



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRANSEXUALIDAD (HM): RELACION DE LA
ANSIEDAD CON LA AUTOESTIMA E IMAGEN
CORPORAL CON Y SIN TERAPIA DE REEMPLAZO
HORMONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CAROL RODRIGUEZ GARCIA

DIRECTOR DE TESIS: ROLANDO DIAZ-LOVING

REVISORA: MIRIAM CAMACHO VALLADARES



Ciudad Universitaria, México, D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres

Escribiría largos poemas para que supieran cuanto los amo, respeto y admiro. Hoy estas líneas son pocas a comparación de las cosas aprendidas y años transcurridos pero gracias por estar siempre a mi lado, por forjar en mí, valores que hoy me hacen luchar día a día, por siempre apoyarme incondicionalmente tanto en las alegrías como en las adversidades. Gracias por siempre dejarme volar, soñar y cumplir mis sueños sin juzgarme, gracias por querer formar parte de mi vida. Gracias, infinitas gracias por coincidir en esta vida y tener la dicha de que sean mis padres.

A mis hermanos

Gracias por brindarme apoyo incondicional, sonrisas, por siempre confiar en mí y abrigarme. Por ser parte de mi vida, por enseñarme a reír ante la tristeza, por dejarme regañarlos y quererlos.

Al cubículo 8

Gracias por sonreír conmigo y por cada momento que me han dejado compartir con ustedes, por hacerme crecer como ser humano y como profesionista. Agradezco a ver y ser parte de ese cubículo. Son las personas que necesitaba conocer y donde quiero permanecer. Gracias por enseñarme la importancia de cambiar y confiar y por cada consejo de vida.

A mi director Rolando

Por confiar en mí y en mi proyecto, por nunca juzgar mis ideas, por darme la confianza para crecer, así mismo, por dejarme pertenecer a su grupo de colaboradores. Gracias por el apoyo incondicional y por aumentar en mí las ganas de ser una gran profesionista.

A Norma Reyes.

Gracias por tu apoyo en este proyecto de tesis que marca un fin y un comienzo con muchos sueños. Pero más allá de las gracias por tu asesoramiento técnico, gracias por ser mi amiga y compartirme consejos que serán de por vida.

A mis sinodales

Gracias por ser parte del crecimiento personal y profesional que estoy forjando, por sus observaciones y comentarios. Gracias por permitir que mi proyecto lleve impregnado sus conocimientos.

A la UNAM Y la Facultad de Psicología

Por fomentarme conocimientos de vida y profesión. Por formarme personal y profesionalmente. Por ser mis grandes amores que nunca eh abandonado y por las cueles eh dado todo.

A todas las personas que me han brindado su compañía, amistad, cariño y sus conocimientos.

Gracias por creer en mí.

Índice

Resumen

Introducción 1

CAPÍTULO 1. ANSIEDAD

1.1. Conceptos de Ansiedad 3

1.2. Teorías de la ansiedad 4

1.3.- Sintomatología de la ansiedad 9

1.4.- Ansiedad: DSM-IV 10

1.5.- Ansiedad Rasgo/Estado 11

CAPÍTULO 2. AUTOESTIMA

2.1. Definiciones de la autoestima 13

2.2. Importancia de la autoestima 15

2.3. Construcción de la autoestima 17

2.4. Factores que intervienen en la construcción de la autoestima 19

CAPÍTULO 3. IMAGEN CORPORAL

3.1. Conceptos de imagen corporal	21
3.2. Construcción de la imagen corporal desde lo social (creencias, roles)	26
3.3. Trastorno de la Imagen corporal	27
3.4. Transexualidad y el deseo de modificar la imagen corporal	29

CAPÍTULO 4. IDENTIDAD DE GÉNERO

4.1. Conceptos de la Identidad de Género	34
4.2. Construcción del género	35
4.3. Rol de género	36
4.4. Teorías sobre la identidad de género	39
4.5. Aporte biomédico sobre el concepto de género	42
4.6. Criterios para diagnosticar un Trastorno de Identidad de Género	43
4.7. Comorbilidad y dificultades asociadas al Trastorno de Identidad de Género	45

CAPÍTULO 5. TRANSEXUALIDAD

5.1. Conceptos de transexualidad	50
5.2. Transexualidad y su perspectiva biologicista: etiología	51
5.3. Teorías Psicológicas sobre la Transexualidad	53
5.4. Aspecto Sociológico de la Transexualidad	57

5.5. Terapia de Reemplazo Hormonal en transexuales	58
5.6. Implicaciones de la Terapia de Reemplazo Hormonal	59
5.6.1. Cambios físicos	60
5.6.2. Cambios cognitivos	61
5.6.3. Cambios Psicológicos	62

CAPÍTULO 6. MÉTODO

6.1. Planteamiento del problema	63
6.1.1. Justificación	63
6.1.2. Pregunta de investigación	64
6.1.3. Objetivos	64
6.2. Hipótesis	65
6.2.1. Conceptual	65
6.2.2. Trabajo	66
6.2.3. Estadística	66
6.3. Variables	67
6.3.1. Identificación	67
6.3.2. Definición	68
6.4. Muestreo	70
6.4.1. Población	70

6.4.2. Muestra	70
6.4.3. Muestreo	70
6.5. Tipo de estudio	71
6.6. Tipo de diseño	71
6.7. Instrumentos	71
6.8. Procedimiento	77

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Presentación de Resultados	78
----------------------------	----

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN

Conclusiones	83
Referencias Bibliográficas	90
Anexos	104

Resumen

La transexualidad en sí misma tiene un gran impacto sobre la vida de las personas, tanto de quien se es transexual, como en la sociedad. Lleva consigo un desafío para la sociedad, pues rompen con parámetros de lo establecido socialmente y así mismo se crea un impacto psicológico, generando que en muchos casos el desconocimiento del evento haga que se cree una discriminación y estigmatización para la persona transexual.

Los transexuales con frecuencia refieren que son personas que se sienten atrapados en unos cuerpos que no son suyos o no son pertenecientes a su identidad de género, generando ansiedad en su cotidianidad y una autoestima inestable por no sentirse conformes con aquello que están viendo. El sentir que están atrapados en un cuerpo que no es suyo lleva a que los transexuales busquen formas de adaptar su identidad de género con su imagen corporal, implementando métodos hormonales o quirúrgicos, siendo los métodos hormonales uno de los primeros y con más auge para tener cambios y así poder concordar su identidad de género con su imagen corporal, favoreciendo a que posteriormente su ansiedad por no encajar en un modelo dicotómico (Hombre/Mujer) disminuya y su autoestima sea estable. **El origen de la presente investigación surgió** para ver cómo el proceso de transición se ve involucrado por variables que son importantes para la salud mental y física de las personas transexuales, y así posteriormente generar vínculos Psicólogo/Médico para poder hacer que la transición sea un paso más en la vida de las personas y no un cargo o desafío para las mismas.

Esta investigación estudió una muestra de 60 transexuales de hombre a mujer (HM), dividida en dos grupos uno con y otro sin terapia de reemplazo hormonal (TRH), con el objetivo de conocer la relación de la ansiedad con la autoestima e imagen corporal en chicas transexuales con y sin TRH.

Los resultados obtenidos nos indican que el proceso de transexualidad con y sin TRH, sí tiene relación con la ansiedad, la autoestima e imagen corporal, lo cual concuerda con las evidencias revisadas.

Se concluye que es importante analizar que variables están dentro de un proceso de transición puesto que es la salud mental y física de las chicas transexuales la cual se ve afectada al no poder sentirse como piensan que son y teniendo en contra a una sociedad que sigue viendo a la transexualidad como un tabú. La importancia de adentrarnos al tema de la transexualidad es poder observar qué engloba el proceso de transexualidad y así mismo hacer una intervención que favorezca una transición tranquila y sana tanto psicológica como física.

Palabras clave: Sexualidad, Género, Identidad, Salud, Transexualidad

Introducción

La transexualidad tiene un gran impacto psicológico y social en las personas debido a la discriminación y estigmatización. El desconocimiento de la causa de la misma, contribuye al estigma desde el ámbito médico/clínico y social de dichas personas, generando discriminación e impacto en la vida de quién transiciona (Salín, 2011). Las transexuales tienen una convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, experimentando un profundo sentido de rechazo hacia ciertas partes de su cuerpo, generando ansiedad y una autoestima inestable. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su fenotipo genital. Son mujeres que se sienten “atrapadas” en cuerpo de hombres, que necesitan y buscan ser aceptadas socialmente en el género que mentalmente siempre fueron (Meyer et al, 2001). Buscando por métodos hormonales o quirúrgicos tener el cuerpo que siempre pensaron tuvieron que tener.

El primer capítulo brinda un panorama general de la ansiedad, presenta información sobre algunas teorías que la explican y cómo es que aparece en la vida de las personas y de qué manera, posteriormente se habla de la sintomatología que genera la ansiedad y cómo repercute en la vida de las personas. Para posteriormente poner énfasis en la ansiedad rasgo/estado; cómo se manifiestan y describen cada una de ellas y de qué manera afectan o se presentan en la vida de las personas.

El segundo capítulo hace referencia a la importancia de la autoestima, abordando conceptos y la importancia de favorecer la estabilidad de la autoestima. Se presenta cómo se construye una autoestima y que factores involucran la autoestima. Con el fin de ver porqué es importante la estabilidad de la autoestima o atención sobre de ella, para una salud mental y física en las personas.

El tercer capítulo aborda la imagen corporal, se presentan cómo a lo largo del tiempo la visión de qué es la imagen corporal se ha modificado, con el único fin de hacer ver que no **sólo** es una percepción, pues lleva en sí otros factores como ansiedad y autoestima para la conceptualización de la imagen. Se encontrará información de cómo se construye una

imagen, el efecto de la autoestima y ansiedad sobre la misma y cómo se puede generar un trastorno de la imagen corporal, para finalmente centrarnos en por qué el deseo de modificar el cuerpo en las personas transexuales.

El cuarto capítulo presenta información para conocer qué es el género, qué es la identidad de género, cómo se construyen y qué factores se asocian a lo que llamamos hombre y mujer, para así entender por qué la transexualidad o el evento de transición tiene un impacto en la salud de la persona que lo vive, como la importancia de identificar el trastorno de identidad de género y disminuir la comorbilidad o dificultades al no entender qué es identidad de género y así identificar bien a una persona cuando manifiesta transexualidad.

En el quinto capítulo se aborda el tema de la transexualidad y consigo teorías psicológicas, el aporte etiológico médico y social de por qué está la transexualidad y qué factores se ven involucrados. En este capítulo encontrarás información que te acerque a entender la transexualidad, por qué existe la transexualidad y cómo es que las personas transexuales pueden mostrar ansiedad, autoestima inestable y la inconformidad de su imagen corporal; encontrarás qué es la terapia de reemplazo hormonal y los efectos que logra en la transición.

En el capítulo de método se hace una descripción de las características del estudio, de la muestra y de los instrumentos que te darán una comprensión de por qué se estructuró así la muestra y los criterios que se implementaron.

Para finalmente encontrar **los capítulos de resultados y discusión que se generaron** al analizar lo obtenido, para así llegar a la conclusión.

CAPÍTULO 1

Ansiedad

1.1. Conceptos de Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción, que se acompaña de cierta neurosis y muchas enfermedades (Real Academia Española, 2001). Se asocia con un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente que genera sensación de opresión en la región torácica o abdominal.

La ansiedad es una experiencia emocional con la cual todos estamos familiarizados, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. Así, la ansiedad (sin exceso) permite al individuo estar alerta de algún problema, amenaza o situación donde se requiera afrontamiento, para poder solucionarlo.

Sin embargo en exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades, generando un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de síntomas que se manifiestan físicamente como: sudoración de manos, dolores, palpitaciones, etc.

Se puede definir a la ansiedad como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de ésta, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante al punto de condicionar la conducta del individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorios (Cía, 2007)

Speilberger (1972) define a la ansiedad como “un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo (sudoración, palpitaciones, dolores, etc)”.

El DSM-IV-TR (2001) la define como “la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco de peligro, anticipado puede ser intenso o externo”

1.2. Teorías sobre la Ansiedad

Teoría Psicoanalítica

La ansiedad como fenómeno psicológico fue considerando por primera vez en el siglo XIX. Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, tocando por primera vez ese término en 1849, la consideró como una reacción psicológica neurótica ante la frustración del orgasmo sexual (Peláez, 1974). Esta teoría libidinal fue acompañada después por otros aportes, al considerar que la ansiedad era también una reacción psicológica del Yo, frente a los peligros o amenazas del exterior o interior. Freud, en su modelo estructural. (Cía, 2007) concibe a la ansiedad como un efecto del Yo, con fuerza psicológica propia, que actúa como señal ante el peligro. En esta nueva versión la ansiedad era considerada como una reacción del Yo a las fuerzas instintivas del Ello, que cuando no podían ser controladas, adquirirían el valor de una amenaza al Yo.

Para las teorías psicoanalíticas actuales, la ansiedad es vista como una señal para el Yo de un impulso inaceptable que trata de liberarse de forma consciente y, como señal, provoca que el Yo genera medidas defensivas contra las presiones del Ello. Si dichas defensas tienen éxito la ansiedad desaparece, pero si de lo contrario la represión no es efectiva genera en el individuo síntomas psiconeuróticos.

Así, el significado de ansiedad depende de la naturaleza del conflicto subyacente del cual forma parte que, a su vez, es el producto de las experiencias infantiles del individuo que han moldeado su estructura psíquica con la que como adulto enfrenta el mundo (Cía, 2007).

La teoría psicoanalítica muestra cuatro modalidades o categorías de Ansiedad:

1. Ansiedad del Súper Yo, que comprende los sentimientos de culpa que proceden de una acción que se considera equivocada y, a la ansiedad acompañante, atribuible al temor a ser descubierto.
2. Ansiedad de castración, que se refiere genéricamente a la ansiedad que tiene en común el miedo a las lesiones corporales o a la disminución de la capacidad personal. Originalmente sólo se refería a los temores a la mutilación sexual, de acuerdo a los postulados freudianos.
3. Ansiedad de separación, que comprende la anticipación temerosa a la pérdida de algún vínculo significativo.
4. Ansiedad impulsiva o del Ello, se manifiesta sobre todo en individuos con tendencia a la agresión, que temen perder el control de los impulsos y que van a actuar de una forma irracional.

Teoría de los tres sistemas o tripartito de la Ansiedad de Lang (1968)

Actualmente se le considera a la ansiedad como un fenómeno unitario y se le atiende como un estado que se expresa por vía de, como mínimo, tres sistemas diferentes, mediante el llamado de los Tres Sistemas o Tripartito de la ansiedad de Lang, donde se comprenden las respuestas de los tres sistemas comportamentales principales para poder explicarla, los cuales son:

- Conductas motoras
- Expresiones lingüísticas
- Estados fisiológicos

La conducta motora en relación con los estímulos de la ansiedad comprende conductas evitativas y otros aspectos del comportamiento.

El componente de expresión lingüística comprende sucesos cognitivos o la descripción verbal de los mismos, o sea, evaluación individual del estímulo, incluyendo recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos.

Por último, el componente fisiológico de la ansiedad, se asocia con el aumento del sistema simpático, tasa cardiaca, sudoración y tono muscular.

Para Lang, la ansiedad evoca en los tres sistemas, siendo las personas que tienen potenciales ansiógenos las que muestren una comunicación de dichos sistemas. No obstante una de las críticas a dicho modelo es que no se puede identificar el agente causal de la ansiedad, pues solo se refieren a modos de respuesta o reacción.

Teoría Neuropsicológica

J.A. Gray (1987) propuso una teoría neuropsicológica, la cual fue diseñada para explicar las diferencias individuales en la tendencia ansiosa y distinguir algunas de las principales categorías de la ansiedad clínica. Dentro de esta teoría un **Sistema de Inhibición Comportamental** (SIC) es un dispositivo de feedback negativo que reacciona ante estímulos aversivos, los cuales aumentan la atención sobre el ambiente, amenazas y así aumenta la alerta sobre algo no esperado. Señala que hay cuatro tipos de estímulos que pueden activar estos sistemas: señales de castigo, señales de no recompensa, estímulos novedosos y estímulos de temor innato.

Dicho Sistema de Inhibición Comportamental tiene una comunicación con el sistema cognitivo donde señala que el hipocampo constituye parte del sistema. Él recibe información acerca del estado actual del mundo y también hace una predicción de cómo estará él mismo en un futuro; además, decide si hay concordancia de los eventos actuales con el posible evento por ocurrir. Si hay un desacuerdo entre lo actual y lo esperado, se genera un estado de alerta, se crea una advertencia a dicho evento o situación y así se genera un impacto en el comportamiento planificado.

Así pues, los individuos que tienen una tendencia ansiosa son porque su sistema de inhibición comportamental está muy activado y dependerá del sistema septo-hipocámpico y sus proyecciones hacia el lóbulo frontal y los sistemas monoaminérgicos aferentes del tronco cerebral.

Teoría cognoscitiva

Un antecedente importante de señalar y que sirve como base para hablar del enfoque cognoscitivo, es la perspectiva evolutiva, ya que, en ella se puede observar ya una aproximación a la explicación de la ansiedad, señalándola como “un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cuál es la detención rápida de signos

incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia”. Así la función clave de la ansiedad es facilitar la detección de situaciones amenazantes o peligrosas en diferentes entornos.

Por lo tanto, una de las funciones del sistema cognoscitivo será intentar anticipar y/o planificar el futuro. El hecho de que la mayoría de las personas prevean y estimen de manera aproximada lo que harán la próxima semana, el próximo mes, o el siguiente año, refleja cómo es el núcleo del funcionamiento de este sistema, es decir, la capacidad de anticipación.

La noción de los pensamientos acerca de los futuros eventos aversivos tiene una significación relevante en los estados de ansiedad y ha sido referida por algunos cognoscitivistas como Beck y Emery (1985) quienes dijeron que: “el paciente ansioso anticipa un posible daño a sus vínculos con otras personas, a sus propósitos y objetivos, a su habilidad para enfrentar los problemas y desempañarse adecuadamente, y por último, a su salud o supervivencia”. Los esquemas y los modos de enfrentar los posibles daños son algo importante en la identificación de la ansiedad en el área de la clínica (Beck & Emery, 1985); & Beck & Clark, (1988). Barlett (1932) había definido un esquema como “*un cuerpo integrado de conocimiento acumulado en la memoria a largo plazo*”, sugiriendo que el mismo influye sobre los procesos perceptuales, atencionales y de comprensión. Beck y Clark (1988) afirman que las estructuras cognitivas o esquemas “*guían procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsciente o irrelevante es ignorada u olvidada (...)*”.

En el caso de un individuo ansioso, Beck (1985) señala que surgen los esquemas desadaptativos y son aquellas amenazas percibidas, físicas y psicológicas, al dominio o territorio personales, así como un sentido exagerado de vulnerabilidad, en este caso los individuos con unos esquemas desadaptativos generarían un modo de vulnerabilidad o peligro dominante, donde no se podrían controlar, sus procesamientos de información se verían distorsionados como la percepción, acumulación y recuperación de información. Pese a que los individuos ansiosos generan conductas anticipatorias, procesan y seleccionan, éstas serían en gran medida desadaptativas, pues no tendrían congruencia entre la actual y las del futuro.

Según Ingram y Kendall (1987) las variantes cognitivas que comprenden la ansiedad son:

- ψ Las proposiciones o contenidos cognitivos
- ψ Las estructuras cognitivas o esquemas
- ψ Las operaciones cognitivas
- ψ Los productos cognitivos

Las proposiciones o contenidos cognitivos generan que un individuo refiera información que actualmente está siendo representada. Posteriormente entran las estructuras cognitivas con el fin de ser el mecanismo donde la información es organizada interiormente y representada en la memoria, generando que las operaciones cognitivas operen en sistema cognitivo y poder crear un producto cognitivo, que propicie en el individuo una acción ante la ansiedad.

La importancia de los factores cognitivos para determinar los estados emocionales ha sido también enfatizada por Lazarus (1966), quien propuso una serie de evaluaciones cognitivas que intermedian la respuesta a los eventos del entorno.

Lazarus(1984) argumentó que la reacción cognitiva es una precondition necesaria del aspecto emocional, debido a que, cuando se experimenta una emoción la persona debe comprender que su bienestar se encuentra implicado en una transacción, para el fin de mejorarlos o empeorarlos dependiendo de la situación.

Por lo tanto, la *evaluación primaria* es el resultado de que el evento sea evaluado en términos de su relevancia respecto al bienestar, como benigno, positivo o estresante. Las posibles salidas de una evaluación primaria son: 1) aceptación de la situación, 2) una decisión de actuar y 3) una decisión de que se necesita más información; la *evaluación secundaria*, comprende una evaluación de los recursos, tanto personales como del entorno, de que dispone el individuo para afrontar la situación y comprender la acción además de los intentos de cambiar la situación, huir de la misma o algún otro comportamiento que le permita reconocer con qué recursos cuenta. También comprende el aspecto emocional y éste se observa como la forma de enfrentar la situación, incluyendo tácticas como: distorsión, negación o apoyo.

Teoría conductual

Dentro del esquema de la teoría del aprendizaje, se han estudiado las respuestas que dan los animales y los seres humanos ante diferentes tipos de reforzadores y castigo. Así, la ansiedad es considerada como una respuesta relacionada a la aparición de un estímulo no aversivo. Wolpe (1978) señala que la ansiedad es “aquella pauta o pautas de respuesta autónoma que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos”. Entendiéndose por un “estímulo nocivo” a todo aquel que “provoca cambios en los tejidos del organismo que le llevan a respuestas de evitación” es decir, que si se le presenta un estímulo nocivo a un individuo, se activan canales nerviosos, ya desarrollados biológicamente que evocan el comportamiento de huida. Estos, “están asociados a un amplia descarga del sistema nervioso autónomo, especialmente del sistema simpático” (Wolpe, 1978, pág. 52, en Jiménez López, 1994).

1.3. Sintomatología de la ansiedad

La ansiedad tiene componentes psicológicos y síntomas de tipo físico, los más frecuente son:

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
Vegetativos	ψ Preocupación
✓ Sudoración, Sequedad de boca, Mareo, Inestabilidad	ψ Aprensión
Neuromusculares	ψ Sensación de agobio
✓ Temblor, Tensión muscular, Cefaleas, Parestesias, Fatigabilidad fácil	ψ Miedo a perder el control
Cardiovasculares	ψ Miedo a volverse loco
✓ Palpitaciones, Taquicardias, Dolor	ψ Sensación de muerte inminente
Respiratorios	ψ Dificultad de concentración
	ψ Pérdida de memoria
	ψ Irritabilidad
	ψ Inquietud
	ψ Evitación a conductas determinadas
	ψ Inhibición motora
	ψ Obsesiones o compulsiones
	ψ Sensación de que algo pasará
	ψ Dificultad para conciliar el sueño

<p>✓ Disnea, Sensación de ahogo</p> <p>Digestivos</p> <p>✓ Náuseas, Vómitos, Dispepsia, Diarrea, Estreñimiento, Aerofagia</p> <p>Genitourinarios</p> <p>✓ Micción frecuente, Problemas en la esfera sexual</p>	
--	--

1.4. Ansiedad DSM-IV

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica (DSM-IV.TR, 1995).

En una postura tradicional, los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

– Trastornos físicos

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.)
- trastornos digestivos (colon irritable, úlcera)
- trastornos respiratorios (asma)
- trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema)
- otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.)

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los **trastornos de ansiedad**, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.)
- Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.)
- Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)
- Trastornos del sueño
- Trastornos sexuales
- Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.)
- Trastornos somatomorfos (hipocondria, somatización, conversión, etc.)

1.5. Ansiedad Rasgo/Estado

Como se ha mencionado, la ansiedad ha sido estudiada como un suceso episódico y transitorio ligado a una sensación de amenaza que activa el sistema simpático, sin embargo, a la mitad del siglo pasado surgió la necesidad de explicar y estudiar la ansiedad no solamente como un episodio, sino como un esquema comportamental.

Spielberger (1972) postula que una teoría adecuada de la ansiedad debería distinguir conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo relativamente estable de la personalidad. El estado ansioso, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, mientras que la tendencia ansiosa, o rasgo ansioso, ha sido como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa (Spielberger, 1970).

Para Spielberger y Pollance (1984) las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes, tendiendo a ver el mundo solamente de esa manera. Una ansiedad estado sería un curso emocional identificado como proceso multicompuesto, que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa.

Así, se detectaron dos tipos de ansiedad: la de rasgo y la de estado (Catell & Scheier, 1958; Peláez, 1974) que serán explicadas a continuación

A-Rasgo

La ansiedad rasgo es aquella que refleja el patrón comportamental que tiene una persona y es relativamente estable intraindividual y variable interindividual. Así, es la posibilidad que tiene una persona para responder a los estímulos amenazantes.

Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), pioneros de la medición de este fenómeno en el país, refieren que, la ansiedad rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado (1975, pág. 1).

A-Estado

La ansiedad estado es aquella donde la actividad simpática del organismo aumenta de considerable y puede variar de un momento a otro de manera intraindividual. En algunos estudios se considera que está presente este tipo de ansiedad en problemas de salud, cardíacos, vasculares, entre otros.

“La ansiedad estado (A-Estado) es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimiento de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un momento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúan a través del tiempo” (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975, pág. 1).

CAPITULO 2

Autoestima

2.1. Definiciones de la autoestima

“La autoestima es una necesidad humana fundamental. Su efecto no requiere nuestra comprensión ni consentimiento. La autoestima plena, es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir las exigencias” (Branden, 1995).

Siendo la autoestima:

1. La confianza en nuestra capacidad de pensar y enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.
2. La confianza de triunfar y ser felices: el sentimiento de ser respetables, dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

Es decir, la autoestima la confianza en la propia mente y saber que somos merecedores de la felicidad.

Para Maslow (1958), la autoestima es la base y el centro del desarrollo humano, es el respeto a uno mismo; es el conocimiento, la concientización y puesta en práctica de todo el potencial de cada individuo. Es así que menciona “Solo se podrá respetar a los demás, cuando se respeta a uno mismo; solo podemos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos; solo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos”.

Según Fitts (1965), autoconcepto y autoestima constituyen un mismo concepto puesto que se refieren a los juicios que una persona emite sobre sí misma.

Rosenberg (1965) menciona qué, la autoestima es el componente evaluativo del autoconcepto influenciado por la discrepancia entre el Yo deseado y el Yo real. Considera que la autoestima es el valor de las descripciones del autoconcepto.

De acuerdo a Cattell (1965 en Sánchez Aragón & Díaz Loving, 2002), la autoestima se refiere a la predisposición adquirida del ser humano a responder hacia sí mismo, teniendo un efecto de satisfacción o insatisfacción en los aspectos de su vida, desarrollo y socialización con los otros.

Así, Coopersmith (1967) considera que, la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos. Así, para dicho autor toda actitud o pensamiento valorativo sobre nosotros, representa una conducta que va dirigida hacia la propia autoestima del individuo.

La autoestima es la valoración que se tiene sobre sí mismo y la opinión que uno tiene de sus valores, actos y conductas. Rogers (1961), Maslow (1972) y Branden (1981) afirman que la autoestima es una parte fundamental para que, el ser humano alcance su plenitud y autorrealización. La autoestima es un concepto inherente a una sensación de eficacia, mérito y dignidad.

De acuerdo a Ochoa (1987), la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el sí mismo. La alta autoestima implica que el individuo se respeta y se estima sin considerarse peor a otros o creerse perfecto, por lo contrario reconoce sus limitantes y espera mejorar. En cambio una baja autoestima se refiere a la insatisfacción, el rechazo y el desprecio de sí mismo.

Grinberg (1991 en Trejo, 2005) describe a la autoestima como los pensamientos, sentimientos del individuo sobre su conducta consciente y su aspecto físico.

Como se ha mencionado anteriormente la autoestima es parte fundamental de nuestra existencia, son los pensamientos, actitudes y conductas que ejercemos sobre nuestra propia capacidad y que conlleva a un desarrollo psicológico favorable. Para algunos autores la autoestima es importante porque lleva en sí una valoración que repercute en varios aspectos de la vida cotidiana, brindándonos una satisfacción o insatisfacción sobre las acciones que realizamos, pero más importante sobre lo que creemos de nosotros mismos. Así, la autoestima tiene la importancia en nuestra vida, puesto que es una valoración a uno mismo y por consiguiente a todas nuestras actitudes.

2.2. Importancia de la autoestima

Siendo la autoestima una valoración sobre nosotros mismos, tiene una importancia fundamental en el desarrollo personal, puesto que no existe una autoestima estable o inestable, ya que es fluctuante. Así los niveles que se posee de ella repercuten en la forma de relacionarnos con el entorno, desarrollarnos personalmente y por ende en la valoración de cuánto se es feliz. Así la autoestima se considera una necesidad humana, profunda, básica para la vida sana y para la autorrealización de los individuos y está relacionada con nuestro bienestar en general ya que “De todos los juicios que formulamos, no hay ninguno tan importante como el que formulamos sobre nosotros mismos” (Branden, 1995).

En la actualidad se ha tomado la importancia de la autoestima en el desarrollo del ser humano el cuál hace referencia al sentimiento, aceptación, aprecio y respeto de sí mismo y hacia la manera de comportarse, teniendo como fin que el individuo conduzca todo hacia una mejor actitud ante sí mismo y los problemas de la sociedad.

Cuando hablamos de autoestima de los individuos no se puede pretender que cada individuo ha tenido una favorable o desfavorable construcción de su autoestima, es por ello que a continuación se aborda la clasificación de la Autoestima en alta y baja.

Baja Autoestima

Se puede hablar de que una persona tiene baja autoestima cuando la mayor parte de su tiempo piensa que no vale nada o que tal vez vale poco como individuo o cuando se siente a disgusto consigo mismo, lo cual provocará en él un estado de insatisfacción personal, esperando la mayoría de las veces ser engañados, menospreciados y no valorados por los demás. Son individuos que suelen tener, por una parte, una conducta de menospreciar los logros de los demás, de tener conductas agresivas o desafiantes y, por otra parte, ser individuos que se aíslan, desconfían y que se vuelven apáticos, indiferentes hacia sí mismos y hacia los que lo rodean.

Ruiz (1994) y Branden (1991) dicen que tener una baja autoestima “es sentirse incapaz de afrontar los desafíos de la existencia, no con respecto a un tema sino con respecto a uno mismo, estar permanentemente a la defensiva, contra todo y contra todos. Dando lugar a la aparición de sentimientos negativos que nos condenan como personas”.

Por su parte, García (1997) dice: “es cuando una persona desconfía de si misma y de sus posibilidades, por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta”,

Indicadores de Baja Autoestima:

- Sentirse acorralado, amenazado, defenderse constantemente y con amenazas.
- Son inconscientes del cambio, rígidos en sus valores y se empeñan a no cambiar.
- Desconfían de sí mismos y de los demás.
- No aceptan que comete errores, se culpan y no aprenden de ellos.
- Necesitan aprobación o desaprobación de otros, no logran autoevaluarse.
- Incapacidad de disfrutar, pérdida de entusiasmo por la vida, la mayor parte del tiempo están tristes y desdichados.
- Se consideran inferior.
- Hipercríticos consigo mismos, hipersensibles a la crítica, sintiéndose fácilmente atacados o heridos.

Alta Autoestima

Así como un individuo puede tener Baja autoestima de lo contrario también hablaríamos de que puede tener Alta Autoestima. Cuando se habla de un individuo de Alta Autoestima se asocia que es alguien que confía en sí mismo y sus competencias que tiene fe en sus decisiones y se acepta a sí mismo, con la capacidad de reconocer sus aptitudes y actitudes negativas y positivas. Así, una persona con Alta Autoestima vive, comparte e integra, siendo la más importante que como persona se acepta y su forma de sentir, pensar y actuar consigo mismo y los demás, está estable. Para Clemens (1991 en De Anda, 2009) quien tiene alta autoestima “actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos, disfrutará con sus logros, tolerará frustraciones y será capaz de influir en otros, todo lo cual indicará favorablemente en el proceso de su educación”.

Pero es necesario recalcar que tener alta autoestima no es siempre tener el éxito total o constante, sino la comprensión de las capacidades, las limitantes y las debilidades que posee el individuo generando el éxito y una manera de aprender y crecer.

Indicadores de Alta Autoestima:

- Usa su percepción.
- Es libre, no se siente amenazado, ni amenaza.
- Se acepta como es y tiene una percepción clara y eficiente de la realidad, así como autonomía.
- Se adapta a los cambios.
- Se aprecia y respeta.
- Conoce, expresa y respeta sus sentimientos, permitiendo que los demás también puedan expresarse sin menospreciar sus opiniones.
- Tiene la capacidad de autoevaluarse.
- Goza el éxito y acepta sus errores.

Finalmente estaríamos hablando que una autoestima saludable se correlaciona con la racionalidad, el realismo y la intuición; con la creatividad, independencia y la capacidad de aceptar errores y aprender de ellos, con disposición a cooperar. Generando que cuan más sólida sea la autoestima, mejor preparado estará el individuo para enfrentar los problemas que estarán presentes en su vida diaria y respetar las opiniones de los demás, si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades para tener una estabilidad en su autoestima.

2.3. Construcción de la autoestima

La autoestima se forma a partir de la relación con el otro a lo largo de la vida y, su primera aproximación, es en la interacción con los padres. Aquello que se reciba y perciba a temprana edad, será lo que vaya integrando la autoestima del individuo, Yagosesky (1997 en De Anda, 2009) señala que “ los padres y otras figuras de autoridad, serán piezas claves para el desarrollo de la autoestima, que dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente,

valioso, capaz, digno, respetado, amado y apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, indigno, irrespetado, odiado y abandonado”.

Para García Ortega, (1997 en De Anda, 2009) “ la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad”, lo cual dependerá en gran medida, de cómo haya sido nuestro desarrollo desde la niñez, ya que, en ese momento, se empieza a formar la personalidad siendo influenciada por las valoraciones que nos dan el primer punto de referencia (los padres).

Por ejemplo, un estudio de Coopersmith (1967), *The antecedents of self-esteem*, en el cuál su objetivo era identificar las conductas que tuvieron los padres de niños que mostraban una autoestima sana. Dicho autor no encontró correlaciones significativas con los factores de riqueza familiar, educación, zona geográfica, clase social o sobre la profesión del padre o que la madre estuviera en casa, sobre la autoestima de los niños. Lo que si observó era la importancia que tenía la calidad de los vínculos que se hicieron entre hijo-padre o los adultos importantes de su niñez. Encontrando que los niños que tenían una alta autoestima presentaban las siguientes condiciones:

1. El niño experimenta una total aceptación de los pensamientos, sentimientos y el valor de su propia persona.
2. El niño funciona en contextos de límites definidos que son justos, no opresores y negociables. Por consiguiente, el niño muestra una seguridad; tiene una base clara para evaluar su comportamiento.
3. El niño respeta la dignidad como ser humano.
4. Tiene expectativas morales pero siempre se basan en el respeto hacia los demás o los padres.
5. Los padres tienen una alta autoestima, por lo cual son modelos para los niños de eficacia personal y respeto hacia uno mismo.

El estudio concluye que, si bien los padres son un punto importante para el desarrollo del niño, no existen pautas de conducta o actitudes de los padres comunes a todos los padres de niños con alta autoestima. Haciendo referencia que la autoestima es una construcción

dinámica donde el impacto de más individuos puede proyectarse en la autoestima de otro, teniendo como punto de referencia no solo los padres sino los vínculos más cercanos.

La figura de los padres y los vínculos afectivos será pieza importante para el desarrollo del niño en su vida adulta, pues son estos vínculos los primeros que le enseñan a autoevaluarse y aceptar los cambios, así como el respeto y superación.

2.4. Factores que intervienen en la construcción de la autoestima

El desarrollo de la autoestima es un proceso circular a partir del efecto brindado por los padres. Se observa que en la construcción de la autoestima la principal fuente que influye son los padres, siendo la familia el núcleo socio-afectivo donde se impregna la escala de valores que más adelante le será útil al individuo para formular juicios y socialización.

Según Rosenberg (1965), Purky (1970) y Piers (1972), la familia y, en especial, los padres influyen en la construcción de la autoestima. Cuando la relación padre-hijo es abierta y satisfactoria, el niño se captará a sí mismo como aceptado y valorado, favoreciendo una construcción sin temor al fracaso o al rechazo.

Si bien la familia es el núcleo importante, la figura materna es la que resalta más, ya que es con ella donde el niño empezará a establecer los primeros sentimientos de aceptación o rechazo y, por consiguiente, la autoestima estará mediatizada e influenciada por las normas sociales, culturales y morales que transmita la familia en la primer instancia, los pares enseñarán al niño a diferenciar que es bueno o malo, a través de retirar o conceder su efecto, creando un efecto de reforzamiento-castigo, y en varias ocasiones es de manera consciente o inconsciente.

Rogers (1986 en De Anda, 2009) dice que la familia-padres es una instancia importante, pues el niño tendrá una percepción del comportamiento de los pares y posteriormente con la interacción con el ambiente el individuo es capaz de formar una estructura de sí mismo.

Dicha estructura está influenciada por diversos elementos que se agrupan de la siguiente manera:

→ La opinión de otros

- ➔ La auto-observación y observación de las consecuencias que la conducta de uno mismo tiene en los demás.
- ➔ Otros factores como el nivel social, el nivel educativo, la cultura, la familia, etc.

Por lo tanto, la autoestima va estar construida por lo que el sujeto percibe del ambiente e integra a su vivir cotidiano, las valoraciones que recibe o el nivel de autoestima será construido por lo que el otro percibe y retroalimenta hacia sí mismo.

Pilar (1989) y Grinberg (1991) mencionan que, la valoración en red educativa (escuela), es un factor importante para la construcción de la autoestima. Cuando el niño ingresa a la escuela va a estar influenciado por maestros, compañeros y el mismo ambiente escolar. La reacción y la valoración de la misma interacción entre los mismos congéneres y de los maestros provocan nuevos estándares de autoestima. También el ambiente social tiene gran influencia de la misma.

Schwartz (1975) y Papalia (1988) explican que la felicidad de las personas y su ajuste a la vida dependen, básicamente, de cómo las personas se observan a sí mismas. La autoestima se desarrolla por una continua interacción entre el individuo y el ambiente, el cual incluye otras personas en la propia vida. A medida que las personas actúan en forma competente reciben información de su ambiente, lo que les permite definir sus papeles sociales, rasgos de personalidad, así como actividades de trabajo y descanso, en forma significativa y positiva.

Rogers (1951 en Tovar, 1996) encuentra una relación cercana entre la autoestima y la interacción social, sostiene que la propia estructura se forma por valores y normas aprendidos de otros, aun cuando de manera ideal el concepto del Yo debería reflejar los requerimientos del Yo real.

CAPÍTULO 3

Imagen corporal

3.1. Conceptos de la imagen corporal

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950)

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina, en general, o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria o para explicar la integración social de los adolescentes (Koff, Rierdan & Stubbs, 1990).

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes.

La imagen inconsciente del cuerpo es el conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebé, o incluso un feto, experimentan al contacto carnal, afectivo o simbólico de su madre. Son las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas desde la gestación aquellas que estarán presentes a lo largo de los primeros tres años de vida hasta que el niño descubre su imagen en el espejo.

Posteriormente, cuando el niño pasa de la sensación carnal y afectiva solo por el contacto con su madre, descubre su imagen en el espejo y surgen dos descubrimientos: el primero, teorizado por Lacan (1949) y el segundo, por Dolto (1986). El primer descubrimiento ocurre muy temprano, cuando el lactante, sorprendido, se enciende de alegría al ver la silueta de su cuerpo reflejada en el espejo, aunque la perciba confusamente, el bebé expresa su júbilo y

se agita. Lacan conceptualizó este reconocimiento precoz y lúdico de la imagen: especulación del cuerpo o, si se quiere, de la imagen visible de uno mismo. El niño en su segundo descubrimiento de su imagen especular, alrededor de los dos años, lo que siente es amargura, que su imagen no es él, que existe una distancia irreducible entre la irrealidad de su imagen y la realidad de su persona.

Dolto propone el acento en la pena que invade al niño de los dos años y medio, desencantado al darse cuenta de que eso que tomaba por él mismo no era en realidad, sino que una apariencia de sí.

Cuando el pequeño se da cuenta de que la imagen que ofrece a los demás es su imagen del espejo, de que esa imagen no es él y de que los demás solo acceden a él a través de lo que ven de él, de pronto, da prioridad a las apariencias físicas y desatiende las sensaciones internas. Desde ese momento, olvidará lo interior para ocuparse sólo de lo exterior. A partir de entonces, la imagen del cuerpo-visto se impondrá sobre las imágenes del cuerpo-vivido. Así es como, a partir de los tres años y durante toda nuestra existencia, la imagen de cuerpo-visto se impondrá sin cesar en la conciencia, en detrimento de las imágenes del cuerpo-vivido.

Los niños reprimen definitivamente el mundo sensual y relacional, que al principio de su vida se le imponía por completo, para ceder ese lugar al mundo visual de las formas y las apariencias. Ahora comprendemos porqué los adultos tienen el hábito mental de prestar más atención a lo exterior y descuidar el mundo interno y sensorial de nuestro cuerpo.

Las imágenes inconscientes del cuerpo infantil determinan nuestros comportamientos corporales involuntarios, nuestra mímica, nuestros gestos y posturas; modelan las curvas de nuestra silueta, marcan los rasgos de la cara, avivan el brillo de la mirada y modulan el timbre de nuestra voz; deciden nuestros gustos, lo que nos atrae y lo que nos repugna, y dictan la manera en que nos dirigimos corporalmente al otro. Finalmente estas imágenes gobiernan nuestras elecciones estéticas y, de manera más general, deciden nuestros sueños y nuestros actos.

Dolto (1986) propone distinguir tres grandes componentes de la imagen del cuerpo, tres componentes vinculados entre sí de manera fluida y dinámica: la imagen de base, la imagen

funcional y la imagen erógena. Estos componentes son tan indisociables que, cuando uno de ellos sufre una perturbación, todo el conjunto resulta afectado.

- La imagen base es la que le da al niño la convicción de que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y lo soporta, le da la impresión de que su ser y su cuerpo vivo están sometidos, solo por la ley de gravedad.
- La imagen funcional, brinda la imagen de la sensación de un cuerpo agitado y febril, un cuerpo que solo percibe los objetos como un vínculo para saciar sus necesidades y que solo son objetos que para el niño permiten satisfacer sus deseos.
- La imagen erógena, por su parte, es la imagen de un cuerpo sentido como un orificio entregado al placer, cuyos bordes se concentran y se dilatan al ritmo alternado de la satisfacción y la carencia.

No somos nuestro cuerpo de carne y hueso, somos lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo (Lacan 1949).

Para el autor de la cita anterior, la imagen del cuerpo es como la sustancia de nuestro yo. No somos nuestro cuerpo de carne y hueso, somos lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo: soy el cuerpo que siento y el cuerpo que veo.

Nuestro yo es la representación mental de nuestras experiencias corporales, representación constantemente influenciada por la imagen que nos devuelve el espejo. El yo está, pues, compuesto por dos imágenes corporales diferentes pero indisociables: la imagen mental de nuestras experiencias corporales y la imagen especular de nuestro cuerpo.

El yo es al propio tiempo la certeza de ser uno mismo y la ignorancia de lo que uno es. Las imágenes mentales que nos forjamos de nuestro cuerpo, es sustrato de la identidad, de las imágenes subjetivas y deformadas que falsean la percepción que tenemos de nosotros mismos, deformada por la reviviscencia de una experiencia infantil; y deformada, además, por la presencia del Otro, de todos los otros que llevo en mí. El Otro con mayúscula como lo marca Lacan (1949), es por la presencia de todos aquellos que fueron, son y serán mis elegidos y, al mismo tiempo y más globalmente, la influencia social, económica y cultural del mundo en que vivo, que han modificado mi imagen corporal.

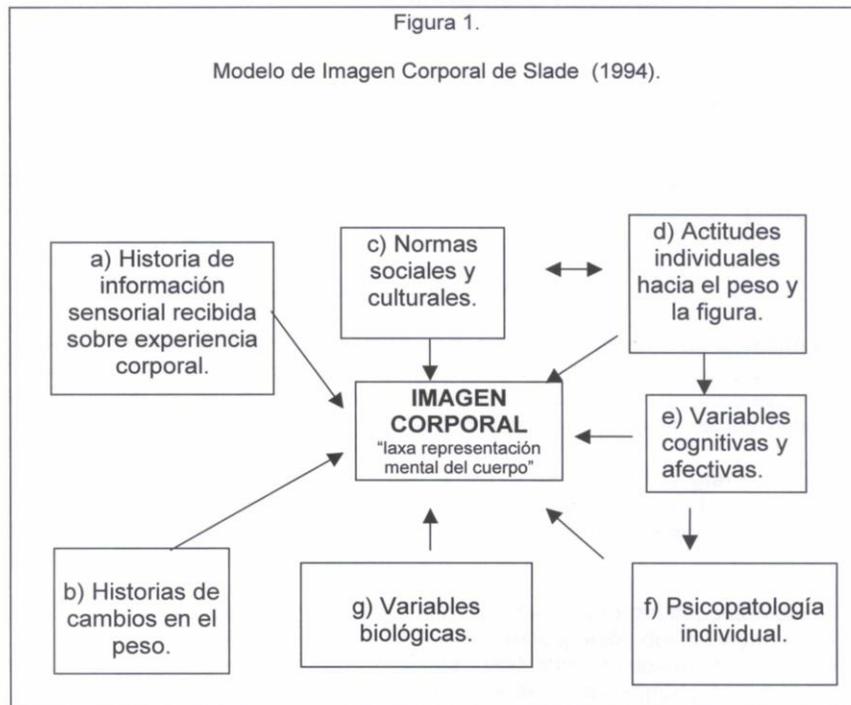
Posteriormente se buscó una descripción de la imagen corporal como algo dinámico que tiene el ser. Fisher (1986) define la imagen corporal en una concepción dinámica en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Bemis y Hollon (1990) advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Puesto que una representación puede estar saturada de sentimientos positivos y negativos de indudable influencia sobre la autoestima.

Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins (1990) definen a la imagen corporal como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

Thompson (1990) concibe la imagen corporal en tres componentes para su construcción:

- Componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. Dando alteraciones en este componente como sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
- Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
- Componente conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (exhibicionismo o conductas de evitación de situaciones que exponen al propio cuerpo a los demás).

Slade (1994) centra su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”* Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal ver Figura 1.



Rosen (1995), define a la imagen corporal como un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Va a contemplar los siguientes aspectos: perceptivos, subjetivos (satisfacción o insatisfacción), preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales.

Desde el punto de vista neurológico/médico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona y sus alteraciones serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical

Raich (2000) propone una definición integradora de imagen corporal:

"...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos."

Recogiendo las anteriores aportaciones se puede decir que *“La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, que incluye las creencias, emociones, pensamientos y conductas asociadas”*.

3.2. Construcción de la imagen corporal desde lo social (creencias, roles)

Las ciencias sociales abordan el tema del cuerpo desde diversas ópticas, por ejemplo: se aproximan a él la psicología, la filosofía y la antropología, principalmente como una totalidad y como un cuerpo vivido. La tendencia de incluir el cuerpo como significativo en varias ciencias y disciplinas constituye algo nuevo, impactando en una de las áreas más novedosas como es la nutrición. Es así que la atención hacia temas como cuerpo, dieta y cultura se ha convertido en un asunto central de la antropología de la alimentación.

En los modelos sociales, las expectativas tanto como las experiencias entorno a la etiología de la imagen corporal y su distorsión señalan que las influencias más fuertes en el desarrollo de la misma en las sociedades occidentales son los factores socio-culturales (Fallon, 1990; Heinberg, Thompson & Stormer, 1995).

Las tendencias culturales actuales señalan que los ideales de belleza femenina han variado y cambiado en relación con los estándares estéticos de un periodo particular de tiempo y un gran porcentaje de mujeres ha intentado alterarse para conseguir estos ideales (Mazur, 1980)

Como resultado de la presión social actual, andereycken (1993) asevera que las culturas occidentales se han convertido en “lipofóbicas”. Aunque los modelos sociales actuales promocionan la delgadez, la evidencia adicional sugiere que las mujeres están presionadas para lograr metas de apariencia que a veces son contradictorias con la delgadez, por ejemplo, el busto grande (Thompson & Tantleff, 1992) o un físico musculoso (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

Así, la importancia histórica como la actual de la noción de "cuerpo", tiene implicaciones en muy distintos niveles; todas ellas han sido dignas de estudios sistemáticos, categorizados desde la variabilidad, de modo que aluden a los cambios que se producen durante el proceso de desarrollo de los individuos (Moreno, 2006). Desde una perspectiva antropológica

contemporánea, heredada del funcionalismo, pero sensible a las concepciones simbólicas actuales, Douglas (1978) advirtió que las propiedades fisiológicas del cuerpo son el punto de partida para la cultura. Constituyen una mediación y su identidad se despliega en símbolos significativos. De hecho, la autora argumenta que hay una tendencia natural en todas las sociedades a representar el cuerpo, puesto que el mismo y sus propiedades fisiológicas, tanto como sus productos residuales, alimentan la cultura con un vasto recurso para el trabajo simbólico. La autora también menciona que el cuerpo es capaz de alimentar un sistema de símbolos naturales. Esto significa que éste es un medio de expresión altamente restringido, ya que está mediatizado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar, su simbolismo no es el cuerpo solo por sí mismo, sino que es un cuerpo que permite la socialización y que pasa de lo natural a ser un cuerpo que se rige por la presión que ejerce la cultura. En el carácter simbólico del cuerpo, el sujeto se expresa simbólicamente en su corporeidad; es decir, manifiesta sus pensamientos, emociones, deseos, sentimientos, afecciones e, incluso, las vicisitudes de su desarrollo vital, en formas y procesos de significación materializados en expresiones simbólicas (Moreno, 2006).

3.3. Trastorno de la Imagen Corporal

Cash (1990) manifiesta que la imagen corporal implica perceptivamente imágenes y valoraciones del tamaño de cuerpo y que cognitivamente supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones que van asociadas a la experiencia corporal que han tenido los sujetos con su propio cuerpo, involucrando placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y que se correlacionan con las emociones ligadas a la apariencia externa y a la autoestima de las personas.

Para el mismo autor, tener una alta preocupación por la percepción del cuerpo genera trastorno de la imagen corporal, que afectaría la salud mental de las personas y con ello su autoestima.

Jannet (1903) habla de “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” implicando miedo a ser visto y ridiculizado. Generando así un trastorno de su imagen corporal. Así es como la alta preocupación por la percepción de la imagen corporal llega a ser trastorno no como el miedo a volverse deformes sino con la convicción irracional de ser anormal y de las reacciones que los demás tuvieran sobre el cuerpo.

Rosen (1990) propone que el trastorno de imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Posteriormente para el DSM III, DSM-IV y DSM-IV TR. (APA, 1994; 2000) los criterios de trastorno corporal son:

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal, cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativa o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (insatisfacción con el tamaño y siluetas corporales) (APA, 1994)

El trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales.

Perceptivamente, la persona ve su defecto como mayor, con una distorsión de la realidad, teniendo pensamientos recurrentes sobre lo que está percibiendo, pensando en qué se fijan los demás, se interesan en sus defectos, siendo personas que tienden a subestimarse, generando acciones que le permitan verse como ellas pensarían que quieren o deberían estar, su estilo de vida se crea con base en su preocupación corporal, gran parte de estas personas pueden pasarse frente al espejo viendo y comprobando su defecto, realizando maniobras para ocultar sus defectos.

Las personas que no tienen este tipo de padecimiento evalúan las partes de su cuerpo bajo otros parámetros que los del atractivo, como: utilidad, tamaño, importancia, vulnerabilidad, sexualidad o privacidad, teniendo un mejor impacto sobre la autoestima de las personas (Klonoff & Landrine, 1993).

Según Hollander y Aronovitz (1999), la ansiedad social es un componente esencial en este tipo de trastorno y la evitación social en combinación con fracaso ocupacional o académico puede llevar al aislamiento, teniendo un rango inestable en medidas de autoestima.

En un estudio llevado a cabo sobre dos mil estudiantes de segundo grado (Raich Torras, & Sánchez-Carracedo, 2001) observaron que existía una diferencia significativa en el grado de insatisfacción corporal, puntuando más alto las chicas que los chicos, para ellas la mayor queja de insatisfacción es sobre sus caderas y en cambio para ellos era el cutis. Pero éstas solo pueden contemplarse como trastorno de la imagen corporal cuando el defecto se ve como exagerado y se acompaña de una preocupación excesiva, ansiedad y baja autoestima (Phillips, 1996).

Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Si uno no es capaz de aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. En consecuencia, no es de extrañar que las personas se sientan incómodas o inadecuadas en sus interacciones sociales, sea con el propio sexo o el sexo contrario de la interacción.

Un trastorno frecuente asociado a una imagen corporal negativa es la depresión (Otto, Whilhem, Cohen & Harlow, 2001) las personas deprimidas suelen aborrecer su propio cuerpo y viceversa, creando un círculo vicioso de desesperación, ansiedad y autoestima inestable.

3.4. Transexualidad y el deseo de modificar la imagen corporal

La imagen corporal es uno de los aspectos centrales de la autoestima de las personas transexuales (Marone, Iacoella Cecchini & Rabean 1998). El conocimiento y el grado de aceptación general del cuerpo y de los caracteres sexuales secundarios del sexo de origen son diversos y puede variar durante la infancia, adolescencia y vida adulta.

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 mismas (Cash, 1990; Pruzinski, 1990; Pruzinsky & Cash, 1990). Aun así, la valoración subjetiva y social del cuerpo se encuentra muy condicionada por el contexto socio-cultural (Toro, 1996), como puede ocurrir con las personas transexuales.

Así, por ejemplo, en transexuales secundarios (aquellos que su identidad de género distinta a su sexo la perciben tarde) es frecuente la aceptación y el uso del cuerpo durante la infancia y adolescencia, con manifestaciones episódicas del deseo de tener caracteres secundarios del sexo opuesto, especialmente ligados a la excitación producida durante el acto de travestirse (fetichismo travestiste) o al pensar o imaginarse a sí mismo como mujer (autoginefilia)

(Blanchard, 1993). En hombres y mujeres transexuales primarios (aquellos que su identidad de género distinta a su sexo la perciben a edades muy tempranas) la no-aceptación es la norma, aunque se dan todo tipo de matices. Hay personas transexuales que aceptan su cuerpo como algo en transición tratando de disfrutar en cada momento de las posibilidades que ese cuerpo le ofrece, especialmente en el ámbito sexual. Desearían modificarlo, de nuevo en diversos grados (por ejemplo, algunos/as contemplan la reasignación sexual quirúrgica de genitales, otros/as no), pero esta situación les genera un sentimiento de malestar, no de angustia. Para otros/as, sin embargo, el cuerpo es un obstáculo que les impide su realización personal, estar bien consigo mismos/as e incluso relacionarse. Los signos sexuales secundarios del sexo de origen provocan sentimientos de angustia que, en diversa medida, condicionan su vida afectivo-sexual, familiar, social y laboral.

Así es como el cuerpo a lo largo de la historia puede ser conceptualizado en diferentes dimensiones:

1. El cuerpo como un objeto físico. Es atraído a la tierra como la mayoría de los objetos y puede ser fragmentado.
2. El cuerpo como una entidad con necesidades biológicas. Necesidades que como seres vivos tenemos para subsistir, ayudando al funcionamiento y mantenimiento del cuerpo.
3. El cuerpo con un significado simbólico. Nuestro cuerpo frente a otro cuerpo y que significa para nosotros. Salín (2011), dice que esta connotación de cuerpo es una de las primeras circunstancias que se conecta con el problema de la transexualidad.

El concepto fenomenológico del cuerpo (de acuerdo a la tradición filosófica europea, es decir Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, o Maurice Merleau-Ponty, entre otros) puede entenderse en tres dimensiones: A) el cuerpo de los otros como un objeto, B) el cuerpo en un sentido abstracto o figurativo, y C) nuestro cuerpo para los otros.

La conformación de la identidad de las personas como hombres o mujeres forma parte de un proceso cotidiano de reafirmación, negación o discusión de una identidad en la que el cuerpo constituye un aspecto fundamental y en el que influyen, de gran manera, los modelos presentados como ideales en un momento histórico determinado a través de la publicidad, los medios de comunicación, el mundo del deporte, de la cultura, del arte, de la música, etc.

La imagen corporal y el cuerpo individual y social son fundamentales en la construcción de la propia identidad y en la determinación de la pertenencia a los diferentes grupos. El cuerpo es modelado y construido conforme a las exigencias y normativas de la sociedad en la que vivimos (Esteban, 2004).

La principal fuente de conflicto parece ser la interacción con los otros, es decir, el significado disruptivo de elementos sexuales incoherentes, es ahí el punto importante donde las transexuales de Hombre a Mujer (HM) se identifican, su cuerpo no pertenece a ellas. Pero también hay una zona de conflicto en cuanto al cuerpo de los otros, y ésta se centra en la sensación de injusticia, o de tener que hacer algo extra y de tener algo extra que lleva a las transexuales a un complicado proceso de reasignación hormonal y en algunos casos, quirúrgica (Salín, 2011).

Esta inconformidad de no pertenecer al ser que sienten ser, hace que la imagen de las transexuales sea muy importante, siendo esta inconformidad en algunos casos motivaciones para empezar a utilizar ropa de mujer, a diferencia de los fetiches o travestis, las chicas transexuales quieren modificar y llevar ropa de mujer porque es la manera de que sus representaciones mentales se conceptualizan. Es decir las transexuales (HM) visten de acuerdo a su identidad de género, la cual es producto de su autoconcepción, de su cerebro, órgano que decide finalmente quiénes somos y qué queremos ser. La conceptualización de no poseer un cuerpo según su identidad, genera que las chicas transexuales busquen modificarlo desde una percepción de vestimenta hasta algo corporal y de estructuras.

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

Asimismo, las personas transexuales presentan un conflicto en la construcción de su imagen corporal, que no es acorde a su identidad personal; de ahí el deseo de las personas transexuales de iniciar el proceso de reasignación sexual y modificar su anatomía física y la preocupación por su apariencia en ese sentido, causando un profundo malestar. Esto les

permitirá una integración adecuada del desarrollo físico y psicológico de la persona (Marone, Iacoella, Cecchini & Ravenna, 1998).

Las personas transexuales tratan de evitar la percepción de aquellas partes del cuerpo que les generan conflicto (Marone & 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, senos y piernas en el caso de las mujeres, y las manos y los brazos en el caso de los varones (Marone, et.al, 1998). Los puntos de mayor atención corporal constituyen zonas claves en la construcción de la imagen corporal (Ruggieri, Galato & Lombardo, 1993).

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

Trabajando con personas transexuales, se toma conciencia en toda su dimensión, la importancia del cuerpo como campo de la cultura. Al decir esto no sólo estamos afirmando que lo social se inscribe en el cuerpo, sino que el cuerpo es un «proceso material de interacción social» (Csordas, 1994). El cuerpo tiene una dimensión biológica, pero también un lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico, como social.

Pero el aprendizaje del uso del cuerpo y de la imagen personal están determinados también por otros factores como son: el sexo, el género, la edad, la clase social, la cultura, las creencias religiosas, la actividad laboral, etc. y es un mecanismo de retroalimentación y cambio porque las prácticas individuales y grupales en relación al cuerpo, influyen a su vez en definiciones sociales generales. La relación con personas transexuales nos ha hecho reflexionar acerca de las ambiguas y dinámicas fronteras que existen entre lo masculino y lo femenino, de la transgresión y desaparición de esas fronteras en relación a ciertas actividades físicas y sociales (Esteban, 2004).

El trabajo con el cuerpo que llevan a cabo con la ayuda de los profesionales sanitarios que les asisten, les permiten una apropiación de sí mismas, permitiéndoles articular íntimamente trabajo corporal y proyecto de vida. El cuerpo es el elemento principal de este proceso,

producto y agente, objeto y sujeto al mismo tiempo. El cuerpo es activo y autotransformante. Debemos tomar en cuenta la carnalidad de la experiencia humana. Desde este punto de vista, estas personas demuestran que lo corporal no es natural, sino que «siempre es construido social y políticamente». «El cuerpo es un lugar de discriminación, pero también de resistencia y contestación» (Esteban, 2004). Las nuevas tecnologías, la utilización de distintos materiales y prótesis para modelar cuerpos e imitar imágenes corporales idealizadas, han introducido en nuestra sociedad occidental, la posibilidad de importantes cambios en él. Lo orgánico se combina con lo artificial.

Las personas transexuales hablan de la intervención quirúrgica (mamoplastía, genitoplastia) como de un nuevo nacimiento, colocando expectativas a veces poco realistas y negando muchas veces la importancia de la vida anterior y de los vínculos y afectos establecidos, como así también negando una historia previa de ambigüedad y sufrimiento, confusión, dudas, períodos de travestismo, travestismo fetichista, etc. (Garaizábal, 2006). Algunas de estas personas llegan pensando que deben posponer todos sus proyectos y acciones para después de la intervención quirúrgica, actuando con conductas de evitación ante situaciones para los demás, cotidianas y normalizadas, con lo cual se colocan en situación de desventaja con respecto a sus pares desde el punto de vista afectivo, laboral, educacional, etc. (Bergero, Garaizábal 2006).

Capítulo 4

Identidad de Género

4.1. Conceptos de la Identidad de Género

La identidad de género es una forma de auto identificación que no puede ser atribuida a otros, es nuestra convicción más profunda de pertenencia de género, es privada e interna; la única manera de saber cuál es la identidad de género es preguntar a la persona a qué sexo se siente identificado.

La identidad de género no puede deducirse en función de cómo lucen las personas, como caminan, se visten, actúan o con quien tienen relaciones sexuales o si están casados.

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

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

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

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

1998).

En el caso de las personas transexuales, reconocen en sí mismas a qué género pertenecen y se expresan generalmente de forma coherente al género con el que se identifican, aunque generalmente con dificultades para vestirse y dejarse el pelo como desean, puesto que la presión familiar y social no favorecen esta situación. Este mismo hecho podría facilitar su situación al poder expresarse así con otros niños para quienes estas claves son importantes, pero es con el proceso de desarrollo cuando aumentan las dificultades al ser más evidente esta dicotomía unida a la presión social, su incoherencia entre su cuerpo y su identidad de género genera una persistente lucha por que esto se haga coherente, desafiando a la familia y amigos. Socialmente generan una lucha solo para buscar una adaptación de su identidad de género con su cuerpo (Salín, 2011):

4.2. Construcción del género

El género es un constructo social que hace fácil distinguir quién es hombre y quién es mujer o, en otras palabras lo femenino de lo masculino.

Laqueur (1994) plantea la importancia de la construcción de sexo y género para la estructuración y organización de la vida social, y pone en claro cómo las diferencias sexuales basadas en la anatomía se interpretan en claves culturales. Es decir, se construyen estas distinciones para dar respuesta a unos valores sociales, que buscan su legitimación a través del discurso científico. Así pues las diferencias corporales permiten la distinción del sexo y las posibles conductas, pero no define la identidad sexual de los individuos.

Por su parte, John Money (1955) en un artículo *Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management* y Robert Stoller (1968), en su libro *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity* mostraron la importancia de los aspectos culturales para la construcción de ser hombre o ser mujer. Hay que señalar, que estas investigaciones, que aparecieron en los años 50 y 60 del siglo pasado son realmente pioneras, es decir, cuando la teoría de género en Ciencias Sociales estaba aún sin desarrollar, por lo tanto son realmente pioneros. Estos autores plantearon que no sólo era importante el cambio de los atributos biológicos, para que esa transformación fuese efectiva, sino que había que tener presente los aspectos culturales

asociados al sexo. A partir de estos estudios se demostró el gran peso de la cultura, de lo aprendido socialmente, para la determinación de la identidad genérica de las personas.

Money (1972) expone en su libro *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*, “Evidentemente, el establecimiento del núcleo de la identidad de género es un proceso de aprendizaje, ya que tiene lugar mediante interacción social” A partir de la segunda mitad del siglo pasado, como explica Gilberti (2003), Money propuso la relación sexo-género a partir de la secuencia del desarrollo: “Sostuvo que la forma en que se relacionan lo innato y lo adquirido así como lo biológico y lo social-cultural generan personas heterosexuales u homosexuales, mediante un proceso de diferenciación, categorías que no están separadas sino que forman parte de una continuidad. El descubrimiento de anomalía cromosómica (síndrome de Klinefelter, el síndrome de Turner etc.) se incorporó a su concepción del sexo como dato biológico, mientras que las alteraciones del género se constituyeron en las que categorizó como identidad y rol del género”.

4.3. Rol de género

El concepto de rol se deriva de la sociología y la psicología social. De acuerdo con los teóricos, un rol de género puede ser definido como un conjunto de expectativas y comportamientos asociados a una posición social específica, en la misma forma que un papel teatral exige una cierta actuación (Gough & Edwards, 1998). Es decir, se refiere al papel o rol de género como el conjunto de conductas atribuidas a los hombres y mujeres.

Desde la perspectiva sociocultural, Mead (1935) indica que la adopción de los roles desempeñados por otras personas constituye una forma de adoptar o adquirir un entrenamiento sobre nuestro propio rol, de manera que, por ejemplo, a través del juego los niños y las niñas van aprendiendo los comportamientos que son más adecuados en función de reglas implícitas y explícitas que regulan el comportamiento de los individuos.

Dentro del campo de la psicología, Pearsons y Bales (1955) fueron los primeros en mantener la idea de que existía una correspondencia entre las diferencias biológicas entre los sexos y el desempeño de papeles funcionales en la familia, sobre todo en la forma como

los hombres eran socializados para asumir papeles fundamentalmente instrumentales, en tanto las mujeres eran socializadas para desempeñar papeles expresivos.

No fue sino a partir de los ochenta cuando aparecieron trabajos (Ashmore, 1990; Bem, 1993, 1981; Deaux & Lewis, 1984; Deaux & Major, 1987; Eagly, 1995; Eagly & Wood, 1991) que enfatizaron que los roles de género estaban ligados a una categoría social y no a un aspecto biológico. Es decir, las actividades y características asignadas a hombres y a mujeres parecían inconscientes en distintas culturas y respondían entonces a una serie de construcciones sociales sobre lo que implica pertenecer a cada género dentro de una cultura específica más que a una predisposición genética universal.

Eagly (1987) señala que los roles de género eran definidos como aquellas expectativas compartidas acerca de la conducta apropiada según el sexo socialmente identificado, de tal suerte que las expectativas hacia las mujeres se vinculaban con la presencia de mayores características ligadas a la comunidad.

Hoy en día se han dado muchos cambios tanto en las expectativas como en las posibilidades de acción que tienen hombres y mujeres, de manera que existe una tendencia hacia la posibilidad de compartir actividades o realizar actividades que antes correspondían al otro género, alejándose entonces de los parámetros tradicionales (Cruz, Noriega & Garduño, 2003; Rocha 2004). Por tanto, las transformaciones de carácter sociocultural hacen evidente que existen roles sociales que rebasan las diferencias biológicas y obedecen más bien al contexto y situación. Así el contexto social sigue siendo una gran influencia en la interpretación de la diferenciación biológica, dando pauta a desigualdades y condicionamientos, en este sentido, no debe olvidarse que nuestro sexo biológico actúa como una especie de disparador automático de cogniciones y creencias que aluden a nuestras capacidades y habilidades innatas, de manera que la permanencia de roles tradicionales, pese a las transiciones sociales, puede supeditarse a la cosmovisión de que los humanos tenemos habilidades innatas y que las situaciones “específicas” demandan dichas habilidades.

Entonces podemos decir que el rol de género solo hace referencia a “las definiciones sociales o expectativas normativas de cómo deben comportarse hombres y mujeres y que funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos a través de los cuales la diferencia

sexual se convierte en una diferencia social” (Fernández, 1998). Así el rol de género tiene una vinculación con la identidad de género y los estereotipos, haciendo una interacción entre ellos.

En la identidad de género existe un grupo de afirmaciones particulares que conforman la cultura de género a la que ya hemos hecho referencia y que se integra por los *estereotipos de género*; es decir, las ideas preconcebidas que se tienen en relación con lo que significa ser hombre o ser mujer y los comportamientos y características que son valorados socialmente entre las personas en función de su sexo biológico. De acuerdo con Lips (2001), los estereotipos de género son creencias que se comparten socialmente y que se vinculan con el hecho de atribuir cualidades a los seres humanos con base en el sexo biológico al que pertenecen.

Bem (1993) plantea qué, a partir del dimorfismo sexual (una diferencia sexual), que en primera instancia permite el proceso de identificación sexual (primer nivel dentro del proceso de identificación), se genera una serie de ideas y connotaciones sobre lo que representa cada sexo y esto puede variar de cultura a cultura en función de las premisas y valores que fundamentan tal cultura (segundo nivel del proceso de identificación); de hecho, estas premisas y valores constituyen por sí mismos el eje fundamental sobre el cual se delimita el desarrollo de una identidad de género y de la cual derivan los roles, rasgos, actitudes y características que constituyen el reflejo de dicha identidad (tercer nivel de identificación). Estos últimos son factores independientes, pero al interactuar entre sí y en conjunto, su presencia retroalimenta el proceso de diferenciación volviéndose una especie de ciclo.

Desarrollar una identidad implica entonces internalizar el conjunto de normas y reglas que culturalmente se establecen sobre el papel que tiene cada uno.

La cultura, como refiere Díaz-Guerrero (1982), se convierte en el marco de referencia de los individuos. Asimismo, de acuerdo con dicho autor, es a través de una serie de premisas histórico-socioculturales, entendidas como valores, creencias, pensamientos y acciones, como se configura, condiciona y justifica la actuación de los géneros.

Por otra parte (Geis, 1993; Hilton & von Hippel, 1996; Lips, 2001) coinciden en la idea de que los estereotipos son un conjunto de creencias relacionadas con las características, atributos y comportamientos determinados en grupos.

Es decir, que las personas incorporan de forma gradual lo que culturalmente se define como masculino y femenino, dando cabida al esquema de género en la sociedad, los roles y los estereotipos.

4.4. Teorías sobre la identidad de género

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

Teoría Freudiana

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

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

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

Teorías del desarrollo cognitivo

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

En sus inicios destacó Kohlberg (1966) que parte de una perspectiva genética para referirse y explicar el rol sexual. Para él, el desarrollo evolutivo se produce por el equilibrio de periodos de estabilidad y crisis, en el que la elaboración cognitiva facilita la internalización de las normas socioculturales, también en relación a la construcción de la identidad de género.

Desde planteamientos cognitivos recientes, se han estudiado los efectos que produce la tipificación social del género, al facilitar la formación de esquemas cognitivos que guían la percepción e interpretación de la experiencia y la realidad en que vive una persona (Bem, 1993; Spence, 1993). Desde esta perspectiva, el sujeto desarrolla toda una pluralidad de “se/ves” 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 & Siladi, 1982).

Teorías del aprendizaje social

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

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

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

Teoría del género

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

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

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

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

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

Es decir, la dimensión de género incluye una amplia variabilidad de expresiones del ser hombre y mujer. Esta perspectiva de hecho desafía al binarismo de género para colocar lo considerado socialmente como masculino o femenino en un continuo por donde las personas transitan libremente de manera cotidiana y a través del tiempo. Y como hemos visto, dada la importancia que la asignación a un lugar en el continuo la sociedad le da, afirma aspectos

importantes de la identidad. De ahí la consolidación de interpretaciones del ser mujer, ser hombre, ser transgénero, y la exigencia de adecuarse a la representación socialmente definida.

Por lo tanto, las diferencias en 25 años se traducen sólo en un pequeño grado de mayor flexibilidad a la hora de aceptar diferentes situaciones, como la que acabamos de mencionar, mientras que en los años setenta una persona transexual aparecía como un fenómeno revolucionario, hoy ocurre lo mismo con personas a las que se define como transgénico, siendo la persona transgénico aquella que fluctúa entre hombre y mujer, pero sin la inquietud de pertenecer a un binarismo, contrario a esto la transexualidad tiene como finalidad concordar el cuerpo con el sexo y género que se sienten identificados.

4.5. Aporte biomédico sobre el concepto de género

Es importante mencionar el desarrollo histórico-médico del concepto de sexo y género, pues se han producido cambios en lo que se ha entendido como las particularidades de ser hombre o ser mujer.

Según Rafael Salín (2011) en su libro “Diversos no Perversos” menciona que hay dos aspectos importantes en la identidad de género: el primero es el aspecto biológico, es decir reconocer que se tienen características físicas que pertenecen a un hombre o a una mujer. En el caso de los niños, la edad de los dieciocho meses y la presencia del padre parecen ser factores importantes para reconocerse como del género masculino, si no fuese así el niño tendría una confusión de identidad sexual, caso que no ocurre para las niñas que no tienen madre o padre.

El segundo aspecto importante es el psicológico. Este consiste en el papel que la persona siente (hombre o mujer). Sin embargo en la sociedad estas situaciones se ven modificadas por la interacción que se tiene con los otros, y estos otros son, además de nuestros padres, amigos, hermanos, maestros, etc. las figuras significativas para el individuo.

Para la parte biomédica existe una importancia entre la relación de lo biológico, aquello que se trae nato y aquello que se adquiere y hace una relación con lo externo, así pues para ellos el:

- ★ Sexo genético: se adquiere en el momento de la concepción y para fines biológicos sería el único válido.
- ★ Sexo de asignación al nacer: es dado por el médico, basado únicamente en los caracteres sexuales externos, presencia de pene y testículos o de vulva.
- ★ Sexo fenotípico: es la relación que existe entre los aspectos genéticos y de desarrollo de las glándulas sexuales o gónadas. La relación de las hormonas para modificar o dar caracteres específicos de cada sexo.
- ★ Sexo psicológico: la información que se contiene en el genoma, la crianza, la comunicación efectiva entre las hormonas sexuales y receptores, dan como resultado la identidad. Esto puede presentarse desde los dos años de vida.

Es substancial hacer una reflexión sobre las aportaciones de la Biomedicina al concepto de sexo y género, tan esencial para entender el pensamiento occidental actual: “La Biomedicina ha producido saberes sobre el cuerpo humano, sobre la designación sexual y la diferencia sexual, frecuentemente, a partir de una visión simplista, dicotómica, de una lógica binaria, produciendo un modelo y un deseo de verdad. El discurso biomédico sobre la diferenciación sexual se ha producido como un modelo de verdad, de forma arbitraria y simplista. Pues, parte de la concepción, por un lado, de que al haber solamente dos gónadas (ovarios y testículos) solamente debe haber dos sexos, dos roles sociales; y por otro que la función de los genitales es la reproducción humana, el placer no tiene ninguna importancia, ninguna relevancia” (Ficher, 2003).

Para la parte biomédica en la actualidad se ha tratado de incorporar que el género es un constructo de la interacción entre cómo me percibo y la coherencia entre ello y cómo me perciben los demás. Una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la historia del ser.

4.6. Criterios para diagnosticar un Trastorno de Identidad de Género

En el proceso de diagnóstico del Trastorno de Género se ha utilizado indistintamente los términos transexualidad y transexualismo de manera errónea, como ha sucedido con otros términos como la homosexualidad. Si consideramos que el uso de la terminación ismo generalmente se refiere a un planteamiento ideológico, podemos identificar los temores que

circundan al uso de éste al referirse a expresiones distintas a las legitimadas por la ciencia o la sociedad.

En 1973 se propone el término de síndrome de disforia de género, que incluye al transexualismo pero también a otros trastornos de identidad de género. Disforia de género es el término utilizado para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. En 1980, aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, [DSM-III] 3th ed.). en una siguiente revisión de este manual (DSM-IV) en 1994, el término transexualismo es abandonado, en su lugar se usa Trastorno de Identidad de Género (TIG) para designar a aquellos sujetos que muestran una fuerte identificación con un género distinto al asignado e insatisfacción constante con su sexo anatómico. El ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th ed.) señala cinco formas diferentes de TIG, el término transexualismo vuelve a usarse para designar a una de ellas.

Se considera la transexualidad un trastorno por el gran malestar que acompaña a estas personas, pues se sienten atrapadas en un cuerpo cuyo sexo mental no se corresponde.

DSM-IV en sus descripciones de la transexualidad, presentan importantes carencias y en muchos casos, resultan claramente insuficientes (Bergero, 2004).

Algunos autores piensan que el pensamiento dualista en forma de oposiciones binarias (hombre/mujer) es una de las mayores trabas no sólo para la construcción de identidades y roles de género alternativos, sino también para cumplir el delicado cometido del proceso de diagnóstico especificado como una de las tareas más importantes del profesional de salud mental en los protocolos internacionales (HBIGDA, 2001; 1998). DSM IV (APA, 1994) lo designa como Trastorno de la Identidad Sexual y exige al menos dos componentes de los siguientes que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico:

Criterio A: El individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que es, del otro sexo.

Criterio B: Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también

pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo.

Criterio C: El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual.

Criterio D: Deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. También se especifica la orientación sexual: hacia varones, mujeres, ambos sexos o ninguna atracción sexual.

La Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión CIE-10, (CIE, 1992) lo denomina Transexualismo y lo define como «el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido». Se requiere la presencia de identidad transexual persistentemente durante al menos dos años, y señala que no se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como Esquizofrenia, ni secundario a una anomalía cromosómica. En ambas definiciones, se establece la necesidad de objetivar una divergencia entre el desarrollo de un sexo morfo anatómico y fisiológico perteneciente a un género, y la construcción de una identidad sexual de signo contrario.

En el caso de la CIE-10, se alude específicamente a qué, por lo general, se presenta acompañado por el deseo de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para lograr que el cuerpo concuerde lo más posible con el género preferido (CIE, 1992). Según Pearson, (1974), la CIE-10 sigue la línea de autores clásicos sobre el tema, como Person y Ovesey que en 1974 definían para el transexualismo la resolución de una reasignación del sexo por medio de las hormonas y de la cirugía en personas biológicamente normales, para ellos la concordancia a lo deseado solo podrá alcanzarse mediante un sometimiento a tratamiento médico o quirúrgico.

4.7. Comorbilidad y dificultades asociadas al Trastorno de Identidad de Género

Desde la perspectiva psicológica, se utilizan términos distintos y sinónimos a la hora de definir a personas que tienen una identificación intensa con el sexo contrario al que desde el nacimiento se les asigna, entre estos términos están: transexualidad, transexualismo,

Trastorno de la Identidad de Género, trastorno de la Identidad Sexual o personas con disforia de género (Cano, 2010), lo que genera confusión y malas interpretaciones entre especialistas.

Para hacer el diagnóstico de personas que se sientan pertenecientes al sexo opuesto a que nacieron, se señala que se requiere, durante al menos dos años, la presencia de identidad transexual persistentemente para hacer el diagnóstico, personas que se sientan pertenecientes al sexo opuesto a que nacieron y, que además se requiere constatar que no se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como esquizofrenia, trastorno de la personalidad, ni secundario a una anomalía cromosómica.

Asociaciones de transexuales, el movimiento lésbico-gay y por parte del movimiento feminista se está abogando porque se elimine la transexualidad o los TIS de las clasificaciones diagnósticas médicas. Martínez Guzmán, (2010), analiza que “El Trastorno de Identidad Sexual con que se busca catalogar a las personas transexuales es manufacturado no descrito- y presentado como un hecho objetivo: el diagnóstico se fundamenta en y busca reforzar una especie de „ley natural“ sobre el sexo/género; alude a dicho sistema como una evidencia empírica, natural e incontrovertible. Así, lo que está en juego cuando el TIS se ratifica, se cuestiona, se elimina o se diagnostica, es la creación de espacios sociales y simbólicos específicos –más o menos marginales- para las identidades que no cumplen con los requisitos socio-normativos del género” lo cual produce un tipo de estigmatización tanto directa como indirecta que atenta contra estas personas, lo que dificulta su integración social y, por tanto, impide su bienestar personal completo.

Desde otra mirada, Bergero, psicóloga clínica, justifica la consideración de la transexualidad en la atención mental, en su artículo *La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud*, al señalar que: “la transexualidad está considerada un trastorno de salud mental en la medida en que produce patrones de comportamientos que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa”. Una de las dificultades más importantes es el aislamiento social, que repercute de una manera notable en el nivel de autoestima, ya que estos pacientes tienen que enfrentar consecuencias adversas por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente. Bergero también manifiesta que el estar considerada dentro de los trastornos permite la incorporación del sector salud para brindarles apoyo, en el aspecto hormonal, quirúrgico y psicológico, que favorezca su adaptación a su

nuevo rol.

Hay que mencionar que la mayoría de profesionales que atienden a personas con TIG, atribuyen que poseen un trastorno mental, pues se les observan los síntomas psicológicos de malestar en el individuo, que les producen sufrimiento y dificultad para la adaptación y funcionamiento social en la mayoría de las áreas de la vida (laboral, social, familiar, pareja, etc.), también denominado disforia de género. Este análisis sin embargo, pareciera estar centrado en la personalidad y herramientas del sujeto, más que en las condiciones del entorno social, lo que implicaría un esfuerzo enorme del sujeto en la superación como paciente, más que en el desarrollo de un pensamiento crítico hacia la sociedad.

Para las personas transexuales su condición se convierte en parte central de su vida, lo que hace que todos sus aspectos relacionales pasen por la incertidumbre que experimentan con su identidad. Esta experiencia puede ser tan intensa que obstaculice el logro de una identidad de género libre de conflictos y en algunos casos, impide la normalización de la vida misma, como afirma Trinidad Bergero en su artículo *Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad* (2009). Esta afirmación, también las realizan tanto las asociaciones de transexuales como investigaciones sociales, aunque defienden que este sufrimiento no es producido por la transexualidad, sino por la estigmatización a los que son sometidos los componentes de este grupo de personas en el ámbito socio-familiar.

Desde el enfoque sanitario de la clasificación de las enfermedades, la transexualidad es considerada un trastorno mental en la medida en que produce un sufrimiento significativo y una desventaja adaptativa importante. El umbral clínico se traspasa cuando la persona experimenta preocupación, incertidumbre por su identidad de género, llegando en ocasiones a ser esta experiencia tan intensa que se convierte en el aspecto central de la vida, lo cual obstaculiza el logro de una identidad de género libre de conflictos y en algunos casos, impide la normalización de la vida misma (Bergero, 2004).

Como también plantea Bergero, (2004) en su artículo, refiriéndose al alto índice de patología psiquiátrica de este colectivo de personas: “Muchos pacientes diagnosticados de TIG presentan un índice elevado de patología psiquiátrica asociada y una mortalidad por suicidio mayor que la población general. Los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de personalidad (narcisista, dependiente y límite), trastornos depresivos,

trastornos neuróticos en general, esquizofrenia, conductas autolesivas o suicidas, y abuso de sustancias psicoactivas. La comorbilidad psiquiátrica es diferencial entre el sexo biológico, siendo más frecuente en hombres biológicos y supone diferencias en cuanto a la evolución y pronóstico, siendo los trastornos de personalidad y la esquizofrenia diagnósticos asociados a una peor evolución del Trastorno de Identidad de Género” (Bergero, 2004). Este análisis sin embargo, pareciera estar centrado en la personalidad y herramientas del sujeto, más que en las condiciones del entorno social, lo que implicaría un esfuerzo enorme del sujeto en la superación como paciente, más que en el desarrollo de un pensamiento crítico hacia la sociedad.

Los estudios como los de Gómez Gil (2006) encuentran que entre las personas transexuales hay una gran comorbilidad psiquiátrica. En una muestra 117 HM y de 47 MH encuentra diferencias significativas entre ambos grupos. Los HM tienen una prevalencia de 46,2% de padecer un trastorno psiquiátrico, mientras que el grupo de MH su prevalencia es de 38,3%. También encuentra diferencias en el tipo de diagnóstico que se realiza en ambos grupos, mientras que, entre los transexuales femeninos es más frecuente el Trastorno por uso de sustancias (un 18% frente al 6,4% en transexuales masculinos) y los trastornos de ansiedad (un 12,8% frente al 8,5% en transexuales masculinos). Entre los HM son más frecuentes los trastornos del estado de ánimo (un 21,3% frente al 11% de los transexuales masculinos).

En un artículo publicado por Collier (1997) *Comorbidity of Gender Dysphoria and Other Major Psychiatric Diagnoses*, en el que expone que la transexualidad suele ser un diagnóstico aislado y no forma parte de otros trastornos psicopatológicos generales. En este artículo también se reconoce una mayor adicción a sustancias y la depresión como elementos constantes en esta población. Propone que la persona transexual debe ser ayudada en el proceso de cambio y que la psicoterapia, así como el apoyo psiquiátrico y el asesoramiento es fundamental para el éxito del proceso, por lo planteado desde, hace más de una década, de que los estándares asistenciales de Harry Benjamín deberían cambiar adquiere suma relevancia, ya que éstos se basan en que cuando el cuerpo de la persona transexual cambia, automáticamente la persona mejora.

Campo (2003) en *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among dutch psychiatrists*, en el que hace referencia a la dificultad que los profesionales de la psiquiatría tienen para valorar adecuadamente la existencia de un TIG y no confundirlo con otro

trastorno psiquiátrico.

Es interesante ver la comorbilidad que lleva un diagnóstico de transexualidad, donde lo más importantes es el no confundir la transexualidad con algún otro trastorno mental que pueda hacer que el diagnóstico pueda ser equivocado. Y por otra parte la etiqueta o estereotipo que como ya señalan los autores crea una estigmatización social, lo cual impacta sobre la salud mental de quien la padece, si bien las transexuales están luchando por salir del manual de trastornos, la inconformidad por su cuerpo y el sexo al que nacieron es lo que las mantiene dentro, puesto que crea angustia, depresión y estados de ánimo variados. Pero este desafío es más complejo de lo que parece, enfrenta al menos dos claras disyuntivas: al buscar salir del manual de trastornos se encuentran con otra arista que dice, si su condición no es considerada trastorno, la atención de salud pública se cancela y no tendrían que exigir clínicas gratuitas para la atención de su condición particular. Entonces nos encontramos con dos vías, una donde estas siendo estigmatizada y otra donde no lo eres pero ya no recibes ayuda, donde ninguna de las dos parecieran resolver o atender su necesidad, pero si favorecer o mantener, la ansiedad e inestabilidad para el sujeto que padece transexualidad.

CAPÍTULO 5

Transexualidad

5.1. Conceptos de Transexualidad

El concepto de transexualidad apareció, por primera vez, en la medicina en un trabajo de Hirschfeld en 1923, pero fue hasta la década de los cuarenta cuando se empleó para designar a personas que viven en un papel de género opuesto al asignado según la apariencia externa, genitales y caracteres sexuales secundarios.

La transexualidad se caracteriza por una identidad de género por el sexo opuesto (discordancia de género). Una persona transexual se encuentra en el cuerpo erróneo, presentando el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y cambiar de sexo. Un cambio de sexo implica tratamiento hormonal, cambio de nombre y cirugía de reasignación sexual (Becerra, 2003).

La transexualidad es un fenómeno universal, presente en todas las culturas, niveles socioeconómicos, razas y religiones, es difícil identificar que tan extendido es el fenómeno de la transexualidad, pero en países como Dinamarca y Suecia, que llevan registro médico desde el nacimiento hasta la muerte de las personas, las cifras de reasignación de sexo son de 1 por cada 30 000 adultos de hombre a mujer. Este es el único dato confiable, pues en la naturaleza de la transexualidad muchas de las personas prefieren y deciden mantenerlo oculto a lo largo de sus vidas, inclusive por el sector de salud (Salín, 2011).

La transexualidad es una combinación de factores biológicos y sociales, en porcentajes aun no determinados. Las primeras manifestaciones de transexualidad pueden aparecer desde la infancia y se expresan claramente en la adolescencia. Un transexual también es conocido entre ellos con las siglas TS, es una persona que se percibe mentalmente como perteneciente a un sexo distinto al de su apariencia corporal externa o al de sus caracteres sexuales primarios y secundarios. El hombre se percibe como mujer (HM, de hombre a mujer), estas personas tienen una percepción dolorosa de su situación desde que son niños, a veces en edades tan tempranas como los tres cuatro o cinco años (Salín, 2011).

5.2. Transexualidad y su perspectiva biologicista: etiología

Desde esta perspectiva la división dicotómica hombre/mujer está clara. Se considera que todo lo que no refiera esta división natural se correspondería con una mutación o aberración de la naturaleza, cuya solución pasa por recurrir a los conocimientos que sobre biología humana se poseen actualmente y que facilitarían esa adecuación al sexo dicotómico (tratamientos médicos o quirúrgicos). (Cano, 2010).

Desde una perspectiva biologicista, la identidad se estima como algo innato, que aparece desde el nacimiento y va íntimamente unido a las características del sexo biológico. Por lo que según este paradigma, las personas tienen características universales, unívocas e inmutables, como consecuencias de la actuación mediadora de la naturaleza. Se considera fundamental en el funcionamiento del individuo la biología y sería ésta la que determinará, mayoritariamente, los procesos de formación de sexo, identidad y orientación sexual.

Las causas que ocasionan que una persona sea transexual, es decir, que su aspecto biológico no coincida con su identificación como hombre o mujer, no son conocidas completamente aún por la biología, aunque este enfoque lo identifica como posibles causas: como problemas o alteraciones en el desarrollo embrionario, alteraciones hormonales y ambientales, sobre todo a nivel cerebral en el feto. No lo considera como anomalía o disfunción, sino como una alteración en el proceso de diferenciación sexual, en las primeras etapas de formación del sexo y las etapas posteriores de diferenciación del cerebro. Sus hipótesis hacen referencia a que las hormonas tienen un efecto organizativo distinto en la etapa prenatal que en la edad adulta (Bostwick 2007, Coolidge 2002, Parr 1998, Vainio 1999, Valenzuela 2008).

Los transexuales son personas que nacen con un cerebro diferente al cuerpo que poseen. A esta conclusión han llegado una serie de investigaciones. Un grupo de estructuras en su cerebro son opuestas al sexo asignado genéticamente, aun cuando no se sabe exactamente como puede suceder esto durante la etapa de vida uterina. En el caso de los varones se conoce que un cúmulo de células en el hipotálamo, son similares a las que se observan en una mujer biológica.

En la etapa de la gestación, durante las primeras semana del embrión, el sistema nervioso en formación es femenino en todos los casos, debido a que las hormonas circulantes en el cuerpo de madre a bebé son únicamente hormonas femeninas, que provienen de los ovarios y placenta. Si el embrión tiene los cromosomas sexuales XY, más tarde se inicia la formación y maduración de los testículos, los cuales fabrican testosterona y otros andrógenos, con lo que se dará la masculinización de su cerebro pero las conexiones de sus neuronas siguen el diseño femenino. Algunos factores para que se dé la transexualidad se asocian a enfermedades virales de la madre (por ejemplo, influenza), situaciones de estrés prenatal y el orden de nacimiento. Se ha observado que la mayoría de los transexuales no son primogénitos y que antes de ellos existió un hermano varón, por lo que se ha propuesto que algunas mujeres embarazadas desarrollan anticuerpos contra la testosterona u otro componente del sistema masculino que se gesta en su interior, y que éstos son activados en los embarazos subsecuentes (Salin, 2011).

El hipotálamo que se encuentra en la base del cerebro y del cual surge la glándula hipófisis o pituitaria, es el encargado de controlar la producción de hormonas de casi todo el cuerpo, además de controlar otras funciones como la ingesta de alimentos y agua, regulación de sueño y de vigilia, y toda la serie de conductas sexuales y reproductoras. Esta área del cerebro es una de las principales estructuras estudiadas en el fenómeno de la transexualidad, por la implicación del control de hormonas.

Como se señaló anteriormente, hasta la edad de doce semanas todos los bebés tienen cerebros femeninos. Las hormonas femeninas de la madre están presentes en grandes cantidades y producen este efecto. En la parte anterior del hipotálamo se encuentra el “centro de la identidad de género”. A partir de la semana catorce de embarazo, debe de ser la gónada cromosómica (testículos u ovarios) del bebé la que tome el control de los niveles de hormonas en su propio cuerpo: si estas gónadas no cumplen con su función, no habrá diferenciación del centro de la identidad de género, teniendo como resultado una persona transexual. Se ha propuesto que alguno de los factores de la falta de respuesta del hipotálamo pueden ser: infecciones durante el embarazo, estrés, consumo de medicamentos, uso de hormonas para abortar, etc. (Salín, 2011)

Becerra (2003) pone en manifiesto, que en las definiciones biologicistas de la transexualidad el sector médico aún sigue siendo discriminatorio en el caso de los transexuales e incómodos

de tratar puesto que su deseo de modificar su cuerpo y en algunos casos someterse a una reasignación sexual es visto como algo ridículo. Pues para ellos son hombres sanos que no tendrían por qué modificar su estructura ni cercenar sus genitales sanos. También manifiesta que la concepción que tienen del ser es principalmente el sexo, olvidándose del género al que la persona se cree perteneciente. En otras palabras, para Becerra los criterios tradicionales sobre el sexo y género son incapaces de comprender la masculinidad y feminidad más allá de un sexo biológico, y que no se tendrían que sacrificar a los transexuales por solo tener esas concepciones.

La Medicina continúa su búsqueda en relación con la etiología de la transexualidad que actualmente va encaminada a la existencia de un trastorno en la diferenciación sexual del cerebro. Esta nueva línea de investigación ha sido acogida con entusiasmo por la comunidad médica, ya que significaría que la transexualidad pasaría a considerarse un trastorno biológico. Gooren, (2003) afirma: «Los transexuales podrían ser «rehabilitados», pasando de perturbados mentales a víctimas de un trastorno en la diferenciación sexual y los seguros médicos podrían ser (legalmente) obligados a cubrir los costos de la reasignación de sexo, como en otros casos de intersexualidad» (Gooren, 2003).

5.3. Teorías Psicológicas sobre la Transexualidad

Con el fin de comprender cómo está situada la transexualidad en el ámbito psicológico creo es interesante hacer una reseña de algunas teorías psicológicas que explican el proceso de la transexualidad en las personas para ello se abordará la teoría psicodinámica, del aprendizaje social, la evolutiva o cognoscitiva y la corriente anti psiquiátrica.

Desde la **Perspectiva Psicodinámica**, uno de los modelos más potentes de la psicología clínica actual, se afirma que la persona actúa y piensa en torno a una serie de motivaciones, más concretamente, en torno a la presencia de motivaciones inconscientes que determinan las decisiones y los actos. Freud pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que las y los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. La explicación que ofrece Freud para comprender cómo se desarrolla en la persona la identidad sexual, se relaciona con la identificación del bebé hacia uno u otro sexo. El niño o la niña se identifican con el progenitor del mismo sexo como resultado del conflicto de Edipo

o Electra. Por tanto, los TIG o la transexualidad son, para esta perspectiva, el resultado de un deseo que el infante tiene de transformar su ser a la medida del deseo del otro, generalmente el deseo que, de manera más o menos encubierta, tienen los progenitores o cuidadores de que la persona sea de otro sexo. Como explica la psicoanalista Irene Meler (2004) en su artículo *Acerca del transexualismo: El deseo del otro en la construcción del sujeto*, para comprender dicho fenómeno señala: “vemos que el deseo del semejante que se hace cargo de asistir al infante en su desamparo inicial es más poderoso que la realidad tangible del cuerpo. Nacemos en una red vincular y nuestro ser es de algún modo el efecto de nuestra particular respuesta a las expectativas, deseos y proyectos identificatorios de nuestros cuidadores. Respondemos a los mensajes cifrados que ellos transmiten sin advertirlo y construimos nuestra subjetividad de acuerdo o en desacuerdo con ellos, o sea mediante identificaciones amorosas u hostiles”. Dicha autora también plantea que la transexualidad aparece como consecuencia de contextos donde el bebé encuentra problemas para identificarse con los lazos hacia el apego primario, pues hay pérdidas irreparables (madre o padre ausente, crianza de otro miembro de la familia con el cual debería identificarse, o donde se han producido pérdidas no superadas, etc.), y el infante busca de algún modo “ser semejantes a lo que su otro primordial desea”, es decir se identifica con lo que la persona más cercana al infante desea y le ofrece como alternativa y, por tanto, el infante se identifica con el progenitor del mismo sexo para resolver el complejo de Edipo o de Electra.

Otra teoría que aborda la adquisición de la identidad de género es la teoría **del Aprendizaje Social**, explicada por Walter Mischel (1972) en el libro *Desarrollo de las diferencias sexuales*, en el capítulo denominado *Las diferencias sexuales en la conducta desde el punto de vista del aprendizaje social*, defiende que lo primero que se aprende con respecto al género en la infancia es a diferenciar los roles de género, y después se asimila la generalización de dichos roles. Así, dependiendo de las consecuencias percibidas de dichas conductas la persona, en la infancia, va adquiriendo la identidad de género. La imitación de uno u otro progenitor va a ir directamente en función del poder que se observe en cada uno de ellos. Por lo tanto, según esta perspectiva se aprende por observación todo tipo de conductas, siendo las que se refuerzan las que animarán a que se comporten de uno u otro modo. Este reforzamiento viene de la mano tanto de los progenitores como de adultos significativos para el infante. Por lo tanto, para esta perspectiva el papel de premios y castigos, así como la observación y el

modelaje, desempeñan un papel fundamental en la adquisición en la infancia de conductas adecuadas para cada sexo. Desde la Teoría del Aprendizaje Social, se piensa que los niños y niñas adquieren la identidad por imitación de modelos y por reforzamientos positivos y negativos. Como también plantea la psicóloga María Teresa San Miguel (San Miguel 2004 citado en Cano, 2010), haciendo referencia a la socialización primaria en la edad infantil y la importancia de ésta: “El papel de las vías simbólicas propuestas al niño y la niña debe tener su espacio en la teoría, pues no produce representaciones neutrales, sino marcadamente valorativas, tanto de los sexos como de las características atribuidas a éstos” (San Miguel 2004 citado en Cano, 2010)). Por tanto, podemos decir que según esta perspectiva la identificación la realiza y ocurre cuando el niño o la niña observa e imita uno o más modelos personales en los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son, ante todo, los padres si están presentes, figuras importantes para ellos o las personas que los cuidan.

Según la **teoría Cognoscitiva o Evolutiva de Kohlberg** en la infancia hay varias etapas para llegar al reconocimiento de su género: Una etapa primera de identidad de género, que dura hasta aproximadamente los 3 años y en los que se denominan así mismos como mujeres u hombres, aunque no será hasta la edad de 6 a 7 años donde aparecerá la etapa de constancia de género donde ya se reconoce que el sexo es algo inmutable. Esta identificación tiene mucha relación con valores morales, como plantean autoras como Maria Jayme y Victoria Sau (2004) en su *libro Psicología diferencial del sexo y el género: Fundamentos*, cuando hacen referencia a la teoría de Kohlberg exponen que según este autor: “La identidad de género comporta una valoración de juicios básicos sobre la realidad, en términos dicotómicos propios del pensamiento infantil (ejemplo: bueno/malo). De este modo se adquiere la identidad positiva; el ser masculino o el ser femenino se concibe como algo bueno, así que los valores asociados al género, los roles de género, cobran un atractivo para el niño o la niña”. Podemos decir que según este razonamiento, los niños y niñas imitan a las personas adultas no para llegar a conseguir recompensa, sino para lograr su identidad deseada como algo bueno.

Para la **Anti psiquiatría** surgida en los años 50 del siglo pasado, toda conducta humana es normal, es la sociedad la que le da el calificativo de “anormal”. Es la sociedad, la familia y el entorno el que influye en la perpetuación o en el desequilibrio psicológico. La psiquiatría tradicional no sirve, hay que comprender los comportamientos humanos (Castel 2001). El

propio hecho de considerar a la persona transexual como afectada de un trastorno es algo vejatorio y discriminatorio, por lo que se oponen a dicho reconocimiento.

Hay estudios como los de Packer (1982), en su artículo *Parental representations of transsexuals*, donde analizó las representaciones que establecen las personas transexuales entrevistadas con sus padres, en contraposición con grupos controles heterosexuales, que los transexuales en comparación con los grupos controles apareados, recordaban a sus padres en años anteriores como deficientes en la atención y algo sobreprotectores. Al igual encontró poco significativa, aunque una débil tendencia a la puntuación de sus madres de manera similar a los padres. También plantea qué, al parecer, los padres de los y las transexuales eran menos capaces de permitir el desarrollo de la independencia y la autonomía en sus hijos. Concluye, que puede ser algo arriesgado atribuir estas características como una etiología.

La apuesta Anti psiquiátrica se posiciona en contra de cualquier patologización de la condición de transexual. Defienden que denominar a la transexualidad bajo el “trastorno de identidad sexual” es un gravísimo ejercicio de control y normalización. La evaluación psiquiátrica obligatoria supone un control de su identidad de género a través de terapias de grupo y familiares y todo tipo de procesos denigrantes que vulneran sus derechos. Para ello proponen: “que si realmente alguien nos quiere ayudar, que hagan desaparecer todos estos mensajes que jerarquizan los cuerpos, que imponen lo que es bello y lo que es monstruoso. La patologización de la transexualidad es una falacia, el objetivo de la cual no es liberar a las personas, sino domesticarlas para que se adapten a nuestro sistema... Para que l@s jóvenes trans se odien un poco menos, para que nos queramos tod@s un poco más. Para que nunca más un@ psiquiatra en una consulta nos pregunte por qué somos, cómo somos, cuando los demás no tienen por qué justificarse. Porque la diversidad es nuestra mayor riqueza” (Plataforma por la Despatologización 2009).

Se puede concluir este apartado diciendo que las investigaciones en el ámbito de la psicología en mucho se han orientado a determinar las causas de los comportamientos distintos a los hegemónico, a los socialmente ilegítimos, lo que ha contribuido de manera importante a poner obstáculos científicos al reconocimiento de la amplia diversidad en los comportamientos y expresiones humanos. Así, sobre la transexualidad aún no han resuelto claramente el mecanismo psíquico que se desencadena para que se produzca el fenómeno,

quedan muchos aspectos poco claros y en los que hay que profundizar. Por tanto, y siendo conscientes de la dificultad que se encuentra aún para determinar las causas de la aparición del Trastorno de la Identidad de Género desde la perspectiva psicológica, esto nos debería mover a una visión amplia y poco encorsetada, que busque más que la procedencia, el cómo aceptar y convivir identidades distintas y no dicotómicas, de la manera menos lesiva para la persona, y por tanto, también para la sociedad. Este posicionamiento ayudaría a evitar el sufrimiento de muchas personas, y por tanto mejorar la salud mental de la población en general.

5.4. Aspecto Sociológico de la Transexualidad

Por distintas razones, la sociedad determina los límites simbólicos que indica quién está dentro y quién queda fuera del orden social. Sentirse incluido en uno de los polos de la dicotomía hombre-mujer, ofrece seguridad. La identidad es un proceso que permite a las personas ubicarse en el mundo. La identidad se piensa de forma ontológica. La configuración esencialista del pensamiento occidental tiende a naturalizar la identidad y a definirla como estructura sólida, nada cambiante. Decir: «soy mujer», sentirse un miembro de un grupo predeterminado socialmente, tranquiliza, ayuda a vivir sin dudas ni ansiedades.

Desde esta perspectiva se pueden entender los altos niveles de angustia y baja autoestima que produce situarse fuera del modelo dicotómico que utilizamos cuando desde el punto de vista genético, hormonal y morfoanatómico se pertenece a un sexo y desde el punto de vista psicológico y social a otro (Garaizábal, 2003). Nuestro modelo occidental no contempla un lugar para aquellas mujeres sociales que tienen genitales masculinos. La cirugía transexual subraya el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo.

Así, como se ha señalado, distintos factores –religiosos, políticos, económicos, socioculturales, familiares– influyen para colocar a las personas no conformes con su identidad de género en una condición de vulnerabilidad que les limita de manera importante en el acceso a los beneficios sociales que el Estado destina a la población. Por ejemplo, las dificultades de incorporación y socialización para el desarrollo escolar y laboral llevan, en ocasiones a las personas transexuales, a la práctica de trabajos marginales. Asimismo, la preocupación por su aspecto físico y los cambios que quieren conseguir, para adaptarse al

otro sexo y disminuir el malestar que les produce su sexo biológico, se convierte en una actividad absorbente que ocupa gran parte de su tiempo y que entorpece aun más la adaptación al medio, generando una imagen corporal inestable (APA, 1994). Estas dificultades a lo largo del ciclo vital, dan lugar a la necesidad de exploración de la comorbilidad psíquica, como parte indispensable del proceso diagnóstico.

5.5. Terapia de Reemplazo Hormonal en transexuales

Los transexuales buscan adaptar su cuerpo al sexo biológico opuesto, al que ellos se sienten pertenecer. El tratamiento hormonal juega un papel importante en este proceso. Idealmente, el tratamiento hormonal debe suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible. Por ello hay una inclinación a iniciar el tratamiento en etapa temprana, maximizar la dosis hormonal usar de muy diversas pautas de tratamientos en los transexuales (Becerra, 2003). Así pues si el tratamiento no es personalizado puede llevar a riesgos de efectos adversos.

Antes de ingresar a tomar Terapia de Reemplazo Hormonal, se debe asegurar que el paciente comprende la información sobre la Terapia y sus consecuencias. Así se da un consentimiento informado. De acuerdo al protocolo de Benjamín Harry, se les piden pruebas de valoración endocrinológicas como:

Anamnesis
Antecedentes personales y familiares
Hábitos dietéticos y tóxicos
Datos antropométricos y presión arterial
Perfil hidrocarbonado y lipídico
Pruebas de función renal y hepática
Pruebas de coagulación
Perfil hormonal
Técnicas de imagen
Cariotipo

El tratamiento hormonal de transexuales de hombre a mujer:

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

- Se suprimen las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas. Así podrán frenar el desarrollo de los caracteres sexuales.
- Se administra en otras ocasiones acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona y altas dosis de estrógeno.

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 & Gooren, 1992; Blanchard, 1989).

5.6. Implicaciones de la Terapia de Reemplazo Hormonal

Estar en un tratamiento de reemplazo hormonal implica saber los beneficios y consecuencias en relación con el hábito de vida que llevaban y su organismo, por eso se describirán a continuación posibles contraindicaciones absolutas y relativas ante la terapia de reemplazo hormonal exclusivas para transexuales HM, hay que tener presente que el tratamiento no genera enfermedades en sí, pero si no que puede hacer que dicho tratamiento agrave otras enfermedades por sus bases genéticas o el estilo de vida.

Absolutas	Relativas
Enfermedad tromboembólica	Hipertensión arterial grave
Obesidad mórbida	Diabetes Mellitus
Cardiopatía isquémica	Antec. Familiares de Cáncer de mama
Enfermedad cerebrovascular	Hiperpolactinemia
Hepatopatía crónica	Tabaquismo
Hipertrigliceridemia	Cefalea refractaria

El tratamiento de reemplazo hormonal también producirá importantes cambios antropométricos, modificando los compartimentos graso y muscular, distribución de grasa corporal, aumento de índice de cintura-cadera, así como aumento en la presión arterial, posible cáncer de mama.

Para transexuales mayores a 40 años de vida, se deberá administrar la vía transdérmica, ya que tienen mayor riesgo a trombo embolismo.

Algunos de los efectos mayores u menores del tratamiento hormonal suelen ser:

Mayores	Menores
Flebitis	Náuseas y vómitos matinales
Tromboembolia	Astenia
Cáncer de mama	Irritabilidad
Insuficiencia hepática	Cefaleas, vértigos
Hipertensión arterial	Retención hídrica
Depresión	Aumento de peso

5.6.1. Cambios físicos

El tratamiento con estrógenos en hombres genéticos en transición a mujer por medio de hormonas femeninas (estrógenos, estradiol), produce cambios físicos (Orozco, Ostrosky, Salín & Borja, 2011).

- Crecimiento de glándulas mamarias.
- Disminución del vello facial y corporal
- Las hormonas en su conjunto no reducen la longitud del pene, pero por su estado de flacidez y acumulo de grasa infraabdominal puede parecer más pequeño.
- Supresión de las erecciones espontáneas dentro de los primeros 3 meses.
- El volumen testicular se reduce un 25 % el primer año.
- Reducción de masa muscular y fuerza, así como el contenido de hemoglobina.

5.6.2. Cambios cognitivos

Las funciones cognitivas, como el aprendizaje, la memoria y las funciones ejecutivas, son susceptibles de ser afectadas por las hormonas esteroides sexuales. La presencia de receptores a estrógenos en áreas cerebrales asociadas con la cognición sugiere la posibilidad de la participación de las hormonas en el funcionamiento cognitivo (Simerly, Chang, Muramatsy & Swanson, 1990). Estas hormonas afectan la organización cerebral a nivel pre y postnatal, y se ha considerado que las diferencias estructurales y funcionales cerebrales entre sexos es un ejemplo de sus efectos.

Sin embargo, los resultados encontrados en investigaciones recientes demuestran que en la esfera cognitiva los cambios son controversiales. Por un lado están las propuestas que indican que bajo tratamiento hormonal se observan cambios en transexuales favoreciendo su ejecución en tareas que hacen mejor la mujeres. Por ejemplo, en dígitos en regresión (Miles, Green & Hines, 2006) y en memoria verbal (Cohen, Frijda & Van de Poll, 1995 & Green, Miles, Sanders & Hines, 1998;). Respecto a las tareas viso espaciales que realizan mejor los hombres, un estudio en transexuales con hormonas describe mejoría (Slabbekoorn, Van Goozen, Megens, Gooren, Cohen-Kettenis & Slabbekoorn, 1999) y otro deterioro (Van Goozen, Slabbekoorn, Gooren, Sanders & Cohen-Kettenis, 2002). Otros hallazgos muestran pocos cambios en memoria visual-espacial, localización de objetos, habilidades espaciales y verbales (Miles *et al.*, 2006)

Un estudio realizado por Orozco y colaboradores (2011) encontraron que el tratamiento hormonal para la reasignación de sexo con dosis de estrógenos para transexuales HM, no afecta el funcionamiento cognoscitivo global. Los transexuales que no tienen hormonas tienden a puntuar más alto en retención de dígitos y en formación de categorías comparado con el grupo que tiene tratamiento hormonal.

En funciones ejecutivas, que se refiere a una serie de funciones cognoscitivas que implican atención, concentración, selectividad de estímulos, capacidad y autocontrol (Ardila & Rosselli 2007; Gómez-Pérez & Ostrosky, 2006 & Ostrosky & Gómez-Pérez, 2007), manifiestan que estas funciones se asocian a la capacidad de expresarse y actuar, originada en lóbulos frontales. En el grupo de transexuales sin tratamiento se observa una mejor ejecución que

aquellos que ya recibían tratamiento hormonal. Esto indica que la administración de estradiol tampoco beneficia a las funciones ejecutivas.

En dicho estudio también se encontró un deterioro en habilidades viso-espaciales en el grupo que ya contaba con tratamiento hormonal.

El reconocimiento inmediato de caras es una tarea de memoria visual. Aveyra, Carranza, Uloa y Ostrosky, (2005) encontraron en esta tarea que las mujeres posmenopáusicas con 6 meses de tratamiento hormonal con estrógenos mostraron mayores puntajes que los grupos controles que tenían. En este estudio, el tratamiento con estrógenos no promovió mejores puntajes en la memoria visual, sino que tuvo el efecto contrario. Los transexuales sin terapia hormonal tuvieron mejores puntajes que los que ya tenían terapia hormonal.

En conclusión, los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron que el tratamiento hormonal por medio de estrógenos, no beneficia el proceso viso-espacial ni los procesos de codificación y evocación de memoria. Estos resultados podrían apuntar a una feminización ya existente (como un efecto organizacional) al tratamiento hormonal de los transexuales.

5.6.3. Cambios Psicológicos

Pueden ocurrir cambios de humor, como desarrollar depresión. Muchas mujeres transexuales reportan el efecto contrario, es decir, una mejoría en el humor, como efecto de la TRH. Es decir, el riesgo del efecto depresivo es más común en aquellos pacientes que toman progestinas. La medroxiprogesterona, en particular, ha demostrado causar depresión en ciertos individuos (Archer, 1987; Civic, 2000; Biro, Harel & Kollar, 1995) tal vez por su posible efecto en los niveles de dopamina (Gupta, 1983) sin embargo, este efecto puede estar relacionado con una fuerte inhibición en la producción de hormonas sexuales, algo que no se aplica en mujeres transexuales puesto que reemplazan sus hormonas endógenas con fuentes exógenas. Pueden también producirse estados de ánimo inestables y posibles migrañas a causa de los estrógenos.

CAPÍTULO 6.

MÉTODO

6.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

6.1.1. JUSTIFICACIÓN

La transexualidad es un fenómeno social que se ha expresado a través del tiempo y en las distintas culturas. Su posición social varía de manera importante a partir de las distintas cosmogonías y valores sociales predominantes. En las sociedades urbanas occidentales, el binarismo de género ha limitado de manera importante la representación y expresión de su amplia diversidad, ya que la no conformidad con la identidad y papeles de género generalmente enfrentan fuertes sanciones sociales.

Así, la condición de transexualidad tiene un gran impacto psicológico y social en las personas que la enfrentan debido a la estigmatización. Desde sus inicios la transexualidad ha marcado una brecha entre lo que socialmente está permitido y aquello que confronta las normas ya establecidas. El desconocimiento de la causa de la misma, contribuye al estigma desde el ámbito médico/clínico y social de dichas personas, generando discriminación y vulnerabilidad en la vida de quienes transicionan (Salín, 2011).

Las transexuales tienen una convicción de pertenecer a un sexo distinto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, manifiesto en un profundo rechazo al propio cuerpo, experimentando distintos niveles de angustia y una autoestima inestable. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su fenotipo genital. Son mujeres que se sienten “atrapadas” en cuerpos de hombres, que necesitan y buscan ser aceptados socialmente en el género que mentalmente siempre fueron. (Meyer et al, 2001). La presión social y el efecto de ésta sobre la certidumbre e identidad de las personas, hacen importante conocer la manera en que la comunidad

transexual afronta la discriminación y estereotipos y el efecto que tiene sobre su salud mental.

6.1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación entre la ansiedad y la autoestima e imagen corporal en transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal?

6.1.3. OBJETIVOS

GENERALES

1. Establecer si existe relación entre la ansiedad, la autoestima e imagen corporal en transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal.
2. Establecer si hay relación o diferencias de la ansiedad, autoestima e imagen corporal en chicas que van a transicionar y aquellas que ya están en la transición.

ESPECÍFICOS

1. Averiguar si hay relación o diferencia de la ansiedad con la autoestima en transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal.
2. Averiguar si hay relación o diferencia de la ansiedad con imagen corporal en transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal.
3. Averiguar si hay relación o diferencia de la autoestima e imagen corporal en transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal.

6.2. HIPÓTESIS

6.2.1. CONCEPTUAL

Las transexuales tienen una convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, manifestando un profundo sentido de rechazo, generando ansiedad y una autoestima inestable (Meyer, Bockting, Cohen-Kettenis, Coleman, DiCeglie, Devor, Gooren, Hage, Kirk, Kuiper, Laub, 2011).

La terapia de reemplazo hormonal busca la feminización de hombre a mujer, con hormonas femeninas, igualando cambios que ocurren en los ovarios de una mujer biológica y luchando contra la hormona biológica del hombre, los cambios psicológicos que esta terapia ocasiona son estados de ánimo con tendencia hacia la depresión o la ansiedad (Salín, 2008).

Muchas mujeres transexuales tienen el riesgo del efecto depresivo ya que es más común en aquellos pacientes que toman progestinas. La medroxiprogesterona, en particular, ha demostrado causar depresión en ciertos individuos (Harel, Biro & Kollar, 1995; Archer, 1987; Civic, 2000) tal vez por su posible efecto en los niveles de dopamina (Gupta, 1983). Sin embargo, este efecto puede estar relacionado con una fuerte inhibición en la producción de hormonas sexuales, algo que no se aplica en mujeres transexuales puesto que reemplazan sus hormonas endógenas con fuentes exógenas.

Las dificultades de incorporación y socialización para el desarrollo escolar y laboral llevan, en ocasiones a las personas transexuales, a la práctica de trabajos marginales. Asimismo, la preocupación por su aspecto físico y los cambios que quieren conseguir, para adaptarse a otro sexo y disminuir el malestar que les produce su sexo biológico, se convierte en una actividad absorbente que ocupa gran parte de su tiempo y que entorpece aún más la adaptación al medio, generando una imagen corporal inestable (APA, 1994).

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).

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 mismas (Cash, 1990; Pruzinski, 1990; Pruzinsky y Cash, 1990). Aun así, la valoración subjetiva y social del cuerpo se encuentra muy condicionada por el contexto socio-cultural (Toro, 1996), como así puede ocurrir con las personas transexuales.

6.2.2. DE TRABAJO

Existe relación entre la ansiedad, autoestima e imagen corporal en chicas transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal.

Existen diferencias entre la ansiedad, autoestima e imagen corporal en chicas transexuales con y sin terapia de reemplazo hormonal.

6.2.3. ESTADÍSTICA

H0: No existen relaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad y autoestima en chicas con y sin terapia de reemplazo hormonal.

H1: Existen relaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad y autoestima en chicas con y sin terapia de reemplazo hormonal.

H0: No existen relaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H1: Existen relaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H0: No existen relaciones estadísticamente significativas entre la autoestima e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H1: Existen relaciones estadísticamente significativas entre la autoestima e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad y autoestima en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad y autoestima en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima e imagen corporal en chicas transexuales sin y con terapia de reemplazo hormonal.

6.3. VARIABLES

6.3.1. IDENTIFICACIÓN

Dependiente: Ansiedad

Independiente: Autoestima, Imagen corporal

De clasificación: Transexualidad, Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

6.3.2. DEFINICIÓN

Ansiedad Estado

Definición conceptual: Es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimiento de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un momento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúan a través del tiempo (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975)

Definición operacional: Es la respuesta de la ansiedad ante un evento que está percibiendo como amenazante en un preciso momento pero que varían en lapsos de tiempo.

Ansiedad Rasgo

Definición conceptual: Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975)

Definición operacional: Es la respuesta que se ofrece sobre ansiedad que puede ser relativamente estable pues se padece de ella como rasgo de personalidad, una ansiedad continúa.

Autoestima

Definición conceptual: Es una estructura mental conformada por las evaluaciones emocionales de las características que el individuo se atribuye a sí mismo (Reyes Lagunes & Hernández Manzo, 1999)

Definición operacional: Juicio o actitud que un individuo da sobre sí mismo y sus características, dándole evaluaciones emocionales y que repercute en su satisfacción e intereses en la mayor parte de su vida.

Imagen corporal

Definición conceptual: La imagen corporal puede concebirse como una configuración global, un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Se ha establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación, baja autoestima y otras enfermedades psicosociales (Gómez-Perezmitré, 2001)

Definición operacional: Es una percepción global de cuerpo y sus partes que involucra sentimientos, actitudes que repercuten en el desarrollo y estados anímicos de las personas. Es una elaboración personal y social de quienes son corporalmente.

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

Definición conceptual: Dosis de hormonas (principalmente estrógenos) que ayudan a suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible. Por ello hay una inclinación a maximizar la dosis hormonal usar de muy diversas pautas de tratamientos en los transexuales (Becerra, 2003). Así pues si el tratamiento no es personalizado puede llevar a riesgos de efectos adversos.

Definición operacional: Para fines del estudio se abreviará la Terapia de Reemplazo Hormonal con las siglas (TRH) y se tomará que es el uso de dosis de hormonas que brindarán suprimir caracteres secundarios propios del sexo y generan nuevos caracteres sexuales acordes al sexo que quieren pertenecer.

Transexualidad

Definición conceptual: La transexualidad se caracteriza por una identidad de género por un sexo distinto al asignado (discordancia de género). Una persona transexual experimenta que se encuentra en el cuerpo erróneo, presenta el deseo de vivir como miembro de otro sexo y cambiar el sexo asignado. Un cambio de sexo implicaría tratamiento hormonal, cambio de nombre y/o cirugía de reasignación sexual (Becerra, 2003).

Definición operacional: Presentar un pensamiento recurrente de querer pertenecer a otro sexo al asignado al nacimiento y para uso del estudio de utilizaran las siglas (HM) haciendo referencia a la personas que transicionan de hombre a mujer.

6.4. MUESTREO

6.4.1. POBLACIÓN: Estadísticamente la Clínica Divergen UNAM, refiere aproximadamente un ingreso anual de 50 chicas transexuales sin Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), mientras que la Clínica Condesa, refiere que existen una estadística de más de dos mil chicas transexuales registradas para poder recibir Terapia de Reemplazo Hormonal, pero el tiempo que llevan con la TRH en variado, al igual que varias de ellas no continuaron con su TRH.

6.4.2. MUESTRA: Se conformó por 60 mujeres transexuales diagnosticadas con transexualidad, 30 de ellas sin una terapia de reemplazo hormonal y las otras 30 restantes con un promedio de 2 años con terapia de reemplazo hormonal; presentan un rango de edad de 18 a 30 años (M= 24), un promedio de escolaridad de 76% bachillerato y un promedio de estado civil de 97% solteras.

6.4.3. MUESTREO: no probabilístico intencional por cuota de 30 transexuales con tratamiento y 30 transexuales sin tratamiento

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Tener diagnóstico de transexualidad.

Tener un rango de edad de entre los 18 a 30 años.

Para las chicas sin TRH, no haber consumido antes nada de TRH.

Para las chicas que ya tenían TRH, tener un mínimo de dos años con la misma.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Todo aquel que no se cumpla en los criterios de inclusión.

6.5. TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio transversal, que busco identificar cómo se manifiesta la relación de las variables y cómo ésta se presenta en el fenómeno de la transexualidad.

6.6. TIPO DE DISEÑO

El carácter de esta investigación es correlacional dado que el objetivo fue identificar la relación entre las variables de ansiedad, autoestima e imagen corporal en transexuales con y sin TRH.

6.7. INSTRUMENTOS

Escala de Ansiedad Rasgo/Estado

La escala A-Rasgo del inventario, consiste de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado, ver Apéndice.

La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975)

Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad, inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien, como un índice de nivel de pulsión, tal como este concepto es definido por Hull (1943, en Spielberger y Díaz-

Guerrero, 1975); y Spencer (1958, en Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuestas a numerosos tipos de tensión disminuyen como resultado de entrenamiento en relajación. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

La prueba fue creada en la Universidad Vanderbilt, en donde se aplicó la forma A y otras versiones a más de 3000 estudiantes universitarios, 600 pacientes neuro-psiquiátricos y médicos, además de a 200 reclusos jóvenes.

Su confiabilidad se obtuvo con 5 subgrupos de sujetos incorporados en la muestra normativa de estudiantes universitarios no graduados mediante el método de Test-retest con una breve sección de entrenamiento en relajación entre las dos aplicaciones. Se obtuvieron unas correlaciones de .86 y .32 en ansiedad rasgo y ansiedad estado respectivamente. Se encontró una consistencia interna buena, con un α de Cronbach de .92 y .89 para ansiedad rasgo y ansiedad estado respectivamente.

Se obtuvo una validez con correlaciones altas tanto con la escala de ansiedad IPAT (Cattell y Scheirer, 1963, en Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) como con la escala de ansiedad manifiesta TMAS (Taylor 1963, en Spielberger et. al., 1975)

Escala de Autoestima

Se utilizó la escala de autoestima de Reyes Lagunes y Hernández Manzo (1998), ver Apéndice.

Consiste en un cuestionario de 47 reactivos en una escala Likert pictórica de 7 intervalos, tiene una confiabilidad general de .76 y describe los atributos del sujeto que nos sirven para medir la autoestima, así como 7 factores específicos los cuales son:

Factor 1

Social Expresivo: características positivas del individuo que le permiten comunicarse y expresarse con su medio social. Indicadores: amigable, platicador, agradable, sociable, amable, alegre, jovial, divertido, simpático, contento, bromista, tratable, animado.

Factor 2

Inteligencia emocional: forma social emocional ecuánime y flexible para enfrentar las relaciones interpersonales y los problemas de la vida. Indicadores; tranquilo, calmado,

Sereno, pacífico, tolerante, temperamental.

Factor 3

Romántico: sentimientos interindividuales experimentados por el sujeto donde la otra persona es el objeto de acercamiento y afecto. Indicadores: tierno, amoroso, sentimental, afectuoso, detallista, romántico y cariñoso.

Factor 4

Ético moral: características que demuestran congruencia con los valores socioperonales que reflejan los mandatos de la cultura. Indicadores: leal, sincero, honrado, decente, honesto, corrupto.

Factor 5

Control Externo Instrumental Negativo: características temperamentales que implican inconformidad, impulsividad y excitación de las emociones. Indicadores: rencoroso, críticos, enojón, rebelde, necio, dominante.

Factor 6

Control Externo Pasivo Negativo: características temperamentales que implican incapacidad y desinterés para actuar constructivamente ante el medio. Indicadores: flojo, lento, inepto, inflexible, falso.

Factor 7

Individualismo: características que reflejan autorrealización e independencia que permiten insertarse en cualquier ámbito. Indicadores: triunfador, realizado, seguro.

Escala de Imagen Corporal

El cuestionario utilizado tiene una escala de imagen corporal, ver Apéndice.

El coeficiente de consistencia interna es $\alpha = 0.7453$. Las áreas exploradas por esta escala son: distorsión o alteraciones de la imagen corporal; satisfacción/insatisfacción con la misma y actitudes hacia la delgadez/obesidad. Los reactivos miden:

- a) Autopercepción del peso corporal y de la figura actual; percepción de los otros, del peso y forma corporal;
- b) Autoevaluación del tamaño de las partes corporales;
- c) Preocupación por el peso y comida;
- d) Peso deseado, figura atractiva y figura ideal.

Los reactivos se califican de la siguiente manera: respuestas con mayor problema se califican con puntajes altos, por ejemplo, una respuesta en la que se acepta tener demasiada preocupación por subir de peso se califica con 5 mientras que, no me preocupa subir de peso se califica con 1.

La estimación indirecta de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se obtiene de la diferencia entre la elección de figura actual menos la elección de la figura ideal. Los reactivos que miden figura actual (inciso a) y figura ideal (inciso d) se presentan bajo la forma de una escala visual con siluetas femeninas. Las figuras aparecen ordenadas al azar.

La Imagen Corporal que contiene dos escalas visuales con 9 siluetas cada una, distribuidas dentro de un continuo de peso corporal con nueve intervalos con las que se mide la figura actual (selección de la figura que más se parece al propio cuerpo): figura ideal (selección de la figura que más te gustaría tener), y con la que se obtiene la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

Forma de Calificación

Operacionalmente insatisfacción se define como la diferencia positiva o negativa entre figura actual menos la figura ideal. A más grande la diferencia mayor se considera la insatisfacción; mientras que satisfacción se define como una no-diferencia o una diferencia igual a cero (figura actual – figura ideal= 0). A la figura, más delgada se le asigna el puntaje más bajo (1) a la silueta más gruesa u obesa se califica con el puntaje más alto (9) y a la que representa el peso medio o normal se le asigna el puntaje (5). Todos los reactivos de imagen corporal se califican siguiendo el mismo criterio, dando los puntajes más altos a las respuestas que impiden mayor problema.

De la Subescala que exploran partes corporales, se tomó: la subescala con trece conceptos (cuerpo, cara, busto, etc.) que mide la percepción del tamaño (grande-pequeño)

El instrumento que mide imagen y partes corporales ha arrojado en estudios previos un coeficiente de clasificación correcta de 87.27% (Análisis Discriminante) y coeficientes de consistencia interna de .80 a .85 con muestras (de diferentes tamaños) de estudiantes mexicanos.

Escala de Auto-atribución

Fue elaborada por la Dr. Gómez Perez-Mitré en 1993. El objetivo en la valoración de la autoestima en adolescentes y adultos en términos de atributos / adjetivos positivos y negativos.

La versión actual de la escala consta de 33 ítems, ver Apéndice.

Atributos positivos: 2,4,5,6,7, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32.

Atributos negativos: 1, 3, 8, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 33.

La escala tiene un alpha general de confiabilidad de 0.80. La escala de atributos positivos tiene un alpha de 0.81, y la de atributos negativos de 0.75.

Forma de calificación

El criterio de calificación de la escala, para los atributos positivos, es: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor autoestima o una mejor auto-atribución.

La forma de calificación de los auto-atributos positivos es:

Opción	Calificación
A nada	1
B poco	2
C regular	3
D bien	4
E exactamente	5

El criterio de calificación para los atributos negativos, es: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica menor autoestima o una peor auto-atribución.

La forma de calificación de los auto-atributos negativos es:

Opción	Calificación
A nada	1
B poco	2
C regular	3
D bien	4
E exactamente	5

Una vez asignados los valores, se agrupan los reactivos en atributos positivos y negativos: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos y el resultado se divide entre el número de reactivos, es decir: $(r_1 + r_2 + \dots + r_k) / N_r$

6.8. Procedimiento

Se procedió a realizar la aplicación de los instrumentos antes mencionados en la Clínica DIVERGEN UNAM, la cual se especializa en atender a chicas que quieren tener una transición y las cuales no han accedido a una Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) y en la Clínica Condesa, la cual se especializa en atender a chicas transexuales pero la mayoría ya con varios años de tener TRH y que cumplieran los criterios de inclusión propuestos en la investigación.

Esto se realizó mediante consentimiento informado y respetando la integridad y anonimato de nuestros participantes con su colaboración voluntaria para así realizar la aplicación de dichos instrumentos, así mismo se les indicó que los datos proporcionados serían utilizados con fines de investigación y sin lucro, ni ofensa. Al momento que las participantes finalizaban de responder los instrumentos, se les agradeció su colaboración.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis de correlaciones producto-momento de Pearson para los dos grupos. Para medir el primer grupo de chicas sin terapia de reemplazo hormonal se analizaron los factores de autoestima, imagen corporal y ansiedad estado/rasgo, se encontró significancia en los factores de romántico y control externo pasivo negativo (CEPN) ante la satisfacción corporal. En el factor social expresivo se encontró correlación ante la ansiedad estado/rasgo.

Tabla 1.

Correlaciones de las variables de la autoestima en sus factores, satisfacción corporal y la ansiedad estado/rasgo.

Autoestima	Satisfacción Corporal	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Romántico	-.416*		
CEPN	.502**		
Social Expresivo		.371*	.555**

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

De acuerdo a las significancias encontradas podemos mencionar que las chicas sin terapia de reemplazo hormonal entre menos delgadas quieren ser tienden a mostrar más romanticismo. De igual forma las chicas sin TRH que quieren tener más proporción corporal (senos y caderas) o una imagen más femenina, se perciben más frustradas e inflexibles.

Otra correlación mostrada en las chicas sin TRH es que entre más ansiedad estado/rasgo, su nivel de social expresivo aumenta, esto quiere decir se muestran más activas, alegres, divertidas, amigables y sociables.

En el caso de las chicas con terapia de reemplazo hormonal, al realizarse la correlación producto momento de Pearson, entre los factores de autoestima, satisfacción corporal y ansiedad estado/rasgo, se encontraron significancias en el factor de romántico con satisfacción corporal y ansiedad estado/rasgo. De igual manera en los factores de ético moral, individualismo y social expresivo con ansiedad estado/rasgo.

Tabla 2.

Correlaciones de las variables de la autoestima en sus factores, satisfacción corporal y la ansiedad estado/rasgo.

Autoestima	Satisfacción Corporal	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Romántico	-.372*	-.399*	
Ético Moral		-.385*	-.559*
Individualismo		-.520**	
Social Expresivo		-.662*	-.420*

Nota: *p<.05 **p<.01

Los resultados demuestran que las participantes con terapia de reemplazo hormonal entre más delgadas quieren ser menos tiernas, sentimentales, amorosas y cariñosas se muestran, de igual forma entre más ansiedad estado tengan menos romanticismo. Otra correlación encontrada entre más ansiedad estado/rasgo manifiestan menos sinceras, honradas y honestas se muestran. Otras correlaciones son entre más ansiedad estado las chicas con TRH se sienten menos autorrealizadas y seguras, otro es entre más ansiedad estado/rasgo menos social expresivas son; menos alegres, divertidas, bromistas, etc.

Posteriormente y con finalidad de encontrar diferencias entre los dos grupos se realizó un análisis de Anova.

Se encontró un efecto principal de terapia de reemplazo hormonal $F(1,54)= 5.97$; $p= .018$ en la que las chicas con terapia hormonal ($\bar{x}= 4.41$) muestran mayor inteligencia emocional que aquellas que aún no tienen terapia hormonal ($\bar{x}= 4.06$). Adicionalmente, hay un efecto principal sobre la satisfacción corporal $F(2,54)= 8.27$; $p= .001$ en la que las chicas con menor inteligencia emocional son aquellas que se sienten satisfechas corporalmente ($\bar{x}= 3.96$); las que quieren ser más delgadas ($\bar{x}= 4.24$) y las que quieren tener una imagen más femenina y con mayor proporción corporal (senos, caderas) ($\bar{x}= 4.51$).

Finalmente, aparece una interacción significativa de la satisfacción corporal por la terapia de reemplazo hormonal $F(2,54) = 8.47$; $p= .001$. La cual se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Medias de inteligencia emocional por satisfacción corporal y terapia de reemplazo hormonal.

	Delgadas	Satisfechas	Figura más femenina (senos, cadera)
Sin TRH	3.77	4.12	4.26
Con TRH	4.52	3.71	4.82

Otro efecto principal encontrado es el de satisfacción corporal $F(2,54)= 6.81$; $p= .002$ en el que existe una diferencia significativa en las chicas que son menos románticas, son las que desean ser más delgadas ($\bar{x}= 4.00$), las satisfechas ($\bar{x}=4.46$) y las que quieren tener una figura más femenina y con mayor proporción corporal (senos, caderas) ($\bar{x}=4.51$).

Se encontró un efecto principal de terapia de reemplazo hormonal $F(1,54) = 4.12$; $p = .047$ en el que las chicas con terapia de reemplazo hormonal ($\bar{x} = 2.26$) muestran mayor control externo pasivo negativo que aquellas que aún no tienen un TRH ($\bar{x} = 1.94$). Posteriormente, se encontró un efecto principal significativo sobre la satisfacción corporal $F(2,54) = 9.60$; $p = .001$ en el que las chicas con mayor control externo pasivo negativo son aquellas que se sienten más satisfechas corporalmente ($\bar{x} = 2.32$), seguidas de aquellas que desean ser más delgadas ($\bar{x} = 2.29$) y por último aquellas que manifiestan querer tener una figura más femenina y con mayor proporción corporal (senos, caderas) ($\bar{x} = 1.62$).

Otro efecto encontrado es en la terapia de reemplazo hormonal $F(1,54) = 9.08$; $p = .004$ en el que las chicas que son más individualistas son las que tienen una TRH ($\bar{x} = 4.65$) que aquellas que no tienen una TRH ($\bar{x} = 4.21$).

Se encontró una interacción significativa de la satisfacción corporal por la terapia de reemplazo hormonal $F(2,54) = 4.57$; $p = .015$, la cual se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Medias de individualismo por satisfacción corporal y terapia de reemplazo hormonal

	Delgadas	Satisfechas	Figura más femenina (senos, caderas)
Sin TRH	4.03	4.36	4.20
Con TRH	4.77	4.19	4.83

Otro efecto que se encontró fue con la TRH $F(1,54) = 8.34$; $p = .006$ en el que las chicas con TRH ($\bar{x} = 2.83$) tienen mayor control externo instrumental negativo que aquellas que no tienen una TRH ($\bar{x} = 2.31$). Adicionalmente se encontró una significancia en la satisfacción

corporal $F(2,54) = 3.35$; $p = .042$ en las que las chicas con mayor control externo instrumental negativo son las que quieren ser más delgadas ($\bar{X} = 2.80$), seguidas de las que se dicen estar satisfechas corporalmente ($\bar{X} = 2.63$) y por último de las que quieren tener una figura más femenina y con mayor proporción corporal (senos, caderas) ($\bar{X} = 2.23$)

Otro efecto encontrado es en el terapia de reemplazo hormonal $F(1,54) = 15.08$; $p = .001$, en el que las chicas con TRH ($\bar{X} = 4.46$) son más socialmente expresivas que aquellas que no tienen TRH ($\bar{X} = 4.27$).

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

La transexualidad tiene un gran impacto psicológico y social en las personas debido a la estigmatización. El desconocimiento de la causa de la misma, contribuye al estigma desde el ámbito médico/clínico y social de dichas personas, generando discriminación e impacto en la vida de quien transiciona (Salín, 2011). De acuerdo a Meyer et al (2001) el transicionar genera ansiedad y autoestima inestable, pues desde la infancia su cerebro no concuerda con su mente buscando constantemente una aceptación social del género de cual siempre se sintieron pertenecientes.

Por muchas razones la sociedad determina los límites simbólicos que indican quién está dentro y quién queda fuera del orden social. Sentirse incluido en uno de los polos de la dicotomía hombre-mujer, ofrece seguridad. La identidad es un proceso que permite a las personas ubicarse en el mundo. La identidad se piensa de forma ontológica. La configuración esencialista del pensamiento occidental tiende a naturalizar la identidad y a definirla como estructura sólida, nada cambiante. Decir: «soy mujer», sentirse un miembro de un grupo predeterminado socialmente, tranquiliza, ayuda a vivir sin dudas ni ansiedades.

Desde esta perspectiva se pueden entender los altos niveles de angustia y baja autoestima que produce situarse fuera del modelo dicotómico que utilizamos cuando desde el punto de vista genético, hormonal y morfo anatómico se pertenece a un sexo y desde el punto de vista psicológico y social a otro (Garaizábal, 2003). Nuestro modelo occidental no contempla un lugar para aquellas mujeres sociales que tienen genitales masculinos. La cirugía transexual subraya el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo.

Así pues, la principal fuente de conflicto parece ser la interacción con los otros, es decir, el significado disruptivo de elementos sexuales incoherentes. Es ahí el punto importante donde

las transexuales (HM) se identifican, su cuerpo no pertenece a ellas. Pero también hay una zona de conflicto en cuanto al cuerpo de los otros, y ésta se centra en la sensación de injusticia, o de tener que hacer algo extra y de tener algo extra que lleva a las transexuales a un complicado proceso de reasignación hormonal y en algunos casos, quirúrgica (Salín, 2011)

Los resultados obtenidos en las correlaciones muestran que el grupo de las chicas sin terapia de reemplazo hormonal que no desean ser más delgadas, son aquellas que en su vida cotidiana se perciben más sentimentales, amorosas, cariñosas y afectuosas. Sin embargo, al querer tener mayor proporción corporal (senos, caderas) las chicas se perciben con mayor inflexibilidad y frustración en su vida. El punto focal en una transición es la concordancia de mente-cuerpo, el sentirse estables con un cuerpo andrógino permite que las chicas sean más amorosas, cariñosas y afectuosas, pues no están luchando en modificar un cuerpo que tenga una estructura tan masculina, permitiéndoles una incorporación social de su identidad de género mucho más rápido que aquellas que tienen un cuerpo más masculino (espalda ancha, voz gruesa, torso ancho) (Salín, 2008). Este mismo autor refiere que las chicas siempre buscan una figura lo más femenina posible a lo que su mente quiere, refiere que las chicas buscan tener volumen de senos y caderas grandes y cintura estrecha, pero que si estas expectativas no se cumplen con la TRH, tienden a tener baja autoestima o frustración por no conseguir los cambios deseados, de igual manera que si su nivel económico no les permite una intervención quirúrgica puede que genere ansiedad y frustración por no conseguir ese cuerpo que su mente ya ha construido como femenino.

Así, las chicas sin terapia de reemplazo hormonal también muestran que entre más ansiedad rasgo/estado su nivel de social expresivo aumenta; se mostrarán más alegres, divertidas, amigables y sociables. Estudios realizados por Salín (2011) concuerdan con los resultados obtenidos, donde demuestran que las transexuales que apenas comienzan una transición tienen más estrategias que permiten que a pesar de la ansiedad mostrada pueden sentirse estables o alegres por el paso que darán, de igual forma muestran que las chicas que apenas están en transición en muchas ocasiones ya no viven en la marginación, lo cual les permite tener una vida estable, pero no ausente de ansiedad y estados anímicos inestables, por el paso que darán.

Los resultados obtenidos en el grupo de las chicas con terapia de reemplazo hormonal muestran que entre más delgadas quieran ser, menos tiernas, sentimentales y amorosas serán, mostrando de igual forma que entre más ansiedad rasgo/estado tengan serán menos amorosas, afectuosas y cariñosas. No hay investigaciones que demuestren por qué chicas con terapia de reemplazo hormonal que quieren ser más delgadas, sean las que se sientan menos tiernas y sentimentales, Garaizábal (2006) dice que el empezar una terapia de reemplazo hormonal modifica el autoestima. Si nos guiamos por este supuesto, pensaríamos que aquellas chicas que quieren ser más delgadas, quizá sean las que su composición biológica es más similar a la de un hombre y a pesar de estar en TRH, sus caracteres sexuales y morfología corporal no cambió, generando que se sientan más sentimentales, menos tiernas y amorosas con los otros. Salín (2008) manifiesta que el estar en una transición genera un cambio importante en la vida, ya que es romper sus propios estereotipos y generar los que creen tuvieron que tener siempre, por eso el simple transicionar trae consigo ansiedad y autoestima inestable, impidiendo que sean afectuosas, cariñosas, por el miedo a pensar que se le está haciendo daño a sus seres más cercanos.

Entre más ansiedad rasgo/estado, sea por un rasgo de personalidad u ocasionada por un evento, se sentirán menos honradas, sinceras y honestas, de igual forma, menos alegres, divertidas y bromistas se percibirán. Aunado a esto, si las chicas con terapia de reemplazo hormonal muestran más ansiedad estado (aquella que esta ocasionada por un evento momentáneo) se sentirán menos autorrealizadas y seguras consigo mismas y sus decisiones. Así, las transexuales tienen un miedo constante con episodios de pánico que se intensifican continuamente, al sentirse ansiosas esto impide que tengan una valoración adecuada de sí mismas que les permita sentirse mejor, son chicas que en su vida no se sienten alegres, sinceras y autorrealizadas. En este caso la terapia de reemplazo hormonal genera además de cambios físicos, también estados de ánimo fluctuantes, con tendencia a que los episodios de pánico, depresión y ansiedad aumenten, teniendo así un impacto sobre su autoestima (Salín, 2008).

Como se puede observar en los resultados de diferencias anteriormente presentados, el grupo de las chicas que cuentan con terapia de reemplazo hormonal puntúa positivamente más alto en factores de autoestima como: inteligencia emocional, individualismo y social expresivo comparado con el grupos que no tiene terapia de reemplazo hormonal.

Esto quiere decir que son chicas que se perciben más tranquilas, serenas, calmadas y tolerantes, pero también más autorrealizadas y seguras lo cual conlleva a que sean más alegres, divertidas, simpáticas, sociables y bromistas. Esto nos hace pensar que el estar recibiendo TRH, está haciendo que sientan que ya están logrando su meta de ser lo que siempre pensaron, por eso se sienten autorrealizadas, aunado a que son chicas que llevan 2 años con TRH y viviendo como siempre pensaron tenían que haber vivido, haciendo que el verse ya en la transición haga que se sientan más alegres, bromistas y sociables; como lo señala Garaizábal (2006) quien manifiesta que en las personas transexuales su autoestima se ve modificada cuando comienzan una TRH o cuando tienen una intervención quirúrgica, ya que sus expectativas se van cumpliendo, lo cual lo señalan como un nuevo nacimiento, favoreciendo a que sus vínculos afectivos sean más estables y dejando atrás una confusión por no ser lo que querían ser. Clemens (1991) refiere que se puede ver cuando una persona tiene una alta o estable autoestima porque actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos y disfrutará de sus logros obtenidos.

Las chicas al estar dentro de una TRH, tener cambios perceptibles y pensarse ya como mujeres en transición con ideales cumplidos, es lo que quizá esté haciendo que puntúen más en individualismo y así mismo sentirse más calmadas y tranquilas, ya no están luchando por lograr algo, sino ya lo están logrando.

Así mismo, en el grupo de las chicas que ya cuentan con TRH, se encontró una interacción sobre la TRH y la satisfacción corporal, esto quiere decir que las chicas que están en una TRH se sienten más satisfechas corporalmente en cuanto que buscan tener más cambios físicos lo más parecido posible a los de una mujer biológica. Los resultados obtenidos concuerdan con los de Marone y Colds (1998) quienes dicen que la imagen corporal y los cambios obtenidos es uno de los aspectos centrales de la autoestima de las personas y que entre más cambios perceptibles a lo que quisieron ser tengan, mas satisfacción corporal tendrán. Asimismo, si pensamos que la imagen está siendo un punto focal en la transición, pues es la búsqueda del cuerpo que tu mente siempre quiso y dicha terapia hormonal brinda cambios físicos, entonces la TRH al generar esos cambios, es la que posiblemente esté generando que las chicas al tener TRH y percibir cambios, tengan más satisfacción corporal, siempre y cuando el objetivo sea lograr tener el cuerpo más femenino posible, en cuanto a proporción.

Los transexuales buscan adaptar su cuerpo al sexo biológico opuesto al que ellos se sienten pertenecer. El tratamiento hormonal juega un papel importante en este proceso. Idealmente, el tratamiento hormonal debe suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible. Por ello hay una inclinación a maximizar la dosis hormonal usar de muy diversas pautas de tratamientos en los transexuales (Becerra, 2003). Así, la terapia de reemplazo hormonal también producirá importantes cambios antropométricos, modificando los compartimentos grasa y muscular, distribución de grasa corporal, aumento de índice de cintura-cadera.

Así, la terapia a base de estrógenos en hombres genéticos en transición a mujer por medio de hormonas femeninas (estrógenos, estradiol), produce cambios físicos como el crecimiento de glándulas mamarias y disminución del vello corporal (Orozco, Ostrosky, Salín & Borja, 2011)

Esteban (2004), dice que el cuerpo es el elemento principal de este proceso, producto y agente, objeto y sujeto al mismo tiempo. El cuerpo es activo y autotransformante. Debemos tomar en cuenta la carnalidad de la experiencia humana. Desde este punto de vista, estas personas demuestran que lo corporal no es natural, sino que siempre es construido social y políticamente. Para dicho autor el cuerpo es un lugar de discriminación, pero también de resistencia y contestación. Por eso la interacción entre la TRH y satisfacción corporal es significativa en el individualismo, las chicas que quieren ese cuerpo más femenino y están ya en la TRH, son las que se sienten más individualistas, ya que como dice el autor los cambios físicos percibidos es lo que está haciendo se sientan realizadas, su transición ya tiene cambios perceptibles, al igual que ya han sido casi 2 años de estar viviendo como siempre quisieron ser, aunado que si el cuerpo como dice el autor es de igual manera contestación, el querer buscar este cuerpo femenino es una contestación hacia lo que nunca quisieron ser y a lo que la gente siempre vio.

Otro de los efectos que se encontraron fue que las chicas que ya tienen TRH muestran mayor control externo pasivo negativo y mayor control externo instrumental negativo, comparado con el grupo que no tiene TRH.

Estas chicas están mostrando mayor incapacidad y desinterés por actuar constructivamente con el medio, sintiéndose frustradas e inflexibles, pero también mostrando estados de ánimo

temperamentales, con sentimientos e impulsividad, inconformidad y rebeldía, lo que hace pensar que la TRH esta posiblemente modificando los estados anímicos de las chicas, que aun estando ya en la transición experimentan estados fluctuante, ante esto algunos autores reportan que pueden ocurrir cambios de humor y posiblemente desarrollar depresión. Muchas mujeres transexuales reportan el efecto contrario, es decir una mejora en el humor, como efecto de la TRH. En sumatoria, el riesgo del efecto depresivo es más común en aquellos pacientes que toman progestinas. La medroxiprogesterona, en particular, ha demostrado causar depresión en ciertos individuos (Harel, Biro & Kollar, 1995; Archer, 1987; Civic, 2000) tal vez por su posible efecto en los niveles de dopamina (Gupta, 1983). Sin embargo, este efecto puede estar relacionado con una fuerte inhibición en la producción de hormonas sexuales, algo que no se aplica en mujeres transexuales puesto que reemplazan sus hormonas endógenas con fuentes exógenas. Pueden producirse estados de ánimo inestables y posibles migrañas a causa de los estrógenos.

Esto sería quizá lo que esté ocasionando que las chicas se sientan con estados anímicos fluctuantes, pasando por estos sentimientos de frustración e inflexibilidad, dados los efectos de los medicamentos antes mencionados. Salín (2011) refiere que a pesar de los cambios positivos que genera el consumo de hormonas femeninas, también hay efectos negativos y uno de ellos es respecto a los estados anímicos de quien está consumiendo las hormonas, dicho autor refiere que el TRH incrementa episodios de pánico, lo cual aumenta la posibilidad de presentar episodios de depresión y ansiedad.

Otro de los hallazgos que se encontró en la investigación fue que aquellas chicas que desean ser más delgadas de lo normal (independientemente si tienen o no TRH), son aquellas que en su modo de vida se sienten con menos capacidad de experimentar sentimientos de acercamiento con el otro, que les permita ser amorosas o cariñosas, demostrando su afecto. Un estudio de Gómez Pérez-Mitre y Acosta (2010) revela que las chicas que eligen o quieren ser más delgadas son aquellas que están más insatisfechas con su imagen corporal y presentan mayor preocupación por las partes de su cuerpo, impidiendo que su desarrollo en pares se vea afectado, pues su vida se centra en hacer dietas o reducir las partes de cuerpo que no desean tener.

Para estas chicas que quieren ser más delgadas, 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 mismas (Cash, 1990; Pruzinski, 1990; Pruzinsky y Cash, 1990). Aun así, la valoración subjetiva y social del cuerpo se encuentra muy condicionada por el contexto socio-cultural (Toro, 1996), como así puede ocurrir con las personas transexuales. Personas transexuales que no han tenido cambios por la TRH, o que su anatomía no les deja tener un cuerpo lo más femenino que quieren, podrían hacernos pensar que serían indicadores que estén mostrando porque no serían románticas, puesto que físicamente aún siguen con esta disconcordancia de mente-cuerpo.

Otro efecto mostrado (independientemente si tienen o no TRH) fue sobre satisfacción corporal y el factor de control externo pasivo negativo. Las chicas que dicen estar satisfechas corporalmente, son aquellas que se muestran más frustradas e inflexibles, no hay estudios que demuestren por qué una chica que se siente satisfecha se sienta frustrada e inflexible, lo que nos podría hacer pensar para una posible investigación, que estas chicas que se dicen estar satisfechas, quizá estén mostrando estos estados de ánimo debido a que se tienen que conformar con lo que tienen o porque no tienen el apoyo y sustento económico que les permita lograr un cambio en sus cuerpos más de lo que ellas pueden dar. Las dificultades de socialización, del desarrollo escolar y laboral llevan, en ocasiones, a la práctica de trabajos marginales. Asimismo, la preocupación por su aspecto físico y los cambios que quieren conseguir, para adaptarse al otro sexo y disminuir el malestar que les produce su sexo biológico, se convierte en una actividad absorbente que ocupa gran parte de su tiempo y que entorpece aún más la adaptación al medio, generando una imagen corporal inestable (APA, 1994). Estas dificultades a lo largo del ciclo vital, dan lugar a la necesidad de exploración de la comorbilidad psíquica, como parte indispensable del proceso diagnóstico. Recordemos que para ellas el cuerpo es fundamental y simbólico, pues están luchando por conseguir el cuerpo que no tuvieron por años, entonces sobre esta visión estaría entendido por qué el sentirse temperamentales o dominantes, quizá porque no tienen los medios para lograr más.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association DSM IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington DC. 4ª ed
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C.
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. (2001) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. Texto revisado. Washington DC, p.p. 345-448.
- Archer B (1997). Depot medroxyprogesterone. Management of side-effects commonly associated with its contraceptive use. *Journal of Nurse-Midwifery* 42 (2): p.p. 104–111.
- Ashmore, R. D. (1990). Sex, gender and the individual. En L. A. Pervin (ed). *Handbook of Personality. Theory and Research*. Nueva York: The Guilford Press
- Asscheman, H. & Gooren, L. (1992). Hormone treatment in transsexuals. *Journal of Psychology and Human Sexology*, 5, p.p. 39-54.
- Aveleyra, E., Carranza-Lira, S., Ulloa-Aguirre, A. & Ostrosky, F. (2005). Cognitive affects of hormone therapy in early postmenopausal women. *International Journal of Psychology*, 40(5), p.p. 314-323.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, p.p. 1175-1184.
- 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.

- Becerra Fernández, A. (2003). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra Fernández, A., y Lucio Pérez. M. J. (2007). Tratamiento hormonal de reasignación de sexo en España: nuestra experiencia en 236 casos. *Revista Internacional de Andrología* 5(3).
- Beck, A.T. & Clark, D.A. (1988) *Anxiety and depression: A informations processing perspective* *Anxiety*. 1, p.p. 23-26
- Beck, A.T., Emery. G. & Greenberg, R.L. (1985) *Anxiety Disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books
- Bem, S. (1981). Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, p.p. 354-364
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender: transforming the debate of sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bemis, K. V & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, p.p. 191- 214
- Bergero Miguel, T., Cano Oncala, G. et al. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 89, p.p. 9-20.
- Bergero, M. T. y Cano Oncola, G. (2006) *La Asociación Internacional Harry Benjamín de disforia de género, el papel del profesional de salud mental y el test de la vida real*. Barcelona.
- Bergero Miguel, T., S. Asiain Vierge, et al. (2008). "Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad" . *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII (101), p.p. 211-226.
- Bergero Miguel, T., S. Asiain Vierge, et al. (2009). *Experiencias traumáticas en relación a la sexualidad en pacientes transexuales de la Unidad de Trastornos de Identidad de*

Género (UTIG). II Conferencia Temática Mundial de Psiquiatría Legal y Forense y el XVIII Congreso Nacional.

Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18, p.p. 315-334.

Blanchard R, Clemmensen L & Steiner BW. (1987) Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 16 (2), p.p. 139- 152.

Bostwick, J. & K. Martin (2007). A man's brain in an ambiguous body: a case of mistaken gender identity. *American Journal Psychiatry*, 164 (10), p.p. 1499-1505.

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. 1ª ed. Barcelona: Paidós

Campo, J. à., H. Nijman, et al. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among dutch psychiatrists. *American Journal*. 160 (7), p.p. 1332-1336.

Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcomin a negative body image*. New York: Guilford.

Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. En Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change*, p.p. 51-79. Nueva York: Guilford.

Castel, P-H. (2001). Algumas reflex es para estabelecer a cronologia do „fen meno transexual“ (1910-1995), *evista brasileira de i stória* 21 (41). Disponível em <http://www.scielo.br> (acesso el 14/3/2014).

Cía, Alfredo Horacio. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. 2ª ed. Buenos Aires: Polemos.

CIE-10. (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, OMS.

Civic D (2000). Depressive symptoms in users and non-users of depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 61 (6), p.p. 385–390.

- Collier, M. C., M. O'Boyle. (1997). Comorbidity of Gender Dysphoria and Other Major Psychiatric Diagnoses. *Archives of Sexual Behavior* 26(1), p.p.13-26.
- Coolidge, F., L. Thede, et al. (2002). The Heritability of Gender Identity Disorder in a Child and Adolescent Twin Sample. *Behavior Genetics* 32 (4).
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and company.
- Cruz, A., Noriega, M. y Garduño, M. (2003). Trabajo remunerado, trabajo domestico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cuadernos de Salud Pública*, 19, p.p. 1129-1138
- Csordas, T. (1994) *Embodiment and Experience. The Existencial Ground of Cultura and Self*, Cambridge: Cambridge University Press.
- De Anda Rangel, M.E. (2009) *Autoestima y rendimiento escolar una propuesta de taller*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional. México, D.F.
- Deaux, K. & Lewis, L. L. (1984). Structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, p.p. 991-1004
- Deaux, K & Major, D. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*, 94, p.p. 369-389
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano*. México: Trillas
- Dolto, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós, Argentina.
- Douglas, M., (1978) *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social role interpretation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum
- Eagly, A. H, & Wood, W. (1991). Explaining sex differences in social behavior. A meta-analytic perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17. p.p. 306-315.

- Eagly, A. H. (1995). The science and politics of comparing women and men. *American Psychologist*, 50, p.p. 145-258
- Esteban, M. L. (2004) *Antropología del cuerpo*, Barcelona: Bellaterra.
- Fallon, A. E. (1990). Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image, en T. F. Cash y T. P. Pruzinsky (eds.), *Body images: development, deviance and change*, Nueva York: Guilford Press.
- Feinberg, L. (2001). Trans health crisis: for us it s life or death. *American Journal of public health*, 91, p.p. 897-900
- Fernández, J. (1998). *Género y sociedad*. Madrid: Pirámide.
- 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
- Fischer, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Fischer Pfaeffle, A. E. (2003). *Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales. Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria.
- Fitts. W.H. (1965) *Tennessee self concept scale manual*.
- 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, p.p. 461-462.
- Freud S. (1894). La neurastenia y la neurosis de angustia: sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a titulo de neurosis de angustia. En *Obras completas de Sigmund Freud*, 1, p.p. 180-192. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: O.C.
- Garaizabal, C. (2006). Evaluación y consideraciones psicológica, En Gómez, E. & Esteva, I. (eds.), en *Ser Transexual*, Barcelona: Glosa.

- Geis, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: A social Psychological view of gender. En A. E. Beall y R. J. Sternberg (eds). *The Psychology of Gender*. Nueva York: Guilford.
- Giberti, E. (2003). *Trangéneros: síntesis y aperturas. Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria.
- Gil García, E. (2005). *Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. Historia de la Medicina*. Granada.
- Gómez Gil, E. and I. e. Esteva (2006). Ser transexual. Dirigido al paciente, la familia y el entorno sanitario, judicial y social. Barcelona: Glosa.
- Gómez Gil, E., I. Esteva de Antonio, et al. (2006). La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, 78, p.p. 7-12.
- Gómez, M.E. & Ostrosky-Solís, F. (2006). Attention and memory evaluation across the life span: heterogeneous effects of age and education. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, p.p. 477-494.
- Gooren, L. (2003). El transexualismo, una forma de intersexo, en Becerra-Fernández, A., *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*, Madrid.
- Gough, B., Edwards, G. (1998). The beer talking: four lads, a carry out and the reproduction of masculinities. *The Sociological Review*, 46, p.p. 409-435
- Gray, J.A. (1982) *The neuropsychology of Anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press
- Gray, J.A. (1985) "A whole and its parts: Behavior, the brain, cognition and emotion". *Bull of the British Psychological Society*, 38, p.p. 99-112
- Gray, J. A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. En S.M. Stahl, S.D. Iversen y E.C. Goodman (Eds.), *Cognitive Neurochemistry* (pp. 171-190). Oxford: Oxford University Press.

- Gupta ML (1983). Role of catecholamines in the central actions of medroxyprogesterone acetate. *Experimental and Clinical Endocrinology* 82 (3), p.p. 380–383.
- Harel Z, Biro FM, Kollar LM. (1995). Depo-Provera in adolescents: effects of early second injection or prior oral contraception. *Journal of Adolescent Health*, 16 (5), p.p. 379–384.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., Stormer, S. (1995). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ), *International Journal of Eating Disorders*, (7), p.p. 81-89.
- Hilton, J. L. Y von Hippel, W. (1996) Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47 p.p. 237-271
- Hollander, E. Y Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (9), p.p. 27-31.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1987). *The cognitive side of anxiety. Cognitive ther and Respuest.* p.p. 523-536
- Jannet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. París: Felix Alcan
- Jayme, M. and V. Sau (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género: Fundamentos*. Barcelona: Icaria.
- Jiménez L., M.Y. (1994). *Enojo y Ansiedad: un estado correlacional*. (Tesis de licenciatura). México.
- Kessler, S. y McKenna, W. (1978). *Gender: An Ethnomethodological Approach*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Kholberg, Lawrence (1972). *Análisis de los conceptos y actitudes infantiles relativos al papel sexual desde el punto de vista del desarrollo cognitivo*. Madrid: Maccoby.

- Klonoff, E. A. Y Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, p.p. 497-508.
- Koff, E., Rierdan, J. Y Stubbs, M.L. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, (10), p.p. 56-68.
- 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
- Kohlberg, Lawrence. (1981). *The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs.
- Lacan, J. (1949) *El estadio de espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia analítica*. Escritos Vol I (2003). México: Siglo XXI. pp. 86-93
- Laqueur, T. W. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primary of cognition. *American Psychologist*, 39, p.p. 124-129
- Lips, H. M. (2001). *Sex & Gender: An introduction*. Londres, Mayfield: Mountain View.
- 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.
- Maffia, D. and M. Cabral (2003). *Los sexos ¿son o se hacen? Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria.
- Maffía, D. c. (2003). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria.
- Markus, H., Crane, M., Bernstein, S. y Siladi, M. (1982). Self-schemas and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, p.p. 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 MG y Rabean AR. (1998). An Experimental Study of Body Image and Perception in Gender Identity Disorders. *The International Journal of Transgenderism*, 2 (3).
- 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.
- Mazur, A. (1980). U.S. trends in feminine beauty and and over adaptation, *The Journal of Sex Research*, núm. 22, p.p. 281-303.
- Mead, M. (1935). *Sexo y temperamento*. Buenos Aires: Paidós
- Meler, I. (2004). Hubo un niño varón que murió en el parto. *Página 12*, 03/06/2004. Revisado en marzo, 2014, de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-36164-2004-06-03.html>
- Meyer WJI, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman C, DiCeglie D, Devor H, Gooren L, Hage JJ, Kirk S, Kuiper B, Laub D, Lawrence AA, Menard Y, Monstrey S, Patton J, Schaefer L, Webb A, Wheeler CC. (2001) Standards of care for gender identity disorders, sixth version. *Internacional journal of Transgenderism*, 5 (1).
- Miles, C., Green, R., Sanders, G. & Hines, m. (1998). Estrogen and memory in a transexual population. *Hormones and behavior*, 34, p.p. 199-208.
- Miles, C., Green, R. & Hines, M. (2006). Estrogen treatment effects on cognition, memory and mood in male to female transsexuals. *Hrmones & Behavior*, 50, p.p. 708-717.
- Mischel, W. (1970). Sex-typing and socialization. En P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology*, (11) p.p. 3-72. New York: Wiley.
- Mischel, Walter (1972). *Las diferencias sexuales en la conducta desde el punto de vista del aprendizaje social*. Madrid: Maccoby
- Money, J. (1968). *Sex Errors of the Body*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Money, J. and A. Ehrhardt (1972). *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*. Madrid: Morata.
- Money, J., J. G. Hampson, et al. (1955). *An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism*. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital 97(4), p.p. 301-319.
- Moreno, L., (2006) *El drama social de la persona con diabetes*. (Tesis de Doctorado) ENAH, México.
- Mruk, Chris. (1999). *Autoestima. Investigación, teoría y práctica*. 2ª ed. España: Desclée de Brouwer.
- Ochoa, A. (1987). *Factores que influyen en el autoconcepto durante la adolescencia*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ostrosky-Solís, F. & Gómez, M.E. (2007). Neuropsychological attention and memory: a neuropsychological test battery in Spanish with norm by age and educational level. *Applied Neuropsychology*, 14(3), p.p.156-170.
- Otto, M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S. Y Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), p.p. 2061-2063.
- Packer, G. and R. Barr (1982). "Parental representations of transsexuals". *Archives Of Sexual Behavior*, 11(3).
- 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.
- Papalia, D, S. (1988). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill
- Parr, B. A. and A. P. McMahon (1998). Sexually dimorphic development of the mammalian reproductive tract requires. *Nature* 395(6703), p.p. 707-710.

- Peláez B., M.C. (1974). *Teorías de la ansiedad*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Person, E., Ovesey, L. (1974) The Transexual Syndrome in Males. II Secondary Transsexualism», *American Journal of Psychotherapy*, 28.
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror*. New York: Oxford University Press.
- Pilar, M. (1989). *El autoconcepto*. Madrid: Nancea
- Pruzinski, T. (1990) Psychopatology of body experience: expanded perspectives. En: Cash, T.F. y Pruzinski, T. (Eds.) *Body images: development, deviance and change* (pp. 170-189). Nueva York: The Guilford Press.
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 337-349). Nueva York: Guilford Press.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M.; Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders* p.15
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid.
- Rocha, S. T. E. (2004). *Socialización, cultura e identidad de género: el impacto de la diferenciación entre los sexos*. (Tesis inédita de licenciatura). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin
- Roid, G. H. y Fitts, W. H. (1988). *Tennessee Self-Concept Scale, Revised Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Rosen, J. C.; Cabo, S.; Silberg, S.; Srebnik, D. Y Went, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, p.p. 481-498.
- Rosen, J. C.; Reiter, J. & Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral doby image for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, p.p. 263-269
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolecent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Ruble, D. y Martin, C. (1998). Gender development. En W. Damon y N.Eisenberg (Eds.) *Handbook of Child Psychology* (3) p.p. 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 (7), p.p. 71-90.
- Ruggieri, V., Marone, P. y Fabricio, M., (1997). Immagine corporea, sensibility tattile al solletico e Anoressia Mentale. *Cibus*, 1, p.p. 11-21.
- Salín P.R. 2011. *Diversos no perversos*. México: Eros
- Salín, R.P. (2008). *Cuando el sexo de mi cerebro no corresponde al de mi cuerpo*. México: Lulu
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Sepilberger, C.D.; Gursuch, R.L.; Lushene, R.E. (1986). *Cuestionario de ansiedad, estado-rasgo*, Manual. 2ª ed. Madrid: TEA Ediciones.
- Simerly, R.B., Chang, C., Muramatsu, m. & Swanson, L. W. (1990). Distribution of androgen and estrogen receptor mRNA-containing cells in the rat brain: an in situ hybridization study. *The Journal of Comparative neurology*, 294, p.p. 76-95.
- Simpson, M.E. (1980) Societial support and education. En *Handbook on stress and anxiety*. Editado por Kutask y Schlesinger. San Francisco, CA: Jossey-Bass

- Slabberkoorn, D., van Goozen, S.H.M., Megens, J., Gooren, L.J.G. & Cohen-Kettenis, P.T. (1999). Activating effects of cross sex hormones on cognitive functioning: a study of short term and long term hormone effects in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 24, p.p. 423-447.
- Slade, P.D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, (32), p.p. 497-502.
- Speilberger, C.D. (1970). *Manual for the state-trait Aniety Inventory*. Palo alto, C.A: Consulting Psychologists Press
- Speilberger, C.D. (1972). *Anxiety current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Speilberger, C.D., Díaz Guerrero R. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad rasgo, estado*. Manual Moderno. México.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.
- The Harry Benjamin Internationa Gender Dysphoria Association (HBIGDA). (1998) *The Standards of care for Gender Identity Disorders*, Minneapolis.
- The Harry Benjamin Internationa Gender Dysphoria Association (HBIGDA). (2001)*The Standards of care for Gender Identity Disorders*, Minneapolis.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Tovar Ramírez, R. (1996). *La autoestima en la mujer económicamente activa y la mujer no económicamente activa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Trejo Fernández, I.A. (2005). *Apego, autoestima y celos en la definición amor desesperado*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vainio, S., M. Heikkila, et al. (1999). *Female development in mammals is regulated by Wnt-4 signalling*. *Nature*, 397(6718), p.p. 405-409.
- Valenzuela, C. Y. (2008). Efectos mnemónicos maternos prenatales sobre el sexo psíquico humano. Insuficiencia del mecanismo inmunitario. Nueva propuesta desde la tolerancia-rechazo materno-fetal. *Revista Médica de Chile* 136 (12), p.p. 1552-1558.
- Van Goozen, S.H.M., Slabbekoorn, D., Gooen, L.J.G., Sanders, G. & Cohen-kettenis, P.T. (2002). Organizing and activating effect of sex hormones in homosexual transsexuals. *Behavioral Neuroscience*, 116, p.p. 982-988.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, (1), p.p. 7-16.
- Williamson, D. A.; Davis, C. J.; Duchman, E. G.; McKenzie, S.J. y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia & bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Zacarias Guerra, M.F. (2009) *Autoestima y estilos de amor en la elección de pareja*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Anexo



Este cuestionario forma parte de un estudio que se está llevando a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM, con el fin de aumentar el entendimiento sobre la transexualidad (HM). Es muy importante que contestes todas las preguntas de la manera más honesta posible, ya que el cuestionario es anónimo, las respuestas que nos brindes son confidenciales y serán analizadas mediante procedimientos estadísticos. No hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa saber lo que realmente los ocurre a las personas. De antemano, muchas gracias por tu participación y tu valiosa contribución.

Folio: _____

Edad: _____

Escolaridad: (1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Licenciatura (6) Posgrado

Estado Civil: (1) Soltera (2) Casada (3) Unión Libre (4) Separada (5) Divorciada (6) Viuda

Nivel Socioeconómico: (1) Bajo (2) Medio-bajo (3) Medio (4) Medio-alto (5) Alto

Ocupación: _____

Peso: _____ kg

Altura: __ mts. ____ cm.

Tiempo que llevas con la Terapia de Reemplazo Hormonal: _____ años _____ meses

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas, te pido de la manera más atenta que las contestes con honestidad. Tus respuestas serán tratadas con absoluta confidencialidad.

¿Has asistido a terapia psicológica? Si () No () ¿Cuánto tiempo llevas? _____ años _____ meses

En caso de haber respondido que SI:

La terapia psicológica la tomaste:

Antes de la Terapia de Reemplazo Hormonal () Durante la Terapia de Reemplazo Hormonal ()

¿Qué cambios has percibido o has tenido durante el tiempo que llevas de Terapia de Reemplazo Hormonal?

¿Qué otros cambios esperarías tener con la Terapia de Reemplazo Hormonal?

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 que indique mejor cómo **se siente usted ahora mismo**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

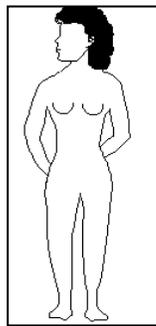
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada	1	2	3	4
2. Me siento segura	1	2	3	4
3. Estoy tensa	1	2	3	4
4. Estoy contrariada	1	2	3	4
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	1	2	3	4
6. Me siento alterada	1	2	3	4
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	1	2	3	4
8. Me siento descansada	1	2	3	4
9. Me siento angustiada	1	2	3	4
10. Me siento confortable	1	2	3	4
11. Tengo confianza en mí misma	1	2	3	4
12. Me siento nerviosa	1	2	3	4
13. Estoy desasosegada	1	2	3	4
14. Me siento muy «atada» (como oprimida)	1	2	3	4
15. Estoy relajada	1	2	3	4
16. Me siento satisfecha	1	2	3	4
17. Estoy preocupada	1	2	3	4
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. En este momento me siento bien	1	2	3	4

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 que indique mejor cómo **se siente usted en general**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente

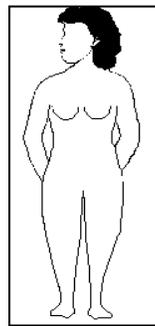
	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	1	2	3	4
26. Me siento descansada	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1	2	3	4
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí misma	1	2	3	4
33. Me siento segura	1	2	3	4
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	1	2	3	4
35. Me siento triste (melancólica)	1	2	3	4

36. Estoy satisfecha	1	2	3	4
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tensa y agitada	1	2	3	4

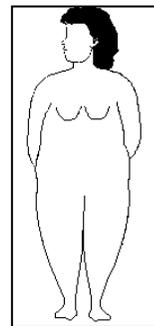
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



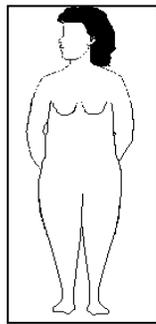
(A)



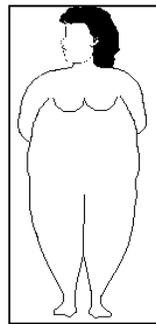
(B)



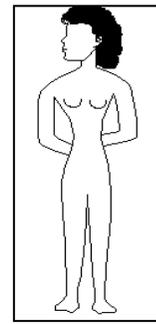
(C)



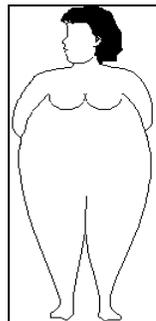
(D)



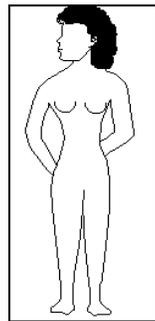
(E)



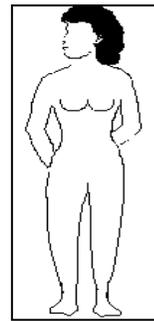
(F)



(G)



(H)

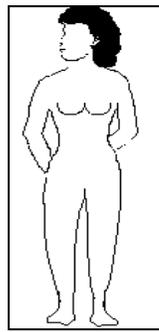


(I)

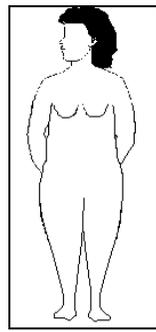
2. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que represente **el cuerpo más deseado**:

1) Para ti:

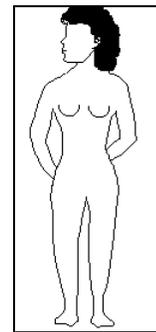
2) Por el sexo opuesto:



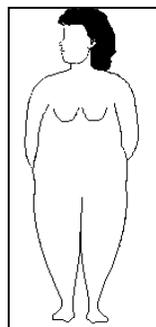
(A)



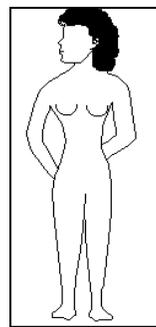
(B)



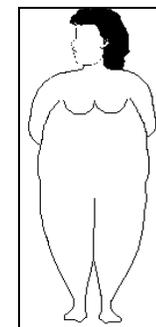
(C)



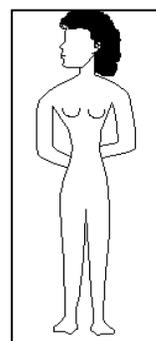
(D)



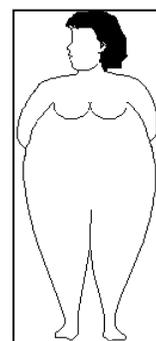
(E)



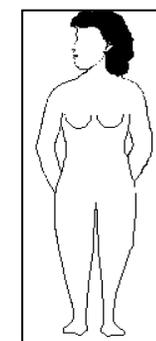
(F)



(G)



(H)



(I)

1. Marca con una **X** la opción que más se acerque a lo que piensas y sientes sobre tu cuerpo.

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO(A)	MUY PEQUEÑO(A)
CARA					
CUERPO					
ESTATURA					
ESPALDA					
BRAZOS					
TÓRAX					
ESTÓMAGO					
CINTURA					
CADERA					
GLÚTEOS					
MUSLOS					
PIERNAS					
PANTORRILLAS					

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. **Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:**

- 1 = No me describe nada
- 2 = Me describe un poco
- 3 = Me describe regular
- 4 = Me describe bien
- 5 = Me describe exactamente

Soy una persona:

Me Describe

	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Ansiosa.	1	2	3	4	5
2. Atractiva	1	2	3	4	5
3. Insegura	1	2	3	4	5
4. Inteligente	1	2	3	4	5
5. Fuerte	1	2	3	4	5
6. Exitosa	1	2	3	4	5
7. Sociable	1	2	3	4	5
8. Pesimista	1	2	3	4	5
9. Responsable	1	2	3	4	5
10. Independiente	1	2	3	4	5
11. Torpe	1	2	3	4	5
12. Productiva	1	2	3	4	5
13. Dominante	1	2	3	4	5
14. Estudiosa	1	2	3	4	5
15. Pasiva	1	2	3	4	5

Soy una persona:

Me Describe

16. Comprensiva	1	2	3	4	5
17. Eficiente	1	2	3	4	5
18. Falsa	1	2	3	4	5
19. Fracasada	1	2	3	4	5
20. Rígida	1	2	3	4	5
21. Sana	1	2	3	4	5
22. Trabajadora	1	2	3	4	5
23. Incompetente	1	2	3	4	5
24. Inestable	1	2	3	4	5
25. Desconfiada	1	2	3	4	5
26. Triunfadora	1	2	3	4	5
27. Ágil	1	2	3	4	5
28. Triste	1	2	3	4	5
29. Solidaria	1	2	3	4	5
30. Controlada	1	2	3	4	5
31. Optimista.	1	2	3	4	5
32. Agradable	1	2	3	4	5
33. Agresiva	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación encontrarás una serie de palabras que utilizas para describirte indica qué tanto te gusta lo que tienes de cada una de ellas tomando en consideración que **si marcas el cuadro más grande, esto indica que te gusta mucho lo que tienes de esta característica. Si marcas el cuadro más pequeño; esto indica que no te gusta lo que tienes de esta característica.** El resto de los espacios indican diferentes grados de estar a gusto con lo que tienes de la característica, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para tu propia persona.

Contesta tan rápido como sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión que venga a tu mente. Contesta en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada uno de ellos.

Tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerda que debes responder **“QUÉ TANTO TE GUSTA, QUÉ TAN A GUSTO ESTÁS CON LO QUE TIENES DE CADA UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS”**

QUÉ TAN A GUSTO ESTÁS CON LO QUE ERES...

1	Amoroso(a)	<input type="checkbox"/>				
2	Temperamental	<input type="checkbox"/>				
3	Tolerante	<input type="checkbox"/>				
4	Honrado(a)	<input type="checkbox"/>				
5	Inepto(a)	<input type="checkbox"/>				
6	Honesto(a)	<input type="checkbox"/>				
7	Pacífico(a)	<input type="checkbox"/>				
8	Romántico(a)	<input type="checkbox"/>				

QUÉ TAN A GUSTO ESTÁS CON LO QUE ERES...

9	Rencoroso(a)	<input type="checkbox"/>				
10	Amigable	<input type="checkbox"/>				
11	Cariñoso(a)	<input type="checkbox"/>				
12	Necio(a)	<input type="checkbox"/>				
13	Animado(a)	<input type="checkbox"/>				
14	Simpático(a)	<input type="checkbox"/>				
15	Inflexible	<input type="checkbox"/>				
16	Sincero(a)	<input type="checkbox"/>				
17	Criticón(a)	<input type="checkbox"/>				
18	Sereno(a)	<input type="checkbox"/>				
19	Sociable	<input type="checkbox"/>				
20	Rebelde	<input type="checkbox"/>				
21	Sentimental	<input type="checkbox"/>				
22	Afectuoso(a)	<input type="checkbox"/>				
23	Flojo(a)	<input type="checkbox"/>				
24	Realizado(a)	<input type="checkbox"/>				
25	Amable	<input type="checkbox"/>				
26	Divertido(a)	<input type="checkbox"/>				
27	Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>				
28	Alegre	<input type="checkbox"/>				
29	Tierno(a)	<input type="checkbox"/>				
30	Falso(a)	<input type="checkbox"/>				
31	Enojón(a)	<input type="checkbox"/>				

QUÉ TAN A GUSTO ESTÁS CON LO QUE ERES...

32	Decente	<input type="checkbox"/>				
33	Detallista	<input type="checkbox"/>				
34	Tranquilo(a)	<input type="checkbox"/>				
35	Corrupto(a)	<input type="checkbox"/>				
36	Jovial	<input type="checkbox"/>				
37	Contento(a)	<input type="checkbox"/>				
38	Tratable	<input type="checkbox"/>				
39	Calmado(a)	<input type="checkbox"/>				
40	Leal	<input type="checkbox"/>				
41	Seguro	<input type="checkbox"/>				
42	Bromista	<input type="checkbox"/>				
43	Triunfador	<input type="checkbox"/>				
44	Dominante	<input type="checkbox"/>				
45	Agradable	<input type="checkbox"/>				
46	Platicador (a)	<input type="checkbox"/>				
47	Lento	<input type="checkbox"/>				

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!



Este cuestionario forma parte de un estudio que se está llevando a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM, con el fin de aumentar el entendimiento sobre la transexualidad (HM). Es muy importante que contestes todas las preguntas de la manera más honesta posible, ya que el cuestionario es anónimo, las respuestas que nos brindes son confidenciales y serán analizadas mediante procedimientos estadísticos. No hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa saber lo que realmente los ocurre a las personas. De antemano, muchas gracias por tu participación y tu valiosa contribución.

Folio: _____

Edad: _____

Escolaridad : (1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Licenciatura (6) Posgrado

Estado Civil: (1) Soltera (2) Casada (3) Unión Libre (4) Separada (5) Divorciada (6) Viuda

Nivel Socioeconómico: (1) Bajo (2) Medio-bajo (3) Medio (4) Medio-alto (5) Alto

Ocupación: _____

Peso : _____kg.

Altura: __ mts. ____ cm.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas, te pido de la manera más atenta que las contestes con honestidad. Tus respuestas serán tratadas con absoluta confidencialidad.

¿Has asistido a terapia psicológica? Si () No () ¿Cuánto tiempo llevas? _____ años _____ meses

En caso de haber respondido que SI:

La terapia psicológica la tomaste:

Antes de la Terapia de Reemplazo Hormonal () Durante la Terapia de Reemplazo Hormonal ()

¿Qué cambios esperarías tener con la Terapia de Reemplazo Hormonal?
