado, este concepto alude a la dirección del deseo sexual hacia un tipo determinado de estímulos hacia los que la persona se siente atraída sexualmente, y con los que deseará o tendrá sus conductas sexuales. Si es hacia una persona la orientación será heterosexual –del sexo opuesto-, homosexual –del mismo sexo- o bisexual –de ambos sexos- (Soriano, 1996).

1.1.2.5. Concepto de androginia

Es importante quizás tener en cuenta a la hora de definir la transexualidad el concepto de androginia, que alude a la coexistencia en una misma persona de características típicamente masculinas y típicamente femeninas. Hacer presente lo que se ha denominado androginia flexibiliza el concepto de transexualidad en cuanto no exigirá a las personas transexuales necesariamente roles estereotipados de varón y de mujer, ya que existen muchas formas diferentes de ser varón y de ser mujer (Mejía, 2006)

Desde nuestra perspectiva, el sexo no es un concepto unitario y la identidad sexual no alude exclusivamente a aspectos corporales, sino que ambos conceptos aluden también a aspectos de sentido psicológico, al sentido de pertenencia y autoclasificación como varón o como mujer. Por este motivo,

este trabajo se basa en los conceptos que mostramos a continuación para acercarnos a conocer 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 -normalmente 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; McAdams, 1995; y Grotevant, 1998)
Autoclasificación como hombre o mujer	Toma de conciencia y autoclasificación de cada persona como varón o como mujer
Rol de género	Asimilación de las características conductuales propias de cada sexo en una sociedad determinada (López, 2005)
Orientación del deseo sexual	Dirección del deseo sexual hacia un tipo determinado de estímulos hacia los que la persona se siente atraída sexualmente, y con los que deseará o tendrá sus conductas sexuales. Si es hacia una persona la orientación será heterosexual -del sexo opuesto-, homosexual -del mismo sexo- o bisexual -de ambos sexos- (Soriano, 1996)

1.2. Estudio y desarrollo de la identidad y la identidad sexual en la infancia y la adolescencia

A continuación haremos un pequeño recorrido por lo que ha sido hasta el momento el estudio de la identidad y la identidad sexual, conceptos que dan consistencia y estructura interna al ser humano, así como su desarrollo evolutivo en el ser humano.

1.2.1. Estudio y desarrollo de la identidad en la infancia y la adolescencia

Existe una gran tradición en psicología 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, y a Vigotsky (1979), para quien la individualidad se gesta a través de las relaciones con los otros, y a 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).

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 afrontar 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 que se integra y valora pasado, presente y futuro, es decir, momento vital para la formación de la identidad (Ericsson, 1950). Este proceso supone un periodo de "moratoria" en el que se activan las preocupaciones respecto a la propia identidad, se experimenta con roles y creencias alternativas, las respuestas y los valores se hacen más estables, permanentes y realistas (Ericsson, 1950), pudiendo encontrar adolescentes con autoconceptos similares pero identidades muy diferentes y con muy diferentes formas (Marcia, 1966). Al mismo tiempo, ese desarrollo 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).

Si los adolescentes no encuentran el espacio social en el que ubicar su realidad, su desarrollo socioeducativo y emocional se verá deteriorado por la discriminación (Wren, 2000). Aunque es cierto que las dificultades de estos

adolescentes no son directamente resultado del estigma. Los adolescentes con conflictos de género necesitan desarrollar su identidad, como todos los demás, en interacción con su entorno. Si el reconocimiento de ese aspecto básico de la identidad como es el género es desarrollado sin interacción con el entorno, o bien éste no responde adecuadamente, con respeto a esta situación del adolescente, entonces éste carecerá de lo necesario para desarrollar de forma normalizada y satisfactoria su identidad de género y, por tanto, su identidad personal (Cote, 1996)

1.2.2. Estudio y desarrollo de la identidad sexual en la infancia y la adolescencia

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.

En la construcción de la identidad sexual, 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.

1.2.2.1. 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 varones y mujeres socialmente, que tratan de defender su posición y sus características diferenciales de sexo 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.

1.2.2.2. 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 sexual.

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 sexual.

Desde planteamientos cognitivos recientes, se han estudiado los efectos que produce la tipificación social del sexo, 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).

1.2.2.3. Teorías del aprendizaje social

Desde esta perspectiva se considera la pertenencia a un sexo u otro como 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 (Mischel, 1970; Bandura, 1989).

No obstante, más actualmente se insiste en que las expectativas y normas sociales existentes sobre las diferencias de sexo determinan la construcción de

la identidad sexual de las personas en base a dichos criterios. En contextos no tan estereotipados en cuanto al sexo y donde estas diferencias no tienen relevancia, las diferencias individuales son mayores (Lott y Maluso, 1993, Beauvoir, Wittg y Foucault, 1996).

Así, las teorías sobre la formación de la identidad sexual (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. Por otro lado, no cuestionan la dicotomía psicosocial de sexo, sino que justifican las diferencias (Martínez, 2005). Estas teorías darán lugar a la *teoría del género* como construcción social, por oposición a la consideración de sexo como característica fundamentalmente biológica.

1.2.2.4. 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: que existen sólo 2 sexos, que el sexo es un hecho exclusivamente biológico, 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. La existencia de un concepto de sexo binario, en el que todos han de ubicarse en un polo o en otro, parte desde esta teoría de la continuidad de la opresión a la mujer (Hird, 2002), es decir, el sexo es una referencia biológica sobre la que se construye la desigualdad social entre masculino y femenino (Hurtado, Gómez y Donat, 2006).

Kessler y McKenna (1978) evaluaron cuál era el significado del término sexo y cómo conocer el sexo de una persona en una muestra universitaria, desarrollando y aplicando las ideas sobre el proceso de atribución de género

de Garfinkel (1967). Veinticinco años después estos mismos autores (Kessler y McKenna, 1999) vieron que persistía la dicotomía varón-mujer, y aunque con frecuencia consideraban el sexo como un complejo en el que los genitales no determinaban en sí mismos la pertenencia a uno u otro sexo, sí 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 (Kessler y McKenna, 1999). Una de las limitaciones más importantes de este estudio es que se basa en el desarrollo de la identidad sexual de personas transexuales e intersexuales, pero no tiene en cuenta el desarrollo en personas no transexuales (Hutchby y Wooffitt, 1998).

En un estudio posterior, dentro del marco de esta teoría, Speer (2005) afirma que las personas no sólo tendemos a categorizar a los otros como varones o mujeres para relacionarnos de forma cómoda con ellos en función de las atribuciones de sexo, sino que en este proceso son importantes también los juicios negativos sobre la persona percibida (prejuicios sobre la moral, la clase social, etc.).

Además, este reconocimiento binario del sexo es fundamental también desde el poder para la organización de los estados modernos, la existencia de ambas categorías es parte del ejercicio de poder para ordenar y definir socialmente (Morgan y Krueger, 1993).

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. Para estas personas no hay necesidad de iniciar o terminar el proceso médico estándar de reasignación sexual (Feinberg, 2001), eligiendo cada persona una opción diferente para resolver su conflicto mente-cuerpo (Ellis y Ericksen, 2002). Esto responde a entender el sexo como un continuo de experiencias y no como un concepto binario (Cole y cols, 2000)

En cualquier caso, parece que 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.

Finalmente, Hird (2002) plantea una clasificación que relaciona las teorías sobre la identidad sexual con la transexualidad. Para Hird, cada posicionamiento teórico gira en torno a tres categorías, cada una de ellas relacionada con el concepto de identidad sexual:

- Autenticidad, que se refiere a aquellas teorías y/o sociedades en las que el sexo es un indicador no modificable de las diferencias sexuales y el correlato psicológico depende de esta visión biológica de nacimiento del sexo (Randell, 1969; Walter y Ross, 1986).
- Actuación, que alude a la manifestación de una realidad concreta a partir del sexo biológico (Denny y Green, 1996; Prosser, 1998), partidarios de un interaccionismo simbólico, puesto que el sujeto no es nada sin la sociedad y la identidad no es estable ni coherente siempre con la estructura biológica (Hird, 2002).
- Trasgresión, característica presente en los estudios llamados *queer* y de transgénero (defienden el género como una construcción social, vivido de forma independiente al cuerpo), que cuestionan la necesidad social de etiquetas a las personas por su sexo (Feinberg, 1996) y atribuyen a las personas características tanto masculinas como femeninas en diferente grado en cada persona, llegando a hablar del tercer sexo (Taylor, 1995).

Por último, parece que existen dos grandes planteamientos acerca de la transexualidad, por un lado, el planteamiento psiquiátrico, desde la psicopatología (Blumer, 1971; Jonson y Hunt, 1990; Playdon, 2000) y con el que se mantiene la estructura binaria del género (Ekins y King, 1996), y el planteamiento sociológico, feminista y transgénero, presente desde los años 70, que trata de alejar la transexualidad del contexto patológico, centrándolo en la diversidad humana (Brunsdon's, 1997).

Por otro lado, desde el momento del nacimiento existen expectativas, atribuciones y estereotipos (en base siempre al sexo fenotípico y genital) respecto al desarrollo del niño/a, que en la mayoría de los casos se cumplirán en el proceso de desarrollo, sin la presencia de conflictos graves entre la anatomía biológica y la dimensión psicosocial respecto al sexo.

Se dice que los niños han adquirido su *identidad sexual* cuando son capaces de reconocerse a sí mismos como pertenecientes a un sexo o género y también capaces de etiquetar el género de los demás correctamente. Parece que esto ocurre en torno a los dos años (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 o por sus genitales (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. (Bhogle y Seethalakshmi, 1992; Palacios, 2005).

Así, el desarrollo de la identidad sexual se produce a lo largo del desarrollo en función del desarrollo cognitivo de la persona, y también a la forma de expresarse y actuar socialmente (Abelson, 1979). Además, existe socialmente la asociación entre genitalidad y sexo, 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 sexual (Ruble y Martin, 1998).

En el caso de las personas transexuales, reconocen en sí mismas a qué sexo pertenecen y se expresan generalmente de forma coherente al sexo con el que se identifican, aunque generalmente con dificultades para expresarse como desean (por ej. vestirse y peinarse), puesto que la presión familiar y social no favorecen esta situación. Mayor flexibilidad en 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.

Pero si la construcción de la identidad resulta de vital importancia en la adolescencia, igualmente resulta vital el desarrollo de la identidad 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 sexuales si la atención se centra en su identidad y su sexo psicológico.

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

1.2.3. Conflictos de identidad sexual en la infancia y la adolescencia

La disonancia entre la identidad sexual y las características físicas en una persona, y el malestar asociado a esa disonancia puede darse desde la

infancia. Diversos estudios se han centrado en investigar diversas cuestiones a este respecto.

1.2.3.1. Estudio de los conflictos de identidad sexual en la infancia y la adolescencia

Gran parte del debate en torno a los conflictos de identidad sexual 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. Se estudió con niños que cumplían criterios para el denominado *Desorden de Identidad de Género en la Infancia* (Green, 1987) y con 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 sexual en la infancia y homosexualidad (Zuger, 1988).

Algunos estudios se han centrado en el estudio de la relación de los niños con conflictos de identidad sexual y sus progenitores. Así, afirman desde 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 (Stoller, 1975; y Sherman, 1985, citado en Zucker y Bradley, 1995), o hasta 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 identidad sexual 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 en las madres de depresión y trastorno límite de la personalidad (Marantz y Coates, 1991; y Bradley, Zucker y Kenneth, 1997), y altos niveles de depresión y abuso de drogas en los padres (Wolfe, 1990, citad 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 identidad

sexual. 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. Lo cierto es que a día de hoy, uno de los debates más intensos en torno a los conflictos de identidad en la infancia desde esta perspectiva es conocer si la aparición de estos conflictos es causa o efecto de todos esos factores estudiados. No existe una respuesta a esta cuestión.

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 sexual. Esta libertad facilita el desarrollo de un conflicto de identidad sexual 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 sexual, pero algunos estudios informan de que dichas intervenciones en niños y padres disminuyen el grado del conflicto de identidad sexual, especialmente cuando en la intervención participan ambos (Zucker, 1985).

En un inicio, se planteó que la terapia de conducta se utilizaría para lograr efectos rápidos en la conducta estereotipada de niños con conflictos de identidad sexual (Rekers, Willis, Yates, Rosen y Low, 1977), aunque no contamos con estudios longitudinales los efectos a medio-largo plazo (Wren, 2000). 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. 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 a la culpabilización de los progenitores y educadores por un lado, y de los propios niños, por otro. Aun así, no podemos obviar que el contexto social es fundamental en esta problemática en la infancia (Cohen – Kettenis y cols., 2003).

1.2.3.2. Valoración y actuación de los conflictos de identidad sexual en la infancia y la adolescencia

La valoración en la infancia del llamado Desorden de Identidad Sexual se realiza en base a los criterios específicos para la infancia (ver Anexo X) del manual internacional DMS-IV-TR (APA, 2001, pp. 651) y de la CIE-10 (...), siendo más frecuente la utilización del primero.

La valoración de los conflictos de identidad sexual como un desorden, está presente como tal desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la versión de 1980 (DSM-III). Esta valoración alude fundamentalmente a conductas prototípicas y no admite diversidad ni flexibilidad en las manifestaciones. Esto hace que sea necesario seguir buscando metodologías que identifiquen de forma eficaz todas las situaciones de conflicto de identidad sexual (Wilson, Griffin y Wren, 2002).

Finalmente, aunque la valoración de los conflictos de identidad sexual se presentan en términos neutros (Sedgwick, 1991), la adaptación y vivencia de varones y mujeres es diferente, influida en parte por el grado de aceptación de

los otros, siendo mayor el rechazo hacia los niños biológicos en esta circunstancia (Ettner, 1999).

Di Ceglie (1998) propone un modelo alternativo de organización de identidad de género atípica (ver Tabla 2):

Tabla 2. Clasificación de rasgos clínicos de la organización de identidad de género atípica (Tomado de Di Ceglie, 1998)

Rasgos clínicos de la organización de identidad de género atípica
Rigidez-flexibilidad
Seguimiento de la formación de la organización de la identidad de género atípica
Presencia o ausencia de acontecimientos traumáticos identificables en la vida de los niños en relación a la formación de la organización de la identidad de género atípica
Dónde ubicamos la formación de la organización de la identidad de género atípica en el continuo que va desde el polo paranoide-esquizoide al polo depresivo

Desde este modelo, se proponen objetivos terapéuticos que han de cumplir los profesionales cuando se encuentran con niños con estas dificultades (ver Tabla 3):

Tabla 3. Objetivos terapéuticos de los profesionales para los casos de conflictos de identidad sexual (Tomado de Di Ceglie, 1998)

Objetivos terapéuticos para los profesionales que trabajan con niños con conflictos de identidad sexual
Mostrar el reconocimiento y la aceptación de las dificultades de los niños sin juzgar
Ayudar a salvar las dificultades emocionales, conductuales y de relación de estos niños
Romper el secreto, el silencio de la dificultad
Promover el interés y la curiosidad para valorar sus dificultades
Facilitar la coherencia cuerpo-mente con la colaboración con otros profesionales que trabajan con la infancia
Permitir sentimientos de aflicción ante la situación
Permitir el desarrollo de la capacidad de pensamiento simbólico
Promover la diferenciación
Permitir al niño y a la familia cierta incertidumbre sobre el desarrollo de la identidad sexual

Esta perspectiva asume que no es necesario valorar estas dificultades de identidad sexual en niños como susceptibles de diagnóstico patológico (Wilson, Griffin y Wren, 2002).

Por otro lado, no contamos hasta el momento con protocolos sistemáticos en la intervención con niños con conflictos de identidad sexual, las diferencias en las realidades hace difícil el consenso. No obstante, parece que existen algunos puntos clave de trabajo con estos niños, como trabajar las relaciones familiares, las relaciones con los compañeros, trabajar la percepción de sexo y género y normalizar su situación y su realidad (Cohen-Kettenis y Gooren, 1997).

Por otro lado, 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 afirmarían sentirse pertenecientes al sexo contrario al biológico en la adolescencia o la edad adulta y solicitarían someterse al proceso de reasignación sexual (Green, 1987, Zucker y Bradley, 1995).

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.

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 (Cohen- Kettenis y Van Goozen, 1997; Ross y Need, 1989; Smith, Goozen, Cohen-Kettenis, 2001). No obstante, en nuestro país, la reasignación

genital no es posible hasta los 18 años y otros tratamientos como la hormonación, desde los 16 con autorización de padres o tutores.

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 desde la adolescencia (Cohen-Kettenis y Goozen, 1997).

Cohen-Kettenis, Van Goozen y Cohen (1998) afirman tras un estudio sobre la adaptación de adolescentes con conflictos de identidad de género, que la satisfacción con el tratamiento hormonal y quirúrgico y su adaptación psicosocial es satisfactoria cuando los adolescentes presentan estabilidad psicológica previa al tratamiento, además de apoyo familiar.

No obstante, hay aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones a este respecto. Si bien es evidente que para muchos adolescentes con conflictos de identidad sexual es insoportable asumir su anatomía biológica y que parece que la reasignación, también en adolescentes, favorece el desarrollo vital, es necesario valorar la irreversibilidad de la reasignación quirúrgica, la mayor dificultad de valoración, y la posibilidad posterior de arrepentimiento (Wren, 2000).

Desde nuestro punto de vista, si bien es cierto que es necesario ser prudente con los adolescentes en esta circunstancia, parece bastante evidente que el camino es el apoyo constante a las necesidades del adolescente.



II. La transexualidad: una realidad concreta

LA TRANSEXUALIDAD: UNA REALIDAD CONCRETA

Como ya hemos mencionado, el ser humano es biología, pero también es, entre otras cosas, mente, emociones, historia y cultura. Como resultado de la historia natural somos seres humanos similares y diversos, también en relación a la expresión de sexo y género. El desarrollo biológico y psicológico de los humanos respecto al género no plantea dificultades en la mayoría de las ocasiones, pero cuando en el proceso 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 sexual 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 la situación de exclusión social y estigmatización agrava significativamente su situación.

2.1. Definición de transexualidad

El término transexualidad alude etimológicamente al prefijo "trans" y "sexual", refiriéndose literalmente a "a través del sexo". Aunque las personas transexuales no cruzan el sexo, no han pasado a través del sexo, parece no haberse encontrado una terminología más adecuada (ya que es una clasificación médica y psicológica), al menos, que se ha consensuado y difundido de la misma forma (Hird, 2002). En cualquier caso, el uso del mismo término de forma generalizada facilita la identificación de la realidad concreta, utilizado de forma sistemática entre profesionales.

La transexualidad es definida desde el ámbito sanitario como una forma extrema de disforia de género. En la transexualidad, la identidad de un sexo coexiste, en una misma persona, con las características biológicas 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 de mujer, y

una mujer transexual es una persona que se siente, piensa y actúa como mujer aunque su sexo biológico es varón (Bordón Guerra y García Aberasturi, 2001).

2.2. La transexualidad en la naturaleza

Si en las primeras líneas decíamos que no nos podemos olvidar de nuestra naturaleza biológica, animal, para conocer la transexualidad es importante conocer si existen correlatos de la transexualidad en otras especies, ya que el dimorfismo sexual no se da en todas las especies, ni tampoco en el mismo grado entre todas las que se da.

Por ejemplo, si atendemos a los animales en la edad adulta, encontramos el pez cirujano (*acanthurus coeruleus*), que podemos encontrar en los arrecifes de coral. En esta especie todos los individuos nacen como hembras y al llegar a la vida adulta, el animal de mayor tamaño se transformará en macho, quedando en ese momento la siguiente hembra de mayor tamaño preparada para la transformación si el macho muere o desaparece (Debelius y Kuitert, 2001). Encontramos el caso contrario en los caracoles de la familia de los calyptraeid, que nacen machos pero se desarrollan progresivamente como hembras cuando éstas no son suficientes para asegurar un número mayor de descendientes durante su vida (Collins y Storfer, 2003).

Pero si nuestro interés se centra en periodos embrionarios, podemos hablar de un tipo de luciérnaga (*lampyris noctiluca*), la cual, en los primeros estadios embrionarios es macho y si se le extirpan los nódulos cefálicos (órgano similar a un cerebro rudimentario) el desarrollo posterior es como hembra (Branham y Wenzel, 2003).

Desde nuestro punto de vista, estamos lejos de afirmar que estemos ante una muestra de la realidad transexual en otras especies, pero es posible que resulte importante tenerlos en cuenta, al menos como curiosidad, a la hora de valorar también la diversidad en otras especies y acercarnos a la transexualidad.

2.3. *Reseña histórica y cultural*

Contamos con muestras de la existencia de personas transexuales que han vivido en las diferentes épocas en diferentes culturas con diferentes grados de aceptación (Bullough y Bullough, 1993). A lo largo de la historia, las normas socioculturales han cambiado y siguen cambiando, por lo que la *expresión* del rol de género, que es variable, también cambia (Cole, Denny, Eyster y Samons, 2000).

Hemos de retroceder en la historia hasta la aparición del ser humano para encontrar los indicios de transexualidad, en un primer momento en representaciones mitológicas que nos sugieren la existencia de esta realidad, si bien los términos que usamos hoy son modernos (Groneberg, 2005).

Así, ya en el mundo antiguo existía una doble visión de la transexualidad, por una lado como castigo, como se muestra en el mito de Tiresias, que es castigado convirtiéndose en mujer y al adaptarse a su nueva vida es castigado de nuevo, convirtiéndole de nuevo en varón (Morera, 1969, citado por Gómez, Cobo y Gastó, 2006) y, por otro lado con simpatía, en el mito de la diosa Castalia (ver figura 2), que aceptaba los deseos del alma femenina en cuerpos masculinos (Brisson, 1973), o la leyenda de un rey que al bañarse en un río mágico se transforma en mujer, engendrando a cientos de hijos (Libis, 1980).

En Roma, Nerón fue uno de los primeros emperadores que legisló sobre intervenciones de reasignación sexual, si bien esto se limitaba a la casa real (ver figura 3), puesto que la transexualidad era seriamente castigada en Roma, especialmente con la emergencia del cristianismo. No obstante, ligada al cristianismo existe la hipótesis de que el Papa Juan VIII nació con cuerpo femenino (Bullough, 1974).



Figura 2. Escultura de la Diosa Castalia

Figura 3. Escultura del Emperador Heliogábalo

Lo cierto es que durante mucho tiempo, los límites conceptuales entre duplicidad de sexo anatómico (hermafroditismo) y transexualidad han estado difusos. Parece que los dos primeros casos documentados de transexualidad fueron el Abad de Choisy, en el siglo XVII, que afirmó verse siempre como una mujer (Mongredien, 1966) y el Caballero de Eón (ver figura 4) y James Barry (ver figura 5), en el siglo XVIII, el primero vivió casi la mitad de su vida como mujer, y el segundo, cirujano de la armada, a su muerte su cuerpo reveló su anatomía femenina (Cox, 1966; Raester y Grove, 1932, citado en Gómez, Cobo y Gastó, 2006).



Figura 4. Retrato del Caballero de Eón

Figura 5. Retrato de James Barry

Ya en el siglo XX, Marcuse, en 1916, describe un tipo de inversión psicosexual que se orientaba a la reasignación, pero es Abraham en 1931, quien se refiere a la primera persona reasignada sexualmente (Gómez, Cobo y Gastó, 2006).

No obstante, la transexualidad no apareció por primera vez en la literatura científica hasta 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 en 1951 (caso de Cristina Jorgensen), 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, profundizando en la diferencia entre transvestismo y transexualismo (1953), ya esbozada en 10925 por Hirschfeld, 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), titulada "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. Desde nuestro punto de vista es necesario seguir trabajando en la búsqueda de la valoración de la transexualidad de forma flexible y ajustada a las diferentes necesidades y manifestaciones de la transexualidad.

Por otro lado, en algunas culturas se les sigue idolatrando, ya que se considera presente en estas personas la perfección humana, por confluir en estas personas las virtudes de varones y mujeres, por ser personas completas, dándoles el rol de hechiceros, como los pardhis y los ihoosais de la India (Jaffary, 1996), o los Mahu, en Hawai, para quienes las personas transexuales son símbolo de creatividad y compasión (Robertson, 1992). En Albania encontramos las Vírgenes Juramentadas, mujeres que en la adolescencia renuncian para siempre a su sexo femenino y se transforman en varones por juramento asumiendo con todas las consecuencias el papel de cabeza de la familia (Robertson,1992).

En otras culturas, como la nuestra, se les sigue marginando y rechazando, aunque la lucha social y legal parece haber favorecido la aceptación de las personas transexuales, o al menos, el respeto (Monro y Warren, 2004).

2.4. Estudios existentes sobre transexualidad

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, en los que encontramos limitaciones importantes como el déficit en la definición de criterios, el tamaño de la muestra, la ausencia de grupo control, etc. (Tsushima y Wedding, 1979; Greenberg y Laurence, 1981; Hunt y cols., 1981; Leavitt y Berger, 1990; Cole y cols., 1997; Miach y cols., 2000), 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, estudios que se centran en las diferencias hombre-mujer (Cano Oncala y cols., 2004), mostrándose recientemente el interés por valorar la calidad de vida de estas personas,

concretamente las diferencias a este respecto antes y después de la reasignación genital (Murillo, Balaguer y Colomer, 2006).

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 asegura sentirse satisfecha con el resultado de la cirugía de reasignación de sexo (Bergero y cols., 2004; Hurtado, Gómez y Donat, 2006).

2.5. Etiología de la transexualidad

Intentar conocer el por qué de nuestras realidades es una de las características más destacadas del ser humano, característica que se tiene en cuenta desde Aristóteles. Las respuestas se asumen muchas veces como verdades, y de unas respuestas estamos más seguros que de otras, pero lo cierto es que lo que hoy podemos asumir como cierto, mañana puede no serlo, por lo que nosotros nos mostramos cautelosos a la hora de manifestarnos respecto a cuáles son las causas de la transexualidad, mostrando a continuación las perspectivas teóricas de más peso formuladas hasta el momento acerca de su origen:

2.5.1. 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 sexual.

Tres han sido las evidencias que en los últimos años están aportando luz sobre las causas 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 sexual, y la orientación sexual.

Por un lado, la diferente activación del cerebro de varones y mujeres ante

tareas lingüísticas (Shaywitz y cols., 1992). 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).

El 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.

El tercer estudio (Zhou y cols., 1995), se trata 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 los transexuales tardíos 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 estos autores, esto justifica el fuerte sentimiento de las personas transexuales de haber nacido con el sexo erróneo, ya que la identidad sexual 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 personalidad, 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 sexual (Kagan y cols., 1987).

Esta perspectiva biológica apunta a la transexualidad como una forma de intersexo ya que entiende que la ambigüedad asociada a la intersexualidad no está presente sólo entre las gónadas o los cromosomas y los genitales, sino que puede estar también en la anatomía cerebral, como ocurriría en el caso de las personas transexuales (Playdon, 2000).

2.5.2. Investigación psicosocial

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*. Así, parece que 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).

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 sexual desearan un hijo del sexo

contrario en mayor grado que las madres con hijos que no cumplen criterios para el Desorden de Identidad de Género (Zucker y cols., 1994).

Para Zucker y Bradley (1995), la permisividad de los padres de manifestarse libremente al niño con conflictos de identidad sexual durante un período determinado favorece el desarrollo o consolida el conflicto de identidad sexual del niño.

También se incluyen como factores que facilitan la aparición o desarrollo de un conflicto de identidad sexual, 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. 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 sexual, 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 sexual, 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).

Así, no podemos afirmar cuáles son las causas de la transexualidad, si bien actualmente algunos indicios apuntan a un sustrato biológico, más que a aspectos psicosociales. El interés por la transexualidad es reciente, pero los primeros estudios etiológicos se plantearon desde una perspectiva psicosocial, ya que abordar la cuestión de las causas de la transexualidad desde una perspectiva biológica implica el riesgo de asumir categóricamente una determinada realidad y de justificar las diferencias en función de intereses sociales y políticos. Pero la ausencia de respuestas empíricas y convincentes

ha favorecido en los últimos años el interés por la investigación biológica, que como hemos visto, aporta nuevos e interesantes datos. No obstante, todavía es necesario mucho trabajo de investigación para conocer realmente el por qué de la transexualidad. Quizás la respuesta inconclusa tiene que ver con interacciones complejas.

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, las diferentes líneas son razonables 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 sin datos científicos comprobados (puesto que, i.e. 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.

2.6. Epidemiología

Hemos dejado claro que la transexualidad se da 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. Así, aún sabiendo que se trata de una realidad poco frecuente, desconocemos exactamente en qué medida está presente en diferentes culturas. El relativo reciente estudio de esta realidad, así como la ausencia de cobertura sanitaria y legal ha hecho difícil hasta este momento los estudios de prevalencia e incidencia.

2.6.1. Prevalencia

El concepto de prevalencia alude a la proporción de casos de una determinada situación en un momento determinado (Pita y Pértigas, 2003).

Los diferentes estudios de prevalencia utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferentes definiciones del concepto de transexualidad. Además,

parece que los cálculos existentes aproximados probablemente subestiman la incidencia de esta realidad 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), entre los que destaca la disparidad en Australia (1981), donde se recogen 6.1 casos de mujeres transexuales por cada caso de varón transexual, frente a los datos menos dispares de Holanda (1990) que muestran 2.5 casos de mujeres transexuales por cada caso de varón transexual.

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

País/Estudio	Prevalencia a HaM	Prevalencia a 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 Kenna, 1974)	1/34.000	1/108.000	1/53.000	3.2/1
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)	1/2.900	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 estudios la proporción de varones transexuales tiende a igualarse a la de mujeres transexuales (Berguero y cols., 2004).

2.6.2. Incidencia

Por el término incidencia entendemos en número de casos nuevos de una determinada situación que aparecen en una población durante un tiempo determinado (Pita y Pértigas, 2003).

De la misma forma que ocurre con los datos de prevalencia, en este momento no existen estudios formales que hablen de la incidencia de la transexualidad 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, puesto 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. De este modo, reflejamos los datos de otros países (ver Tabla 5), en los que encontramos una proporción de casos nuevos igual para varones y mujeres transexuales en algunos países como Suecia (1967-1970), y también estudios en los que la proporción de casos nuevos sigue siendo mayor para mujeres transexuales, apareciendo 2.3 casos por cada caso de varón transexual.

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

País/Estudio	Incidencia/100.000 habitantes y año	Proporción HaM/MaH
Inglaterra y Gales 1966-1968 (Hoenig 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,	0.21-0.24	2.3/1

1996)		
Bélgica 1986-1994 (De Cuypere, 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).

2.7. Valoración y proceso en adultos

La transexualidad como un trastorno fue propuesta por Harry Benjamín para el reconocimiento de una realidad que debía ser reconocida por la comunidad sanitaria (Bem, 1993).

Desde que se inició su estudio desde el ámbito médico-sanitario, la valoración (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*, que recomienda la atención multidisciplinar, organizada en tres fases (terapia triádica): psicológica, hormonal y quirúrgica, las cuales se muestran de forma más detallada a continuación (ver Tabla 6):

Tabla 6. 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	-----

2.7.1. FASE DE VALORACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA NUEVA VIDA

En esta fase resulta fundamental tanto una valoración adecuada de la transexualidad como un apoyo psicosocial constante a las necesidades de la persona.

Resulta 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 utilizan generalmente los manuales de clasificación diagnóstica DSM-IV-TR (APA, 2001), elaborada por la Asociación de Psiquiatría Americana, y la CIE-10 (OMS, 1993), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (Ver Anexo II). Es la primera clasificación la que se utiliza de forma más frecuente por lo que es la que nosotros utilizamos también en nuestro estudio.

Ambas clasificaciones muestran similitudes y diferencias. En ambas se describe la transexualidad como un Desorden de Identidad, pero mientras el manual DSM habla de identidad de género, la clasificación CIE habla de identidad sexual. Pero podemos suponer que aluden a la misma realidad, así que parece que tampoco las clasificaciones diagnósticas están exentas del difícil consenso conceptual. Desde nuestro punto de vista parece que en numerosas ocasiones la diferencia es formal más que conceptual.

Por otro lado, ambas clasificaciones postulan como criterio el deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto al biológico y el malestar con el propio sexo, pero la clasificación DSM apunta un matiz importante desde nuestro punto de vista que no muestra la clasificación CIE, y es la convicción de pertenecer al sexo opuesto al biológico. Además, si bien la clasificación CIE parece ser más flexible o menos categórica en sus criterios, la clasificación DSM es más específica. Quizás esto tiene relación con los orígenes diferentes de ambas clasificaciones, mientras la primera tiene una base importante el la

clínica, la segunda apareció por la necesidad de recoger datos de tipo estadístico.

No obstante, la consideración de una realidad como trastorno y sus posibles manifestaciones han variado a lo largo del tiempo en las diferentes culturas (Busfield, 1996; Gergen, 1994), ya que parece que varían en tiempo y espacio. Por ello, el sistema de valoración no es universal y ha de estar en constante revisión (Wilson, Griffin y Wren, 2002).

Asimismo, 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 simple disconformidad con el rol social típico del propio sexo biológico, si no hay alteraciones del sentido de la identidad sexual.
2. Debe excluirse la transexualidad asociada a una enfermedad intersexual congénita (hiperplasia suprarrenal congénita).
3. Debe excluirse la 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. Debe excluirse el 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 biológico original.
5. Debe excluirse el 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. Debe excluirse la 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. Debe excluirse la homosexualidad, preferencia o atracción sexual de una persona por personas de su mismo sexo, y la bisexualidad, preferencia o atracción sexual de una persona por personas de ambos sexos.

Finalmente, nosotros pensamos que las personas transexuales se enfrentan a un doble conflicto, por un lado su conflicto mente-cuerpo y por otro el rechazo social que sufren. Esta situación genera un malestar psicológico significativo y grandes desventajas adaptativas. Así, nos parece importante como requisito una valoración psicológica de la transexualidad y el acompañamiento psicológico en el proceso puede ser aconsejable en unos casos y fundamental en otros. No obstante, para que la persona transexual inicie el proceso de reasignación es necesario que la persona no presente un estado de salud mental alterado, lo que nos hace cuestionarnos y dudar sobre cuál sería la forma de valoración más adecuada.

Aunque es necesario que las personas transexuales sean atendidas por un equipo multidisciplinar, esta valoración inicial la realiza 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: a) valorar con precisión la transexualidad de la persona; b) estudiar si existe alguna patología psiquiátrica y considerar su tratamiento; c) clarificar deseos, corregir falsas expectativas y aconsejar opciones de tratamiento y consecuencias; d) ocuparse de la psicoterapia; e) decidir sobre la elegibilidad y disposición para la terapia hormonal y la cirugía; f) hacer recomendaciones oficiales a colegas médicos y cirujanos; g) documentar el historial relevante de la persona en un informe de recomendación; h) educar a familiares e instituciones acerca de la transexualidad; i) y estar disponible para el seguimiento de los pacientes. Además, también asumen responsabilidad compartida con el especialista pertinente en la decisión de iniciar el proceso de hormonación y quirúrgico (Meyer y cols., 2001).

2.7.2. FASE 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, 1999; Blanchard, 1989).

No obstante, desde nuestra posición el apoyo psicológico puede ser importante también en este momento para trabajar la aceptación de los progresivos cambios corporales, y las implicaciones de dichos cambios. Por una lado, aceptar que en el propio cuerpo coincidirán características típicas de un sexo y de otro en ese proceso y por otro trabajar las posibles dificultades sociales de mostrarse progresivamente con un cuerpo acorde a quienes son pero incoherente con la situación legal, que inicialmente sigue siendo acorde a su anatomía biológica. Además, puede ser beneficioso trabajar con el entorno más cercano la aceptación de los cambios.

2.7.3. FASE QUIRÚRGICA

Desde el inicio del tratamiento hormonal ha de transcurrir un año para que se pueda acceder a la operación de pecho (mastectomía o mamoplastia), y al menos dos años más hasta la cirugía de reasignación genital (faloplastia o metadoioplastia, vaginoplastia o clitoroplastia), tanto en varones como en mujeres. Ésta es la secuencia protocolarizada.

Algunos autores defienden que la reasignación genital no hace sino mantener la diferencia artificial del concepto binario de sexo y género (MacKenzie, 1994), otros defienden el avance tecnológico como la solución muchas de las realidades sociales (Hausman, 1995).

Por otro lado, hay diferencias importantes entre varones y mujeres respecto a la frecuencia, metas y expectativas de las operaciones de reasignación genital. Los estudios longitudinales existentes que valoran algunos aspectos del

bienestar y de la satisfacción con la operación se centran en las mujeres transexuales, encontrando que la reasignación genital incrementa la percepción de la propia calidad de vida, encontrándose más calmadas, contentas y estables, además de no mostrar ninguna duda sobre haberse sometido a la reasignación genital, si bien la satisfacción y adaptación posteriores se relacionan con una operación satisfactoria (Rehman et al., 1999). Los chicos transexuales en mayor proporción no se someten a la reasignación genital, fundamentalmente porque la cirugía médica no ha desarrollado suficiente la técnica, con lo que en ocasiones los costes funcionales y de sensibilidad son importantes, afirmando algunos autores que es común el impacto emocional de la insatisfacción con la operación, aún estando satisfechos con la coherencia entre su identidad y su imagen corporal (Dozier, 2005).

Otros autores afirman mejorías clínicas en bienestar físico, funcionamiento ocupacional y apoyo social, y en calidad de vida tanto en varones como en mujeres transexuales (Murillo, Balaguer y Colomer, 2006).

En ambos casos, parece que fundamental el ajuste y estado psicológico previo a la operación para que la adaptación posterior sea satisfactoria (Meyer-Bahlburg, 1993; Sundbom y Bodlund, 1999).

Desde nuestro punto de vista, la secuencia no es estática ni lineal, depende de cada caso. En la realidad hay personas que, por diferentes motivos (económicos, médicos, personales, etc.), no se someten a todas las operaciones o a ninguna. Por tanto, esta fase es necesaria para la mayoría de las personas, pero no para todas. Finalmente, la decisión de operarse, a la vista de los costes y riesgos de la cirugía, ha de ser de las personas transexuales, no exclusivamente de los profesionales, cuya labor incluye acompañar y aconsejar a las personas transexuales.

En este momento, el papel del profesional de la psicología es importante para el trabajo de los deseos, las expectativas, las metas y las consecuencias de las intervenciones, estableciendo objetivos realistas y adecuados a las necesidades de la persona.

Asimismo, el trato a la persona transexual ha de ser global, prestando atención no sólo a su proceso, sino también al resto de sus necesidades. No obstante, la psicoterapia no es requisito para el proceso terapéutico (Cole y cols, 2000). 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 a sentirse mejor consigo misma, autoaceptarse, aliviar el posible y frecuente sentimiento de soledad, apoyar en el proceso familiar y social, y favorecer el desarrollo psicoeducativo del entorno de estas personas sobre la transexualidad (Ellis y Eriksen, 2002), además de establecer objetivos realistas e identificar y favorecer los recursos (Bockting, Robinson y Rosser, 1998).

No obstante, la psicoterapia es importante para personas confusas acerca de su identidad sexual, 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 Guerra y García Aberasturi, 2001).

Desde nuestro punto de vista, el apoyo psicológico ha de facilitar el proceso hasta el punto en que el conflicto cuerpo-mente desaparece, respetando los tiempos y las necesidades de la persona transexual en todo momento.

2.7.4. Criterios para el inicio de la fase de hormonación o quirúrgica (Meyer et al., 2001)

Existen dos tipos de criterios que han de cumplirse para el inicio del proceso hormonal y el quirúrgico, la elegibilidad y la disposición.

En el caso del tratamiento hormonal, 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. Y 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, también en personas que no puedan o no quieran operarse y siempre tras una valoración positiva por el especialista.

En el caso del proceso quirúrgico, los criterios de elegibilidad y disposición son diferentes, 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.

De nuevo en este caso, es posible la intervención 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.

En cualquier caso, parece que las propuestas de la Asociación Harry Benjamín, pese a servir como guía profesional, se ajusta al modelo médico, poco flexible, que no siempre atiende a la diversidad y las realidades, por lo que es

necesario seguir trabajando en este sentido, para tratar de dar cobertura a las necesidades de estas personas de forma adecuada, tratando de favorecer su adaptación vital y su bienestar de acuerdo a lo que necesitan, teniendo en cuenta, por ejemplo, las diferencias de proceso y de aceptación social entre varones y mujeres, y ajustando las actuaciones a dichas diferencias (Cromwell, 1999).

2.8. Procesos posibles

Kaplan (1998) hace 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 de su sexo biológico y asumen eficazmente el rol viviendo en su cultura de acuerdo a ese sexo biológico (Kaplan, 1998).

Las personas que se sienten del otro sexo desde al infancia, desde ese momento es frecuente que vivan de acuerdo a quienes sienten ser, aunque no sean conscientes de lo que ocurre hasta la adolescencia, momento en el que pueden presentar periodos en que intenten adecuar su forma de estar en la vida de acuerdo a su sexo biológico, de acuerdo a estereotipos convencionales (Mejía, 2006), aunque este intento finalmente no resulta satisfactorio (Gómez, Esteva y Bergero, 2006).

En nuestro país, éste es el caso más frecuente, más del 90% de personas que acuden al sistema sanitario. Además, la edad media de solicitud de la cirugía de reasignación suele encontrarse entre los 20 y los 25 años (Gomez et al., 2003), teniendo habitualmente mejor pronóstico de adaptación e integración social (Gómez, Esteva y Bergero, 2006).

Las personas que se identifican con el otro sexo de forma más tardía y gradual, habitualmente en las primeras etapas o etapas intermedias de la vida

adulta, habitualmente presentan más ambivalencia respecto a la reasignación sexual por lo que es posible que presenten una menor satisfacción tras la cirugía de reasignación genital (Gómez, Esteva y Bergero, 2006).

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 los varones transexuales resultan menos visibles socialmente, las mujeres transexuales encuentran mayor estigma y menor aceptación social, lo cual dificulta en mayor grado su integración y desarrollo vital normalizado (Hird, 2002).

Lo cierto es que, 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.

2.9. Transexualidad en la vejez

Parece que desde la gerontología se asume que el ser humano a medida que envejece se diferencia del resto de seres humanos. La diversidad de experiencias y circunstancias vitales y la forma en que cada persona se adapta a ellas favorece la idiosincrasia de cada persona y de la comunidad o comunidades a las que pertenecemos. Por esto, nos encontramos con numerosos y muy diversos grupos entre las poblaciones envejecidas. El interés en el envejecimiento es reciente, en parte debido al incremento en la edad media de la población. En los últimos años algunos profesionales han empezado a abordar la gran diversidad del envejecimiento, también la relativa al sexo y al género (Blank, 2006).

Los estudios existentes de los años setenta y ochenta, momento en el que la transexualidad no contaba con el tratamiento con el que cuenta hoy en día, hablan de un envejecimiento de las personas transexuales acompañado

habitualmente de una salud psicológica poco satisfactoria, cuestionando el tipo de tratamiento recomendable en ese caso (Lothstein, 1979).

Con posterioridad y en la actualidad, parece que las mayores dificultades en el envejecimiento de las personas transexuales están asociadas con frecuencia al deterioro físico por una atención sanitaria deficitaria, no adecuada a sus necesidades (Wilkerson, 2001) y con la pobre estimulación externa, con el contexto tan pobre en el que envejecen, con frecuentes sentimientos de soledad, influido quizás por la visión negativa que se tiene de las personas mayores unida al desconocimiento y rechazo de la transexualidad (Witten y Cook-Daniels, 1999). Por este motivo, es importante promover la integración de las personas transexuales a lo largo de todo el ciclo vital (Edwards, 2003), favorecer las relaciones con los otros y enfrentar los duelos, trabajar la autonomía física y cognitiva, y enfrentar la transformación y reducción de la actividad sexual (Blank, 2006). Desde nuestro punto de vista, parece que todavía queda mucho por andar en el estudio y la atención a las personas transexuales, también cuando envejecen.

2.10. Mitos y tópicos sobre la transexualidad

Como ya hemos venido manifestado desde nuestras primeras líneas, el ser humano necesita conocer, darse explicaciones y encontrar el sentido de las realidades que le rodean. Pero para muchas de las preguntas no tenemos respuesta. Cuando no tenemos información sobre algo, es fácil dar una explicación con la escasa o nula información con la que contamos, cometiendo habitualmente errores en la interpretación de la realidad.

Esto ocurre muy frecuentemente con la realidad transexual, su gran desconocimiento y la tradición moral judeocristiana de asunción de características muy determinadas para varones y mujeres han favorecido las atribuciones sesgadas sobre las personas transexuales (Brown y Rounsley, 2003).

A continuación, mostramos algunas de las más frecuentes, si bien no están todas las que existen y no todas las que mostramos se encuentran de forma generalizada socialmente:

1. Todas las personas transexuales odian su cuerpo y no quieren ni pueden reconciliarse con él, así que todas tienen que reasignarse genitualmente, si no, no tendrán una vida normalizada (sin que sea posible, por ejemplo, tener relaciones sexuales) y no pueden considerarse realmente personas transexuales.

Es evidente que en la transexualidad el conflicto con el cuerpo es inherente, y que, sin duda, hubiese sido más sencillo haber nacido con un cuerpo acorde a su identidad como varones o mujeres. Pero la realidad transexual está presente, y las personas transexuales tratan de vivir de forma satisfactoria e integrada, como el resto de personas, tratando de cambiar en la medida de lo posible aquello que les genera conflicto y tratando de aceptar aquello que no perciben modificable, en cada momento vital (Feinberg, 2001). Desde nuestro punto de vista, la transexualidad no puede ser definida únicamente por aquellos que finalmente se reasignan genitualmente o que siguen la secuencia lineal de intervenciones propuestas en los protocolos sanitarios. No todas las personas viven la misma realidad ni resuelven sus necesidades de la misma forma. En numerosas ocasiones los costes personales, médicos y económicos favorecen que las personas transexuales no se reasignen genitualmente y traten de aceptarse sin someterse a alguna de las intervenciones. Pero estas personas siguen siendo personas transexuales que pueden aceptarse de diferentes formas a sí mismas y a su cuerpo.

2. Todas las personas transexuales viven en un entorno marginal

Durante mucho tiempo la transexualidad ha sido asociada a la marginalidad. Lo cierto es que la difícil situación de estas personas, especialmente de las mujeres transexuales, discriminadas en una sociedad de asunción latente de preeminencia masculina, en no pocas ocasiones ha llevado a estas mujeres a desarrollar su vida fundamentalmente en la calle, donde el contacto con lo que llamamos marginalidad es mucho mayor (Mejía, 2006). Sin embargo, desde

nuestra perspectiva, esto no es así de forma generalizada y cuando está presente tiene que ver con la estigmatización que sufren. Afortunadamente, debido a la lucha por el reconocimiento de esta realidad, cada vez existe mayor aceptación y menor asociación entre marginalidad y transexualidad.

3. La transexualidad implica un trauma psíquico en la infancia y/o en la vida adulta

Las personas transexuales se enfrentan desde la infancia a no poder mostrarse como son, son educados habitualmente con constantes correcciones y pocos refuerzos, puesto que su forma de expresarse no encaja en lo que se espera de ellas. Con el paso del tiempo han de vivir con un cuerpo que no es acorde a su identidad, a quienes son. Esa situación provoca con frecuencia gran malestar psicológico que posiblemente se incrementa con el desarrollo. Aún así, para iniciar el proceso de reasignación es necesario que la persona transexual presente un estado de salud mental normalizado (Ellis y Ericksen, 2002).

4. Todas las personas transexuales imitan el prototipo más exagerado de la feminidad o de la masculinidad.

Las exigentes demandas de una sociedad que categoriza y la necesidad humana de resolver la ambigüedad de las realidades favorecen que las personas transexuales traten de cumplir dichas exigencias e intentar suplir las limitaciones anatómicas con un rol y una presencia estereotipada de varón o mujer. Sin embargo, esto no ocurre de forma generalizada, sino que cada persona transexual tiene su forma de ser varón o mujer, como el resto de los seres humanos (Garaizábal, 2006).

5. A una mujer transexual sólo le pueden atraer los hombres heterosexuales para ser realmente una mujer transexual y a un chico transexual sólo las mujeres heterosexuales.

Una persona transexual puede tener una orientación del deseo heterosexual, homosexual o bisexual, debido a que la transexualidad no es una continuación

de la homosexualidad, son independientes, una persona es varón o mujer (aunque sea un varón o mujer transexual) y puede desear erótica o amorosamente personas de su mismo género, del opuesto o de los dos (Monro y Warren, 2004).

6. Las personas transexuales cuando se reasignan genitalmente son felices

La reasignación genital sin duda favorece la desaparición del conflicto entre el cuerpo y la psique, pero ésta no implica el aterrizaje en un mundo sin dificultades, ni supone olvidar toda nuestra biografía y lo que ha supuesto. De este modo, la reasignación favorece la autoaceptación y autoafirmación personal, pero para una adaptación satisfactoria es necesario asumir nuestra biografía (Sundbom y Bodlund, 1999).

Desde nuestro punto de vista, estos tópicos y algunos otros no hacen sino generar e incrementar las dificultades a las que se enfrentan estas personas, ya que la percepción social no facilita su adaptación e integración social ni su autorrealización personal.

2.11. Dificultades y problemas comunes para las personas transexuales

Las personas transexuales se enfrentan, por un lado, a las dificultades propias como ser humano y, por otro, a dificultades derivadas de su situación específica, tanto personal como social, a circunstancias problemáticas que menoscaban de forma significativa su salud psicológica. De las dificultades más comunes, aún no estando todas, nos ocupamos a continuación.

2.11.1. Estigma, exclusión social y violación de los derechos humanos

El término estigma, propuesto por los griegos, alude a los signos corporales con los que se muestra algo no deseable. Ese aspecto indeseable, que es considerado motivo de deshonra, dificulta la aceptación, al menos de forma total. Además, las reacciones negativas que experimentan o anticipan las personas estigmatizadas por parte de los otros, unidas a la propia conciencia de trasgresión de las normas sociales establecidas debido a la propia situación

contribuye a la evaluación negativa de uno mismo, a tener una autoestima pobre, y a que aumenten la ansiedad y la soledad social (Goffman, 1963), los sentimientos de culpa y la depresión (Cole et al., 2000).

Parece que el mejor tratamiento para el estigma es el conocimiento, con lo que un conocimiento más veraz de la realidad de las personas transexuales, realizando un esfuerzo educativo y de sensibilización podría favorecer la integración de su realidad dentro de nuestra realidad social (Goffman, 1963; Lopez_Ibor, 2002). Este desconocimiento se refleja de forma muy habitual en la gran confusión entre transexualidad y homosexualidad. Ya hemos hablado de la diferencia entre una y otra, la transexualidad a quién uno es como varón o mujer, mientras que la homosexualidad alude a la orientación de nuestro deseo. Entre las personas transexuales también encontramos personas de orientación homosexual o bisexual (Monro y Warren, 2004), si bien, al igual que ocurre en la población general, la mayor parte de las personas transexuales tienen una orientación sexual heterosexual (Docter y Prince, 1997).

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

Por otro lado, la percepción que se tiene de las personas transexuales parece tener que ver con el ostracismo social y la estigmatización desde todos los ámbitos en el que se encuentran ya desde la infancia (Zucker y Bradley, 1995).

En numerosas ocasiones, cuando deciden mostrarse como son, pierden su trabajo y el apoyo de su entorno, se les niega el mismo servicio y trato en lugares públicos, y no son apoyados por las autoridades para quienes resulta una realidad molesta. En ocasiones, estas personas son víctimas de diferentes tipos de violencia física y sexual (Lantz, 1999).

Esto favorece que de forma frecuente también que mantengan durante un tiempo prolongado su situación en secreto, con los riesgos para el bienestar y el estado psicológico de estas personas, de no poder mostrarse como quienes son (Ellis y Ericksen, 2002), lo que define bien lo que algunos llaman "la muerte de la persona real" (Alexander, 1997). Incluso cuando se deciden a solicitar apoyo terapéutico, las personas transexuales están expuestas al juicio y a las críticas (Pela, 1997).

Dentro del rechazo social que se encuentran las personas transexuales en su vida cotidiana, merece especial mención la actitud a veces poco respetuosa dentro del contexto profesional.

El desconocimiento por un lado, y los fuertes prejuicios por otro, hacen que algunos profesionales sigan discriminando a las personas transexuales, y que no haya sido tema de interés para los profesionales académicos (Hill y Willoughby, 2005). Algunos de los teóricos que han estudiado la transexualidad también presentan una actitud no exenta de prejuicios, llegando a afirmar algunos que se sorprendieron al acercarse a esta realidad y descubrir que había personas transexuales cursando estudios universitarios (Lenihan y Hegarty, 2007).

En cualquier caso, parece que el tema más controvertido entre los profesionales es el referente a la reasignación genital (Green, 2000). Aunque algunos profesionales tienen en cuenta que reasignan genitales, no que cambian el sexo (Raymond, 1979), algunos otros profesionales interpretan que la imagen corporal es el árbitro del sexo (Cromwell, 1999) y que, por ejemplo, para ser mujer es necesario tener la menstruación o dar a luz (Money y Ehrhardt, 1972).

En ocasiones, anticipar el posible rechazo profesional favorece que las personas transexuales puedan mentir en algún momento sobre cuestiones específicas de su vida (como su orientación sexual), tratando de ajustarse a estereotipos sociales (Bolin, 1988, 1993).

Por otra parte, no podemos obviar la influencia actual de los medios de comunicación en la realidad social, ni uno de los objetivos prioritarios de estos medios, como es el índice de audiencia o de ventas. Por ello, tratan de mostrar lo que resulta más atractivo, no estando claros en ocasiones los límites que han de respetar de las diferentes realidades que muestran. Esto favorece el maltrato mediático, el cual si bien no es exclusivo de esta realidad, resulta muy dañino. Además, el profundo desconocimiento de esta realidad y la carga moral social facilita la información parcial, muchas veces sesgada o errónea (Gamson, 1998).

Parece evidente que con las personas transexuales se violan frecuentemente sus derechos humanos, puesto que son personas que sufren discriminación laboral que son tratadas de forma inadecuada por el sistema judicial frecuentemente (Whittle, 2002). Pero en ocasiones la situación es más grave, porque tienen mayor riesgo de sufrir situaciones donde estas personas son agredidas y abusadas de diferentes formas (Monro, 2000; Lombardi, Wilchins, Priesing y Malouf, 2001; Namaste, 1996), lo cual afecta significativamente al estado de bienestar de estas personas (Jones y Hill, 2002).

La Organización de Protección de los Derechos Humanos denuncia también el acoso y la discriminación que sufren los niños con conflictos de identidad sexual y los adolescentes transexuales en los centros educativos, llegando también en este contexto al aislamiento social y la violencia (Mejía, 2006).

En 2001, Amnistía Internacional publica un informe sobre los crímenes y torturas relacionados con la identidad sexual, en el que se hacen presentes los malos tratos por parte de las instituciones y sus trabajadores a personas transexuales. Así que legislación y práctica social dificultan que estas personas puedan desarrollarse e integrarse con los mismos derechos que el resto de personas (Monro y Warren, 2004; Mejía, 2006).

Con todo esto, pensamos que las personas transexuales se encuentran con una circunstancia que supone una doble dificultad, por un lado enfrentarse a su propia situación y, por otra, integrarse de forma normalizada socialmente, lo cual vertebrará su salud psicológica. En numerosas ocasiones pasan por

periodos de gran malestar psicológico, de desesperanza y angustia vital, de incapacidad e impotencia en la lucha por la aceptación personal y la integración social en los que llega a cuestionarse la propia existencia. De ahí, que los estudios realizados con personas transexuales reflejen un mayor índice de autoagresiones y de intentos y mortalidad por suicidio (Bergero et al., 2004; Murillo, Balaguer y Colomer, 2006).

2.11.2. Dificultades Legales

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; Louisiana, 1968; California, 1977), en Canadá, Québec (1977), Sudáfrica (1974), Australia Meridional (1988) (Campos, A., 1993)

En 1983 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 considerada 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 mediante un procedimiento judicial.

En nuestro país, tras más de 30 años desde la primera legislación al respecto, y tras varios intentos de presentación de proposiciones de ley en las que se ha instó 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, nos encontramos en un momento histórico, ya que desde el 15 de marzo de 2007, el cambio de documentación es posible mediante la

ley reguladora de rectificación registral relativa al sexo de las personas de acuerdo a su identidad (LEY 3/2007). Esta ley permite el cambio documental de nombre y sexo y garantiza la seguridad jurídica de estas personas, si bien está sujeta a restricciones, las mismas para varones que para mujeres (ver Anexo X).

Actualmente, la lucha legal está centrada ahora en legislar e incluir en la sanidad pública el tratamiento de la transexualidad. En nuestro país, el tratamiento necesario para la reasignación de las personas transexuales no es cubierto por la seguridad social, salvo en Andalucía desde 1999.

El escaso interés y los prejuicios sociales que también anidan en el ámbito sanitario respecto a esta realidad no han favorecido la formación de especialistas en esta temática. Esto, sumado a que se trata de una población minoritaria han facilitado que la asistencia a esta realidad no sea cubierta por la sanidad pública, lucha vigente en este momento.

Por este motivo, las posibilidades de reasignación entran en la sanidad privada, con costes muy elevados, ya que muy pocos especialistas trabajan la temática. Esto ha llevado a comercializar en cierta medida las necesidades de estas personas, que en medio de todas sus dificultades han de costearse el tratamiento (para lo que en ocasiones, en el caso de las mujeres transexuales, ejercen la prostitución) y, muchas veces marcharse a otros países donde la transexualidad es tratada de forma generalizada y eficaz, como Bélgica, Holanda o Tailandia (Mejía, 2006).

Sin ir más lejos y a modo orientativo, las operaciones de pecho, tanto para varones transexuales (mastectomía) como para mujeres transexuales (mamoplastia) oscilan generalmente entre los 3.000 y los 4.000 euros, las diferentes técnicas para extirpar las gónadas en el caso de los chicos transexuales (histerectomía, etc.) les suponen entre 4.000 y 5.000 euros, y las posibles operaciones de reasignación genital (faloplastia, metadoioplastia, vaginoplastia, clitoroplastia), entre 12.000 y 35.000 euros. No obstante, hay que tener en cuenta que algunas personas pueden requerir de alguna otra intervención quirúrgica que incrementaría nuevamente el coste, aunque

también es cierto que no todas las personas transexuales se someten a todas estas operaciones.

Así, la situación de inquietud y de desesperación de las personas transexuales frente a las dificultades tanto personales de autoaceptación como sociales y sanitarias, les conduce a menudo a hormonarse cuanto antes. En estos casos es frecuente que lo hagan sin supervisión médica y que maximicen 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. Pero esto les expone a riesgos graves de efectos adversos, como tromboembolismo, cáncer de mama y alteraciones hepáticas severas (Blanchard, 1989). El riesgo de autohormonarse es mayor en las mujeres transexuales, posiblemente relacionado con la situación de doble exclusión social (como personas transexuales y como mujeres) en una sociedad de corte masculino, y con las dificultades para ser atendidas por el sistema sanitario. No obstante, parece que las posibilidades de intervención sanitario así como el apoyo familiar son un factor protector para esta conducta de riesgo y otras (Murillo, Balaguer y Colomer, 2006).

Además, algunas personas transexuales, que no comparten la visión médico-sanitaria, desean solamente adquirir una apariencia acorde a quienes son, y una vez lograda, no siguen el protocolo. Así, desean hormonarse durante un tiempo y luego dejar la hormonación (Feinberg, 2001). Es importante seguir un control sanitario de estas prácticas, porque si bien la hormonación a lo largo de la vida puede tener algunos efectos secundarios que han de prevenirse si es posible, los efectos de la hormonación intermitente pueden suponer mayores riesgos para la salud de estas personas (Becerra, 2003).

Por otro lado, las personas transexuales no están amparadas legalmente en otros aspectos, como puede ser la maternidad/paternidad o el matrimonio (Monro y Warren, 2004), especialmente cuando estas personas no han cumplido los estrictos requisitos para el cambio legal.

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, 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 con 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, lo cual se debe o bien a que ellas mismas consideran que su presencia durante todo el proceso supondría un desajuste para el niño, o bien porque la pareja y padre o madre del niño, no permite el desempeño normalizado de esta función. Esto ocurre porque 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).

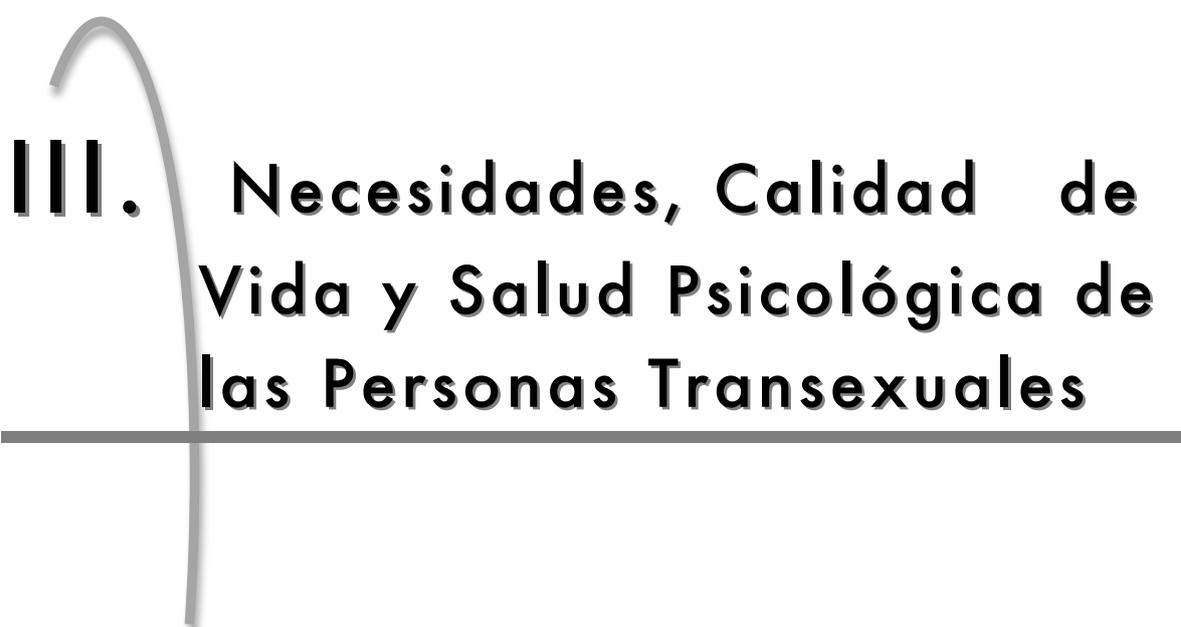
En un estudio realizado por este autor con hijos de madres y padres transexuales a través de entrevistas a los niños, queda manifiesta la aceptación de los niños de la situación de sus progenitores, la comprensión de la complejidad de la misma a medida que crecen, además de la ausencia de dificultades 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 una 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 circunstancia y no alejarle de ninguno de sus progenitores (Green, 1998). La forma en que los padres explican a los hijos la situación, las actitudes y el apoyo de otros miembros de la familia, y la respuesta del contexto escolar y social se asocian con la capacidad de los hijos para afrontar y adaptarse a los cambios familiares (Di Ceglie, 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 (Freedman, Tasker y Di Ceglie, 2002), o incluso del niño si existiesen dificultades en que comprendiese la circunstancia (Sales, 1995).

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 (Pauly, 1981, Mate-Kole, Freschi y Robin, 1988), 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).

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



III. Necesidades, Calidad de Vida y Salud Psicológica de las Personas Transexuales

NECESIDADES, CALIDAD DE VIDA Y SALUD PSICOLÓGICA DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES

Si le preguntamos a cualquier persona que es lo que más desea en la vida, con mucha probabilidad su respuesta se aproximará a: "ser feliz". Esta preocupación no es reciente, ya que desde la antigüedad el ser humano ha tratado de encontrar el camino a la felicidad, qué necesitamos para ser felices. Grandes pensadores clásicos como Aristóteles escribieron sobre el vivir bien y la buena vida.

3.1. La conceptualización del bienestar

Como ya hemos dicho, la conceptualización en torno al bienestar del ser humano no ha logrado aún consenso científico. Se han utilizado diferentes conceptos en función de los diferentes ámbitos o indicadores en los que se centren, desde lo puramente objetivo, muy asociado a la salud física y mental (Patterson, 1975) a lo puramente subjetivo (Zumbo y Michalos, 2000), asociado a la percepción que finalmente uno tiene de la propia vida y de sí mismo. Del mismo modo, no existe acuerdo en la conceptualización ni en el uso entre perspectivas y autores (Cuadra y Florenzano, 2003; Smith, 2000).

No obstante, en los últimos años se han hecho intentos por integrar las diferentes posiciones en una teoría única que trate de explicar nuestro bienestar, y en la que se recojan los indicadores más importantes tanto objetivos como subjetivos (Quality of Life Research Centre, 2000). De esta forma establecen un continuo de indicadores, desde los más subjetivos a los más objetivos (ver figura 6)

Perspectiva subjetiva

Perspectiva objetiva

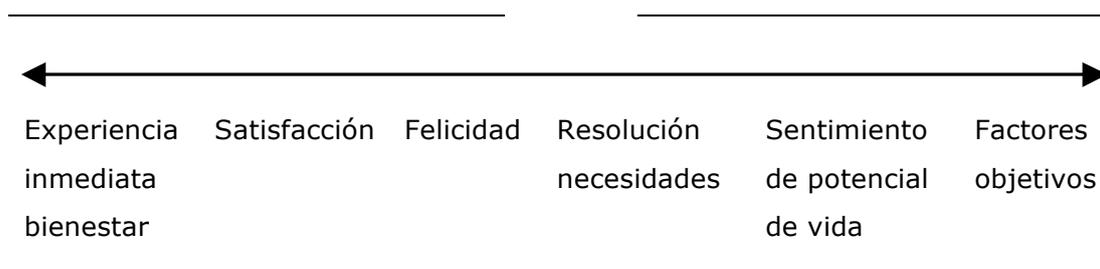


Figura 6. Continuo de indicadores de la calidad de vida

Como podemos ver, aparece en un lugar central la satisfacción de necesidades, por representar tanto lo que necesitamos como seres humanos como lo que percibimos de nosotros mismos y nuestra vida. Por ese motivo, y sabiendo que el estado de bienestar de las personas dependerá de en qué medida éstas resuelvan sus necesidades (López, 1994, 2009), nos centraremos a continuación en el estudio de las necesidades humanas y en cómo las personas transexuales resuelven sus necesidades.

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 calidad de vida y su salud psicológica se ven afectadas y menoscabadas. Por ello, resulta de especial interés conocer qué factores y en qué medida intervienen en la salud psicológica de estas personas, en función de que puedan o no cubrir sus necesidades básicas, con el fin de poder trabajar dichos aspectos y mejorar su estado de salud psicológica.

No obstante, apenas existen estudios sobre la calidad de vida y 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, 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 et al., 2004).

Así, no contamos con estudios realizados con personas transexuales sobre diferentes aspectos fundamentales para la salud psicológica de las personas como la autoestima (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998), la imagen corporal (Marone, Iacoella, Cecchini y Ravenna, 1998), las estrategias de afrontamiento (Diener, Suh y Oishi, 1997), soledad –social y emocional- (van Tilburg, Havens y de Jong Gierveld, 2004) y satisfacción sexual (Snell, 1995). Tan sólo existe un estudio con población española en el que se tengan en cuenta algunos de estos factores (Fernández-Rouco, López y Carcedo, 2006). Sin embargo recurriremos a otros estudios llevados a cabo con población excluída socialmente para acercarnos de una manera más fidedigna a la realidad de esta población (Carcedo, López y Orgaz, 2005; Carcedo, López, Orgaz, Toth y Fernández-Rouco, 2008; Carcedo et al., 2010).

En este capítulo abordamos los conceptos relacionados con la salud psicológica y la calidad de vida, posteriormente aspectos y teorías relacionadas con las necesidades humanas, abordando aspectos personales e interpersonales, para posteriormente mostrar lo que se conoce hasta el momento acerca de algunos aspectos considerados fundamentales a la hora de valorar el estado de bienestar de la persona y evaluarlo en nuestra muestra de personas transexuales y concluir con el marco teórico de nuestro estudio, en el se enmarcan nuestras variables.

3.1.1. Posicionamientos teóricos en torno al bienestar

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 dos perspectivas de la salud psicológica o salud mental:

3.1.1.1. *La salud psicológica como bienestar y calidad de vida.*

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, una predisposición para mantener una actitud positiva incluso frente a las dificultades vitales (Jahoda, 1958; Gutiérrez, 1990).

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).

Así, 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 en esta perspectiva disposicional el concepto de satisfacción, uno de los conceptos más estudiados y según el cual el sentimiento y la vivencia de una situación priman sobre la situación en sí, entendido 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)

Por otro lado, el bienestar 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).

Así, numerosos autores diferencian el bienestar psicológico, definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento positivo, de la satisfacción, entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales y de la calidad de vida, que es el grado en que ésta es percibida favorablemente, considerando que se puede 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 nos 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)

Dimesiones 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)

Hablamos de calidad de vida cuando nos referimos 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).

Así, para algunos autores la calidad de vida no atiende más que a la salud o bienestar físico (Patterson, 1975; y 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 et al., 1996), apoyo social (Haug y Folmar, 1986; y Sherwood et al., 1996), o factores del contexto (Lawton, 1991, 1997).

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

El grupo World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) define la calidad de vida como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupación" (Lucas, 1998). Como vemos, la calidad de vida es un concepto amplio, que según los propios autores, incluye la evaluación de la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el ambiente que rodea al individuo (WHOQOL Group, 1994). De hecho, la versión reducida del instrumento creado por la OMS para medir la calidad de vida evalúa cuatro áreas principales: salud física, psicológica, social y ambiental.

La definición de calidad de vida es, además, consistente con la definición de Salud de la OMS, entendida como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (OMS, 1958).

3.1.1.2. *La salud psicológica como presencia/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 refiera 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 et al., 1993; Brown, 1993; Brown, Harris, y Hepworth, 1994; Frank, Anderson, Raynolds, Ritenour, y Kupfer, 1994; Kendler et al., 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, desde el concepto de ausencia de bienestar.

Desde nuestro punto de vista, es importante tener en cuenta el posicionamiento desde el bienestar como el centrado en la ausencia del mismo o la presencia de malestar, puesto que los indicadores recogidos desde ambos posicionamientos nos ofrecen información clave para la intervención sobre el mismo. Además, el contemplar las variables desde ambas perspectivas obtendremos información específica tanto de promoción como de prevención e incluso intervención psicosocial en personas con vivencias muy diferentes.

3.1.1.2.1. 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). Se conoce que 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).

Existen numerosos modelos teóricos que tratan de explicar las emociones, pero 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).

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). Así, desde una perspectiva cognitiva, interactiva y

multidimensional, la ansiedad es una emoción desagradable, caracterizada por malestar subjetivo, alta activación fisiológica e inquietud motora, y se encuentra ligadas 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).

No obstante, 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)

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).

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).

Así, 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 (Andreasen, 1985).

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

3.1.1.2.2. 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, su comorbilidad es elevada (Dobson, 1985; Barlow, 1988; Maser y Cloninger, 1990; APA, 1994).

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).

La presencia de ansiedad y depresión son índices de ausencia de bienestar (Endler, Macrodimitris y Kocovski, 2003).

Por otro lado, a las manifestaciones ansiosas y depresivas no se les ha prestado excesiva atención desde la literatura, 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 et al., 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, Ruiter, Ringelberg y Cohen-Kettenis, 1997).

Así, 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 menoscabada, 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.

3.2. Las 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 (Solana, 1993; Ardouin, Bustos, Gayó y Jarpa, 2000; Cortés, 1997; 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, 2008). Este último desarrollando teorías específicas sobre las necesidades infantiles y las necesidades interpersonales adultas que serán referencia de numerosos estudios e intervenciones psicosociales.

3.2.1. 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 y que son referencia de uno u otro modo del marco teórico de nuestro estudio.

3.2.1.1. 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 -de la estima de uno/a mismo/a 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).



Figura 7. Jerarquía de las necesidades humanas de Maslow.

Tales necesidades están organizadas jerárquicamente en una pirámide, encontrándose las fisiológicas en la base y las de autorrealización en el vértice (ver figura 7). 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).

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 de lo que Maslow denomina necesidades psicológicas o del ego, necesidades sociales y necesidades de seguridad, 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, tienen relaciones con las

que compartir su tiempo y su ocio, y alguna relación que les da seguridad, que perciben como incondicional, lo cual no ocurre así frecuentemente entre las personas transexuales, cuya valoración de sí mismas a menudo es negativa, con frecuencia con una red social escasa y sin relaciones en las que se sientan seguras emocionalmente, por las circunstancias y contexto particular. Esto dificulta su autorrealización personal.

3.2.1.2. 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 (Max Neef et al., 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 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 et al., 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 7). Así, la posibilidad de cubrir o no estas necesidades es la que determina un estado de salud psicológica satisfactorio (Max Neef et al., 1986).

Tabla 7. 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
AFECTO	9-Autoestima, decisión, generosidad, receptividad, pasión, sensualidad, sentido del humor, tolerancia, solidaridad, respeto	10-Amistades, relaciones familiares, relaciones con la naturaleza	11-Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, ocuparse de cultivar, apreciar	12- Vida 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, responsabilidades, 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,	22- Habilidades, oficios, método, trabajo	23- Trabajar, inventar, construir,	24- Marcos productivos y de reaprovechamiento

	imaginación, audacia, racionalidad, inventiva, autonomía, curiosidad		diseñar, componer, interpretar	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- Comprometerse, 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 muchas personas las necesidades de subsistencia, ya 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. Además, 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 en relación al valor que se atribuyen a sí mismas, es decir, a su autoestima, la necesidad de afecto en

relación a la autoestima, o la necesidad del hacer y de la participación, como expresión de la forma en que afrontan su situación vital y su contexto, vitales 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.

3.2.1.3. 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 si 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 8). 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 8. 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, y que afecta de forma significativa a su estado de salud psicológica.

3.2.1.4. Teoría de la producción de funciones sociales (SPF)

Esta teoría ha sido aplicada en numerosas ocasiones con diferentes poblaciones (Frieswijk, 2004; Nieboer y Lindenberg, 2002; Ormel, 2002; Shuurmans, 2004; Steverink, 2001; Wielers, 1991), e incluso para conocer el impacto social en la depresión (Meertens, 2004).

Esta teoría defiende que las personas tratan de resolver sus dificultades vitales tratando de optimizar dos objetivos universales (bienestar físico y social) y cinco objetivos instrumentales asociados a esos dos objetivos universales: estimulación (referida a actividades que producen activación o esfuerzo físico o mental) y confort (referido a la ausencia de necesidades físicas de sueño, hambre, etc.) para el bienestar físico y confirmación conductual (entendida como la percepción de haber hecho lo adecuado), estatus (en cuanto a la posición y reconocimiento interpersonal) y afecto (vínculos de amor, amistad, etc.) para el bienestar social, siendo estos cinco recursos son considerados de

primer orden. Desde esta teoría, otro tipo de recursos dependerían de las características particulares de la cultura, grupo o persona.

La teoría de la producción de funciones sociales integra una teoría de objetivos y una teoría conductual. La teoría conductual asume que las personas tienen un rol activo en lograr sus objetivos de manera inteligente y de esa manera resolver sus necesidades, pero su racionalidad está fuertemente influida por sus circunstancias sociales.

Este planteamiento entiende el bienestar subjetivo como un estado de bienestar que se logra a partir de la habilidad de la persona para conseguir los recursos universales de bienestar físico y social y su perspectiva de futuro. En cambio, el bienestar social se logra a través de tres condicionantes sociales: afecto (sentirse querido/a), confirmación conductual (creer que lo que uno hace es lo adecuado) y estatus (situación reconocida con respecto a diferentes ámbitos como la educación, las habilidades, etc.). Este planteamiento aborda cuestiones importantes relacionadas con las variables de nuestro estudio, desde el afecto en relación a la soledad emocional, a la confirmación y estatus que nos hablan de las relaciones sociales y también en alguna medida de la autoestima en el caso de las personas transexuales.

3.2.1.5. 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 (relativa al grado de capacidad que una persona siente en diferentes ámbitos de su vida), necesidad de autonomía (necesidad de sentirse responsable y libre de la propia toma de decisiones) y necesidad de relacionarse (establecer y mantener vínculos interpersonales). 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 9). 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, las relaciones interpersonales y los niveles de ansiedad y depresión (Ryan y Deci, 2000).

Tabla 9. 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, las relaciones interpersonales o la ansiedad y depresión.

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 que dificulta la resolución de sus necesidades básicas.

3.2.1.6. Teoría de la Soledad de Weiss

Dentro del estudio de la soledad, Weiss (1973) realizó una propuesta de estudio de la soledad que incluía dos dimensiones: social y emocional. Recientemente, esta diferenciación ha recibido un gran apoyo debido a su utilidad para diferenciar dos experiencias diferentes de soledad y sus determinantes específicos (Dugan y Kivett, 1994; Dykstra y de Jong Gierveld, 2004; van Baarsen, Snijders, Smit y van Duijn, 2001; van Tilburg, Havens y de Jong Gierveld, 2004). Según Weiss (1973), la soledad social es el resultado de la ausencia de pertenencia a una red social satisfactoria que además conlleva sentimientos de aburrimiento, depresión, falta de metas, marginación, sinsentido de la vida, deseo de búsqueda y compañía de personas, y que puede implicar, en algunos casos, comportamientos desviados como hablar con uno mismo o el alcoholismo. Este estado sólo puede ser remediado por el acceso a una red social satisfactoria para el individuo. Como explicamos un poco más abajo, esta variable ha sido evaluada con el ítem de soledad social de Russell, Cutrona, Rose y Yurko (1984) y con la subescala de soledad social de la *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA)* de DiTommaso y Spinner (1993). Por otro lado, la soledad emocional es definida como el resultado producido por la ausencia o pérdida de una relación de apego muy cercana que produce un sentimiento de completa soledad, ansiedad, estado de alerta, hipersensibilidad a pequeñas señales, constante atención a señales para resolver la soledad, abandono, focalización en las amenazas de abandono, miedo y constante evaluación (Weiss, 1973). Cuando esta ausencia o pérdida de la relación de apego ocurre dentro de la familia (origen o formada), se denomina soledad emocional familiar, y cuando es con una relación de pareja, se conoce como soledad emocional romántica (DiTommaso y Spinner, 1993).

Evaluar los sentimiento de soledad en las personas transexuales resulta especialmente relevante en la medida en que su vivencia tiene un gran componente social, como ya hemos visto.

3.3. Salud Psicológica y Calidad de Vida

La posibilidad o no de cubrir las necesidades básicas humanas sin duda tiene relación directa y fundamental con el estado de salud psicológica y la calidad de vida de las personas. Así, 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. Así, 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, 2002), 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 relacionada 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 (Veenhoven, 1991, 1995; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Argyle y Martín, 1987).

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., también en las personas transexuales, por lo que tratamos de reflejar a continuación los diferentes estudios que se han ocupado de la salud psicológica y diferentes variables relacionadas con ella en personas transexuales.

Finalmente, ¿cómo podemos explicar el bienestar de las personas transexuales?:

3.3.1. Aspectos personales e interpersonales, calidad de vida y salud psicológica de las personas transexuales

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).

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, 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 et al., 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 determinados aspectos, en este estudio 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 la imagen corporal, por ser, 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 en relación a las diferentes necesidades, aspectos y variables fundamentales para su salud psicológica, en este caso, personales, sigue un curso marcado por dicha circunstancia desde la niñez, lo cual 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 circunstancia determinada, sino cuyo estado depende de una circunstancia vital indisoluble de uno mismo, de la identidad personal.

3.3.1.1. 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. Así, no sólo la autoevaluación es importante en la autoestima, sino que la evaluación de los demás juega un importante papel (Brumberg, 1997).

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; y 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).

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 et al., 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.

3.3.1.2. 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). En este sentido tiene que ver con las percepciones, sentimientos y pensamientos que uno tiene de sí mismo en relación a su cuerpo y su apariencia (Pruzinsky y Cash, 1990; Cash, 1990, y Pruzinski, 1990).

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 (Pruzinsky y Cash, 1990; Cash, 1990; y Pruzinski, 1990).

No obstante, 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.

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 percepción unitaria se complementa con la percepción selectiva de las partes del cuerpo (Ruggieri, Marone y Fabricio, 1997).

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 et al., 2005). Así, una pobre imagen corporal, estaría relacionada hasta cierto punto con una pobre autoestima (Eklund y Bianco, 2000).

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 et al., 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).

Así, 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 se inicia y se desarrolla el proceso de reasignación sexual (Fleming et al., 1982).

3.3.1.3. 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)

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).

Así, 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)

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

Así, las estrategias utilizadas resultarán 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 (Selye, 1975; Richard, 1995).

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.

3.3.1.4. Soledad social y emocional

Existe una amplia evidencia empírica que relaciona la ansiedad y el estrés con la soledad, en el sentido que a mayor soledad mayor ansiedad y estrés, y viceversa. Esta relación se ha comprobado tanto con autoinformes (Cacioppo *et al.*, 2000; Cacioppo, Hawkley, Crawford, *et al.*, 2002; Hawkley *et al.*, 2003) como con medidas fisiológicas que han encontrado que los individuos que presentan rasgos solitarios tienen niveles medios de cortisol más altos, indicador fisiológico de la ansiedad, o niveles más bajos de hormonas relacionadas con el estrés (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1984; Hawkley *et al.*, 2003), aunque otros estudios no han obtenido dicha relación (Cacioppo, Hawkley, Crawford, *et al.*, 2002). También existe una clara relación positiva entre *depresión* y soledad. Esta relación ha sido encontrada en diferentes estudios con distintas poblaciones (Alpass y Neville, 2003; Anderson y Arnoult, 1985; Beeson, 2003; Kim, 2001; Nangel, Erdley, Newman, Mason y Carpenter,

2003; Prince, Harwood, Blizard y Thomas, 1997; Segrin, Powell, Givertz y Brackin, 2003).

Algunos autores, partiendo de la diferenciación que establece Weiss (1973) entre soledad social y emocional (familiar y romántica), han puesto a prueba la hipótesis que planteaba dicho autor al afirmar que la soledad emocional estaba más relacionada con la salud mental que la soledad social. En contra de esta hipótesis, DiTommaso y Spinner (1997) observaron que tan sólo la presencia de una alta soledad social predecía unos niveles altos de ansiedad y depresión, y niveles bajos de salud mental general. La explicación que dan estos autores es que la muestra que utilizaron en su trabajo, estaba formada por estudiantes universitarios jóvenes. En esta edad, puede tener más importancia las relaciones sociales y de amistad que las relaciones familiares y/o de pareja. Sin embargo, en otro trabajo realizado por DiTommaso, Brennan y Best (2004) (2004), se observó que la soledad emocional familiar era la variable que se asociaba con más fuerza con la salud física y mental, mientras que tan sólo se encontraron correlaciones bastante bajas de la soledad social y emocional romántica con la salud mental.

Por otro lado, la soledad ha sido relacionada con la calidad de vida en diferentes poblaciones, de modo que se ha encontrado que a mayor sentimiento de soledad menor calidad de vida (Arkar, Sari y Fidaner, 2004; Borge, Martinsen, Ruud, Watne y Friis, 1999). Igualmente, se ha encontrado que tanto la soledad social como la soledad emocional familiar y romántica correlacionan inversamente con la satisfacción general con la vida (DiTommaso *et al.*, 2004). También, se ha encontrado que las parejas no casadas que conviven juntas se muestran más felices que las personas que viven solas (Kurdek, 1991; Mastekaasa, 1995). La satisfacción con la pareja parece ser uno de los predictores más importantes de la satisfacción con la vida (Diener *et al.*, 1999). En un estudio longitudinal, Headey, Veenhoven y Wearing (1991) examinaron los efectos de diferentes aspectos relacionados con la satisfacción general con la vida. Tan sólo la satisfacción marital presentó una relación significativa.

Sin embargo, cuando nos centramos en personas transexuales, no encontramos estudios que estudien los sentimientos de soledad, ni en sí mismos, ni relacionados con el estado de bienestar. Este vacío científico es uno de los motivos más importantes de la inclusión de esta variable en nuestro estudio.

3.3.1.5. Satisfacción sexual

Finalmente, según Zimmer (1987), existe una relación recíproca entre ciertos problemas mentales como la ansiedad, la depresión y la fatiga, con los problemas de pareja y sexuales. Por un lado, estos problemas mentales influyen negativamente en la satisfacción de pareja y sexual, mientras que una baja satisfacción de pareja y sexual puede producir síntomas de ansiedad, depresión, etc. Todos estos aspectos se retroalimentan recíprocamente.

Por otro lado, la relación de la satisfacción sexual con la calidad de vida se ha estudiado preferentemente en situaciones que imponen una serie de limitaciones para obtener una respuesta sexual adecuada. Es decir, se ha visto si la satisfacción sexual se relaciona con la calidad de vida en muestras de personas que presentan algún tipo de disfunción sexual (Ventegodt, 1998), discapacidad física (Walters y Williamson, 1998), enfermedad (Fegg *et al.*, 2003; Hegarty, Hegarty y Fitzpatrick, 2001), etc. En todos estos trabajos, se ha observado como la satisfacción sexual se asocia de manera positiva con la calidad de vida, en el sentido que a mayor satisfacción sexual mayor calidad de vida. Quizás, uno de los estudios más interesantes es el trabajo realizado por Ventegodt (1998) con una muestra de 741 varones y 753 mujeres de Dinamarca. Una de las conclusiones más interesantes que obtiene, es que las personas que no consideran tener una vida sexual activa en la actualidad, muestran una menor calidad de vida que los que sí.

Las personas transexuales, dadas sus características resuelven con dificultades, al menos en algún momento de su vida, sus necesidades sexuales. No obstante, hasta el momento el interés se ha centrado en evaluar la satisfacción con respecto a la reasignación sexual, estudiando en qué medida afecta a la calidad de vida (Hurtado, Gómez y Donat, 2006). Sin

embargo, tampoco contamos con estudios que aborden la funcionalidad y satisfacción con respecto a la sexualidad, lo cual también abordaremos en este trabajo.

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).

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

Desde nuestro punto de vista, por todo lo visto hasta el momento, todas las variables planteadas son relevantes a la hora conocer el estado de salud psicológica y calidad de vida de las personas transexuales, motivo del planteamiento de nuestro estudio empírico.

3.3.1.6. Calidad de vida y salud psicológica

Como ya hemos dicho a lo largo del texto, el bienestar ha sido estudiado desde diferentes perspectivas y variables. En este sentido, han tratado de conocerse también los aspectos que resultan especialmente relevantes para su estudio.

Como hemos reflejado al describir los estudios sobre nuestras variables, encontramos que diferentes aspectos personales e interpersonales de especial interés en el estudio del bienestar.

Por un lado, sabemos que disfrutar de una adecuada autoestima (y percepción sobre la propia imagen corporal) favorece un estado de bienestar satisfactorio

(Diener, 1984), de la misma manera que lo hace afrontar de forma activa las dificultades (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otro lado, también la soledad se relaciona con la calidad de vida en diferentes poblaciones, encontrando que a mayor sentimiento de soledad menor calidad de vida (Arkar, Sari y Fidaner, 2004; DiTommaso *et al.*, 2004).

Finalmente, , se ha visto en diferentes estudios y poblaciones que la satisfacción sexual se asocia de manera positiva con la calidad de vida, en el sentido que a mayor satisfacción sexual mayor calidad de vida (Hegarty, Hegarty y Fitzpatrick, 2001).

Como hemos podido ver, son diversos los estudios que relacionan nuestras variables personales e interpersonales con la calidad psicológica y la calidad de vida, no siendo así en población transexual, objeto de nuestra investigación.

3.4. MARCO TEÓRICO DE NUESTRO ESTUDIO: 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 el afrontamiento y en la satisfacción de sus necesidades y las de su entorno.

Se trata de un modelo interactivo, alejado de posturas innatistas y ambientalistas extremas. Así 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 formas diversas, 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.

Así, las necesidades para López (2006, 2009) 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 10).

Tabla 10. 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

Partiendo de esta teoría, López (2008, 2009) se centra en las necesidades emocionales y afectivas y propone la Teoría de las Necesidades Interpersonales Básicas (López, 1997), en la que incluye y desarrolla las tres necesidades emocionales y afectivas propuestas en la teoría original:

1. Necesidad de seguridad emocional a través de vínculos percibidos como incondicionales y duraderos: hace referencia al vínculo del apego. Este vínculo normalmente se establece con familiares (especialmente con la madre) y con la pareja en la edad adulta. Si no se cubre esta necesidad, la persona sentirá soledad emocional; es decir, sentimientos de inseguridad, abandono, falta de protección, etc.

2. Necesidad de una red de relaciones sociales: se resuelve a través del vínculo de la amistad, la relación con amigos, conocidos y la pertenencia a una comunidad. Si no se resuelve convenientemente, el individuo sentirá soledad social, o lo que es lo mismo, sentimientos de marginación, aburrimiento, etc.

3. Necesidad de contacto corporal e intimidad: esta necesidad también ha sido denominada por este autor como necesidad de contacto corporal placentero. Se resuelve a través de los contactos sexuales asociados al deseo, la atracción y el enamoramiento con una pareja sexual. Si no se resuelve esta necesidad satisfactoriamente, el individuo sentirá frustración sexual, tensión y/o insatisfacción sexual.

López (1997) plantea que estas necesidades también están biológicamente determinadas en el ser humano, ya que las tres favorecen nuestra supervivencia. Puesto que la necesidad de intimidad sexual favorece la reproducción y la necesidad de red social favorece la pertenencia a un grupo y, por tanto, el cuidado de las crías y la necesidad de seguridad emocional favorece su protección. Además, plantea que estas necesidades se relacionan unas con otras a lo largo de la vida.

Además, con frecuencia cada necesidad es resuelta a través de una figura determinada; es decir, la familia resuelve la necesidad de seguridad emocional, los amigos la necesidad de red social y la pareja la necesidad de seguridad emocional y la necesidad de intimidad sexual. Pero esto no siempre es así, ya que la familia puede satisfacer también la necesidad de red social, los amigos, o alguno de ellos, puede resolver la necesidad de seguridad emocional e incluso de intimidad sexual y la pareja puede resolver también la necesidad de red social (López, 2008).

Por esto, lo importante es poder resolver nuestras necesidades, con independencia de la forma en que las resolvamos, ya que de no resolverlas aparecerán diferentes tipos de soledad (ver figura 8):

Necesidad de

Necesidad de red

Necesidad de

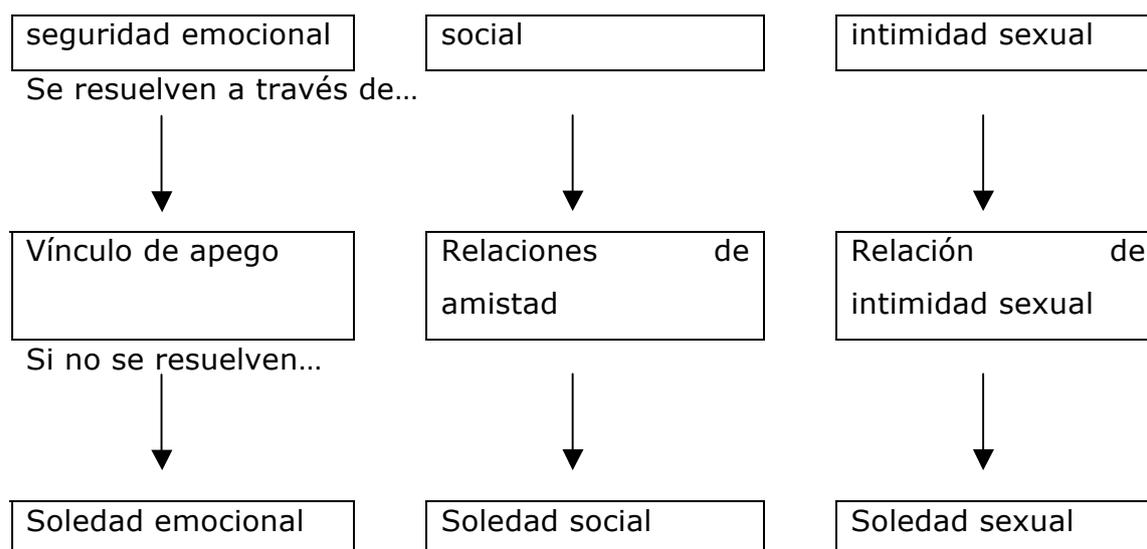


Figura 8. Necesidades interpersonales, vínculos y figuras a través de los que se resuelven y tipos de soledad presentes si no se resuelven

Aunque, como hemos mencionado anteriormente, este modelo no ha sido aplicado a las mujeres lesbianas, numerosos estudios examinan aspectos de gran relevancia en torno a la satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas y sus repercusiones en el bienestar de las personas homosexuales.

El estudio de las necesidades humanas ha sido aplicado a diferentes contextos como el infantil (López, 1995) u otras poblaciones socialmente excluidas (Carcedo, López y Orgaz, 2005), 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 cubrir dichas necesidades.

Las personas transexuales se encuentran con serias dificultades a la hora de resolver muchas de las necesidades básicas planteadas, si bien prestamos atención en este estudio 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. Este 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 y calidad de vida de las personas transexuales.

A continuación mostramos una tabla resumen de los aspectos de diferentes teorías de las necesidades humanas y del bienestar, que provienen tanto de diferentes propuestas teóricas como de diferentes evidencias empíricas que acabamos de ver, los que se recogen de forma unificada en la teoría de las necesidades humanas de López (ver Tabla 11).

Tabla 11. Necesidades incluidas en otras teorías relacionadas con la teoría de las necesidades humanas de López.

Tªs	Teoría de las Necesidades de López					
	Necesidades Humanas			Necesidades Interpersonales		
	Necesidades físicas	Necesidades Mentales	Necesidad Participación/Autonomía	Necesidades sociales	Necesidades emocionales	Necesidades sexuales
Maslow	Fisiológicas		Autorrealización	Amor y pertenencia Estima	Amor y pertenencia Seguridad	Amor y pertenencia
Max Neef	Subsistencia	Creación Libertad	Participación	Participación Ocio	Protección Afecto	
Doyal y Gough	Salud física	Enseñanza	Autonomía		Seguridad	
Weiss				Soledad	Soledad	

				social	emocional	
Nieboer y Lindenbergr	Confort	Estimulación	Confirmación conductual Estatus		Afecto	
Ryan y Deci			Autonomía	Relaciones	Relaciones	Relaciones

“pregúntame qué significa ser quien soy, y tal vez podamos hablar..., tal vez”
Harjinder Grewal, 2006

ESTUDIO EMPÍRICO

IV. Planteamiento del problema

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿QUÉ NECESIDADES PERSONALES E INTERPERSONALES TIENEN LAS PERSONAS TRANSEXUALES Y QUÉ FACTORES SE RELACIONAN CON SU GRADO DE BIENESTAR? ESTOS SON LOS TEMAS MENOS ESTUDIADOS Y, PRECISAMENTE POR ELLO, AQUELLOS EN LOS QUE NOS VAMOS A CENTRAR EN NUESTRO ESTUDIO.

Conocido es que la transexualidad se ha dado 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 y, sobre todo, para ayudarles profesionalmente. 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 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 es transexual (varones biológicamente) y uno de cada 30.000 varones es transexual (mujeres biológicamente) (Michel y cols., 2001), sus dificultades son máximas, ya que produce patrones de comportamiento que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa: ¿cómo comprenderse y aceptarse en una sociedad que les rechaza y estigmatiza, con unos servicios sanitarios que no reconocen sus problemas y no les presta ayudas o lo hace solo desde la perspectiva de que son supuestamente enfermos?

Una de sus dificultades más importantes es el aislamiento social, que repercute notablemente en el nivel de autoestima, ya que estos pacientes tienen que enfrentar consecuencias adversas por tener un autoconcepto poco reforzado socialmente, además de problemas escolares y de desempleo. Muchas personas con un diagnóstico de disforia de género 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 transexuales (la mayoría con numerosas limitaciones): Tsushima y Wedding (1979), sin definición de criterios y muestra reducida, Greenberg y Laurence (1981), sin definición de criterios y muestra reducida, Hunt y cols. (1981), sin grupo

control, muestra reducida), Leavitt y Berger (1990), sin grupo control, sin datos de prevalencia, Cole y cols. (1997), sin grupo control, Miach y cols. (2000), sin grupo control.

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.

Sobre todo, parece fundamental dejar claro que muchos de estos efectos psicopatológicos tienen origen en la inadecuada respuesta profesional, familiar y social.

2. Estudios de diferencias entre pacientes 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), el cual muestra 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: Jones y Hill (2002), descontento por el interés del terapeuta de hacer que los sujetos se adapten al cuerpo con el que han nacido, Rachlin, (2002), transexuales con experiencias positivas por la ayuda de los terapeutas a adaptarse a su nueva identidad.

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.

Por otra parte, 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).

Por lo tanto, se hace 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.

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), y destacando cómo afecta este aspecto a la sexualidad de 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.

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.

Finalmente, con frecuencia en el estudio de la transexualidad se obvian algunos aspectos fundamentales para el ser humano, como lo son los

relacionados más directamente con las necesidades interpersonales, desde la soledad a la satisfacción sexual.

En este sentido, no existen estudios sobre la situación de soledad de las personas transexuales, aunque conocemos que esta dimensión resulta de vital importancia para cualquier ser humano y que muestra una estrecha relación tanto con la salud psicológica (Alpass y Neville, 2003; Beeson, 2003; Hawkley *et al.*, 2003) como con la calidad de vida (Arkar, Sari y Fidaner, 2004). En esta línea, algunos autores plantean que la soledad con respecto a la pareja es uno de los predictores más importantes para la insatisfacción con la vida (Diener *et al.*, 1999).

Por otro lado, la satisfacción sexual de las personas transexuales es un aspecto que ha suscitado un mayor interés por parte de los investigadores, si bien es verdad que los datos con los que contamos a este respecto son poco numerosos y limitados, puesto que dicho interés se ha centrado en la satisfacción sexual con respecto a la reasignación (Gómez, Esteva y Bergero, 2006; Rehman *et al.*, 1999), siendo pocos los trabajos que han abordado de una u otra forma la satisfacción con la vivencia de la sexualidad (Dozier, 2005).

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 mencionados anteriormente, tanto los personales (autoestima, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) como los más interpersonales (soledad social, familiar y de pareja, y satisfacción sexual). Se trata de integrar los aspectos y necesidades personales e interpersonales importantes para la salud psicológica según diferentes teorías y estudios, identificar qué variables resultan de fundamental relevancia, y la relación entre los diferentes aspectos, con el fin de poder incidir en el trabajo de tales aspectos con las personas transexuales y favorecer así el estado de salud psicológica y la calidad de vida de las personas transexuales.



V. Objetivos e hipótesis

OBJETIVOS

- Describir el estado de bienestar de las personas transexuales en relación a las necesidades personales e interpersonales y atender a las propuestas de estas personas sobre cómo mejorar su estado de bienestar.
- Localizar las diferencias entre varones y mujeres respecto a su calidad de vida y su salud psicológica y las variables con que ésta se relaciona.
- Identificar qué aspectos personales e interpersonales se relacionan con la salud psicológica (ansiedad, depresión y calidad de vida) de las personas transexuales.
- Describir las sugerencias que las personas transexuales plantean como útiles o necesarias para la mejora de su estado de bienestar.

HIPÓTESIS

Suponemos que:

Hs 1.1. La situación con respecto a las variables personales e interpersonales de varones y mujeres transexuales es diferente, de tal manera que las mujeres transexuales presentarán una menor autoestima, una peor imagen corporal y utilizarán estrategias de afrontamiento evitativo (variables personales), un mayor estado de soledad, menor satisfacción sexual (variables interpersonales), y mayores niveles de ansiedad y depresión (salud psicológica).

Hs 1.2. La situación con respecto a las variables personales e interpersonales de varones y mujeres transexuales es diferente, de tal

manera que las mujeres transexuales presentarán una menor autoestima, una peor imagen corporal y utilizarán estrategias de afrontamiento evitativo (variables personales), un mayor estado de soledad y menor satisfacción sexual (variables interpersonales), además de un peor estado de calidad de vida

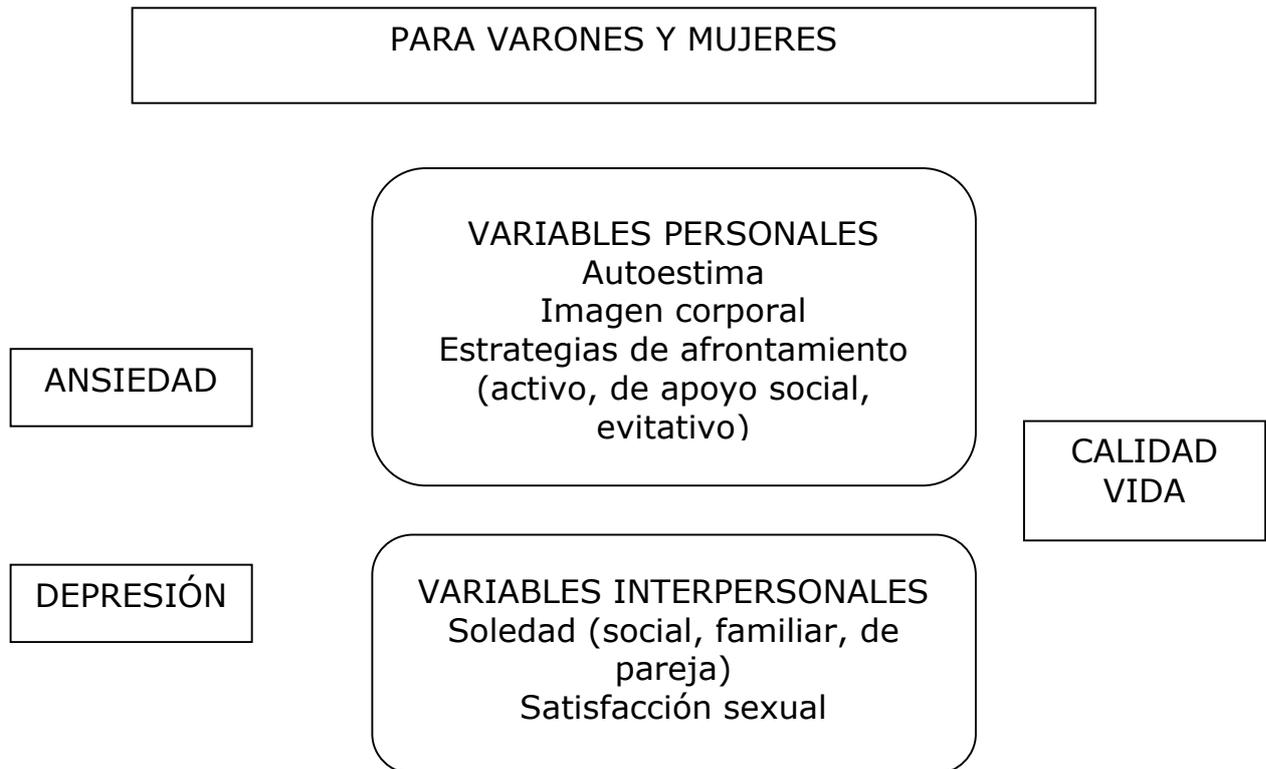


Figura 10. Estado de varones y mujeres transexuales respecto a las variables a estudiar

Hs 2.1. Las variables personales (autoestima, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) y las variables interpersonales (soledad familiar, social y de pareja, y la satisfacción sexual) se asocian con el nivel de ansiedad de las personas, de tal forma que una mayor autoestima, una mejor imagen corporal, unas estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social, una menor soledad familiar, social y de pareja y una mayor satisfacción sexual se relacionarán con menores niveles de ansiedad y depresión de las personas transexuales.

Hs 2.2. Las variables personales (autoestima, imagen corporal y estrategias de afrontamiento) y las variables interpersonales (soledad familiar, social y de pareja, y la satisfacción sexual) se asocian con el nivel de depresión de las personas, de tal forma que una mayor autoestima, una mejor imagen corporal, unas estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social, una menor soledad familiar, social y de pareja y una mayor satisfacción sexual se relacionarán con un peor estado de calidad de vida de las personas transexuales.

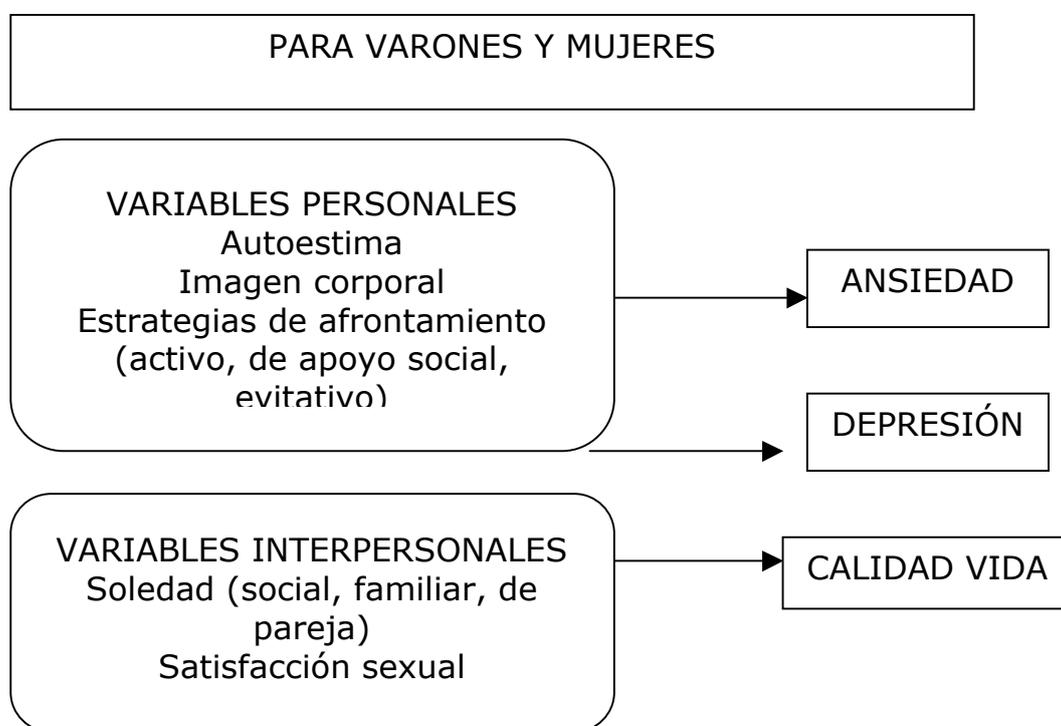


Figura 11. Incidencia de las variables personales e interpersonales sobre la salud psicológica (ansiedad y depresión) y la calidad de vida

VI. Metodología

6.1. Diseño

El presente estudio utiliza una metodología cuantitativa de naturaleza selectiva, ya que tratamos de conocer el estado de bienestar de las personas transexuales y los factores asociados importantes, sin que exista manipulación directa de las variables. De ahí que se plantee un diseño correlacional, basado en la asociación entre las diferentes variables estudiadas. Además, estas variables se estudian en un único momento temporal, es decir, se trata de un estudio de corte transversal. No obstante, algunos de los aspectos son evaluados de forma retrospectiva, con el fin de conocer la historia del proceso de las personas de la muestra. Es importante tener en cuenta que el estudio retrospectivo de estas cuestiones está sujeto al momento presente de la persona, al recuerdo y a la interpretación que la persona ha hecho de su pasado.

El estudio es transversal en un doble sentido: porque estudiamos a las personas en un momento determinado de su vida, con una edad concreta, y porque cada persona está en un momento distinto del proceso de aceptación o reasignación de identidad sexual. Es verdad que este proceso siempre es personal y diverso, pero no es menos verdad que las personas comparten problemas, reacciones, formas de afrontamiento, etc. que nos permiten comprender mejor el propio proceso, a pesar de tratarse de un estudio transversal. A partir de ahora es nuestro objetivo es poder hacer seguimientos longitudinales de al menos la parte fundamental del proceso de reasignación de identidad. No obstante, consideramos que hacer este primer estudio transversal es de fundamental importancia para conocer el estado actual de la situación y poder encontrar aspectos clave de intervención que poder evaluar de forma longitudinal.

6.2. Participantes

El presente estudio ha sido posible gracias a la participación de 120 personas transexuales (n=120), tanto varones como mujeres, en los diferentes momentos del proceso, 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 han seguido tres criterios de exclusión: a) descartar a aquellas personas diagnosticadas con alguna alteración psiquiátrica previamente, b) a aquellas personas que no cumplieran los criterios establecidos para el diagnóstico de disforia de género según el manual diagnóstico DSM y c) no se ha entrevistado a menores de 18 años.

Así, contamos con 60 mujeres transexuales y 60 varones transexuales, estando 28 personas al inicio del proceso, 30 personas que se hormonan pero no se han sometido a ninguna operación, 32 personas que ya se han hecho al menos una operación y 30 personas que consideran haber finalizado el proceso de reasignación sexual, con el fin de disminuir el efecto de la heterogeneidad en esta población respecto al momento de su proceso de reasignación sexual. Es decir, la muestra estaba formada por un 50 % de mujeres transexuales y un 50% de varones transexuales, y se encuentra un 23.3% en el inicio del proceso (cualquier momento antes de comenzar la hormonación), un 25% en el momento de hormonación (entendiendo el momento en el que ya se hormonan pero no se han sometido a cirugía), un 26.6% en el momento de operaciones (personas que se han intervenido al menos una vez) y un 25% en el fin de proceso (personas operadas que consideran que han finalizado su proceso de reasignación (ver Figura 5). Esto facilitará poder hacer comparaciones varón-mujer con independencia del momento del proceso en el que se encuentren.

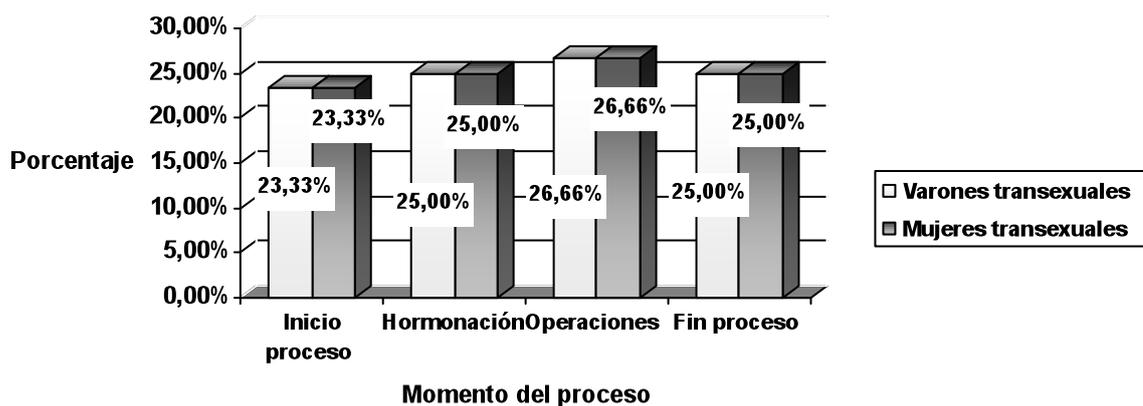


Figura 12. Porcentajes de varones y mujeres transexuales en cada momento del proceso pertenecientes a la muestra

La edad media de la muestra fue de 34 años, siendo la edad mínima de 18 años y la edad máxima de 63 años (S.D.=10.19).

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 (29.2%), Madrid (24.2%) y Barcelona (22.5%):

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

Residencia Habitual	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Alicante	0	0	1	1,7	1	0,8
Asturias	1	1,7	0	0	1	0,8
Ávila	1	1,7	0	0	1	0,8
Barcelona	11	18,3	16	26,7	27	22,5
Cartagena	1	1,7	0	0	1	0,8
Guadalajara	1	1,7	0	0	1	0,8
Las Palmas	6	10	4	6,7	10	8,3
Lugo	2	3,3	0	0	2	1,7
Madrid	19	31,7	10	16,7	29	24,2
Mallorca	0	0	1	1,7	1	0,8
Marbella	1	1,7	0	0	1	0,8
Salamanca	0	0	1	1,7	1	0,8
Tenerife	17	23,3	21	35	35	29,2
Toledo	0	0	1	1,7	1	0,8
Valladolid	3	5	3	5	6	5
Zaragoza	0	0	2	3,3	2	1,7
Total	60	100	60		120	100

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”, concretamente un 38.3% de la muestra, mientras que sólo un 1.6% de las personas no tenían 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

Estudios	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	0	0	1	1,7	1	0,8
Primarios	8	13,3	14	23,3	22	18,3
Enseñanza secundaria	9	15	9	15	18	15
Ciclo/bachillerato superior	31	51,7	15	25	46	38,3
Estudios universitarios	12	20	21	35	33	27,5
Total	60	100	60	100	120	100

Nos encontramos con una altísima tasa de desempleo entre las personas entrevistadas, el 25.8 % de la muestra, frente al 74.25 % que se encuentran en activo. 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 datos alarmantes de carácter socioeconómico (ver Figura 13).

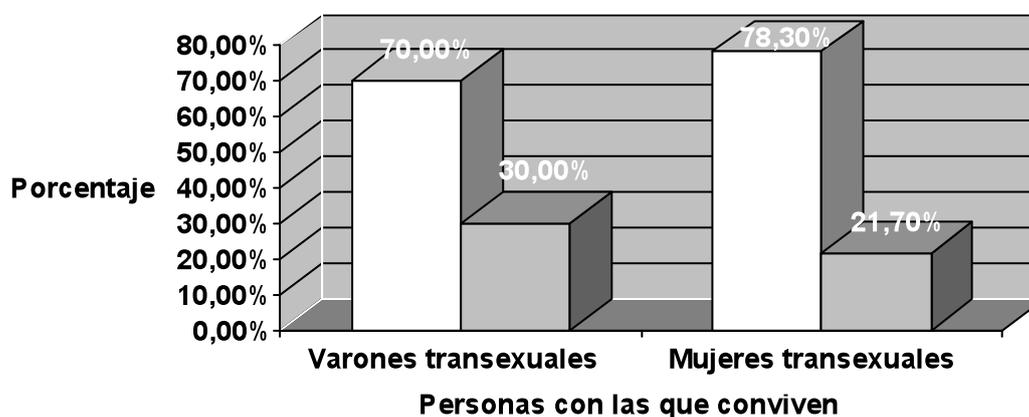


Figura 13. Porcentajes de personas transexuales en activo y en paro de la muestra

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, representando el resto de categorías un porcentaje mucho menor (ver figura 14).

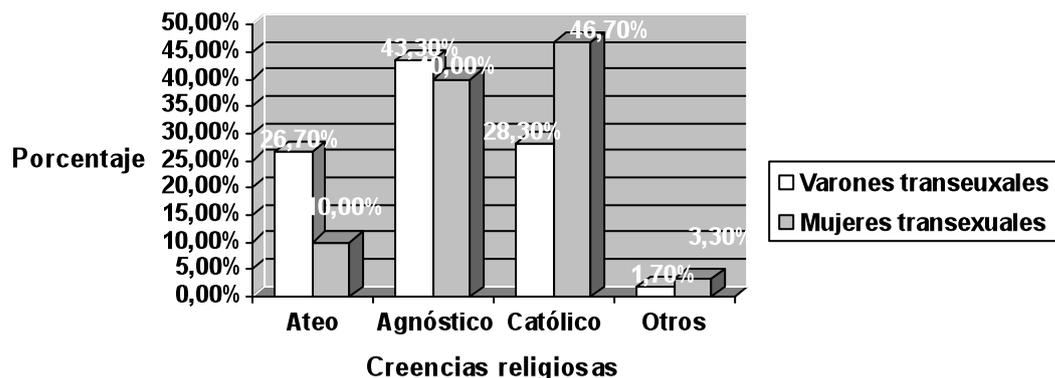


Figura 14. Porcentajes y frecuencias de las creencias religiosas de la muestra

Las personas transexuales que componen la muestra en relación a su situación de pareja, destaca que se encuentran en mayor proporción solteras y sin pareja, con un porcentaje de 37.7%, y que sólo un 1.6% está divorciado, existiendo una importante diferencia entre los porcentajes correspondientes a pareja (sin convivir o conviviendo) y los porcentajes de personas casadas o separadas, sensiblemente superiores los primeros sobre los segundos (ver Tabla 15).

Tabla 15. Porcentajes y frecuencias de la situación de pareja de la muestra

Situación civil actual	varones		mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	24	40	24	40	48	40
Casado	4	6,7	7	11,7	11	9,2
Pareja sin convivir	13	21,7	6	10	19	15,8
Pareja conviviendo	18	30	15	25	33	27,5
Separado	1	1,7	6	10	7	5,8
Divorciado	0	0	2	3,3	2	1,7
Total	60	100	60	100	120	100

En relación a esto, podemos ver cómo las personas transexuales viven en una proporción elevada con su pareja (36,1%), a la que se aproxima la proporción que convive con su familia de origen (34, 4%) y apenas un pequeño porcentaje convive con amigos (ver Figura 15). Podemos observar además, que un 14,8% de las personas viven con otras personas: el 1,6% en un albergue, porcentaje igual para las personas que viven en prisión en régimen abierto, para quien vive con un hermano, con una prima, con la madre y la

pareja simultáneamente o con los hijos de la pareja. De este 14,8%, un 4,9% conviven con sus hijos.

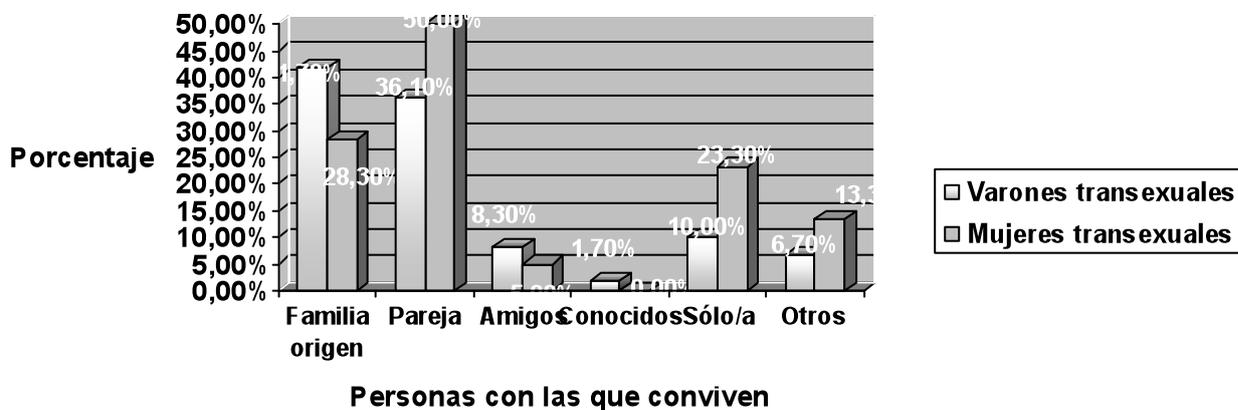


Figura 15. Porcentajes del entorno y personas con las que conviven las personas que componen la muestra

Finalmente, es necesario especificar que todas las personas entrevistadas son personas transexuales. Como ya hemos visto a lo largo de los capítulos teóricos, las limitaciones a la hora de valorar la transexualidad no son pocas, si bien es verdad que es necesario ajustarse a algún criterio que facilite la identificación de las personas susceptibles de ser entrevistadas. En este sentido, finalmente decidimos seguir los criterios diagnósticos propuestos por la Asociación de Psiquiatría Americana (A.P.A.) para la valoración de la transexualidad (Disforia de Género según el manual diagnóstico elaborado por esta Asociación DSM-IV-TR). De acuerdo a estos criterios, se exige que para hacer una valoración de transexualidad, las personas han de cumplir al menos dos criterios de todos los propuestos. A continuación vemos cómo las personas entrevistadas son, efectivamente, personas transexuales (ver Tabla 16) puesto que la mayoría cumplen la mayor parte de los criterios totalmente, siendo una minoría las personas que cumplen alguno de los criterios de forma parcial:

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de las personas que cumplen totalmente los criterios de clasificación diagnóstica DSM-IV-TR

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
A. Identificación persistente y acusada con el otro sexo	60	50	60	50	120	100
- En la infancia deseo e insistencia en que es del otro sexo	60	50	60	50	120	100
- En la infancia preferencia por el travestismo	60	50	59	49.2	119	99.2
- En la infancia un rol marcado y persistente del otro sexo, y fantasías persistentes de pertenecer al otro sexo	60	50	60	50	120	100
- En la infancia deseo intenso de participar de juegos del otro sexo	59	49.2	59	49.2	118	98.4
- En la infancia preferencia marcada por compañeros del otro sexo	59	49.2	60	50	119	99.2
- En la adolescencia y vida adulta deseo de pertenecer al otro sexo y ser tratado/a como del otro sexo, además de experimentar reacciones y sensaciones del otro sexo	60	50	60	50	120	100
B. Malestar con el propio sexo, inadecuación con su rol	60	50	60	50	120	100
- En la infancia aversión a los genitales, los juegos, el rol y la ropa de su sexo biológico	59	49.2	59	49.2	118	98.4
- En la adolescencia y la vida adulta preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias	59	49.2	60	50	119	99.2
C. La alteración no coexiste con intersexualidad	60	50	60	50	120	100
D. Presencia de malestar significativo, deterioro de áreas importantes de actividad	37	30.8	34	28.3	71	59.2
Total	60	50	60	50	120	100

6.3. Variables e instrumentos

Teniendo en cuenta los objetivos que vertebran nuestro estudio, y las hipótesis que planteamos, definimos las variables evaluadas y utilizamos diferentes instrumentos que nos posibiliten conocer diferentes aspectos y variables importantes en la cuestión de la transexualidad y la salud psicológica de las personas transexuales. De esta manera, tendremos en cuenta diferentes grupos de variables: variables de valoración de la propia transexualidad, variables sociodemográficas, variables relacionadas con aspectos individuales y del proceso, variables relacionadas con los diferentes

tipos de relación, e indicadores del estado de salud psicológica y la calidad de vida.

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

6.3.1. Valoración de la transexualidad y variables sociodemográficas

En primer lugar, como instrumento de inclusión de la muestra, aplicamos criterios internacionales para la valoración de la transexualidad a través del manual diagnóstico DMS de la Asociación de Psiquiatría Americana:

DSM-IV-TR (APA, 2002, 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 que es necesario seguir trabajando en el estudio de criterios precisos, flexibles y eficaces para una adecuada valoración (Anexo 2).

En segundo lugar, aplicamos algunas cuestiones de carácter sociodemográfico que ubiquen la persona y su contexto en 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 delimitar el contexto en el que se encuentra la persona y no descartar ninguna de ellas como relevantes para el estado de salud psicológica y la calidad de vida de la persona (Anexo 1).

Hemos seleccionado estas variables debido a la relevancia que a priori pensamos que pueden tener a la hora de relacionarse con el resto de variables predictoras y con las variables criterio. El sexo biológico de nacimiento, la formación y la situación laboral, el contexto en el que resida habitualmente,

así como las creencias religiosas o la situación de pareja podrían suponer diferencias con respecto al estado en el resto de variables individuales, interpersonales y de salud psicológica y calidad de vida.

6.3.2. Variables de la persona

Conocer algunos aspectos de su proceso de identidad individual resulta fundamental para poder interpretar a posteriori todos los resultados obtenidos en nuestro estudio. En este sentido, nos centramos en aquellas que pueden resultar de fundamental importancia en el caso de las personas transexuales por las características de su problemática: autoestima, imagen corporal y estrategias de afrontamiento. No obstante y, aunque es necesario tener en cuenta que estas variables son importantes a lo largo del desarrollo (lo cual tendremos en cuenta al valorar las limitaciones de nuestro estudio), evaluamos su situación con respecto a estas variables en el momento presente.

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), la cual evalúa autoestima unidimensional. 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 en relación a su cuerpo y su apariencia (Pruzinsky y Cash, 1990; Cash, 1994, y Pruzinski, 1996).

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 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 la cambiarían. 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 conocer las propiedades del instrumento 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, $x=3.47$ de disconformidad con el cuerpo antes del tratamiento y

$x=2.35$ tras el tratamiento; en varones transexuales, $x=2.44$ antes del tratamiento y $x=2.24$ después del tratamiento).

En nuestra muestra obtuvimos una consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de .93.

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 (con 12 o más puntos afrontamiento más directo que una muestra de adolescentes), afrontamiento de apoyo social (con 9 o más puntos busca apoyo más que la media de adolescentes local), afrontamiento evitativo cognitivo, pasividad y represión (con 7 puntos o más evita en mayor medida que la muestra de adolescentes local), y afrontamiento evitativo conductual o denegación (con 8 o más puntos evita más que la muestra de adolescentes).

Para nuestro estudio adaptamos dicha escala por las particularidades de nuestra muestra, ubicando el momento temporal en el presente, ya que son personas que viven con su situación 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 aunar 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, del cual resultaron inicialmente cinco factores (66,95% de la varianza explicada) que finalmente se agruparon en tres factores al descartar los ítems que no indicaban 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 (7, 8, 13, 17) fue un alfa de .70, para la subescala de afrontamiento activo (1,6,9,12) el alfa fue de .75 y para la subescala de afrontamiento evitativo (2, 3, 4, 5, 14) fue de .77.

6.3.3. Variables relacionadas con los diferentes tipos de relación

La mayor parte de las variables asociadas a las distintas relaciones interpersonales, así como la satisfacción y la soledad con respecto a las necesidades interpersonales son analizadas también en la actualidad.

Soledad Social y Emocional.

Una de las concepciones de soledad más aceptadas (Dugan y Kivett, 1994; Dykstra y de Jong Gierveld, 2004; van Baarsen, Snijders, Smit y van Duijn, 2001; van Tilburg, Havens y de Jong Gierveld, 2004) establece que existen dos dimensiones de la misma: social y emocional (Weiss, 1973). Desde esta perspectiva, la soledad social es el resultado de la ausencia de pertenencia a una red social satisfactoria que además conlleva sentimientos de aburrimiento, depresión, falta de metas, marginación, sinsentido de la vida, deseo de búsqueda y compañía de personas. Por otro lado, la soledad emocional es definida como el resultado producido por la ausencia o pérdida de una relación de apego muy cercana que produce un sentimiento de completa soledad, ansiedad, estado de alerta, hipersensibilidad a pequeñas señales, constante atención a señales para resolver la soledad, abandono, focalización en las amenazas de abandono, miedo y constante evaluación (Weiss, 1973). Cuando esta ausencia o pérdida de la relación de apego ocurre dentro de la familia

(origen o formada), se denomina soledad emocional familiar, y cuando es con una relación de pareja, se conoce como soledad emocional romántica (DiTommaso y Spinner, 1993).

Hemos evaluado los sentimientos de soledad Social y Emocional mediante la escala Social and Emocional Loneliness Scale for Adults- Short (SELSA-S) (DiTommaso, Brannen y Best, 2004). Este instrumento consta de 15 ítems que se responden en una escala de siete puntos, desde 1 Muy en desacuerdo a 7 Muy de acuerdo. Esta escala consta de 3 subescalas: 1. soledad Social, 2. soledad Emocional Familiar y 3. soledad Emocional Romántica o de Pareja. La consistencia interna de las 3 subescalas calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue alta, con un rango de .87 (Soledad de pareja) a .90 (Soledad social).

En nuestra muestra, la consistencia interna, calculada también mediante el alfa de Cronbach ha sido alta, un .73 para soledad emocional, un .76 para soledad social y un .83 en soledad familiar.

Satisfacción Sexual General.

Entendemos la satisfacción sexual como la tendencia a estar altamente satisfecho con los distintos aspectos de la vida sexual de cada individuo (Snell, 1995). Para evaluar esta variable utilizamos la subescala de Satisfacción sexual del cuestionario "The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire" (MSSCQ) de Snell (1995). El cuestionario consta de 20 subescalas que pueden ser utilizadas independientemente. La subescala de satisfacción sexual está formada por 5 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). La consistencia interna calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue alta, de .91 para esta subescala. En nuestro estudio, la consistencia interna fue muy alta, de .94.

En este estudio incluimos variables que se relacionan con la salud psicológica y la calidad de vida de la persona y que hemos considerado importantes, especialmente en este caso, para las personas transexuales. Así, tratamos de

identificar factores de vulnerabilidad que inciden sobre la salud psicológica de estas personas.

6.3.4. Indicadores del bienestar

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, por un lado, un instrumento de Salud Mental "SCL-90-R"(Derogatis, L. R., 1994). 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).

Calidad de Vida

Definimos la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupación (Lucas, 1998). Desde esta perspectiva la calidad de vida es un concepto amplio que incluye la salud física del individuo, el estado mental o psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y el ambiente (WHOQOL Group, 1994).

Esta definición va en la línea de la que propone la OMS, entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 2002).

Para evaluar la calidad de vida, empleamos la versión reducida de la Escala World Health Quality of Life (WHOQOL-BREF) creada por un grupo de trabajo de la OMS y validada en nuestro país por Lucas (1998). Esta escala tiene 26 ítems, divididos en cuatro áreas: salud física, psicológica, social y ambiental. El sumatorio de todos los ítems nos da la posibilidad de obtener una puntuación en calidad de vida. Finalmente, el sujeto puede elegir entre 5 categorías de respuesta que van de 1 (nada/muy insatisfecho) a 5 (totalmente/muy satisfecho). La gran ventaja de esta escala es que ha sido validada a nivel mundial y en diferentes culturas, ya que está basada en un concepto universal de la calidad de vida.

En nuestro país, esta escala ha sido validada con una muestra de 524 sujetos y muestra una buena fiabilidad en sus subescalas, con consistencias internas que van desde .74 en la subescala de salud psicológica, .75 en calidad de vida social, .78 en calidad ambiental y .80 en salud física. En nuestra muestra, la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach fue buena, desde .75 en calidad de vida psicológica, .76 en calidad de vida social, .77 en calidad de vida ambiental y .80 en calidad de vida física. También la fiabilidad de la escala de forma unidimensional fue buena, obteniendo un .86 en calidad de vida total, escala con la hemos trabajado en nuestro estudio.

6.4. Procedimiento

El estudio se inició con una toma de contacto con Asociaciones y Centros de Salud que trabajan con esta comunidad, o bien de forma independiente, o bien de forma integrada con algún otro colectivo, en la que se lleva a cabo una presentación de quiénes somos, qué deseamos y 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.

Así, 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 daba lugar 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), en la cual se utilizaban los cuestionarios de forma heteraplicada 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).

Al final de la entrevista, y tras dedicar un tiempo a dejar expresar a la persona lo que considere (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 solicita información de contacto (Teléfono, dirección de correo) y da lugar a la despedida.

6.5. Análisis estadísticos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0 para el análisis estadístico inferencial de los datos recogidos, para poder estudiar la relación entre variables y las diferencias significativas entre grupos. Para el análisis exhaustivo y eficaz de nuestros resultados, tratamos de identificar las técnicas más adecuadas (Pardo y San Martín, 1994).

Asímismo, 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.

Llevamos a cabo el análisis de diferencias de medias a través de pruebas paramétricas, en concreto, contrastes "t".

Con respecto a los análisis correlacionales, utilizamos el análisis correlacional de Pearson, con el fin de encontrar asociaciones significativas entre las diferentes variables.

Finalmente, hemos llevado a cabo análisis de regresión múltiple jerárquica con el fin de conocer el efecto predictor de los diferentes aspectos personales e interpersonales sobre las diferentes variables criterio (ansiedad, depresión y calidad de vida), teniendo en cuenta el sexo como variable moderadora.

Para concluir, en todos los análisis estadísticos hemos utilizado un nivel de significación de .01, rechazando todas aquellas hipótesis que superaban ese nivel de significación, debido a la posible relación entre las variables y con el objeto de detectar exclusivamente las más relevantes.

VII. Resultados

7.1. Biografía de las personas transexuales

En nuestro estudio planteamos la necesidad de conocer el estado de bienestar de estas personas en diferentes aspectos importantes tanto para la población en general como para estas personas en particular por su situación y sus circunstancias. En este sentido, nuestro primer objetivo se centra en describir algunas cuestiones fundamentales para entender y contextualizar las variables a estudiar con posterioridad. Uno de los aspectos fundamentales para las personas transexuales es su proceso de reasignación sexual, por sus implicaciones directas en sus dificultades, y por su relación con las variables incluídas en nuestro estudio. Por este motivo, identificar algunas claves a este respecto facilitará nuestra interpretación del resto de resultados de nuestro estudio. Además de su proceso, abordaremos en este apartado cuestiones relevantes en relación al ámbito laboral y a sus relaciones, tanto familiares, como sociales y de amistad, de pareja o sexuales, que sirvan de complemento relevante a la información ofrecida por los análisis inferenciales de nuestras variables. Para lograr una buena contextualización y un conocimiento de las características de la muestra, durante este primer epígrafe sólo mostraremos resultados descriptivos, dejando los análisis inferenciales para el contraste de las hipótesis propuestas.

7.1.1. El proceso de reasignación sexual

Nos ocupamos en primer lugar de conocer cómo se encuentran las personas transexuales en relación a su propia transexualidad y a su proceso de reasignación. Es importante conocer en qué medida la propia circunstancia y el proceso de adquisición de identidad dificulta la calidad de vida y la salud psicológica de estas personas.

Como podemos ver (Tabla 17)¹, las personas entrevistadas dicen haberse sentido del sexo contrario a su sexo biológico en su mayor parte antes de la edad adulta. Estos datos son relevantes de cara a considerar el abordaje de esta realidad de una forma mucho más incisiva a edades más tempranas.

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de la edad con la que las personas de la muestra empezaron a sentirse del sexo opuesto a su sexo biológico

Edad sentir sexo opuesto biológico	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hasta los 5 años	52	86,7	38	63,3	90	75
Entre los 6 y los 10 años	5	8,3	8	13,3	13	10,8
Entre los 11 y los 18 años	3	5	13	21,7	16	13,4
Más de 18 años	0	0	1	1,7	1	0,8
Total	60	100	60	100	120	100

Vemos, además, cómo el 86,7% de los varones afirman sentirse del sexo contrario a su sexo biológico en el rango "hasta los 5 años", frente al 63,3% de las mujeres que responden haberse sentido así en ese rango de edad, de la misma forma que es interesante observar que el 21,7% de las mujeres se identifica como mujer en la adolescencia ("entre los 11 y los 18 años"), mientras que en el caso de los varones el porcentaje que se ubica en este rango es del 5%. Estos datos nos ofrecen información de un aspecto importante sobre cómo se produce el proceso de adquisición de identidad sexual.

Sin embargo, y de acuerdo a lo que ya hemos visto en el apartado teórico, es importante poder distinguir la identidad del rol, por lo que tratando de conocer el proceso de las personas entrevistadas, nos interesa conocer el momento en que comienzan a mostrarse socialmente con un rol acorde a su identidad. Además, la vivencia en la cotidianeidad de la propia identidad es un factor importante de valoración en los casos de transexualidad. En este sentido, podemos observar que en las mujeres transexuales el porcentaje es mayor en el rango "mayor de 18 años", mientras que en el caso de los varones el mayor

¹ A lo largo de todo el trabajo, los resultados aparecen representados por columnas, para observar de forma clara de qué manera se distribuyan varones y mujeres en cada aspecto o variable.

porcentaje se encuentra en el rango “entre los 11 y los 18 años” (ver Tabla 18). Es importante tener en cuenta estas diferencias de porcentaje con respecto al sexo entre varones y mujeres de cara a posteriores análisis y a la interpretación de nuestros resultados.

Tabla 18. Porcentajes y frecuencias de la edad con la que varones y mujeres transexuales adquirieron el rol opuesto al característico asociado a su sexo biológico

Edad rol sexo opuesto al biológico	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hasta los 5 años	13	21,7	3	5	16	13,4
Entre los 6 y los 10 años	8	13,3	8	13,3	16	13,4
Entre los 11 y los 18 años	23	38,3	15	25	38	31,5
Más de 18 años	16	26,7	34	56,7	50	41,7
Total	60	100	60	100	120	100

Por otro lado, otro de los aspectos importantes es conocer el momento en que la persona accede al tratamiento médico en sentido estricto, en este caso, el tratamiento hormonal, con el que comienzan los cambios en los caracteres sexuales secundarios y, con ello, el cambio en la percepción de la persona sobre sí misma. Teniendo en cuenta que en nuestro país, este tratamiento ha de comenzarse tras la mayoría de edad, a no ser que exista consentimiento de los tutores legales (en cuyo caso puede iniciarse desde los dieciséis años), podemos ver que la mayor parte de las personas transexuales entrevistadas comienzan este tratamiento cumplidos los dieciocho años (ver Tabla 19). No obstante, existe un número de personas que inician este tratamiento incluso antes de los catorce años. En todos los casos, este tratamiento se produce de manera no autorizada.

Tabla 19. Porcentajes y frecuencias de la edad con la que las personas de la muestra empezaron su proceso hormonal

Edad inicio proceso hormonal	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hasta los 14 años	0	0	3	6,5	3	3,2
Entre los 15 y los 17 años	1	2,2	9	19,6	10	10,9
Entre los 18 y los 30 años	33	71,7	24	52,2	57	62
Más de 30 años	12	26,1	10	21,7	22	23,9

Total	46	100	46	100	92	(100%)
-------	----	-----	----	-----	----	--------

La propia característica de la transexualidad condiciona la presencia de malestar en mayor o menor medida de estas personas con respecto a su sexo (ver figura 16)

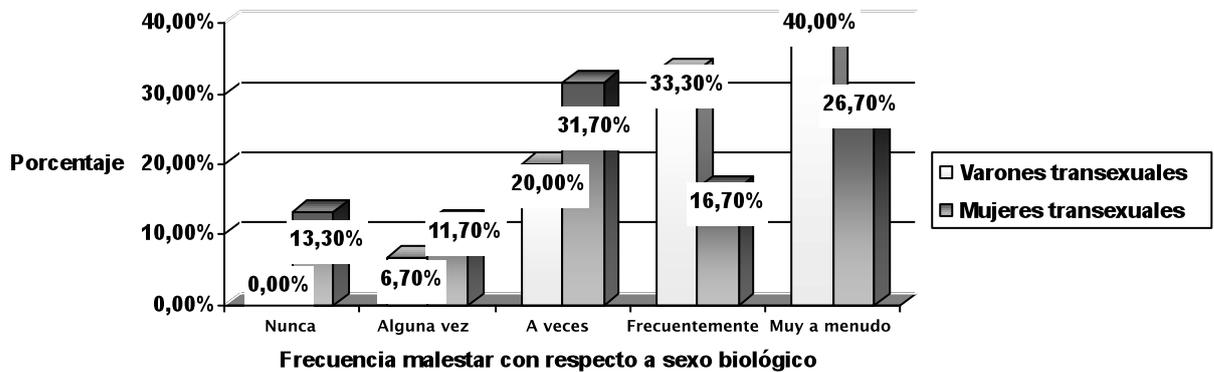


Figura 16. Porcentajes del grado de malestar que sienten las personas que componen la muestra con respecto a su sexo biológico

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, resultaba de interés conocer en qué medida generan malestar algunos aspectos que se han considerado relevantes tanto por otros autores como algunos informantes claves con los que contamos a la hora de diseñar el estudio. En este sentido, nos interesa conocer en qué medida sienten malestar con su propio cuerpo en su día a día. Encontramos que en general las personas entrevistadas sienten malestar con su propio cuerpo (ver Tabla 20)

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes del grado de malestar que sienten las personas de la muestra respecto a la relación diaria con su propio cuerpo

Grado malestar relación diaria cuerpo (ducharse, vestirse, espejo, etc.)	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ningún malestar	2	3,3	17	28,3	15,8	
Algo de malestar	4	6,7	4	6,7	6,7	
Grado medio malestar	19	31,7	16	31,7	29,2	
Bastante malestar	18	30	13	30	25,8	
Mucho malestar	17	28,3	10	28,3	22,5	
Total	60	100	60	100		(100%)

Otro de los aspectos importantes e influyentes en el grado de malestar con su sexo es relativo a las relaciones sexuales. Si bien es verdad que de manera general, estas personas refieren de manera general malestar ante situaciones sexuales, el rango de respuesta en el que encontramos menos frecuencia para los varones es "ningún malestar", mientras que el rango en el que encontramos menos frecuencia para las mujeres es "bastante malestar" (ver Tabla 21)

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes del grado de malestar que sienten en sus relaciones sexuales las personas de la muestra

Grado de malestar tener relaciones sexuales	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ningún malestar	2	3,3	15	25	17	14,2
Algo de malestar	10	16,7	13	21,7	23	19,2
Grado medio malestar	19	31,7	12	20	31	25,8
Bastante malestar	12	20	9	15	21	17,5
Mucho malestar	17	28,3	11	18,3	28	23,3
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Finalmente, por ser una característica inherente a la condición biológica de hombre o mujer, una de las cuestiones que más malestar genera a las personas transexuales es la menstruación en el caso de las mujeres biológicas y la eyaculación en el caso de los varones biológicos. No obstante, para algunas de las personas entrevistadas esto de ser una dificultad en el momento en que la menstruación y la eyaculación desaparecen, tras un tiempo en tratamiento hormonal (ver Tabla 22)

Tabla 22. Frecuencias y porcentajes del grado de malestar que sienten las personas de la muestra respecto a menstruación o eyaculación

Grado menstruación/eyaculación	malestar		Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ningún malestar	9	15	18	30	27	22,5		
Algo de malestar	10	16,7	14	23,3	24	20		
Grado medio malestar	5	8,3	14	23,3	19	15,8		
Bastante malestar	9	15	4	6,7	13	10,8		
Mucho malestar	27	45	10	16,7	37	30,8		
Total	60	100	60	100	120	(100%)		

7.1.2 Su situación de vida

Evidentemente, las personas transexuales viven una situación que afecta a todas las dimensiones y ámbitos de su vida. En la medida en que la afectación incida en varios ámbitos y que resulten más afectados los más significativos, el bienestar de la persona se verá menoscabado. Siguiendo con nuestro planteamiento teórico, nos interesa conocer cómo son sus relaciones para poder identificar los puntos clave sobre los que luego poder establecer criterios de valoración y de intervención eficaces.

7.1.2.1. Entorno familiar

En primer lugar, encontramos que viven con su familia el 41,7% de los varones transexuales y el 28,30 de las mujeres. Además, una parte importante de las personas entrevistadas asume el rol acorde a su identidad con su familia (88,3 los varones y 78,3 las mujeres):

Como se observa en la figura 17, la mayoría de los familiares directos de las personas entrevistadas conoce la situación de estas personas, en buena parte de los casos porque la propia persona se lo ha comunicado.

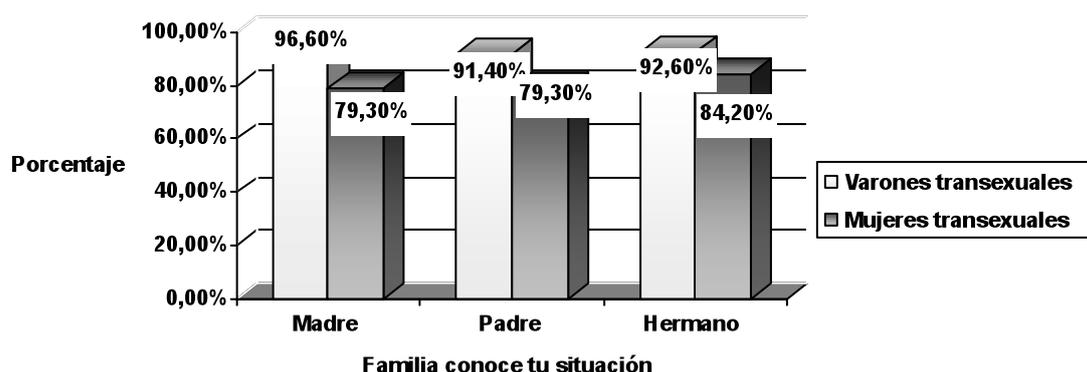


Figura 17. Porcentajes de familiares directos que conocen la situación de las personas de la muestra

De hecho, la persona de su familia con la que más hablan (y en muchos casos con la única que hablan) es su madre (ver Tabla 23). En cualquier caso es destacable el dato que nos indica que una buena parte de las personas entrevistadas no habla con nadie de su familia de su situación.

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes de la persona con la que más hablan sobre su situación las personas que componen la muestra

Persona familia con la que habla más sobre su situación	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Padre	4	6,7	3	5	7	5,8
Madre	29	48,3	22	36,7	51	42,5
Hermanos	10	16,7	9	15	19	15,8
Primos	2	3,3	2	3,3	4	3,3
Abuelos	1	1,3	0	0	1	0,8
Nadie	14	23,3	22	36,7	36	30
Otros	0	0	2	3,3	2	1,7
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Por otro lado, cuando preguntamos si su familia acepta su situación, encontramos que muchas de estas personas dicen no ser aceptadas, lo cual sin duda hemos de tener en cuenta a la hora de interpretar nuestros resultados en las variables analizadas (ver figura 18)

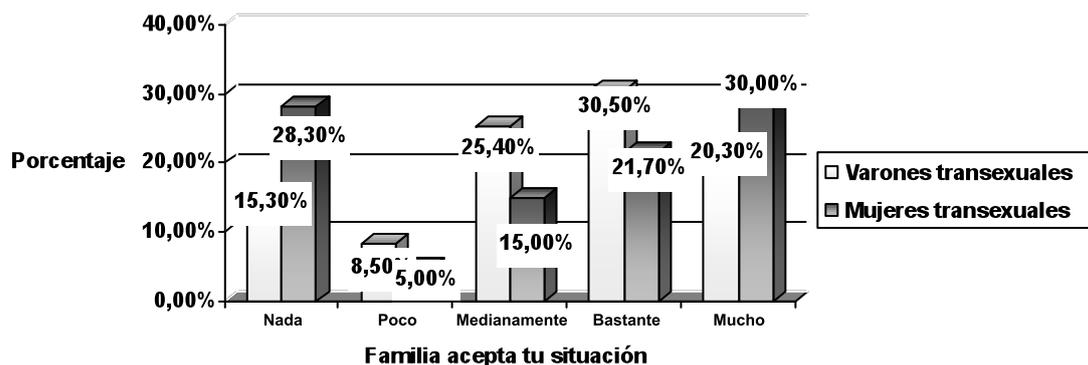


Figura 18. Porcentajes de grado de aceptación de la situación de las personas de la muestra por parte de su familia

Sin embargo, en su mayor parte sí se sienten queridos por su familia, afirmando en la mayor parte de los casos que su familia sí se preocupa por ellos/as (ver figura 19)

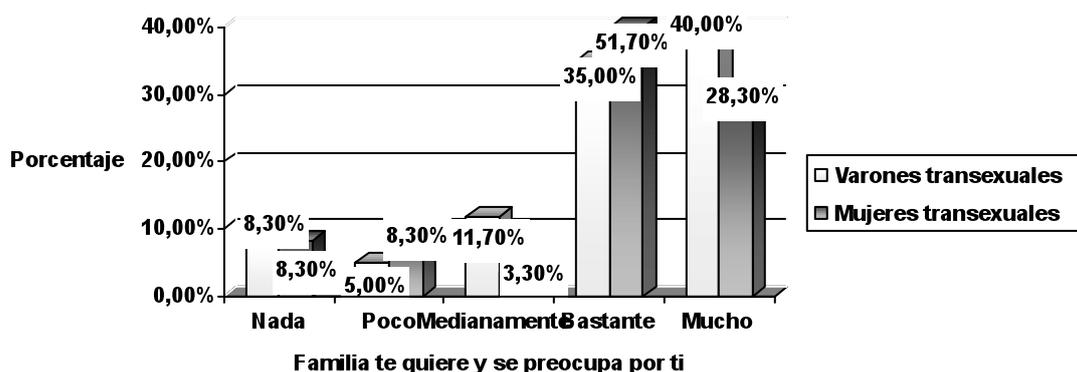


Figura 19. Porcentajes del grado en que varones y mujeres sienten que su familia les quiere y se preocupa por ellos/as

Finalmente, parece que las personas de nuestra muestra se sienten en buena medida bastante o muy satisfechas con su relación con su familia (ver figura 20). El grado de satisfacción relativamente satisfactorio que encontramos en la muestra es un indicador importante para entender en qué medida relativizan las dificultades familiares ante la no aceptación de su situación.

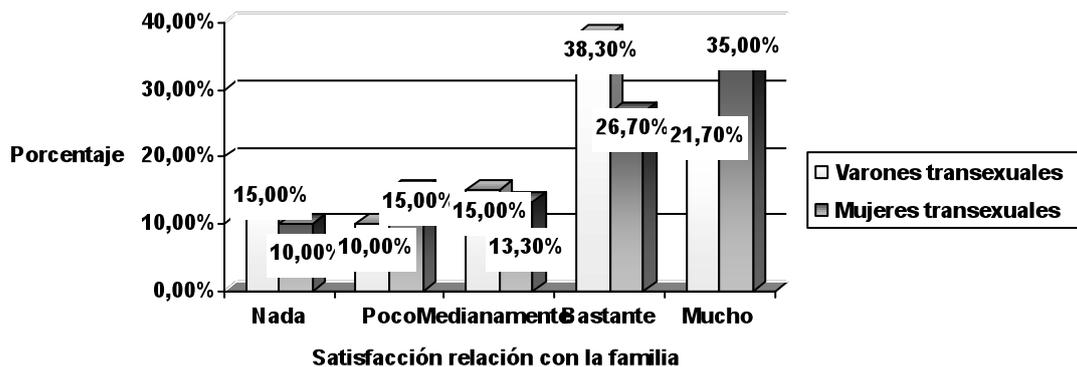


Figura 20. Porcentajes del grado en que la muestra se siente satisfecha con la relación con su familia

7.1.2.2. Entorno social

Otro de los ámbitos de especial interés para el bienestar humano y para nuestro estudio es el de las relaciones sociales y los vínculos de amistad.

En nuestro estudio, si bien es verdad que una buena parte de las personas entrevistadas dicen sentirse aceptadas por sus amigos/as (ver figura 21), un porcentaje nada desdeñable dice no tener ningún amigo (16,9%), lo cual es significativo respecto a las variables que puedan resultar de especial interés para valorar el estado de bienestar de las personas de la muestra.

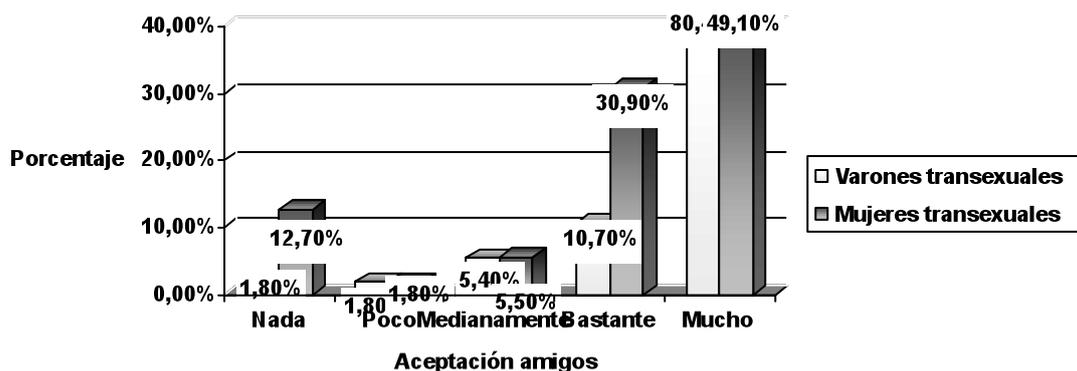


Figura 21. Porcentajes del grado de aceptación de la situación de las personas de la muestra por parte de sus amigos/as

Además, esta aceptación está relacionada con que muchas de las amistades de estas personas son también personas transexuales (ver figura 22),

personas con las que comparten situación de vida y dificultad de proceso en mayor o menor medida.

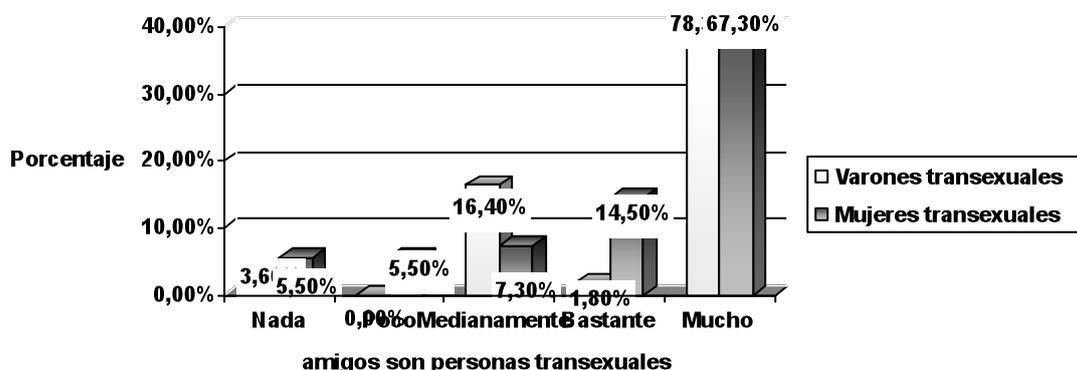


Figura 22. Porcentajes de amistades de las personas de la muestra que son también personas transexuales

En esta línea, queremos conocer en qué medida las personas entrevistadas se identifican con otras personas en su misma situación, es decir, con otras personas transexuales (ver figura 23). Sin embargo, nos encontramos en este caso que el grado de identificación con otras personas transexuales es muy variable, tanto en varones como en mujeres.

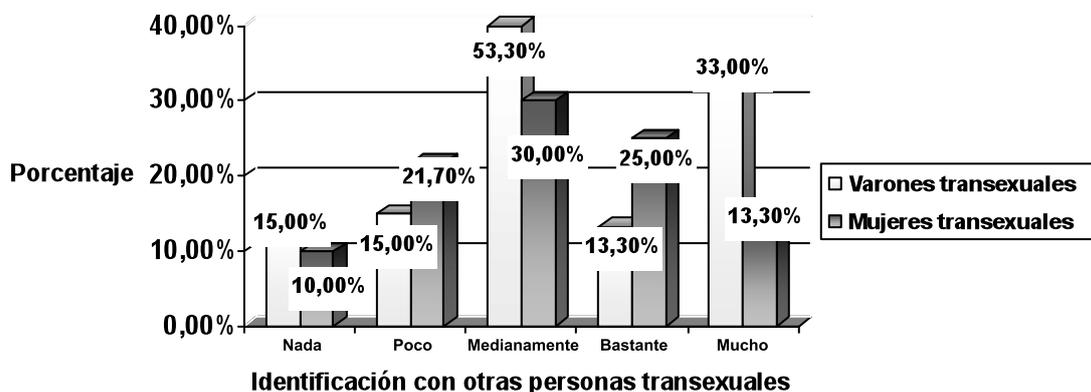


Figura 23. Porcentajes de varones y mujeres transexuales que se identifican en diferente grado con otras personas transexuales.

A pesar de sentirse aceptados por sus amigos, quizás también influido por el porcentaje de personas que dicen no tener vínculos de amistad, encontramos

que muchas de las personas echan de menos en mayor o menor medida tener un grupo de amigos/as satisfactorio (ver Tabla 24)

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes del grado en que las personas entrevistadas echan de menos tener un grupo de amigos/as satisfactorio

Echar de menos tener un grupo de amigos/as satisfactorio	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nada	25	41,7	16	26,7	41	34,2
Poco	21	35	23	38,3	44	36,7
Grado medio	5	8,3	4	6,7	9	7,5
Bastante	4	6,7	8	13,3	12	10
Mucho	5	8,3	9	15	14	11,7
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Teniendo en cuenta que muchas de las amistades de las personas de la muestra son también transexuales y el número de personas sin amistades, y conociendo la utilidad en muchos casos y la función social que realizan las asociaciones, nos interesa conocer en qué medida participan del movimiento asociativo. Tan sólo dos personas de las entrevistadas no conocen ninguna asociación de personas transexuales. Además, el 58,3% de las personas (70) pertenecen a alguna asociación, mientras que el 41,7% no pertenecen (50 personas). Este dato hemos de tenerlo en cuenta a la hora de valorar las limitaciones de nuestro estudio y la muestra evaluada.

7.1.2.3. Situación académico-laboral

Una de las mayores dificultades que se encuentran estas personas en el ámbito social está relacionado con el trabajo o la ocupación. Nos encontramos entre las personas entrevistadas con un 27,5% de las personas que no tienen ocupación alguna (ver Tabla 25), siendo mayor la ocupación entre las mujeres transexuales que entre los varones.

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes de las personas de la muestra que se encuentran trabajando o estudiando en el momento de la entrevista

Trabajo/estudios actualmente	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	45	75	42	70	87	72,5
No	15	25	18	30	33	27,5
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Además, el motivo fundamental por el que este 27,5% se encuentra en esta situación es en más de la mitad de los casos por las consecuencias de su proceso de reasignación (ver Tabla 26), como puede ser el inicio de los cambios físicos, la disonancia entre los datos de su DNI y su identidad, etc. En los casos en que no es así, se debe con frecuencia en buena medida a la necesidad de hacer una vida independiente (fundamentalmente para poder vivir de acuerdo a su identidad al margen del domicilio familiar).

Tabla 26. Frecuencias y porcentajes del motivo fundamental por el que las personas de la muestra han dejado sus estudios

Motivo principal de haber dejado los estudios	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Proceso	21	52,5	25	55,6	46	54,1
Otros	19	47,5	20	44,4	39	45,9
Total	40	100	45	100	85	(100%)

En el caso de las personas que trabajan, un 32,2% de ellas mantienen en el anonimato en su trabajo su situación, siendo un 27,7% en el caso de las mujeres y un 37,2% en el caso de los varones. Este dato puede deberse al diferente proceso físico de varones y mujeres y a la invisibilidad social de los primeros, y refleja el grado de rechazo social que sienten.

7.1.2.4. Relaciones de pareja

En el caso de las relaciones de pareja, nos encontramos con un porcentaje de 13,3% de personas entrevistadas que no ha tenido nunca una relación de pareja. Lo realmente relevante es que más de la mitad de estas personas (el

60%) afirma que ha sido así por el miedo al posible rechazo. En el 70,6% de los casos, han convivido en alguna ocasión con alguna pareja y en el 85,7% de los casos afirman que la orientación del deseo de sus parejas tenía una orientación del deseo heterosexual.

En el momento de la entrevista, alrededor de la mitad de la muestra tenía pareja (55,1%), un 87,7% de ellas de orientación heterosexual. Como podemos ver a continuación (ver Tabla 27), en general, las personas entrevistadas sienten que sus parejas les quieren y se preocupan por ellas bastante o mucho.

Tabla 27. Frecuencias y porcentajes del grado en que las personas que componen la muestra sienten que su pareja les quiere y se preocupa por ellos/as

Pareja te quiere y se preocupa por tí	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Poco	1	2,9	0	0	1	1,5
Grado medio	0	0	1	3,3	1	1,5
Bastante	4	11,4	5	16,7	9	13,8
Mucho	30	85,7	24	80	54	83,1
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Sin embargo, encontramos un porcentaje de varones y de mujeres que afirman sentirse “nada o poco satisfechas” con su relación de pareja actual (ver Tabla 28). Es decir, aunque se sienten queridas por sus parejas, el modo en que se encuentra su relación de pareja no tan satisfactoria como muchas de estas personas desearían.

Tabla 28. Frecuencias y porcentajes del grado de satisfacción de varones y mujeres transexuales con su relación de pareja actual

Satisfacción relación pareja actual	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nada	4	6,7	7	11,7	11	9,2
Poco	8	13,3	15	25	23	19,2
Grado medio	10	16,7	6	10	16	13,3
Bastante	16	26,7	19	31,7	35	29,2
Mucho	22	36,7	13	21,7	35	29,2

Total	60	100	60	100	120	(100%)
-------	----	-----	----	-----	-----	--------

7.1.2.5. Relaciones sexuales

Uno de los aspectos importantes de estudio en nuestro trabajo es el ámbito de la sexualidad y la satisfacción sexual. Como veíamos en el marco teórico, existe todavía mucha confusión en torno a los conceptos de identidad y orientación sexual aunque son bien diferentes, por lo que hemos decidido conocer en qué medida las personas entrevistadas tienen una orientación del deseo heterosexual, homosexual o bisexual. En este caso, de manera mayoritaria, como en la población general, las personas transexuales entrevistadas afirman tener una orientación del deseo heterosexual (ver Tabla 29). Con respecto a las personas que afirman tener atracción por personas de su mismo sexo, encontramos un porcentaje cero en el caso de los varones, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje es del 20%. Este dato parece coincidir con el hecho general de que las mujeres son más flexibles en relación a la orientación del deseo.

Tabla 29. Frecuencias y porcentajes de la orientación del deseo de las personas que componen la muestra

Orientación del deseo	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Varones	0	0	37	61,7	37	30,8
Mujeres	57	95	12	20	69	57,5
Varones y Mujeres	3	5	11	18,3	14	11,7
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Por otro lado, en el momento de la entrevista una buena parte de la muestra decía haber mantenido relaciones sexuales a lo largo del último año (ver Tabla 30). Resulta relevante destacar que en el caso de las personas que no han tenido contacto sexual alguno en el último año sea fundamentalmente por miedo a ser rechazadas y a no saber manejar la situación de intimidad sexual.

Tabla 30. Frecuencias y porcentajes de las personas de la muestra que han tenido algún contacto sexual en el último año

Contacto sexual en el último año	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	45	75	44	73,3	89	72,4
No	15	25	16	26,7	31	25,8
Total	60	100	60	100	120	(100%)

No obstante, las relaciones sexuales mantenidas son en buena medida con una pareja estable (ver Tabla 31). Para estas personas, resulta complejo abordar situaciones de intimidad sexual con personas con las que no tienen un vínculo, especialmente cuando no existe reasignación genital.

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes del tipo de vínculo con la/s persona/s con la/s que han tenido contacto sexual las personas de la muestra

Relación más frecuente con la/s persona/s con la/s que han tenido contacto sexual	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pareja estable	47	85,5	32	57,1	79	71,2
Pareja ocasional	4	7,3	4	7,1	8	7,2
Amigo/a	4	7,3	7	12,5	11	9,9
Conocido/a	0	0	5	8,9	5	4,5
Desconocido	0	0	1	1,8	1	0,9
Cliente	0	0	7	12,5	7	6,3
Total	55	100	56	100	111	(100%)

En este sentido, muchas de las personas afirman tener contactos sexuales en la actualidad por amor (ver Tabla 32).

Tabla 32. Frecuencias y porcentajes del motivo principal por el que las personas que componen la muestra tiene contactos sexuales

Motivo principal por el que tienen contacto sexual	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Amor	46	83,6	26	49,1	72	66,7

Satisfacción sexual	4	7,3	14	26,4	18	16,7
Necesidad de afecto	5	9,1	9	17	14	13
Dinero/otras compensaciones	0	0	4	7,5	4	3,7
Total	55	100	53	100	108	(100%)

Sin embargo, cuando les preguntamos en qué medida se sienten satisfechas con sus contactos sexuales, tanto en afecto como en placer, los resultados que encontramos son diferentes. Aunque en general, en mayor o menor medida, las personas entrevistadas se sienten satisfechas con el afecto recibido en sus contactos sexuales (ver Tabla 33), encontramos que la satisfacción con respecto al placer muestra un menor porcentaje que con respecto al afecto (ver Tabla 34), muy probablemente por la implicación directa del propio cuerpo en este aspecto.

Tabla 33. Frecuencias y porcentajes del grado de satisfacción con el afecto recibido en los contactos sexuales

Satisfacción afecto recibido en contactos sexuales	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nada	0	0	1	1,9	1	0,9
Poco	0	0	3	5,7	3	2,8
Grado medio	5	9,1	16	30,2	21	19,4
Bastante	13	23,6	16	30,2	29	26,9
Mucho	37	67,3	17	32,1	54	50
Total	55	100	53	100	108	(100%)

Tabla 34. Frecuencias y porcentajes del grado de satisfacción con el placer recibido en los contactos sexuales

Satisfacción placer recibido en contactos sexuales	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nada	0	0	0	0	0	0
Poco	9	16,4	9	17	18	16,7
Grado medio	8	14,5	9	17	17	15,7
Bastante	21	38,2	17	32,1	38	35,2
Mucho	17	30,9	18	34	35	32,4

Total	55	100	53	100	108	(100%)
-------	----	-----	----	-----	-----	--------

Finalmente, resulta llamativo el número de personas que nunca se han masturbado (ver Tabla 35), tanto en varones como en mujeres. Además, entre las personas que afirman masturbarse, encontramos que en más de la mitad (54,7%) de las personas, la masturbación se produce sin contacto con la mano o con el propio cuerpo, por la dificultad psicológica de sentir la propia piel en los genitales.

Tabla 35. Frecuencias y porcentajes de la frecuencia de masturbación de las personas que componen la muestra

Frecuencia de masturbación actual	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	16	26,7	14	23,3	30	25
Alguna vez	11	18,3	21	35	32	26,7
A veces	12	20	12	20	24	20
Frecuentemente	14	23,3	10	16,7	24	20
Muy a menudo	7	11,7	3	5	10	8,3
Total	60	100	60	100	120	(100%)

7.1.3. Estado de los aspectos personales e interpersonales

A continuación nos centramos en describir cómo se encuentran las personas transexuales de la muestra con respecto a las variables personales e interpersonales de nuestro estudio, para en un tercer epígrafe hacer esta descripción con respecto a estado de bienestar (calidad de vida y salud psicológica) de estas personas. En ambos casos, la descripción es general, puesto que deseamos llevar a cabo un análisis global para más adelante comprobar las posibles diferencias en todas estas variables para varones y mujeres, de acuerdo a otro de nuestros objetivos e hipótesis.

7.1.3.1. 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 68.60 (S. D. = 10.80). Así, nos encontramos con un promedio de puntuaciones en torno a la media de la puntuación en la escala, sin embargo, respecto al baremo ofrecido por la misma nos encontramos que dicha puntuación 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 nos muestra un nivel de autoestima muy bajo, lo cual resulta fundamental para el estado de salud psicológica de estas personas.

Además, 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.

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 utilizada contempla la satisfacción con 30 partes del cuerpo, y cuya puntuación total va de 30 a 150. La puntuación media de la muestra respecto a esta variable en la escala es de 88.61, puntuación por encima de la media, y con cierta variabilidad entre las personas de la muestra (S. D. = 20.19). 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).

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 11.89 (S.D. = 2.58), respecto al afrontamiento de apoyo social de 10.22 (S.D. = 2.62) y en cuanto al afrontamiento evitativo la media es de 11.38 (S.D. = 3.06).

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.

Desde la literatura 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 circunstancia consigo mismas y solicitar ayuda.

Hasta el momento hemos reflejado una visión global del estado de las personas transexuales de nuestra muestra en relación a una serie de variables 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 tener en cuenta que los datos ofrecidos por las escalas es necesario entenderlos en relación a las propias escalas y sus propiedades, pero para conocer realmente dónde se sitúan estas personas realmente con respecto a los aspectos evaluados es necesario realizar una comparación con un grupo control o en base a un baremo, como ha sido posible en algunas de las escalas.

A continuación veremos cuál es la situación de las personas transexuales entrevistadas en relación a las variables interpersonales incluídas en nuestro estudio y que conforman el ámbito interpersonal relevante en relación a las necesidades humanas interpersonales.

7.1.3.2. Variables interpersonales

Soledad

Evaluamos en primer lugar los sentimientos de soledad a través de una escala de 15 ítems, compuesta de tres subescalas de cinco ítems cada una: 5 correspondientes a soledad social, 5 a soledad familiar y 5 a soledad de pareja, con un rango posible de respuesta de 1 a 7 y con un rango de puntuación de 0 a 35 en cada subescala. En este caso, nuestra muestra presenta una puntuación media de 17.04 (S.D. = 7.19) con respecto a la subescala de soledad social, 18.33 (S.D. = 8,62) respecto a soledad familiar y 20.53 (S.D. = 7.48). Como podemos ver, en este caso, nos encontramos con puntuaciones por encima de la media de la escala en las tres subescalas de soledad. Estos datos van en la línea de algunos de los datos descriptivos que mostrábamos en el epígrafe anterior, donde describíamos sus relaciones y vínculos interpersonales, en los que con frecuencia encuentran carencias que pueden favorecer los sentimientos de soledad aquí reflejados.

Satisfacción sexual

Finalmente, evaluamos la satisfacción sexual de las personas entrevistadas a través de una subescala con cinco ítems en los que el rango de respuesta se encuentra entre 1 y 5, por lo que el rango de puntuación oscila entre 0 y 25. La media obtenida en nuestra muestra se encuentra en 13. 61 (S.D = 5.33). Nuevamente, nos encontramos con una puntuación en torno a la media de manera general, aunque con una mayor variabilidad de la encontrada en otras variables estudiadas. Como hemos visto más arriba, la sexualidad de estas personas se encuentra afectada de manera directa por la características de su situación de conflicto, tan relacionadas con el cuerpo y la sexualidad.

7.1.4. Estado de bienestar: Calidad de Vida y Salud psicológica

Como ya hemos mencionado en el epígrafe anterior, nos interesa conocer el estado de calidad de vida y de salud psicológica de las personas transexuales, conocer cuáles de los aspectos evaluados se encuentran más afectados.

7.1.4.1. Calidad de Vida

Como ya hemos descrito en la muestra, evaluamos la calidad de vida de las personas entrevistadas a través de un instrumento en el que encontramos cuatro subescalas que evalúan cuatro ámbitos diferentes de calidad de vida: física, psicológica, ambiental y social. Todas las subescalas tienen un rango de respuesta de 1 a 5 y un rango de puntuaciones de 15 en social, 35 en física, 30 en psicológica y 40 en ambiental. Encontramos en nuestra muestra una media de 23,90 (S.D. = 2.80) respecto a la física, 20.2 respecto a la psicológica (S.D. = 3.34), 9,75 respecto a la social (S.D. 2.44) y 27.85 respecto a la ambiental (S.D. = 4.53). Estos datos nos indican puntuaciones medias de calidad de vida media respecto a las puntuaciones de la escala, lo cual alude a que la puntuación media obtenida a partir de los datos de las personas entrevistadas se sitúan por término medio en la opción de respuesta "medianamente satisfecho/a" o "bastante satisfecho/a".

7.1.4.2. Salud Psicológica

Como venimos explicando en el marco teórico de nuestro estudio, entenderemos como salud psicológica, el estado de estas personas con respecto a sus niveles de ansiedad y depresión, indicadores significativos del grado de malestar psicológico de las personas.

Ansiedad

Evaluamos el nivel de ansiedad mediante una subescala del instrumento utilizado también para evaluar la depresión (con otra subescala), ambos como indicadores de la ausencia de salud psicológica de las personas transexuales. Así, la escala utilizada presenta un rango de puntuaciones de 0 a 40,

situándose la media de puntuaciones de la muestra en 12.85 (S.D. = 8.25), lo cual resulta una puntuación baja, que indica un bajo nivel de ansiedad en la muestra respecto a la escala.

Depresión

En cuanto a la depresión como indicador del estado psicológico de las personas transexuales, abarca puntuaciones en esta escala de 0 a 52, siendo la media de la muestra 23.04 (S.D. = 12.58), lo cual representa también una puntuación baja, pero mayor proporcionalmente a la ansiedad.

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 Tabla 36), pudiendo observar que casi la totalidad de la muestra ha acudido a un profesional.

Tabla 36. Frecuencias y porcentajes de las personas que componen la muestra que han solicitado en alguna ocasión apoyo psicológico

Solicitado alguna vez apoyo psicológico	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	60	0	56	93,3	116	96,7
No	0	0	4	6,7	4	3,3
Total	60	100	60	100	120	(100%)

Ante el elevado porcentaje de respuestas afirmativas a este respecto, analizamos el motivo principal de haber solicitado dicha atención, observando que más de la mitad acuden por cuestiones relacionadas directamente con su proceso, como la valoración pertinente de la transexualidad como motivo

principal y requisito imprescindible para iniciar dicho proceso de reasignación sexual. No obstante, un elevado porcentaje acude fundamentalmente por malestar psicológico manifestado de diferentes formas y en diferentes grados, es decir, por un grado significativo de afectación personal (ver Tabla 37).

Tabla 37. Frecuencias y porcentajes del motivo principal por el que las personas de la muestra han solicitado apoyo psicológico

Motivo principal por el que han pedido apoyo psicológico	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Proceso	48	80	25	44,6	73	62,9
Otros	12	20	31	55,4	43	37,1
Total	60	100	56	100	116	(100%)

Por otro lado, en las subescalas que hemos utilizado en este estudio para conocer el estado de salud psicológica de las personas transexuales se evalúan los pensamientos suicidas, pero no así los intentos de suicidio ni los pensamientos autolesivos o las autolesiones, aspectos que han sido considerados de vital importancia en la literatura específica sobre transexualidad. Por este motivo, evaluamos en primer lugar los intentos de suicidio, encontrando que más de la mitad de las personas entrevistadas habían intentado quitarse la vida en algún momento (ver figura 24).

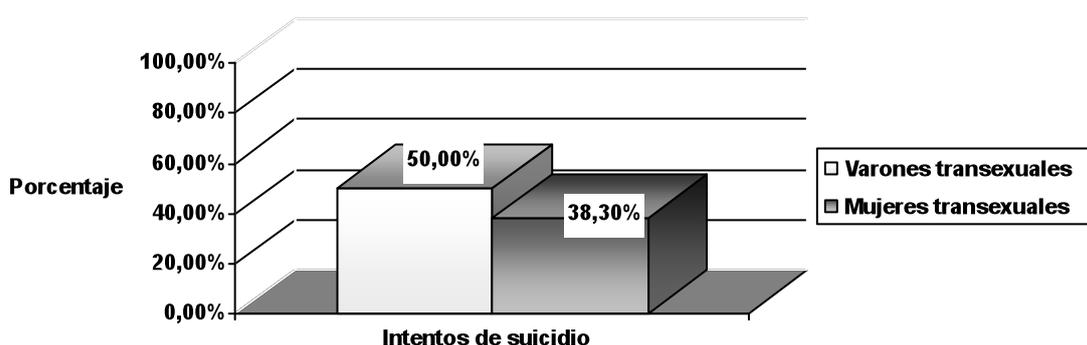


Figura 24. Porcentaje de varones y mujeres que han tenido algún intento de suicidio a lo largo de su vida

No obstante, aunque encontramos que en una buena medida en la mayor parte de las personas entrevistadas, el intento de suicidio se ha producido

antes del último año, es importante no obviar los casos en que sí se ha producido durante el último año (Tabla 38).

Tabla 38. Frecuencias y porcentajes del momento en el que se produjo el intento de suicidio

Cuando ocurrió intento de suicidio	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Último año	1	3,3	1	4,3	2	3,8
Antes	25	83,3	20	87	45	84,9
Ambas	4	13,3	2	8,7	6	11,3
Total	30	100	23	100	53	(100%)

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 no encontrar ayuda para resolver su problema, lo que deja patente las dificultades con las que se encuentran las personas transexuales, ya que un ínfimo porcentaje tuvo intentos de suicidio por cuestiones diferentes a la transexualidad, relacionado habitualmente con la falta de apoyo y atención psicosocial recibido por estas personas (ver Tabla 39)

Tabla 39. Frecuencias y porcentajes del motivo principal por el que se produjo el intento de suicidio

Motivo principal del intento de suicidio	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
No acepto mi cuerpo	6	20	3	13	9	17
No me he sentido aceptado/a	2	6,7	6	26,1	8	15,1

No encuentro ayuda para resolver mi problema	21	70	14	60,9	35	66
Otros	1	3,3	0	0	1	1,9
Total	30	100	23	100	53	(100%)

Con todos estos datos podemos confirmar la información que nos ofrecen las escalas con la información recabada en forma de entrevista, a pesar de que contraste existente por el momento temporal por el que se pregunta, es decir, 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 otros 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 la variabilidad existente tanto en calidad de vida, como en ansiedad o en depresión en general al momento del proceso en el que se encuentran, 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 y calidad de vida que aquellas que se encuentran en un momento más inicial.

Por considerar para nuestro estudio relevante el estado de calidad de vida y salud psicológica actual de las personas transexuales, los datos descriptivos

presentados pretenden completar la información y dar una visión global de la situación psicológica de las personas transexuales.

7.1.5. Análisis de los aspectos personales e interpersonales: diferencias de género

En este apartado analizamos en qué medida existen diferencias entre varones y mujeres en las variables estudiadas personales e interpersonales (autoestima, imagen corporal, estrategias de afrontamiento, soledad y satisfacción sexual) para luego conocer en qué medida inciden estas variables predictoras sobre las variables criterio (salud psicológica y calidad de vida).

En este sentido, nuestra primera hipótesis plantea que las mujeres transexuales presentarán un peor estado de resolución de sus necesidades (con respecto a todas las variables estudiadas) y de bienestar (salud psicológica y calidad de vida) que los varones (ver figura 25).

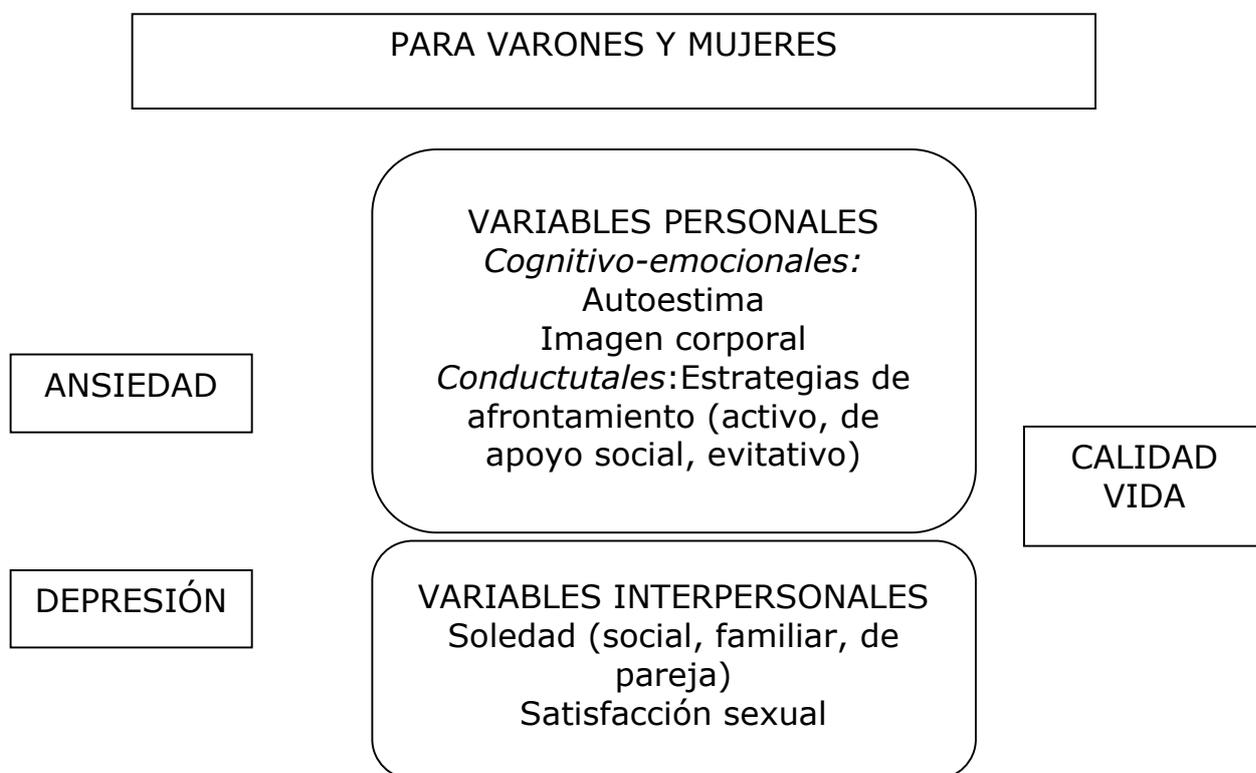


Figura 25. Estado de varones y mujeres transexuales respecto a las variables a estudiar

Nos centramos a continuación en evaluar las posibles diferencias en las diferentes variables evaluadas en función del sexo, es decir, entre varones y mujeres. Así, realizamos un a prueba *t* para muestras independientes en cada una de las variables (ver Tabla 40)

Tabla 40. Diferencias de género respecto a las puntuaciones medias en las diferentes variables del estudio

Variable	gl	F	t	p	X	
					Varones	Mujeres
Ansiedad	118	.38	1.99	.04	11.36	14.33
Depresión	118	.20	1.34	.18	21.50	24.58
Calidad de Vida	118	.57	-.10	.91	88.76	88.53
Autoestima	118	.12	.19	.84	68.41	68.80
Imagen corporal	118	3.14	2.34	.02	84.36	92.86
Afrontamiento activo	118	.02	.31	.75	11.81	11.96
Afrontamiento de apoyo social	118	4.07	-.58	.55	10.36	10.08
Afrontamiento evitativo	118	.19	.59	.55	11.21	11.55
Soledad familiar	118	.50	-.76	.44	18.93	17.73
Soledad social	118	.31	.82	.41	16.50	17.58
Soledad de pareja	118	1.12	2.12	.03	19.10	21.96
Satisfacción sexual	118	1.20	2.01	.04	12.65	14.58

Como podemos ver en la tabla, no encontramos diferencias significativas en las variables estudiadas para varones y mujeres. De la misma manera que seremos restrictivos estadísticamente en los análisis inferenciales de regresión múltiple (asumiendo un nivel de significación de .01) con el fin de identificar las variables realmente pertinentes, también lo somos al realizar el análisis de

diferencia de medias. A la vista de los resultados, algunos de ellos significativos si tuviésemos en cuenta un nivel de significación de .05, cabría pensar que en una muestra mayor quizá se encontrasen diferencias significativas al 1%.

7.1.6. Incidencia de los aspectos personales e interpersonales sobre el bienestar de las personas transexuales

Nos centramos a continuación en evaluar la relación entre las diferentes variables estudiadas. De acuerdo a nuestra segunda hipótesis, los aspectos psicosociales (personales e interpersonales) incluidos en el estudio se relacionarán con el estado de salud psicológica y la calidad de vida de las personas transexuales (ver figura 26).

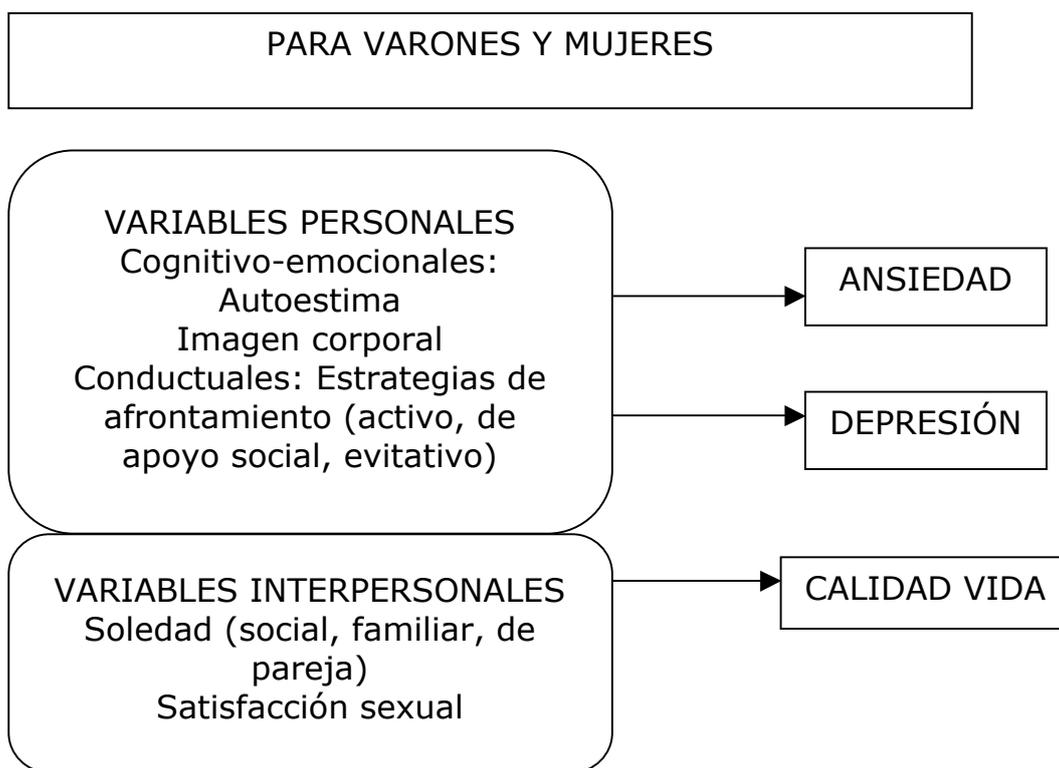


Figura 26. Incidencia de las variables personales e interpersonales sobre la salud psicológica (ansiedad y depresión) y la calidad de vida

Así, realizamos inicialmente un análisis correlacional bivariado común a ambos sexos entre las diferentes variables que nos permita definir la posible relación entre ellas. Encontramos con dicho análisis correlación significativa entre la

mayor parte de las variables evaluadas, salvo entre la variable soledad de pareja que se asocia con sólo cuatro variables de las once posibles. De la misma manera encontramos correlaciones elevadas entre las variables criterio, siendo menor entre la ansiedad y la calidad de vida. Ansiedad y depresión correlacionan de forma significativa con la soledad social, mientras que la calidad de vida correlaciona en mayor medida con la autoestima y la imagen corporal (ver Tabla 42).

Tabla 41. Matriz de correlaciones entre las variables evaluadas para ambos sexos (ansiedad, depresión y calidad de vida- salud psicológica-, autoestima, imagen corporal, las diferentes estrategias de afrontamiento, soledad –social, emocional familiar y emocional de pareja- y satisfacción sexual)

	Ansiedad	Depresión	CV total	Imagen Corporal	Autoestima	Afrontamiento Activo	Afrontamiento Apoyo social	Afrontamiento Evitativo	Soledad Familiar	Soledad social	Soledad de pareja	Satisfacción sexual
Ansiedad	1	.75*	.41**	.29**	-.22*	-.09	-.06	.29**	.40**	.48**	.19*	-.19*
Depresión		1	.57**	.53**	.45**	.26**	.25**	.58**	.50**	.59**	.23**	.41**
CV total			1	.50**	.60**	.38**	.37**	.47**	.42**	.47**	-.21*	.38**
Imagen Corporal				1	.41**	.18*	.20*	.46**	.43**	.35**	-.17	.51**
Autoestima					1	.51**	.25**	.36**	.57**	.54**	.23**	.33**
Afrontamiento Activo						1	.32**	.33**	.35**	.43**	-.10	.24**
Afrontamiento Apoyo social							1	.24**	-.18*	.27**	.02	-.03
Afrontamiento evitativo								1	.33**	.39**	.17	.33**
Soledad familiar									1	.69**	.12	-.19*
Soledad social										1	.31**	.26**
Soledad de pareja											1	.38**

*p<.05 **p<.01

Uno de nuestros objetivos es conocer la situación con respecto a las variables objeto de estudio tanto en varones como en mujeres. Por este motivo, llevamos a cabo un análisis correlacional bivariado para varones y otro para mujeres, con el fin de identificar si las asociaciones se producen en algunos casos sólo para uno de los sexos o sí, en caso de que existan para los dos sexos, cuál es el sentido de la relación.

En este sentido, observamos que en el caso de los varones la variable que correlaciona con un menor número de variables es la estrategia de afrontamiento activo, que tan sólo correlaciona con la autoestima, la estrategia de afrontamiento de apoyo social y las soledades familiar y social. Por el contrario, las correlaciones más altas las encontramos entre la depresión y la soledad familiar y social. La correlación entre las variables criterio es significativa, si bien la asociación entre ansiedad y calidad de vida es mucho menor que entre el resto de variables (ver Tabla 43).

Tabla 42. Matriz de correlaciones entre las variables evaluadas para varones transexuales (ansiedad, depresión y calidad de vida- salud psicológica-, autoestima, imagen corporal, las diferentes estrategias de afrontamiento, soledad -social, emocional familiar y emocional de pareja- y satisfacción sexual)

	Ansiedad	Depresión	CV total	Imagen Corporal	Autoestima	Afrontamiento Activo	Afrontamiento Apoyo social	Afrontamiento Evitativo	Soledad Familiar	Soledad social	Soledad de pareja	Satisfacción sexual
Ansiedad	1	.73**	-.34*	-.22	-.26*	-.01	-.08	.23	.47**	.52	.29*	-.22
Depresión		1	.56**	.51**	.56**	-.20	-.28*	.52**	.61**	.69**	.40**	.47**
CV total			1	.46**	.57**	.34	.38**	.44**	-.32*	.34**	.34**	.48**
Imagen Corporal				1	.34**	.04	.15	.33**	-.31*	-.21	-.24	.57**
Autoestima					1	.49**	.22	.36**	.62**	.65**	-.32*	.36**
Afrontamiento Activo						1	.35**	-.25	.37**	.44**	-.01	.12
Afrontamiento Apoyo social							1	-.31*	-.18	-.19	-.01	.02
Afrontamiento evitativo								1	.24	.40**	.36**	.44**
Soledad familiar									1	.71**	.16	-.17
Soledad social										1	.41**	.35**
Soledad de pareja											1	.47**

*p<.05 **p<.01

Sin embargo, en el caso de las mujeres transexuales, la cuantía de las correlaciones entre las variables criterio son algo más altas que en el caso de los varones, especialmente en el caso de la asociación entre la variable

ansiedad y la variable calidad de vida. Con respecto a la relación entre las variables criterio y las predictoras, la variable ansiedad se asocia en este caso en mayor medida con la imagen corporal, mientras que la depresión lo hace además de con la imagen corporal, con la estrategia de afrontamiento evitativo. Finalmente, la calidad de vida se asocia fundamentalmente con la variable autoestima. Resulta llamativo que la soledad de pareja no correlacione en este caso con ninguna de las variables (ver Tabla 44).

Tabla 43. Matriz de correlaciones entre las variables evaluadas para mujeres transexuales (ansiedad, depresión y calidad de vida- salud psicológica-, autoestima, autoestima sexual, imagen corporal, las diferentes estrategias de afrontamiento, soledad –social, emocional familiar y emocional de pareja- y satisfacción sexual)

	Ansiedad	Depresión	CV total	Imagen Corporal	Autoestima	Afrontamiento Activo	Afrontamiento Apoyo social	Afrontamiento Evitativo	Soledad Familiar	Soledad social	Soledad de pareja	Satisfacción sexual
Ansiedad	1	.77**	.47**	.44**	-.19	-.17	-.03	.34**	.38**	.44**	.03	-.24
Depresión		1	.58**	.63**	.36**	.33**	-.21	.63**	.43**	.49**	.01	.43**
CV total			1	.56**	.64**	.42**	.36**	.49**	.51**	.58**	-.09	.31*
Imagen Corporal				1	.48**	.29*	.26*	.60**	.51**	.51**	.20	.44**
Autoestima					1	.53**	.28*	.37**	.52**	.44**	-.15	.32*
Afrontamiento Activo						1	.29*	.42**	.33**	.43**	-.23	.36**
Afrontamiento Apoyo social							1	-.18	-.20	-.32*	.08	-.06
Afrontamiento evitativo								1	.43**	.38**	-.05	-.26*
Soledad familiar									1	.69**	.11	-.19
Soledad social										1	.19	-.23
Soledad de pareja											1	.39**

Este tipo de análisis nos lleva a comprobar qué variables de todas las evaluadas explican mejor el estado de salud psicológica y la calidad de vida de las personas transexuales, tanto de los niveles de ansiedad y depresión como de los niveles de calidad de vida 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 bienestar 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, lo cual permitirá desarrollar estrategias de intervención eficaces en el momento actual.

7.1.6.1. Aspectos personales e interpersonales y ansiedad

Nuestro objetivo es conocer en qué medida las variables predictoras inciden sobre las criterio, pero comprobando el posible efecto moderador de la variable *sexo*. Para ello, realizamos un Análisis de Regresión Múltiple Jerárquico. En el primer bloque incluimos las variables predictoras, con el fin de comprobar los *efectos principales* de estas variables y encontrar modelos que puedan ser aplicados a la muestra con independencia de su sexo. Por este motivo, introducimos el sexo y aquellos predictores que a nivel bivariado muestran una asociación significativa con las variables ansiedad, depresión y calidad de vida para una significación de .01. Como ya hemos dicho anteriormente, teniendo en cuenta la posible relación entre algunas variables hemos decidido ser restrictivos estadísticamente (teniendo en cuenta la significación .01) para identificar las variables realmente relevantes. En el segundo bloque incluimos únicamente las interacciones entre el sexo y las variables predictoras que parecen comportarse de forma diferente en función del sexo de los participantes, es decir, que correlacionan significativamente sólo para uno de estos grupos o cuya dirección de la asociación sea opuesta para cada sexo. De este modo podemos comprobar el efecto moderador de la variable *sexo*.

Finalmente, siguiendo un principio de parsimonia, si la aportación del segundo bloque de variables, es decir, de las interacciones, no es significativa para explicar la variable criterio, se optará únicamente por un modelo de *efectos principales*. Sin embargo, si el porcentaje de varianza explicado por el

segundo bloque de variables es estadísticamente significativo, entonces se incorporarán al del modelo final aquellas interacciones que sean significativas.

De este modo, fijando como criterio la variable ansiedad, incluimos en el primer bloque de la regresión el sexo, la autoestima, la imagen corporal, la satisfacción sexual, la soledad (familiar, social y de pareja) y la estrategia de afrontamiento evitativo y en el segundo paso la autoestima, la imagen corporal, la estrategia de afrontamiento evitativo y la soledad de pareja, todas ellas en interacción con el sexo (ver Tabla X).

Este análisis de regresión refleja que la inclusión de las interacciones no supone un porcentaje de varianza significativo al 1% al modelo de efectos principales ($R^2 = .074$; $F_{4,107} = 3.25$, $p = .015$). Por este motivo, optamos por el modelo de *efectos principales* para explicar la variable ansiedad (ver Tabla X).

Las variables predictoras incluidas como *efectos principales* parecen tener suficiente independencia entre ellas, salvo en el caso de la soledad familiar y social (ver Tabla 45).

Tabla 44. Modelo de regresión lineal jerárquica, asumiendo la variable ansiedad como variable criterio

Modelo	Predictor	B	β	t	I.T.
Efectos principales	Sexo	-3.3	-.20	-2.35	.83
	Autoestima	.13	.17	1.67	.57
	Imagen corporal	-.06	-.14	-1.38	.54
	Afrontamiento evitativo	.16	.06	.66	.69
	Soledad familiar	.17	.18	1.50	.41
	Soledad social	.39	.34	2.85**	.42
	Soledad de pareja	.00	.00	.03	.73
	Satisfacción sexual	-.09	-.06	-.61	.59

$$R^2 = .26$$

$$F_{8,111} = 6.40***$$

n = 120

Nota. I.T. = índice de tolerancia.

**p<.01

*** p < .001.

Además, es importante tener en cuenta que no todas las variables predictoras son significativas (ver Tabla X). Por este motivo, llevamos a cabo otro modelo de regresión en el que sólo se incluyen los *efectos principales* que son significativos. De esta manera podemos corregir la posible sobreestimación del porcentaje de varianza explicada, por la mera introducción de predictores no significativos.

De esta forma, el modelo final resultante está formado por una única variable (ver figura 27), que explica un 23% de la varianza de la variable ansiedad ($F_{1,118} = 36.87$, $p < .001$). Este porcentaje no es muy diferente del porcentaje de varianza explicado por todas las variables incluidas como predictores (26%), lo cual indica que el resto de variable predictores no aportan un gran porcentaje de varianza a la explicación de la variable ansiedad.

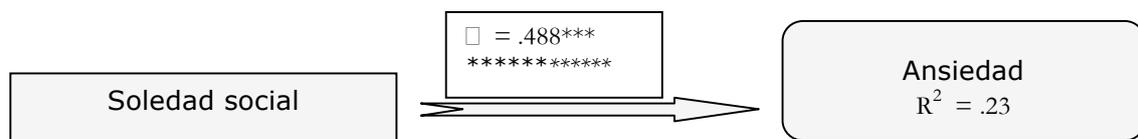


Figura 27. Modelo final de regresión lineal para variable ansiedad

Finalmente, el sentido de la relación que se establece entre la variable predictora y la variable criterio, permite afirmar que en la medida en la que las personas entrevistadas sienten un mayor grado de soledad social, también manifestarán mayores índices de ansiedad (ver figura X).

Este resultado confirma parcialmente nuestra hipótesis 2.1. que suponía la influencia de las variables personales e interpersonales sobre la salud psicológica de las personas transexuales, concretamente sobre la ansiedad, ya que sólo la variable soledad social aparece como significativa en el análisis.

7.1.6.2. Aspectos psicosociales y depresión

Siguiendo con el mismo patrón de análisis que para el caso de la variable ansiedad, realizamos un Análisis de Regresión Múltiple Jerárquico para comprobar el posible efecto moderador de la variable sexo. En el primer bloque incluimos las variables predictoras de la variable depresión, en este caso, incluimos el sexo, la autoestima, la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento activo, de apoyo social y evitativo, la soledad (familiar, social y de pareja) y la satisfacción sexual, y en el segundo paso la estrategia de afrontamiento activo y la estrategia de afrontamiento de apoyo social, y la soledad de pareja, las tres en interacción con el sexo (ver Tabla X).

Este análisis de regresión refleja que la inclusión de las interacciones tampoco supone un porcentaje de varianza significativo al modelo de efectos principales ($R^2 = .040$; $F_{3,106} = 3.87$, $p = .011$). Por este motivo, optamos nuevamente por el modelo de *efectos principales* para explicar la variable ansiedad (ver Tabla X).

Las variables predictoras incluidas como *efectos principales* parecen tener suficiente independencia entre ellas, salvo en el caso de la soledad familiar y social, posiblemente debido a las altas correlaciones entre los diferentes tipos de soledad (ver Tabla 46).

Tabla 45. Modelo de regresión lineal jerárquica, asumiendo la variable depresión como variable criterio

Modelo	Predictor	B	β	t	I.T.
Efectos principales	Sexo	-4.3	-.17	-2.55	.82
	Autoestima	-.05	-.04	-.56	.50

Imagen corporal	-.11	-.18	-2.13	.51
Afrontamiento activo	.55	.11	1.48	.62
Afrontamiento de apoyo social	-.29	-.06	-.90	.79
Afrontamiento evitativo	1.18	.28	3.86***	.66
Soledad familiar	.15	.10	1.11	.40
Soledad social	.51	.29	3.06**	.40
Soledad de pareja	-.09	-.05	-.81	.72
Satisfacción sexual	-.46	-.19	-2.37	.55
$R^2 = .55$				
$F_{10,109} = 15.85***$				
				n = 120

Nota. I.T. = índice de tolerancia.

** $p < .01$

*** $p < .001$.

Nuevamente, es importante tener en cuenta que no todas las variables predictoras son significativas (ver Tabla X). Por este motivo, llevamos a cabo otro modelo de regresión en el que sólo se incluyen los *efectos principales* que son significativos. De esta manera corregimos la posible sobreestimación del porcentaje de varianza explicada, por la mera introducción de predictores no significativos.

De esta forma, el modelo final resultante está formado por dos variables (ver figura 28), que explica un 49% de la varianza de la variable depresión ($F_{2,117} = 57.51$, $p < .001$). Este porcentaje no es muy diferente del porcentaje de varianza explicado por todas las variables incluidas como predictores (55%), lo cual indica que el resto de variable predictoras no aportan gran porcentaje de varianza a la explicación de la variable depresión.

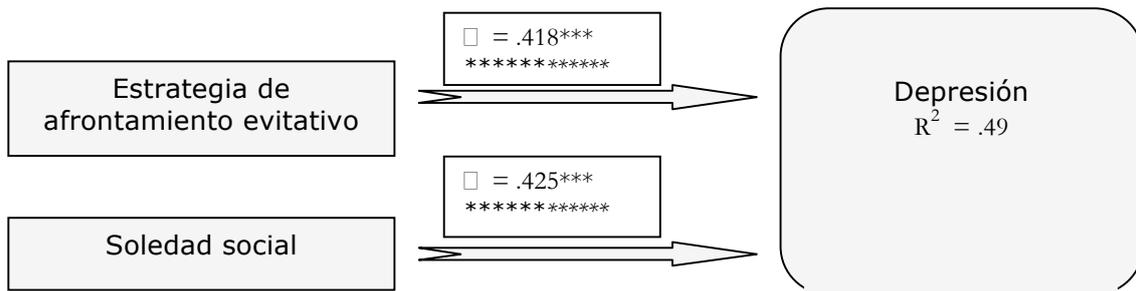


Figura 28. Modelo final de regresión lineal para variable depresión

En este caso, el sentido de la relación que se establece entre las variables predictoras y la variable criterio, permite afirmar que en la medida en la que las personas entrevistadas sienten un mayor grado de soledad social y afrontan su situación con estrategias evitativas, también manifestarán mayores índices de depresión (ver figura X).

Este resultado confirma parcialmente nuestra hipótesis 2.1. que suponía la influencia de las variables personales e interpersonales sobre la salud psicológica de las personas transexuales, concretamente sobre la depresión, ya que sólo la variable estrategia de afrontamiento evitativo y la variable soledad social aparecen como significativas en el análisis.

7.1.6.3. Aspectos psicosociales y calidad de vida

Finalmente queremos conocer el posible efecto moderador de la variable sexo también con un Análisis de Regresión Múltiple Jerárquico. En el primer bloque incluimos las variables predictoras de la variable calidad de vida, en este caso, el sexo, la autoestima, la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento activo, de apoyo social y evitativo, la soledad (familiar, social y de pareja) y la satisfacción sexual, y en el segundo paso la estrategia de afrontamiento activo y la soledad de pareja, ambas en interacción con el sexo (ver Tabla X).

Este análisis de regresión refleja que la inclusión de las interacciones tampoco supone un porcentaje de varianza significativo al modelo de efectos principales ($R^2 = .002$; $F_{2,107} = .18$, $p = .83$). Por este motivo, optamos nuevamente por el modelo de *efectos principales* para explicar la variable calidad de vida (ver Tabla X).

Las variables predictoras incluidas como *efectos principales* parecen tener suficiente independencia entre ellas, salvo en el caso de la soledad familiar y social, posiblemente debido a las altas correlaciones entre los diferentes tipos de soledad (ver Tabla 47).

Tabla 46. Modelo de regresión lineal jerárquica, asumiendo la variable calidad de vida como variable criterio

Modelo	Predictor	B	β	t	I.T.
Efectos principales	Sexo	1.21	.05	.69	.82
	Autoestima	.40	.36	3.87***	.50
	Imagen corporal	.10	.18	1.97	.51
	Afrontamiento activo	-.00	-.00	-.01	.62
	Afrontamiento de apoyo social	.87	.19	2.55**	.79
	Afrontamiento evitativo	-.55	-.14	-1.74	.66
	Soledad familiar	.03	.02	.24	.40
	Soledad social	-.14	-.08	-.84	.40
	Soledad de pareja	.00	.00	.03	.72
	Satisfacción sexual	.26	.11	1.33	.55
		$R^2 = .48$			
		$F_{10,109} = 12.03***$			
		n = 120			

Nota. I.T. = índice de tolerancia.

**p<.01

*** p < .001.

Finalmente, llevamos a cabo otro modelo de regresión en el que sólo se incluyen los *efectos principales* que son significativos para corregir la posible sobreestimación del porcentaje de varianza explicada, por la introducción de predictores no significativos.

De esta forma, el modelo final resultante está formado por dos variables (ver figura 29), que explica un 40% de la varianza de la variable calidad de vida ($F_{2,117} = 42.19, p < .001$). Este porcentaje es muy diferente del porcentaje de varianza explicado por todas las variables incluidas como predictores (48%), lo cual indica que el resto de variable predictoras aportan un porcentaje de varianza a la explicación de la variable calidad de vida.

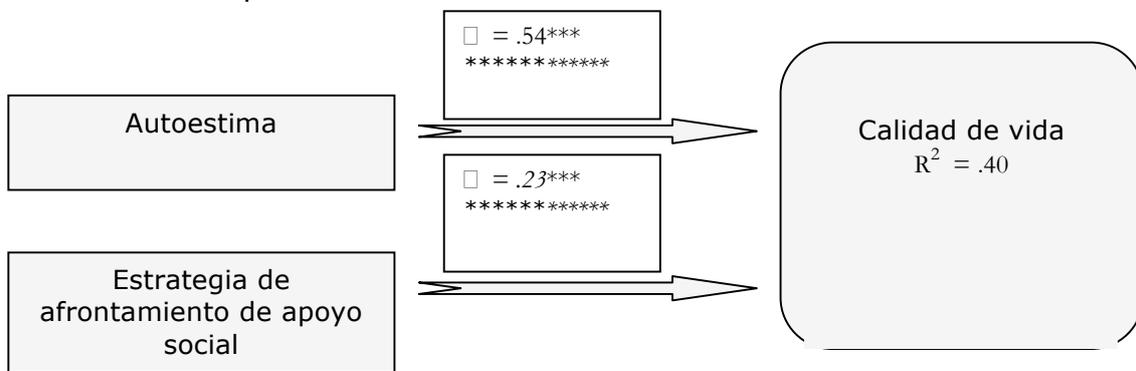


Figura 29. Modelo final de regresión lineal para variable calidad de vida

Finalmente, si observamos el sentido de la relación que se establece entre las variables predictoras y la variable criterio, podemos afirmar que en la medida en la que las personas entrevistadas tengan una autoestima más fortalecida y utilicen en mayor medida estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, presentarán un mejor estado de calidad de vida (ver figura 29).

Este resultado confirma parcialmente nuestra hipótesis 2.2. que suponía la influencia de las variables personales sobre la calidad de vida de las personas transexuales, ya que sólo la variable autoestima y la estrategia de afrontamiento de apoyo social aparecen como significativas en el análisis.

7.1.7. Sugerencias para mejorar el estado de bienestar de las personas transexuales: en relación a su proceso e identidad personal y a sus relaciones y vínculos interpersonales y sociales.

Dadas las características de la entrevista, a lo largo de todo el encuentro las personas entrevistadas tienen la ocasión de hacer todo tipo de comentarios. Aun así, hemos establecido un tiempo al final de la entrevista para que puedan expresar sus sugerencias para mejorar el estado en relación a su proceso, sus relaciones sociales y de amistad, familiares, vida de pareja y sexual, así como sus relaciones en el ámbito laboral y con los profesionales.

En primer lugar, encontramos que el 100% de las personas entrevistadas nos hacen alguna sugerencia para mejorar su estado con respecto a su proceso de reasignación sexual. Todas las personas incluyen entre sus sugerencias la necesidad de contar con profesionales especializados en todos los ámbitos que conciernen a la transexualidad (médicos de todas las especialidades implicadas, psicólogos o trabajadores sociales). Esta es la sugerencia fundamental que nos ofrecen. No obstante, el 72,8% de estas personas solicitan también que se favorezca la formación e información adecuada, sobre las especificidades de su realidad y su proceso entre los profesionales, informando un 34,8% de la necesidad de investigación para la mejora de su proceso. De manera específica, un 79% proponen la mejora específica en las intervenciones quirúrgicas, que permitan la funcionalidad y el placer más allá de la apariencia estética corporal. Por último, un 67,6% sugiere la necesidad de suprimir dificultades del proceso en relación a los trámites, los tiempos, etc. En definitiva, con respecto a la rigidez de los procedimientos. Sin duda, sus sugerencias van en la línea de alguna de las necesidades observadas en el planteamiento de este estudio.

Por otro lado, cuando pedimos sugerencias con respecto a la mejora de sus relaciones sociales, tanto con la familia como con las relaciones de amistad o la pareja, encontramos que las personas transexuales entrevistadas responden por igual en todos los ámbitos, de tal forma que hacen propuestas en el primer ámbito por el que se les pregunta (familia) y su respuesta es "lo

mismo” en el caso de las sugerencias con respecto a las amistades o la pareja. Responden a estas sugerencias en el 91,3%. El resto de las personas entrevistadas responden “no sé” a los planteamientos de manera recurrente, por lo que tras abordar las sugerencias de manera, aceptamos su respuesta. En el caso de las personas que responden, todas ellas sugieren que necesitan apoyo e información. Al pedir especificidad encontramos que de ese porcentaje, el 63,2% plantea la necesidad de programas de formación específicos sobre transexualidad, el 12,1% propone profesionales que medien en sus relaciones familiares, sociales (con los más allegados) o con la pareja.

En relación al ámbito laboral, responden a la propuesta de sugerencias un 69,5% de las personas. Su propuesta generalizada consiste en campañas de sensibilización empresarial, con las que se puedan minimizar los riesgos de cara a conseguir puestos de trabajo de acuerdo a sus capacidades y habilidades. No obstante, un 22% de las personas que responden proponen que se establezcan leyes más específicas que definan con claridad criterios de discriminación que protejan los derechos laborales de las personas transexuales.

Con respecto a sus relaciones sexuales, el número de personas que ofrecen sugerencias es mucho menor, puesto que responden a esta cuestión en un 54,9% de las personas entrevistadas. Muchas de las personas plantean que no encuentran sugerencias que no vayan en la línea de mejorar el proceso para mostrarse con una anatomía biológica acorde a su identidad. Sin embargo, de las personas que responden, se plantea como necesaria la sensibilización social en la totalidad de los casos, que facilite posteriormente las relaciones en general que puedan tener en los diferentes contextos, también en el ámbito de las relaciones sexuales. De este porcentaje que responde, un 13,6% propone mejoras en los objetos que utilizan en su sexualidad (i.e. fajas, prótesis, etc.)

Finalmente, ya hemos reflejado en varias ocasiones la importancia de los profesionales para estas personas. Nuevamente, en este caso, responden el 100% de las personas entrevistadas, hilando sus propuestas con las relacionadas con su proceso. Todas plantean la necesidad de más profesionales especializados desde todos los perfiles profesionales.

Nuevamente, sugieren formación entre los profesionales (en un 84%), incluso con intercambio de profesionales (en el 6,1%) que trabajan en centros y países donde algunos aspectos del tratamiento se desarrollan, desde su punto de vista, de manera más eficaz. Sugieren como necesaria en un 77,1% la puesta de marcha de campañas de sensibilización entre algunos perfiles profesionales de manera generalizada.

Como conclusión, recordar que aunque sólo contamos con datos descriptivos de sus sugerencias, resultan fundamentales de cara a estudiar e interpretar resultados y también de cara a proponer y poner en marcha estrategias de valoración e intervención en la transexualidad (ver figura 30).

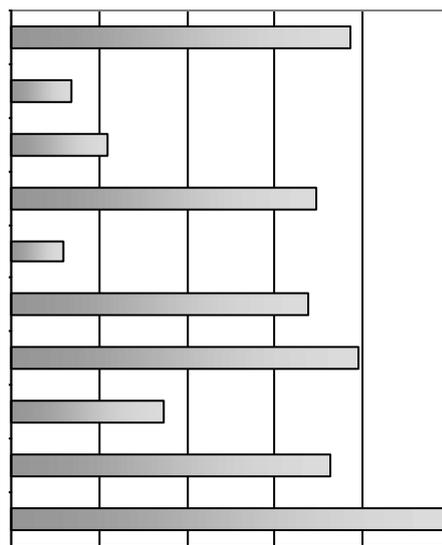


Figura 30. Porcentaje de las personas transexuales y sugerencias para mejorar su estado de bienestar.

VIII. **Discusión**

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

8.1. Estado de calidad de vida, salud psicológica y variables personales e interpersonales de varones y mujeres transexuales

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

8.1.1. Estado de calidad de vida y salud psicológica de las personas transexuales

En primer lugar, a la luz de los resultados observados en calidad de vida, podemos ver cómo las personas entrevistadas se encuentran por término medio alrededor de la media de la puntuación posible en la escala. Este dato nos indica que por término medio, las personas entrevistadas afirman sentirse “medianamente satisfechas” con su calidad de vida. En este sentido, parece ser la media de calidad de vida social la de menor puntuación con respecto a la puntuación posible en la escala, por lo que podemos decir que las personas de la muestra presentan una calidad de vida no muy satisfactoria y mejorable.

En segundo lugar, en relación al estado de salud psicológica de las personas transexuales, hemos podido observar cómo el bienestar de las personas

transexuales se encuentra en alguna medida afectado. Así, los niveles de ansiedad y depresión medios de la muestra se encuentran en torno a la puntuación media posible con respecto a las subescalas, encontrando una mayor puntuación media en depresión que en ansiedad con respecto a su puntuación posible como subescala. Aunque estos datos no indican que implique necesariamente un diagnóstico específico, sí resulta relevante tenerlos en cuenta puesto que no son puntuaciones bajas tanto en una subescala como en la otra.

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 (37.1%) el motivo fundamental por el que acuden no es su proceso directamente sino un malestar psicológico significativo. Además, observamos como consecuencia una importante presencia de intentos de suicidio, intentos que, lamentablemente, se dan de forma muy frecuente en esta población - 3.8%, superando de forma sustancial la frecuencia entre la población general - 0.09%- a lo largo del mismo año en que se realizaron las entrevistas. Además, destaca que casi la mitad de las personas entrevistadas (44,2%) han intentado quitarse la vida en algún momento. Un dato que apoya, aunque no ha sido recogido en el estudio de manera sistemática, el resto de resultados respecto al suicidio es que, desde la realización de las entrevistas, sabemos que al menos dos personas han fallecido siendo la forma de la muerte el suicidio. Estos datos avalan la necesidad de seguir trabajando en las necesidades y el bienestar de estas personas, con el fin de no encontrarnos de manera más frecuente con estos alarmantes datos.

Desde la literatura, 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). Además, parece que las personas transexuales que inician su proceso de reasignación sexual presentan una mejor calidad de vida que aquellas que no lo hacen (Hurtado, Gómez y Donat, 2006), lo cual influiría en que los niveles de calidad de vida no sean más bajos, puesto que una buena parte de las personas entrevistadas ha iniciado algún proceso de reasignación sexual.

Por otro lado y a la luz de nuestros resultados, resulta curioso por un lado, 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 y, por otro, 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 (37.1%), lo cual resulta un dato fundamental a la hora de prevenir el riesgo vital de estas personas a este respecto, además de que los intentos de autolesión, estudiados anteriormente (Cano Oncala y cols., 2004), se deben fundamentalmente al rechazo que sienten por parte de los otros que conocen su situación.

Así, 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, ya 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 años¹

Además, las personas transexuales afirman disfrutar de una mejor salud psicológica en el presente que en el pasado, ya 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 la diferencia fundamental 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 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..."

Estas afirmaciones ponen de manifiesto que son muchas las dificultades a las que se enfrentan las personas transexuales con respecto a su bienestar, tanto con respecto a su calidad de vida como a su salud psicológica, en gran medida por las implicaciones que tiene la afectación de muchos de los ámbitos de su vida, tanto a nivel personal como interpersonal, tal y como veremos en los siguientes apartados.

Para concluir, parece importante dejar constancia de las diferencias encontradas respecto a la calidad de vida y 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. En este sentido, los momentos del proceso pueden vivirse y de hecho son vividos de forma muy diferente por cada persona, cada toma de decisiones tiene significados bien distintos para unas y otras personas, lo cual hemos tratado de solventar preguntando no sólo por el momento del proceso, sino por su satisfacción con tal situación y sus expectativas de cambio, si las hay.

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 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

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).

evidente que las diferencias entre ambas situaciones prototípicas se produce 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 trabajar las pérdidas, la pérdida de algunas facetas de sí mismo/a, o al menos reelaborarlas y construir las 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), la propia percepción que tienen de su cuerpo (imagen corporal), la forma de afrontar la situación (estrategias de afrontamiento), los vínculos interpersonales y los sentimientos que les generan (soledad social, familiar y de pareja, satisfacción sexual) 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

8.1.2. 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 así 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 la resolución de necesidades de las personas (Ryan y Deci, 2000; López, 2006), 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).

Además, 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, y cuya 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 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 con frecuencia mucho malestar para las personas transexuales en el día a día de estas personas (22.5%), si bien es importante matizar que también este malestar es mayor en situaciones de interacción e intimidad, es decir, cuando tienen relaciones sexuales (23.3%), 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 las personas transexuales de iniciar el proceso de reasignación sexual y modificar su anatomía física y la preocupación por su apariencia en ese sentido, 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 los genitales (Ruggieri, Galato y Lombardo, 1993).

Desde nuestro punto de vista, y de acuerdo al malestar expresado por las personas de la muestra, 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 a este respecto:

"...no soporto mi pecho, de verdad, 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 viva... 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 destruí 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 y 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 se encuentran en buena medida en el momento de hormonación (25%), de operaciones (26.6%) o han finalizado el proceso de reasignación sexual (25%), por los 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, mientras que una media menor se limita a buscar la comprensión y manifestar su malestar a otras personas. 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 se autolesionan y disfrutan de una salud psicológica deteriorada en mayor grado utilizan estrategias de afrontamiento menos eficaces, como puede ser el afrontamiento evitativo, utilizando en menor grado el afrontamiento activo (Dear y cols., 1998). No obstante, para algunos autores, la grave afectación de la salud psicológica de las personas desencadena el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces (Ueara, Sakado, Sato y Takizawa, 2002).

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. Pero por otro lado, este dato es indicativo de que quizás las personas transexuales, cuyo rechazo y discriminación social es patente, acuden en menor medida al entorno en búsqueda de apoyo por el posible temor a dicho rechazo. 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

8.1.3. Estado de las personas transexuales respecto a las variables interpersonales.

En relación a las necesidades interpersonales, tras el estudio de los niveles de soledad, tanto a nivel familiar, como social o de pareja, observamos que las personas entrevistadas se encuentran por término medio en torno a la media de la puntuación posible en la escala. Sin embargo, y en relación a esta puntuación, encontramos una media ligeramente mayor en relación a la soledad social.

Desde hace años, algunos autores han empezado a contemplar algunos aspectos interpersonales en relación a la transexualidad. De este modo, se

establece que el proceso de reasignación sexual ha de incluir el trabajo del sentimiento de soledad encontrado de forma frecuente en las personas transexuales (Ellis y Ericksen, 2002). Además, parece que este sentimiento de soledad en las personas transexuales está fuertemente influida por la visión negativa existente a nivel social respecto a la transexualidad (Witten y Cook-Daniels, 1999). De manera general, la presencia de sentimientos de soledad social se asocian a la vivencia de la exclusión social, en el sentido en que el rechazo y la estigmatización por parte de los otros contribuye, entre otras cosas, a este sentimiento de soledad social (Goffman, 1963). Finalmente, contamos con otros estudios que establecen la presencia de sentimientos de soledad y su importancia en población excluidas socialmente (Carcedo, López y Orgaz, 2005).

Estos datos van en la línea del testimonio de una de las personas entrevistadas:

"...no tengo amigos, ni a nadie vamos, en mi pueblo soy la loca y a mi edad ya no creo que pueda tener amigos, no salgo ni a la puerta de casa. Cuando ya no puedo más, me voy a Madrid, salgo una noche y termino acostándome con alguien y al día siguiente me vuelvo, pero nada de más contacto ni nada...esto es un castigo"

MUJER, 44 AÑOS

Con respecto a la satisfacción sexual, nuevamente nos encontramos con puntuaciones por término medio en torno a a mitad de la puntuación posible en satisfacción sexual, por lo que la puntuación media se correspondería con la categoría de respuesta "medianamente satisfecho/a". Desde nuestro punto de vista, indica que la necesidad de trabajar en las necesidades sexuales, con el fin de que puedan disfrutar de una mayor satisfacción sexual.

Hasta el momento, no contamos con estudios que aborden la satisfacción sexual de las personas transexuales, puesto que los estudios centrados en la sexualidad se centran en la satisfacción con la reasignación sexual (Hurtado, Gómez y Donat, 2006). Sólo contamos con autores que de forma tangencial manifiestan que las personas transexuales ya que han de expresarse con una

anatomía incongruente con su rol sexual (Bureau, Beaudoin, y Fallon, 1989). Sin embargo, existen estudios que han abordado la satisfacción sexual. En este sentido, se ha planteado la afectación de la satisfacción sexual en personas en situación de exclusión social (Carcedo, López y Orgaz, 2005), además de la importancia de resolver las necesidades sexuales para disfrutar de un estado de bienestar satisfactorio (López, 2008).

Esto se confirma además por la siguiente experiencia de una de las personas entrevistadas:

"...tengo pareja desde hace tres años, pero relaciones sexuales y eso no, bueno, yo a ella sí, pero yo no dejo que me toque...cuando me opere será otra cosa, pero así no lo soporto. Yo estoy contento, porque nos queremos muchos...y bueno, así me conformo, aunque no es lo que me me gustaría, pero es que no lo soporto..."

VARÓN, 35 años

8.2. Análisis de los aspectos personales e interpersonales: diferencias de género

Afirmábamos en nuestra primera hipótesis que las mujeres transexuales presentarían un peor estado de resolución de sus necesidades (con respecto a las variables estudiadas) y de bienestar (salud psicológica y calidad de vida) que los varones. De este modo, los varones presentarían un mejor estado con respecto a la autoestima, la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento, la soledad (social, familiar y emocional) y la satisfacción sexual que las mujeres de nuestra muestra.

En este sentido, encontramos que las personas de la muestra presentan niveles diferentes con respecto a la ansiedad, la imagen corporal, la soledad de pareja y la satisfacción sexual. De este modo, la mujeres muestran una mejor satisfacción sexual, mientras que son éstas las que muestran mayores niveles de ansiedad, de soledad de pareja y una peor imagen corporal.

Desde nuestro punto de vista, los resultados son coherentes con la realidad observada en las entrevistas y con algunos de los estudios parciales sobre estas cuestiones.

Por un lado, el proceso de reasignación sexual tiene mejores resultados anatómicos y funcionales en mujeres que en varones. Por otro lado, vivimos en un contexto en el que sigue siendo importante socialmente y se sigue asociando la masculinidad a la anatomía masculina, al pene, lo cual incide de forma importante en la vivencia de la sexualidad de los varones, por lo que de nuestra experiencia se traduce que las mujeres transexuales viven su sexualidad de forma más satisfactoria que los varones, que como ya veíamos en un testimonio anterior con frecuencia no permiten el contacto corporal. En este sentido, la literatura apoya la mayor satisfacción con la reasignación de las mujeres (Hurtado, Gómez y Donat, 2006).

A continuación mostramos los testimonios de una mujer y un varón que reflejan lo expuesto anteriormente:

"...nunca he tenido problemas para acostarme con nadie, nunca, tu sales una noche y siempre hay algún tio dispuesto, es más, si no te has operado, eso todavía a muchos les da morbo...otra cosa es tener pareja...los tios no valen para eso..."

MUJER, 33 AÑOS

"...yo utilizo prótesis con mi pareja, porque bueno, ella disfruta y yo disfruto un poco por el roce la prótesis y por verla disfrutar a ella, pero siempre tienes la sensación de que eso no es natural, de que te falta algo...de que no puedes darle lo que puede darle otro chico..."

VARÓN, 27 AÑOS

Por otro lado, son las mujeres las que muestran mayores niveles de soledad de pareja, de ansiedad y de satisfacción con la imagen corporal. Desde

nuestro punto de vista, los resultados coinciden también con la realidad encontrada a través del estudio y con algunas de las conclusiones de otros autores y estudios.

De este modo, si bien las mujeres entrevistadas afirmaban, como hemos visto en el testimonio anterior, que con frecuencia no tienen dificultades en sus contactos sexuales, especialmente en las heterosexuales la vivencia de la pareja es diferente, puesto que afirman tener grandes dificultades para establecer un vínculo de pareja. Dicen no sentirse aceptadas y no encontrar varones que quieran establecer ese vínculo con una mujer transexual. Esto se refleja muy bien en la siguiente afirmación:

"...lo hombre no te quieren como pareja, finalmente piensan que cómo le van a presentar a un hombre a su familia, que se terminaría notando o sabiendo y que eso es una vergüenza...yo ya he pasado por eso...y ya ni intento tener pareja, todos son iguales..."

MUJER, 38 AÑOS

Por otro lado, el diferente proceso de reasignación en varones y mujeres condiciona en muchos casos la imagen corporal de estas personas, puesto que los efectos de los tratamientos son más rápidos y eficaces en varones que en mujeres. Esto, sumado a esa necesidad de feminidad y de ser invisible a los ojos de los demás, favorece que las mujeres transexuales no se encuentren tan satisfechas como los varones con su imagen corporal, y que incluso en numerosas ocasiones busquen de manera sistemática tratamientos complementarios de modificación de la imagen corporal (Bergero y cols., 2004). De esta manera lo refleja una mujer en la entrevista:

"yo sólo quiero pasar desapercibida, que nadie me mire si no es para decirme guapa, me he operado la nuez, la nariz y los pómulos, empecé con el tratamiento tarde y no quería que todo el mundo me siguiera mirando como un hombre...pero bueno...creo que no me haré naa más...aunque una nunca está contenta..."

Finalmente, también son las mujeres las que muestran mayores niveles de ansiedad, de la misma forma que ocurre en población general (cita). Esto tiene sentido puesto que los sentimientos de ansiedad se relacionan de forma especial con situaciones de miedo, y las mujeres transexuales, más visibles socialmente que los varones se encuentran con frecuencia a situaciones en todos los contextos de miedo.

Todos estos datos van en la línea de otros estudios que, aunque no han abordado estas cuestiones de forma general, proponen una peor situación en mujeres que en varones transexuales (Bergero y cols., 2004; Cano y cols., 2004).

8.3. Incidencia de los aspectos personales e interpersonales sobre el bienestar de las personas transexuales

De acuerdo a nuestra hipótesis dos, los aspectos personales e interpersonales incluidos en el estudio se relacionarían con el estado de calidad de vida y de salud psicológica de las personas transexuales.

Así, las personas que presentasen mayor autoestima, mejor percepción del propio cuerpo, afrontasen de forma más eficaz su situación, se sintiesen menos solas con respecto a la familia, los amigos y la pareja, y se encontrasen más satisfechas socialmente, presentarían mayores niveles de calidad de vida y menores niveles de ansiedad y depresión que aquellas cuyas necesidades personales no fuesen cubiertas satisfactoriamente.

Podemos observar en nuestros resultados cómo existen relaciones bivariadas significativas entre la mayoría de variables del estudio, tanto en los datos referidos a ambos sexos como los datos correspondientes a la relación bivariada por sexos. Especialmente en la relación bivariada para ambos sexos, resulta significativa la relación entre muchas de las variables del estudio (personales e interpersonales) y la depresión o la calidad de vida, así como la

relación entre estas variables, salvo en el caso de la soledad de pareja, que no muestra correlación significativa con algunas de las variables tanto personales como interpersonales. Podemos destacar que en el caso de las relaciones bivariadas en el caso de las mujeres, no encontramos correlación significativa entre la soledad de pareja y el resto de variables del estudio.

En primer lugar, las variables que explican el nivel de calidad de vida de las personas entrevistadas son la autoestima y en menor medida la estrategia de afrontamiento de apoyo social.

Por otro lado, con respecto a la salud psicológica, en cuanto a las variables que explican el nivel de ansiedad actual de las personas transexuales, observamos cómo es la variable soledad social la que explica fundamentalmente el nivel de ansiedad de estas personas, mientras que la depresión se explica también por el nivel de soledad social, si bien contribuye a explicar la presencia o ausencia de manifestaciones depresivas en menor medida la estrategia de afrontamiento evitativo.

Con esto, podemos afirmar que nuestra hipótesis se cumple parcialmente, ya que aunque existe relación bivariada entre muchas de las variables del estudio, sólo existe relación de la autoestima, la soledad social, la estrategia de afrontamiento de apoyo social y la estrategia de afrontamiento evitativo con calidad de vida y la salud psicológica.

Desde la investigación psicológica, se ha prestado atención también a la relación entre las variables autoestima, imagen corporal y estrategias de afrontamiento y la salud psicológica, concretamente ansiedad y depresión (Antonowsky, 1988; Diener, 1984; Kostanski y Gullone 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 (Ueara, 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) y de calidad de vida (Diener, 1984).

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, 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 (Newbegin y Owens, 1996; Fickova, 1999; 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 la estrategia de afrontamiento evitativo ha resultado relevante 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 (Ueara, Sakado, Sato y Takizawa, 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.

Es de esperar pues, que la autoestima, en tanto que aspecto inherente a la persona en construcción desde la infancia, y en tanto que 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 y la imagen corporal 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, 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 y de calidad de vida 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 soledad social aparece en el análisis. Así, la medida en que estas personas se encuentran solas con respecto a sus relaciones sociales resulta de vital importancia a la hora de presentar manifestaciones de ansiedad, por lo que

personas que encuentren cubiertas en mayor medida sus necesidades sociales, se encontrarán más seguras y con menores dificultades, especialmente ante acontecimientos o situaciones vitales importantes para la vida de la persona y, por tanto, presentarán un menor malestar psicológico.

Como ya hemos mencionado en nuestra revisión teórica, habitualmente la ansiedad y la depresión coocurren (Maser y Cloninger, 1990; APA, 1994), 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 concurren 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, la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento.

Resulta esperable la correlación entre la autoestima y la imagen corporal, puesto que existe consenso en considerar que la imagen corporal es una dimensión de la variable autoestima, siendo esta última un aspecto más general que incluye a la primera (Warren y Fitts, 1996), si bien para algunos autores estas dimensiones son consideradas como independientes,

considerando la imagen corporal (Levine y cols., 2005), posible predictor de la autoestima.

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, personas que utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas y eficaces para superar las dificultades vitales, realizarán una autovaloración positiva que tendrá un efecto positivo en la percepción sobre ellos mismos, un efecto positivo sobre nuestra autoestima (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).

Finalmente, las relaciones entre las variables a nivel bivariado, así como la relación entre variables predictoras y criterio pone de manifiesto la importancia de tomar en cuenta al ser humano una vez más como un conjunto global que ha de ser estudiado y con el que se ha de intervenir de esta manera global.

8.4. 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 con frecuencia excluidas 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, la menos de forma conjunta y global, 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 resolución de necesidades, de calidad de vida y 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.

Por otro lado, la posibilidad de realizar un estudio de corte longitudinal no ha existido para la presente investigación por el coste temporal que supone evaluar el bienestar de la persona desde su infancia a la edad adulta y la dificultad de contar con la disponibilidad de la muestra durante el tiempo de estudio sin que exista muerte experimental.

Otra de nuestras limitaciones es la adaptación a las características de nuestra muestra de uno de los instrumentos de evaluación "Estrategias de afrontamiento de Basabe, Valdosedá y Páez (1993)", debido a que no existe hasta el momento un instrumento acorde a la situación de nuestra muestra. Los cambios se refieren al momento por el que se pregunta, que en la escala original es el pasado simple, el inicio del conflicto, y nosotros utilizamos el presente, buscando conocer la forma en que se afronta el conflicto actualmente.

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.

Por otro lado y de manera especial, la temática específica ante la que nos encontramos. 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 una identidad condicionada por estas complejas circunstancias específicas. En este sentido, los diferentes aspectos evaluados en este estudio, condicionados por el rechazo social al que se enfrentan desde su infancia pueden haber tenido respuestas acordes con lo que socialmente se espera, buscando aceptación; por esto, es posible que se haya dado en algún momento en nuestro estudio un relativo efecto de deseabilidad social. 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.

8.5. 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. Así, 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 continuar con investigación básica 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; Ryff y Keyes, 1995; Ryan y Deci, 2000), 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 otros, 2004).

Así, esta es la primera vez que se estudia de forma general la situación de las personas transexuales, lo cual resulta de vital importancia para conocer de forma global el estado de bienestar y salud psicológica de las personas transexuales. No obstante, es necesario seguir trabajando en este ámbito para tener resultados contrastables.

2. Por ello, resulta fundamental la investigación sobre las intervenciones de apoyo psicosocial que se están llevando a cabo en este momento, tratando de identificar aspectos clave eficaces de intervención y poniendo de relieve las dificultades encontradas en dichas intervenciones, lo cual favorezca establecer

planes de intervención globales y continuados, donde se contemplen tanto los aspectos propuestos por la investigación básica como por la investigación de sobre la eficacia y calidad de las intervenciones que ya están puestas en marcha tanto a nivel individual como grupal.

3. En 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.

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.

8.6. 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 tanto personales como interpersonales para un estado de bienestar satisfactorio.

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 imagen corporal y las estrategias de afrontamiento. Se trata de facilitar que estas personas se valoren de una forma más positiva, también la propia imagen corporal y a uno mismo como persona sexual, lo cual permitirá afrontar la situación de una forma diferente, materializar las potencialidades de cada persona a pesar de las dificultades, además de valorar la propia vida y las propias circunstancias de una forma menos negativa y destructiva.

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. El segundo aspecto que destaca como especialmente relevante en nuestro estudio está relacionado con las relaciones interpersonales, especialmente con la dimensión social. Aparecen como fundamentales la soledad social y la estrategia de afrontamiento social. En este sentido, los vínculos sociales inciden de forma significativa tanto en la salud psicológica como en la calidad

de vida de las personas transexuales. Una de las mayores dificultades de estas personas se relaciona como ya hemos visto, con la aceptación por lo que resulta básico el trabajo interpersonal, tanto desde el punto de vista personal, como desde el punto de vista interpersonal, con programas intervención de pares, que pueden ser promovidos desde asociaciones y otras entidades. Abordar la aceptación por parte de los otros y la satisfacción con sus relaciones sociales mejoraría de forma significativa el bienestar de estas personas.

3. Quizás una de las acciones prioritarias y que contribuiría a mejorar la autoestima, las relaciones interpersonales 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.

4. Por otro lado, resulta fundamental para estas personas que afronten su situación de una forma activa y adecuada, incidiendo de forma especial en el trabajo de las estrategias de afrontamiento de apoyo social, por la relevancia que esta estrategia tiene para la salud psicológica de estas personas, especialmente para la depresión, como hemos podido ver en nuestros resultados. Por esta razón, resulta de interés llevar a cabo programas generales de afrontamiento de la situación, como programas de comunicación adecuada o de resolución de problemas, y trabajar esta dimensión de afrontamiento con respecto a las relaciones interpersonales. 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, es importante, desde el punto de vista de 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.

5. Por último, hemos observado y mencionado ya de diferentes formas a lo largo de todo el trabajo la necesidad de establecer programas de intervención psicosocial globales de mejora del bienestar de las personas transexuales a lo largo de todo su proceso, en el que se contemple la atención especializada desde una perspectiva multidisciplinar, atendiendo de manera general a varones y mujeres y contemplando las especificades de la realidad de varones y mujeres transexuales

IX. Conclusiones

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

1. Las personas transexuales encuentran deteriorada en mayor o menor medida su salud psicológica y su calidad de vida, lo cual ha de servir como aspecto clave de valoración e intervención.
2. Encontramos afectación en la situación de las personas transexuales con respecto a las variables personales estudiadas, la autoestima, la imagen corporal y las estrategia de afrontamiento.
3. Las necesidades interpersonales se encuentran afectadas también en mayor o menor medida, tanto la soledad social, familiar y de pareja como la satisfacción sexual.
4. No existen diferencias significativas entre varones y mujeres con respecto a las variables personales e interpersonales en nuestro estudio.
5. La forma en la que las personas resuelven su situación es fundamentalmente iniciar o avanzar en el proceso de reasignación sexual, 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 (afrontamiento activo) por término medio se inicia ya en la juventud.
6. Las variables autoestima y estrategia de afrontamiento de apoyo social se muestran como las variables más importantes para la calidad de vida de las personas transexuales.

7. La estrategia de afrontamiento evitativo y la soledad social se muestran como los aspectos más importantes para la salud psicológica, el primero para el caso de la depresión y ambas tanto para ansiedad como para depresión.

8. Las sugerencias ofrecidas por las personas entrevistadas apoyan los datos encontrados, puesto que demandan mayor apoyo a través de formación y sensibilización, puesto que se sienten solas y facilitades en su proceso que les ayuden a mejorar la percepción de sí mismas.

9. Finalmente, tanto los aspectos personales como los interpersonales, especialmente los sociales, resultan relevantes para el trabajo con las personas transexuales, por lo que concluimos como fundamental la necesidad de estudiar e intervenir desde una perspectiva holística con estas personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Abelson, R. (1979) Differences between belief systems and knowledge systems. *Cognitive Sciences*, 3, 355-366.
- 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.
- Alexander, J. (1997). Out of the Closet and Into the Network: Sexual Orientation and the Computerized Classroom. *Computers and Composition*, 14(2), 229-44.
- 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 y 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).
- Arkar, H., Sari, O. y Fidaner, H. (2004). Relationships between quality of life, perceived social support, social network, and loneliness in a Turkish sample. *Yeni Symposium*, 42, 20-27.
- 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. (1981). Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364
- Bem, S. (1993). *The lenses of gender*. New Haven: Yale University Press.
- Bem, S. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 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.
- Bergero, T., Cano, G, Giraldo, A., Esteva, I., Ortega, M. , Gómez, M. y Gorneman, I. (2004). Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cirujía Plástica Iberoamericana*, 27, 263-272.
- 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)
- Bhogle, S. y Seethalakshmi, R. (1992). Developmant of gender constancy in Indian children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 18(1-2), 49-56.
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 315-334.
- Blank, T. (2006). Gay and lesbian aging: Research and future directions. *Educational Gerontology*, 32, 241-243.
- Blumer, H. (1971). Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 18, 298-306.
- Bockting, W., Robinson, B. y Rosser, B. (1998). Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10, 505–526.
- Bolin, A. (1988). In search of Eve: Transsexual rites of passage. New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1993) *Third Sex, Third Gender: beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, New York: Zone Books.
- 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 lazosocial*, <http://www2.uca.edu.ar/esp/secinvestigacion/esp/subsobservatorio/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.
- Branham, M. y Wenzel, J. (2003). The origin of photic behavior and the evolution of sexual communication in fireflies (Coleoptera: Lampyridae). *Cladistics*, 19, 1-22.
- Brissom, L. (1973). Bisexualité et médiation en Grèce ancienne. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7, 27-48.
- 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, G., Harris, T. y Hepworth, C. (1994). Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-534.
- Brown, J., Childers, K. y Waszak, C. (1990). Television and adolescent sexuality. *Journal of Adolescent Health Care*, 11(1), 62-70.
- Brown, M. y Rounsley, C. (2003). *True Selves - Understanding Transexualism*. USA: Jossey-Bass.
- Brumberg, J. (1997). *The Body Project: An Intimate History of American Girls*. Nueva York: Random House.
- Brunsdon's, C. (1997) Introduction. En: C. Brunsdon, J. D'Acci y L. Spigel, (eds). *Feminist Television Criticism*. New York: Oxford University Press.
- Bullough, U. (1974). Transvestites in the middle ages: A sociological analysis. *American Journal of Sociology*, 79, 1381-1394.
- Bullough, V. y Bullough, B. (1993). *Cross Dressing, Sex, and Gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 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.
- Busfield, J. (1996). *Men, Women and Madness*. Londres: Macmillan Press.
- Butler, J. (1992). Problemas de los géneros, teoría feminista y discurso psicoanalítico. En L. Nicholson (comp), *Feminismo/posmodernismo*, Buenos Aires: Feminaria Ed.
- 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.
- Carcedo, R., López, F., Orgaz, M. B., Toth, K. y Fernández-Rouco, N. (2008). Men and women in the same prison: Interpersonal needs and psychological health of prison inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(6), 641-57.
- Carcedo, R., Perlman, D., Orgaz, M. B., López, F., Fernández-Rouco, N. y Faldowski, R. (2010). Heterosexual Romantic Relationships Inside of Prison: Partner Status as Predictor of Loneliness, Sexual Satisfaction, and Quality of Life. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- 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 implicatiosns. *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. y Van Goozen, S. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Sexualities*, 5(3), 363-82.
- 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.
- Cole, S., Denny, D., Eyler, A. y Samons, S. (2000). Issues of transgender. En L. T. Szuchman y F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives on human sexuality* (pp.149-195). New York: John Wiley.
- Cole, S., Denny, D., Eyler, A. y Samons, S. (2000). Issues of transgender. En T. Szuchman y F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives in human sexuality* (pp.149- 195). New York: John Wiley & Sons.
- 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.
- Collins, J. y Storfer, A. (2003). Global Amphifian declines: sorting the hypotheses. *Diversity and distributions*, 9, 89-98.
- 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).
- Côté, J. (1996). Identity: A multidimensional analysis. En G. Adams, R. Montemayor y T. Gullota (Eds.), *Psychosocial development during adolescence: Progress in developmental contextualism* (pp. 130-180). London: Sage Publications.
- Cox, C. (1966). *The Enigma of the Age: The Strange Story of the Chevalier d'Eón*. London: Longmans.
- 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.
- Cromwell, J. (1999). *Transmen & FTMs: Identities, Bodies, Genders & Sexualities*. Chicago:University of Illinois Press.
- Cromwell, J. (1999). *Transmen and FTMs: Identities, Bodies, Genders and Sexualities*. USA: University of Illinois.
- 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
- De Cuypere, G., Janes, C. y Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 180-184.
- 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. Eshkevvari, 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.
- Debelius, H. y Kuitert, R., (2001). *Peces Cirujano. Peces Conejo Y Especies Emparentadas. Guia*. Madrid: M y G Difusion.
- Deci, E. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Denny, D. y Green, J. (1996). Gender identity and bisexuality. En B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 84-102). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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.

- Di Ceglie, D. (1998) Management and therapeutic aims with children and adolescents with gender identity disorders and their families. En *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health* (eds D. Di Ceglie with D. Freedman), pp. 185—197. London: Karnac.
- Diamond, M. (2002). Sex and gender are different sexual identity and gender identity are different. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7(3), 320-334.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social indicators research*, 31, 103-157.
- 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.
- DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 99-119.
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1997). Social an emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22, 417-427.
- Dobson, K. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 5, 307-324.
- Docter, R. y Prince, V. (1997). Transvestism: a survey of 1,032 cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 589-605.
- 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.
- Dozier, R. (2005) Beards, Breasts, and Bodies: Doing Sex in a Gendered World. *Gender & Society*, 19(3), 297-316.
- 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.
- Edwards, E. (2003). *Museums and Source Communities: a Routledge Reader*. London/ New York: Routledge.
- Egan, S. y Perry, D. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology* 37(4), 451-463.

- Ekins, R. y King, D. (1996). *Blending Genders: Social Aspects of Cross dressing and Sex-changing*. London/ New York: Routledge.
- 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.
- Ellis, K. y Eriksen, K. (2002). Transsexual and transgenderist experiences and treatment options. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 10, 289-299.
- Ellsworth, P. y Smith, C. (1988). Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*, 2, 301-331.
- 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.
- Endler, N., Macrodimitris, S. y Kocovski, N. (2003). Anxiety and depression: Congruent, separate, or both? *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8(1), 42-60.
- 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.
- Feinberg., L. (1996). *Transgender Warriors: Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston: Beacon Press.
- 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* (2^a Ed.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- 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.
- Frable, 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.
- Freedman, D., Tasker, F. y Di Ceglie, D. (2002) Children and Adolescents with Transsexual Parents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: A Brief Report of Key Developmental Features. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 423-432.
- 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.
- Gagnon, J. y Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social sources of human sexuality*. Chicago: Aitline.
- Gallopin, G. (1980). Development and Environments: An Illustrative Model. *Journal of Policy Modeling*, 2(2), 239-254.
- Gamson, J. (1998). Must identity movements self-destruct? A queer dilemma. En P. M. Nardi y B. E. Schneider (orgs.), *Social perspectives in lesbian and gay studies*. London: Routledge.
- Garaizábal, C. (2006). Identidad de género y salud mental. <http://www.transexualia.org/>. (Septiembre 2007).
- García Riaño, D. e Ibáñez, E. (1992). Calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de Psiquiatría*, 19(4), 148-61.

- Garfinkel, H. (1967). *Estudios en Ethnomethodology*. Englewood: Prentice Pasillo.
- Garfinkel, H. (1967). *Estudios en Ethnomethodology*. NJ: Prentice Pasillo.
- 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.
- Gergen, K., (1994). *Realities and relationships*. Cambridge: Harvard University 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.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 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.
- Gómez, E., Cobo, J. y Gastó, C. (2006). Aspectos históricos de la transexualidad. En E. Gómez e I. Esteva (eds.): *Ser transexual. Dirigido al paciente, la familia y el entorno sanitario, judicial y social* (pp. 73-101). Barcelona: Glosa.
- Gooren, L. (1990). The endocrinology of transsexualism: a review and a commentary. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 3 - 14.
- Gooren, L. (1999). Hormonal sex reassignment. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). <http://www.symposion.com/ijt/ijt990301.htm> (Mayo 2007).
- 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. (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. (1987). *Sissy Boy Syndrome and the Development of Homosexuality*. New Havenc: Yale University Press.

- Green, R. (2000). Family Co-occurrence of "Gender Dysphoria": Ten Sibling or Parent-Child Pairs. *Archives of Sexual Behavior*, 29,499-507.
- 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. 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
- Groneberg, M. (2005). Myth and Science Around Gender and Sexuality: Eros and the Three Sexes in Plato's Symposium. *Diogenes*, 52, 39-49.
- 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.
- Hansen, D. (1976). *An Invitation to Critical Sociology: Involvement, Criticism, Exploration*. New York: The Free Press.
- 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.
- Hegarty, P. K., Hegarty, N. J. y Fitzpatrick, J. M. (2001). Sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia. *Current Urology Reports*, 2, 292-296.
- 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
- Hird, M. (2000). Gender's nature: Intersexuality, transexualism and the "sex"/"gender" binary. *Feminist Theory*, 1, 347-364.
- Hird, M. (2002). Out/Performing Our Selves: Invitation for Dialogue, *Sexualities*, 5, 337-356.
- 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
- Hutchby, I. y Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis. principles, practices and applications*. Cambridge: Polity Press.
- Jaffrey, Z. (1996). *The invisibles: A tale of the eunuchs of India*. Nueva York: Vintage Books.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- James, W. (1890) *The Principles of Psychology*. Londres: MacMillan Cambridge MA y Oxford: Blackwell.
- Johnson, S. y Hunt, D. (1990). The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 349-360.
- 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. *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.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. y Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Indiana: University Press.
- 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.
- Lantz, B. (1999). Is the journey worth the pain? En M. Boenke (Ed.), *Transforming families: Real stories about transgendered loved ones* (pp. 13-18). Imperial Beach, CA:Walter Trook.
- 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
- Lenihan, P. y Hegarty, P. (2007). Exploring transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 119-120.
- 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.
- Libis, J. (1989) *Le mythe de l'androgixme*. París : Berg International Ed. Hausman, B. (1995) *Changing Sex Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Duke University Press, Durham, EE UU.
- 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.
- 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 F. (2005). Prólogo. En S. Rathus, J. Nevad y L. Rathus. *Sexualidad Humana*. Madrid: Pearson.
- López Sánchez, F. (1990). *Educación sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- 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. (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, M., Polaino, A., Arranz, P., Granda, M. y Calero, F. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clínica y Salud*, 2, 271-278.
- López-Ibor, J. (2002). World Psychiatry: an opportunity for psychiatrists of the world. *World Psychiatry*, 1(1), 1.
- Lothstein, L. (1979). The aging gender dysphoria (transsexual) patient. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 431 -443.
- 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.
- Mackenzie, G. (1994). *Transgender nation*. Ohio: Bowling Green State University Popular 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'Identity di Genere, *Sessuality e Terzo Millennio*, 2.
- Marone, P., Iacoella, S., Cecchini, M. y Rabeau, 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 socioeconomico 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.
- Mejia, N. (2006) *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- 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).
- Meyer. J. (1974). Clinical variants among applicants for sex reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 527-558.
- Meyer-Bahlburg, H. (1993). Psychobiologic research on homosexuality. *Child and Adolescent Psychiatry Clinical North American*, 2, 489-500.
- 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. y Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., Hampson, J. y Hampson, J. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 97, 284-300.
- Money, J., Hampson, J. y Hampson, J. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 333.
- Mongredien, G. (1966). *Memories de l'Abbe de Choisy*. París: Mercure de France.
- Monro, S. (2000). Theorizing Transgender Diversity: Towards a Social Model of Health, *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1), 33-45.
- Monro, S. y Warren, L. (2004). *Transgendering Citizenship*. New York: Columbia University Press.
- 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.
- Morgan, D. y Krueger, R. (1993). When to use focus groups and why. En Morgan, D.L. (Ed.), *Successful focus groups: Advancing the state of the art* (pp. 3-19). Newbury Park: Sage.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Namaste, K. (1996). The Politics of Inside/Out: Queer Theory, Poststructuralism, and a Sociological Approach to Sexuality. En: S. Seidman, (Ed). *Queer Theory/Sociology*.
- 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.
- O'Gorman, E. (1982). A retrospective study of epidemiological and clinical aspects of 28 transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 231-236.
- Öhman, A. (1993). Miedo y ansiedad como fenómenos emocionales: phenomenology clinical, 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.
- OMS-WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Ginebra: World Health Organization.
- Orenstein, P. (1994). *Schoolgirls: Young Women, Self-esteem, and the confidence gap*. Nueva York: Doubleday.
- 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.
- Pela, R. (1997). Boys in the dollhouse and girls with toy trucks, 746, 55. New York: Liberations Publications.
- Pela, R. (1997). Boys in the dollhouse, girls with toy trucks. *The Advocate*, 746, 55-60.
- 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.
- Pita, S., Pértigas, S. (2003). Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Atención Primaria*, 10, 120-124.

- Playdon, Z. (2000). *Transsexualism as an Intersex Condition*. London: HMSO.
- 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.
- Poovey, M. (1988). *Uneven Developments*. Chicago: University of Chicago Press.
- Prosser J, (1998); *Second skins: The body narratives of transsexuality*. New York : Columbia University Press.
- Pruzinski, T. (1990) Psychopatología 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.
- Racster, O., Grove, J. (1932). *Dr. James Barry.: Her secret story*. London: Gerald Howe.
- Randell, J. (1969). Preoperative and postoperative status of male and female transsexuals. En Green, R. y Money, J. (eds.). *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A critical introduction*. Londres: Sage Publications.
- Rathus, S., Nevad, J. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad Humana*. Madrid: Pearson.
- Raymond, J. (1979). *The Transsexual Empire: The Making of the She Male*. Boston: Beacon Press.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior therapy*, 8, 787-804
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A., Schaefer, L. y Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71-89.
- Reiss S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380- 396.
- Rekers, G., Willis, T., Yates, C., Rosen, A. y Low, B. (1977). Assessment of childhood gender behavior change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 53-65.

- 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.
- Robertson, J. (1992). The politics of androgyny in Japan: sexuality and subversion in the theater and beyond. *Journal of the American Ethnologist Society.*, 19 (3), 419-442.
- Roid, G. H. y Fitts, W. H. (1988). *Tennessee Self-Concept Scale, Revised Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ross, M. y Need, J. (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18(2), 145-153.
- 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, *Realty e Prospettive in Psicofisiologia*, 5/ 6/ 7, 71-90.
- Ruggieri, V., Marone, P. y Fabricio, M., (1997). Immagine corporea, sensibility 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. (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.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of Psychological Well-Being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- 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 Develonment*. 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.
- Snell, W. (1995). The Multidimensional Self-Concept Questionnaire . En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman , G. Schreer, y S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 521-524). London: Sage.
- 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.

- Soriano, S. (1996). *Proceso de desarrollo de la identidad homosexual*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca.
- Speer, S. (2005). *Gender Talk: Feminism, Discourse and Conversation Analysis*. London: Routledge.
- Speer, S. (2005). The interactional organization of the gender attribution process. *Sociology*, 39(1), 67-87.
- 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. (1975). *Sex and gender. The transsexual experiment* (Vol. 2). London: Hogarth Press.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender*. Nueva York: Science House.
- Sundbom, E. y Bodlund, O. (1999). Prediction of outcome in transsexualism by means of the defense mechanism test and multivariate modeling: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 3-20.
- Sundbom, E. y Bodlund, O. (1999). Prediction of outcome in transsexualism by means of the defense mechanism test and multivariate modeling: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 3-20.
- 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, C., (1995). La política del reconocimiento. En: C. Taylor, *Argumentos Filosóficos*,. Barcelona: Ediciones Paidós.
- 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: Bibliaria.
- 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 disorder 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.

- Walter, W. y Ross, M.. (1986). *Transsexualism and sex reassignment*. London: Oxford University Press.
- 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.
- Whittle, S. (2002) *Transsexual and transgender rights*. London: Cavendish.
- 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.
- Wilson, I., Griffin, C. y Wren, B. (2002). The validity of the diagnosis of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 335-351.
- Witten, T. y Cook-Daniels, L. (1999). Transgender Aging: Introduction to an Emerging Field. *Gerontologist*, 39, 79-81.
- Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas.
- Woodward, K. (1997). *Identity and difference: Media and identities*. Londres: Sage.
- Wren, B. (2000). Early Physical Intervention for Young People with Atypical Gender Identity Development. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 220-231.
- Zucker, K. y Bradley, S. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford.

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 IIa – DSM-IV-TR

Trastorno de Identidad de Género (T= Totalmente P= Parcialmente)

- A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).
T () P ()

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. deseos repetidos 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.

En los adolescentes y adultos, la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo, o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

- B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. T () P ()

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos:

- en los niños, sentimientos de que el pene o 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 propios de los niños.
- en las niñas, , rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener en el futuro pene, de no querer poseer pechos ni menstruar, o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y adultos, la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. e., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico 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. T ()
P ()
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. T ()
P ()

F64 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

F64.0 Transexualismo

Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.

Pautas para el diagnóstico

La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia

Se trata de trastornos que suelen manifestarse por primera vez durante la primera infancia (siempre mucho antes de la pubertad) caracterizados por un malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto. Hay una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo. Se cree que estos trastornos son relativamente raros y no deben confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado, que es mucho más frecuente. El diagnóstico del trastorno de la identidad sexual en la infancia requiere una profunda alteración en el sentimiento normal de masculinidad o feminidad. No es suficiente la simple masculinización de los hábitos en las chicas o el afeminamiento en los chicos. El diagnóstico no puede realizarse cuando el individuo ha alcanzado la pubertad. Debido a que el trastorno de identidad sexual en la infancia tiene muchos rasgos en común con otros trastornos de la identidad de esta sección, se ha considerado más conveniente clasificarlo en F64. en lugar de F90 F98.

Pautas para el diagnóstico

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente del enfermo de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Se manifiesta por primera vez durante los años pre escolares. Para poder ser diagnosticado debe haber aparecido antes de la pubertad. En ambos sexos puede existir, aunque es muy raro el rechazo de las estructuras anatómicas del propio sexo. Lo más típico es que los niños con un trastorno de la identidad sexual nieguen sentirse afectados por el, aunque pueden

sentir malestar debido al conflicto generado por las expectativas de su familia o compañeros y por las burlas o rechazo al cual pueden estar sometidos.

Estos trastornos han sido mejor estudiados en chicos que en chicas. Lo más característico es que desde los años de pre escolar los chicos se interesan por juegos y otras actividades que corrientemente se asocian con mujeres y suele haber una preferencia por vestirse con atuendos femeninos. Sin embargo, este transvestismo no es causa de excitación sexual (a diferencia del transvestismo fetichista en adultos, F65.1). Puede existir un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas y, las muñecas son un juguete favorito y por lo general prefieren a las chicas como compañeros de juego. El ostracismo social tiende a presentarse durante los primeros años de la escolarización y tiende a alcanzar su máximo en la segunda infancia con la presencia de bromas humillantes por parte de los compañeros. El comportamiento abiertamente femenino pueden disminuir durante la adolescencia temprana pero los estudios de seguimiento demuestran que de 1/3 a 2/3 de los chicos con un trastorno de la identidad sexual en la infancia presentan una orientación homosexual durante la adolescencia y después de ella. Sin embargo, muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta (aunque muchos adultos con transexualismo refieren haber presentado problemas de identidad sexual en la infancia). En estudios clínicos, los trastornos de la identidad sexual son menos frecuentes en chicas que en chicos pero no se sabe si esta proporción se mantiene en la población general. Tanto en chicas como en el caso de los chicos, existe a menudo un interés temprano hacia formas de conducta características del sexo opuesto. Las chicas con este trastorno suelen tener compañeros de juego masculinos y demuestran un ávido interés en deportes y juegos rudos.

En cambio no demuestran interés en muñecas o por representar papeles femeninos en juegos tales como "papás y mamás" o "las casitas". Las chicas con un trastorno de la identidad sexual tienden a no padecer el mismo grado de ostracismo social que los chicos, aunque pueden padecer burlas en la infancia tardía y la adolescencia. La mayoría abandonan su insistencia exagerada por actividades y atuendos masculinos a medida que se acercan a la adolescencia pero mantienen una identificación masculina y continúan presentando una orientación homosexual en la vida adulta.

En raras ocasiones un trastorno de la identidad sexual puede presentarse asociado un rechazo persistente de las estructuras anatómicas del sexo propio. En chicas este hecho se puede poner de manifiesto por afirmaciones repetidas de que tienen o va a crecerles un pene, por un rechazo a orinar en posición sentada o por la afirmación de que no quieren que les crezcan los pechos o les aparezca la menstruación. Este trastorno puede manifestarse en chicos por afirmaciones repetidas de que su

desarrollo somático será el de una mujer, de que el pene y los testículos son repugnantes o que desaparecerán o que sería mejor no tener pene o testículos.

Excluye: orientación sexual egodistónica (F66.1) trastornos de la maduración sexual

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual

F64.9 Trastornos de la identidad sexual sin especificación

Incluye: trastorno del papel sexual sin especificación

ANEXO III – CALIDAD DE VIDA

Este cuestionario sirve para conocer tu opinión acerca de tu calidad de vida, tu salud y otras áreas de tu vida. Ten presente tu modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Te pedimos que pienses en tu vida en tus dos últimas semanas.

Puntúa tus respuestas en función de los siguientes números: 1-Muy mal 2- Poco
3- Lo normal 4- Bastante bien 5- Muy bien

¿Cómo puntuarías tu calidad de vida?	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecha con tu salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto has experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

1 Nada 2 un poco 3 lo normal 4 Bastante 5 Extremadamente

¿En qué medida piensas que el dolor (físico) te impide hacer lo que necesitas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto necesitas cualquier tratamiento médico para funcionar en tu vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cuanto disfrutas de la vida? (Felicidad, paz y satisfacción con la vida)	1	2	3	4	5
¿En qué medida sientes que tu vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
¿Cuál es tu capacidad de concentración?(Pensamiento, memoria, concentración y aprendizaje)	1	2	3	4	5
¿Cuánta seguridad sientes en tu vida diaria? (libertad y seguridad física y grado de recursos para proteger tu seguridad)	1	2	3	4	5
¿Cómo es de saludable el ambiente físico de tu alrededor? (Calidad del ambiente del hogar, del vecindario y del trabajo)	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto experimenta usted o es capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas:

1 Nada 2 Un poco 3 Moderado 4 Bastante 5 Totalmente

¿Tienes energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Eres capaz de aceptar tu apariencia física?	1	2	3	4	5
¿Tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?	1	2	3	4	5
¿Tienes disponible la información que necesitas para tu vida diaria?(adquirir conocimientos y tener noticias de lo que pasa)	1	2	3	4	5
¿Hasta que punto tienes oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
¿Eres capaz de desplazarte de un lugar a otro? (Capacidad para desplazarte de un sitio a otro independientemente de los medios)	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo de satisfecha te has sentido en varios aspectos de tu vida en las últimas dos semanas.

1Muy insatisfecha 2 Insatisfecho 3 Lo normal 4 Bastante satisfecho 5Muy satisfecha

¿Cómo estás de satisfecho/a con tu sueño? (Cantidad y calidad de su sueño)	1	2	3	4	5
----------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

¿Cómo estás de satisfecho/a con tu habilidad para realizar actividades de la vida diaria? (cuidado propio y de la propiedad adecuado)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con tu capacidad de trabajo? (Con la energía y la motivación para el trabajo)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a contigo misma? (Con su forma de relacionarse con otros, su educación, su valía, su dignidad)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con tus relaciones personales? (Contacto social y capacidad de comunicación)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con tu vida sexual? (Necesidad y deseo por mantener relaciones sexuales)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con el apoyo de tus amigos/as? (Amistad, compromiso y apoyo de amigos/as)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con las condiciones del lugar donde vives?	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con el acceso que tienes a los servicios sanitarios?(Accesibilidad a SS Sanitarios y SS)	1	2	3	4	5
¿Cómo estás de satisfecho/a con tu forma de transporte? (Accesibilidad y facilidad para usar un medio de transporte, sea el q sea)	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con la que has experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

1 Nunca 2 Raramente 3 Medianamente 4 Frecuentemente 5 Siempre

¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

ANEXO IV – 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.

1= no la he sentido

2= la he sentido poco

3= la he sentido moderadamente

4= la he sentido bastante

5= la he sentido mucho

1. Nerviosismo o agitación interior	1	2	3	4	5
2. Pérdida de deseo o de placer sexual	1	2	3	4	5
3. Sentirse bajo/a de energías o decaído	1	2	3	4	5
4. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	1	2	3	4	5
5. Temblores	1	2	3	4	5
6. Llorar fácilmente	1	2	3	4	5
7. La sensación de estar atrapado/a o como encerrado/a	1	2	3	4	5
8. Tener miedo de repente y sin razón	1	2	3	4	5
9. Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	1	2	3	4	5
10. Sentirse sólo/a	1	2	3	4	5
11. Sentirse triste	1	2	3	4	5
12. Preocuparse demasiado por todo	1	2	3	4	5
13. No sentir interés por nada	1	2	3	4	5
14. Sentirse temeroso/a	1	2	3	4	5
15. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	1	2	3	4	5
16. Sentirse desesperanzado/a con respecto al futuro	1	2	3	4	5
17. Sentirse tenso/a o con los nervios de punta	1	2	3	4	5
18. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	1	2	3	4	5
19. Ataques de terror o pánico	1	2	3	4	5
20. Sentirse tan inquieto/a que no puede ni estar sentado/a tranquilo/a	1	2	3	4	5
21. La sensación de ser inútil o no valer nada	1	2	3	4	5
22. Presentimientos de que va a pasar algo malo	1	2	3	4	5
23. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le	1	2	3	4	5

dan miedo

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 – 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.- Eyaculación/menstruación	1.- Ningún malestar 2.- Algo de malestar 3.- Medio malestar 4.- Bastante malestar 5.- Mucho malestar

ANEXO VII – 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 deajo descargar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4
14. Admito que no soy capaz de enfrentarme o hacer algo ante mi situación y deajo 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?	

ANEXO VIII – SOLEDAD

Responde a las siguientes preguntas sobre distintos acontecimientos y relaciones entre personas. Cuando éstas se refieran a la familia piensa en tu familia de origen (padres, hermanos, abuelos, etc.) Señala la respuesta que más se acerque a lo que sientes o piensas con respecto a las 2 ÚLTIMAS SEMANAS.

1 = *Muy en desacuerdo*

2 = *Desacuerdo*

3 = *Algo en desacuerdo*

4 = *Intermedio*

5 = *Algo de acuerdo*

6 = *De acuerdo*

7 = *Muy de acuerdo*

1. Me siento solo/a cuando estoy con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento parte de un grupo de amigos	1	2	3	4	5	6	7
3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos	1	2	3	4	5	6	7
4. No puedo contar con el apoyo y el ánimo de nadie de mi familia aunque lo desearía	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis amigos comprenden mis razones y argumentos	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo una pareja o esposo/a que me da el apoyo y el ánimo que necesito	1	2	3	4	5	6	7
7. No tengo ningún amigo/a con quien compartir mis puntos de vista, aunque desearía tenerlo	1	2	3	4	5	6	7
8. Me siento unido/a a mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Puedo contar con la ayuda de mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
10. Desearía tener una relación de pareja más satisfactoria	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5	6	7
12. Mi familia realmente se preocupa por mí	1	2	3	4	5	6	7

13. No tengo ningún amigo/a que me comprenda, aunque me gustaría tenerlo	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo una pareja a cuya felicidad contribuyo	1	2	3	4	5	6	7
15. Tengo insatisfecha mi necesidad de mantener una relación de pareja	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO IX – SATISFACCIÓN SEXUAL

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. Estoy satisfecho/a con la manera en que habitualmente resuelvo mis necesidades sexuales	1	2	3	4	5
2. Estoy satisfecho/a con mi estado de satisfacción sexual	1	2	3	4	5
3. Mi vida sexual es gratificante	1	2	3	4	5
4. Mi vida sexual es satisfactoria en comparación con la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
5. Estoy satisfecho/a con mi vida sexual	1	2	3	4	5

ANEXO X – SUGERENCIAS PROPUESTAS POR LA MUESTRA

SUGERENCIAS Y POSIBLES SOLUCIONES

¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían a sentirte mejor a lo largo del proceso?	
¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían a mejorar las relaciones con tu familia?	
¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían a mejorar las relaciones con tus amigos?	
¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían a mejorar las relaciones con tus parejas?	
¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían a mejorar las relaciones en tu trabajo?	
¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían a mejorar tus relaciones sexuales?	
¿Qué posibles soluciones/sugerencias crees que te han ayudado o te ayudarían en tu relación con los profesionales sanitarios?	

