

María F. Rabito-Alcón¹
José M. Rodríguez-Molina^{1,2}

Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género

¹Departamento de Psicología Biológica y de la salud. Universidad Autónoma de Madrid

²Unidad de Disforia de Género. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción. La satisfacción con la vida y el bienestar psicológico han sido ampliamente estudiados como medida de salud mental y su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica y la eudaimónica. En la actualidad se establece una diferencia entre el bienestar subjetivo emocional, que se suele denominar bienestar psicológico y el cognitivo o satisfacción con la vida. El objetivo de nuestro estudio es explorar la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en personas con diagnóstico de Disforia de Género (DG) y comparar los resultados con la población general, así como ver las diferencias por géneros.

Metodología. La escala de bienestar psicológico de Fordyce y la adaptación al castellano de la versión de ítems tipo Likert de 1 a 5 de la Escala de Satisfacción con la Vida se aplicaron a una muestra de 40 estudiantes como grupo control y a 61 personas con DG. Se calculó estadística descriptiva y prueba T para muestras independientes, los datos se analizaron con SPSS v. 15.

Resultados. Los resultados obtenidos indican que las personas con DG tienen una satisfacción con la vida y un bienestar psicológico menor que el grupo control. No se encontraron diferencias por géneros en satisfacción con la vida ni en bienestar psicológico.

Palabras clave: Bienestar psicológico, Satisfacción con la vida, Disforia de Género, Hedonismo

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(2):47-54

Satisfaction with life and psychological well-being in people with gender dysphoria

Introduction. Satisfaction with life and psychological well-being have been extensively studied as measures of mental health, which has led to the development of two major traditions, the hedonic and eudaimonic. A difference has been found between subjective emotional well-being, which is often called psychological well-being, and cognitive well-being, or satisfaction with life. The aim of this study was to explore satisfaction with life and psychological well-being in people diagnosed with gender dysphoria (GD), and compare their results to those of the general population. We also looked for gender-related differences.

Methods. The Fordyce Happiness Measures (or Fordyce Emotions Questionnaire) and the adaptation to Castilian Spanish of the Likert-type 5-item Satisfaction with Life Scale were applied to a control sample of 40 students and a group of 61 people with GD. Descriptive statistics and the t test for independent samples were calculated. The data were analyzed with SPSS v. 15.

Results. The results indicated that the GD group had lower scores on the satisfaction with life and psychological well-being scales than the control group. No gender differences were found in satisfaction with life or psychological well-being.

Key words: Psychological well-being, Life satisfaction, Gender dysphoria, Hedonism

INTRODUCCIÓN

La Psicología como disciplina científica se ha centrado tradicionalmente en estudiar constructos como depresión, ansiedad, autoestima, etc. Sin embargo, en los últimos tiempos, los estudios se están centrando en aspectos relacionados con el bienestar y la felicidad, lo que autores como Seligman¹ han denominado Psicología Positiva.

La Psicología Positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología^{1,2}.

Desde esta perspectiva, la psicología debe actuar para el bienestar o salud de los individuos y las comunidades, por lo que se hace necesario explorar aquellas variables que pueden intervenir en dicho bienestar en los distintos ámbitos en que se desarrollan.

Los estudios sobre bienestar se inician hace unos 50 años y su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica y la eudaimónica. En la hedónica se estudia el bienestar subjetivo (cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva) y la eudaimónica se centra en el

bienestar psicológico, dónde el desarrollo personal, la manera de afrontamiento, el esfuerzo y el afán por conseguir metas que resultan relevantes³. La tradición eudaimónica no solo integra aspectos psicológicos, sino también toma en consideración la dimensión individual y social. Se entiende, por tanto, que la tradición hedónica como el indicador de calidad de vida, tomando como base las características del ambiente y el grado de satisfacción experimentado por las personas. Sin embargo, por tradición eudaimónica se entiende como la tradición que se centra en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como indicadores del funcionamiento positivo⁴.

Ryan y Deci (2001)⁵ reformulan la división entre bienestar hedónico y eudaimónico, según el cual el modelo hedónico se centraría en la satisfacción personal y el segundo en los procesos de maduración y desarrollo personal.

Moyano y colaboradores en 2007⁶ proponen un modelo que relaciona los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Véase en la Figura 1). A pesar de que existe evidencia empírica de que los aspectos cognitivos y afectivos del bienestar están relacionados, existen dificultades para evaluar esta relación dividiéndose las posiciones entre quienes sostienen que son componentes independientes de quienes afirman que son aspectos relacionados⁷.

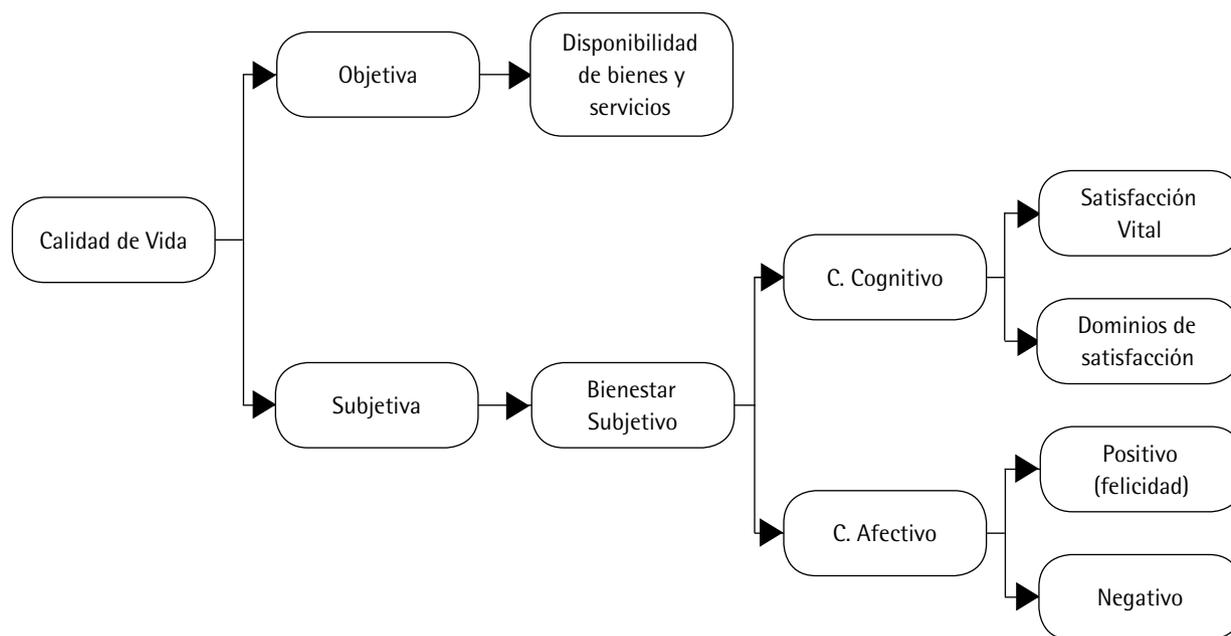


Figura 1

Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Tomado de Moyano y Ramos, 2007)⁶

La Sociedad de Psicología Positiva de Reino Unido expone⁸: "Hay una advertencia más en la historia del bienestar hedónico y eudaimónico. El concepto de satisfacción con la vida ha sido firmemente asignado a la tradición hedónica por los defensores del paradigma eudaimónico, indican que esta idea en realidad es cuestionable. Uno puede estar satisfecho con la vida de uno si se quiere buscar la felicidad y está persiguiendo la felicidad con éxito, o si se opta por vivir una vida más orientada a lo eudaimónico y esto es exactamente lo que está haciendo. Recuerde, satisfacción con la vida no es más que una congruencia entre el presente y una situación ideal, los cuales son un reflejo de la propia apreciación subjetiva de la vida de la persona. Por lo tanto, la satisfacción de la vida puede ser concebida como una evaluación independiente y subjetiva de la situación actual de la propia vida, que puede ser orientada hedónicamente o eudaimónicamente". Lo que viene a decirnos la Sociedad de Psicología Positiva del Reino Unido en resumen, es que aunque se ha tradicionalmente ubicado la satisfacción con la vida como parte del concepto hedónico de bienestar sin embargo, su objeto puede ser situado tanto desde una orientación hedónica como eudaimónica. Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones⁹. En la actualidad se establece una diferencia entre el bienestar subjetivo emocional, que se suele denominar bienestar psicológico y el cognitivo o satisfacción con la vida. Teniendo en cuenta la evolución hedónica/eudaimónica parece que se consideran ambas tradiciones en la satisfacción con la vida y que esta además se divide en dos componentes importantes, el cognitivo y el emocional.

Bienestar psicológico

El bienestar psicológico ha sido ampliamente estudiado como medida de salud mental. La felicidad comenzó siendo un tema filosófico que luego pasó a ser considerado un tema sociológico ligado a la calidad de vida de las naciones. Los sociólogos encontraron que una mejora objetiva de las condiciones materiales de la vida de las personas (salud, educación, economía) no traía aparejado un avance en los niveles de felicidad. Más dinero, más inteligencia, más atractivo físico, explica solo el 10% del bienestar de las personas^{10,11}. Las razones de por qué las personas eran más felices pasaron así al territorio de la psicología a mediados de los años 70, ya que se consideró que la respuesta residía en causas más internas. Sin embargo, los estudios empíricos sobre la felicidad, la satisfacción y el bienestar comenzaron a emerger más notablemente en los años 80 aunque éstos aún

están muy por debajo de aquellos que tienen como objeto de estudio la infelicidad. Por tanto, en lo que concierne al concepto de bienestar psicológico/ felicidad, podemos decir que se trata de un estado psicológico de tipo emocional y cognitivo de las personas, que se encuentra distribuido en las poblaciones de los países con relativa independencia del nivel de desarrollo alcanzado por éstos. Así, tanto en países muy ricos como muy pobres se encuentra gente feliz y además, al interior de ellos hay gente feliz independientemente de su nivel educacional e ingresos económicos⁶.

Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida es un constructo relevante en el análisis de la calidad de vida de las personas. Este concepto ha suscitado interés en numerosas investigaciones sobre diversas poblaciones¹². Una alta satisfacción con la vida se relaciona con un menor número de enfermedades físicas y mentales, una mayor felicidad, y, en general, con otras medidas de calidad de vida^{7,13}.

Diener, Emmons, Larsen, y Griffin crean en 1985 la *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*¹⁴, una escala de cinco ítems para medir la satisfacción con la vida en la población general. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert del grado de acuerdo, con rango de 1 a 7.

En el año 2000¹⁵ se realizó una adaptación al español en la que se reduce el número de opciones, contando con una escala Likert de valores comprendidos entre 1 y 5. Esta versión (con ítems valorados de 1 a 5) ha sido empleada posteriormente en una muestra de estudiantes universitarios¹⁶, encontrándose una fiabilidad de 0,83 estimada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Otro estudio con esta versión, en este caso con una muestra de mujeres embarazadas y púerperas¹⁷, informa también sobre propiedades psicométricas adecuadas, encontrándose una consistencia interna de 0,82 y mostrando los resultados que la eliminación de cualquiera de los cinco ítems no aumenta la consistencia interna de la escala. Más recientemente en el 2010, Garrido y colaboradores¹² en su estudio sobre validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios concluyeron que la SWLS es una herramienta válida para la medida de la satisfacción con la vida en universitarios españoles.

Satisfacción con la Vida, Bienestar psicológico y Disforia de Género

La Disforia de Género (DG), comúnmente denominada Transexualidad, se define en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5)¹⁸ como una marcada incongruencia entre el género

experimentado/expresado y el género asignado durante al menos seis meses. Para el diagnóstico de Disforia de Género en una persona, el DSM-5 considera que deben de existir unos criterios específicos:

- Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y sus características sexuales primarias y/o secundarias.
- Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias y/o secundarias a causa de una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado.
- Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.
- Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).
- Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o como algún otro género alternativo diferente al asignado).
- Una fuerte convicción de que se tienen los típicos sentimientos y reacciones del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).

Pero además se exige que el problema vaya asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Por consiguiente cumplir los criterios diagnósticos de DG implica malestar clínicamente significativo o a graves deterioros.

Hay dos tipos de sujetos con DG: de hombre a mujer (MtFs) y de mujer a hombre (FtMs). MtFs son sujetos que nacieron como hombres biológicos, pero su identidad sexual corresponde a la mujer y lo contrario para FtMs.

Las personas con DG desde que nacieron están en un continuo conflicto entre sus sentimientos y su cuerpo, lo que puede causar muchos problemas (o tener muchas implicaciones) sociales, legales y personales¹⁹ por lo que su satisfacción con la vida y bienestar subjetivo pueden verse afectados. Tradicionalmente, el tratamiento de individuos con disforia de género ha sido visto con gran escepticismo dentro del campo de la medicina. La concepción más clásica, consideraba que la DG era de tipo cognitivo y emocional y que afectaba a la concepción que tenía el sujeto de sí mismo haciendo que se percibiese erróneamente como perteneciente al sexo al que en realidad no pertenecía²⁰. Una concepción más aceptable²¹, sostiene que la transexualidad se origina durante las etapas más tempranas del desarrollo embrionario y fetal. Una alteración hace que el cerebro se impregne hormonalmente con una sexualidad distinta de la genital²². La diferencia en el tiempo de la asignación del sexo genital (octava semana de gestación) y un sexo cerebral (la vigésima semana de gestación) posibilitaría el trastorno.

La reivindicación de un reconocimiento social, clínico y jurídico de la transexualidad se inició por parte de las aso-

ciaciones en España en la década de los sesenta. En 1987 el Tribunal Supremo sienta jurisprudencia, permitiendo que se cambie registralmente el sexo legal y el nombre de una persona que haya sido reasignada quirúrgicamente. No obstante, hasta 1989 se denegaba el derecho a contraer matrimonio con alguien de su sexo legal original (aun no existía el matrimonio entre personas del mismo sexo). En 1999, el Senado regula a través de una Proposición de Ley, el derecho efectivo de las personas transexuales a la rectificación registral e igualmente incorpora el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad al catálogo de prestaciones del sistema nacional de salud²³.

Además a partir del año 1999 se crea en Málaga la primera Unidad de Trastornos de Identidad de Género para tratar adecuadamente la problemática de estas personas a través de apoyo psicológico, tratamiento hormonal y cirugías de reasignación de sexo. Tras esta primera se crean otras unidades similares en Barcelona (año 2006) y en Madrid (en el año 2007), entre otras.

Los estudios sobre satisfacción con la vida y bienestar psicológico se han venido realizando en otras poblaciones tales como estudiantes universitarios^{17,16,12}. Sin embargo, en personas con DG encontramos pocos estudios sobre el tema, ya que la mayoría se han centrado en las causas/consecuencias de la DG. Davey y sus colaboradores²⁴ estudiaron el apoyo social y el bienestar en personas con DG respecto a la población general y hallaron un menor apoyo social en las personas con DG que repercutía en su bienestar. Otro estudio sobre el perfil psicológico de las personas transexuales en tratamiento concluyó que éstas no tienen diferencias significativas en cuanto a bienestar psicológico con respecto a la población general²⁵.

Además, es importante tener en cuenta que la valoración personal de la propia salud es más importante que la salud per se (percepción experta) cuando se la relaciona con el bienestar⁷ (Diener, 1994). Así, el impacto de la salud depende de la percepción que tiene la persona de su situación particular, donde una mala salud podría influir negativamente en el bienestar si interfiere en la consecución de las metas personales⁶.

Las personas con DG tienen los mismo problemas que pueden tener la población general, pero además, se añaden problemas de violencia por ser transexuales, más desempleo que la población general²⁶, acoso social¹⁹, a menudo la ruptura sentimental con su pareja si comienzan su proceso transexualizador teniendo una pareja heterosexual, mayores dificultades para encontrar una nueva pareja entre otros²⁷. Por todo ello, podríamos llegar a pensar que las personas transexuales son más infelices o están menos satisfechas con sus vidas que la población general.

Objetivos e hipótesis

El objetivo del presente estudio es explorar la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en personas transexuales y comparar los resultados con la población general, así como estudiar posibles las diferencias por géneros.

Para ello, nos planteamos las siguientes hipótesis:

- En las personas con DG, se espera una satisfacción con la vida menor que en la población general.
- En las personas con DG, se espera un bienestar psicológico menor que en la población general.
- No se esperan diferencias de género en la muestra en su totalidad y entre personas con DG.

MÉTODO

La muestra la formaron 101 personas, 61 con diagnóstico de DG (sin otros trastornos comórbidos) y 40 estudiantes universitarios como grupo control. De las 61 personas con DG, 30 eran transexuales masculinos y 31 femeninos. Todos ellos se encontraban en fase de evaluación previa a cirugías. Del grupo de control, 19 eran hombres y 21 mujeres. La edad media de las personas con DG fue de 27,28 años y en el caso de los estudiantes universitarios 21,85 años.

A los participantes se les administraron las escalas de Satisfacción con la Vida de Diener^{14,15} y Bienestar Psicológico de Fordyce²⁸.

Satisfacción con la Vida: La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al., es uno de los instrumentos más usados para medir bienestar subjetivo⁵. Se empleó la versión en castellano de la SWLS de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)¹⁴, adaptada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000)¹⁵, que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida. Consta de cinco ítems tipo Likert con puntuación de 1 'totalmente en desacuerdo' a 5 'totalmente de acuerdo'. La puntuación

mínima es 5 y la máxima que se puede conseguir en el cuestionario son 25 puntos.

Bienestar Psicológico de Fordyce: Esta escala describe niveles de felicidad. La media en poblaciones occidentales adultas es de 7. Puntuaciones de 8 y más indican alta felicidad. Puntuaciones de 5 y menos indican un estado de malestar – aunque no una situación de problemas graves de salud mental².

Todos los cuestionarios fueron insertados en un documento único. Las Unidades de Disforia de Género del Hospital Clinic de Barcelona y el Centro de Salud Fuente de San Luis en Valencia fueron contactados y participaron de forma voluntaria en la recolección de la muestra de sujetos con DG. La muestra de estudiantes universitarios se obtuvo de la Universidad Autónoma de Madrid.

Se administró a los participantes el instrumento mencionado anteriormente, con la colaboración de investigadores formados para ello, siempre tras firmar los sujetos participantes el consentimiento informado. Los datos obtenidos fueron analizados con el software estadístico SPSS 17.0.

RESULTADOS

Las correlaciones entre las variables sociodemográficas y las variables de bienestar no fueron estadísticamente significativas salvo la edad y la satisfacción con la vida.

El grupo control obtuvo una puntuación media de 17,6 en la escala sobre satisfacción con la vida, mientras que el grupo compuesto por las personas con DG obtuvo una media de 12,37 para el mismo cuestionario. Respecto a la puntuación media en la escala que mide bienestar psicológico, el grupo control obtuvo 7,1 y el grupo de personas con DG 5,6. Los estadísticos descriptivos de cada ítem del cuestionario sobre satisfacción con la vida para cada grupo pueden verse en la Tabla 1.

Tabla1	Estadísticos descriptivos del cuestionario sobre Satisfacción con la Vida				
	Items	Control		DG	
		Media	DT	Media	DT
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	3,25	0,87	2,52	1,25	
Las condiciones de mi vida son excelentes	3,52	1,01	2,7	1,2	
Estoy satisfecho con mi vida	3,8	0,99	2,61	1,26	
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	3,82	0,92	2,62	1,23	
Si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual	3,2	1,11	1,88	1,23	

Para analizar si hay diferencias entre los grupos en cuanto a su satisfacción con la vida y su bienestar psicológico se utilizó la prueba *T de Student* para muestras independientes. El resultado para el cuestionario de satisfacción con la vida fue $t(93,35)=5,83$; $p=0,000$. Para el bienestar psicológico el resultado fue $t(98)=3,047$; $p=0,003$. Tanto en la satisfacción con la vida como en el bienestar psicológico hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las personas con DG parecen tener una menor satisfacción con la vida y menor bienestar psicológico que la población general, confirmando nuestras dos primeras hipótesis.

Los estadísticos descriptivos de todos los cuestionarios diferenciando por género pueden verse en la Tabla 2.

Para ver las diferencias por géneros en satisfacción con la vida y bienestar psicológico se realizó en la totalidad de la muestra una prueba T para muestras independientes para la que se obtuvieron $t(97)=2,766$, $p=0,007$ para satisfacción vital y $t(95,55)=2,336$, $p=0,022$ para bienestar psicológico no encontrándose diferencias significativas por géneros para ninguna de las dos variables.

Tampoco se encontraron diferencias por géneros dentro de la muestra de DG: $t(57)=1,83$, $p=0,072$ para satisfacción vital y $t(58)=1,48$, $p=0,144$ para bienestar psicológico, confirmando así nuestra tercera hipótesis.

En el grupo control se encontraron diferencias por géneros en satisfacción vital (mayor en hombres) usando la prueba no paramétrica U de Mann Whitney ($Sig=0,004$), pero no se encontraron diferencias por géneros en bienestar psicológico con la misma prueba ($Sig=0,007$).

DISCUSIÓN

La Psicología Positiva se muestra como un intento por comprender científicamente las fortalezas y potencialidades humanas en contraste con el predominante énfasis que se pone en las alteraciones y trastornos conductuales²⁹. Se trata de todo un reto por abordar científicamente el estudio de la felicidad, el optimismo, la esperanza, la sabiduría, la excelencia y la creatividad, lo cual se consigue al investigar determinadas fortalezas y virtudes humanas, así como el efecto de las mismas en las personas y el entorno en el que viven³⁰.

Teniendo en cuenta la evolución hedónica/eudaimónica parece que se consideran ambas tradiciones en la satisfacción con la vida y que esta además se divide en dos componentes importantes, el cognitivo que lo hemos medido con la escala de Fordyce y el emocional con la escala de Diener.

Las personas con DG sitúan su bienestar psicológico entre los valores de neutral (no particularmente feliz o infeliz) y un poco feliz (justo por encima de un sentimiento neutral), mientras que el grupo control se sitúa un poco por encima del valor "medianamente feliz (bastante bien y de alguna manera alegre). Los hombres que conformaron el grupo control fueron los que obtuvieron un mayor bienestar psicológico muy cerca del valor bastante feliz. Por otro lado, las MtFs reflejaron el valor de bienestar psicológico más bajo (cerca a neutral), no llegando a considerarse infelices. Estos resultados coinciden en los valores de satisfacción con la vida: los que más satisfacción obtuvieron fueron los hombres del grupo control y los que más insatisfechos estaban con sus vidas las MtFs. En otro estudio similar³⁰ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en bienestar en-

Tabla 2	Estadísticos descriptivos por géneros								
	Ítems	Control- Hombres		Control-Mujeres		DG- Hombres		DG- Mujeres	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	3,52	0,96	3	0,70	2,60	1,16	2,45	1,34	
Las condiciones de mi vida son excelentes	4,05	0,77	3,04	0,97	3,10	1,06	2,32	1,22	
Estoy satisfecho con mi vida	4,15	0,96	3,47	0,92	3,03	1,13	2,22	1,25	
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	4	0,88	3,67	0,91	3,07	1,11	2,22	1,20	
Si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual.	3,74	0,87	2,71	1,10	1,75	1,07	2	1,36	
Satisfacción con la vida	19,47	3,50	15,9	3,72	13,57	4,14	11,29	5,28	
Bienestar psicológico	7,78	1,35	6,47	1,91	6,13	2,31	5,09	3,05	

tre personas con DG y población general. Estos resultados pueden ser diferentes en función de la fase de tratamiento en la que se encuentren los sujetos por lo que sería importante realizar otros estudios considerándolo. Así, cuando los sujetos acceden a una unidad de Disforia de Género en la que van a recibir tratamientos de calidad y gratuitos, que a veces llevan años esperando, es posible que se produzca un incremento rápido de los sentimientos de bienestar y que sin embargo este nivel decrezca espontáneamente después.

Las personas con DG sitúan las puntuaciones más altas sobre el ítem "las condiciones de mi vida son excelentes". En el caso del grupo control el ítem con una puntuación más alta es "hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en mi vida".

El "si pudiera vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviera a ser igual" obtiene el menor valor de todos (1,88 en personas con DG), lo que nos indica cierta insatisfacción con la forma en la que se ha desarrollado sus vidas hasta el momento del estudio. Este dato es comprensible teniendo en cuenta que las personas transexuales se encuentran numerosos problemas y dificultades en los distintos entornos: educativo, familiar, laboral, sanitario, etc. En este sentido, un estudio realizado por Clements-Nolle, Mark y Katz (2006)³² con 392 mujeres transexuales y 123 hombres transexuales de San Francisco, muestra una prevalencia del 32% respecto a intento de suicidio, donde las variables asociadas al intento fueron depresión, discriminación de género y victimización.

Respecto a la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, y como se esperaba, no se encontró diferencias significativas por género, concordante a lo reportado por otros estudios^{3,6}.

CONCLUSIONES

El bienestar psicológico de las personas transexuales, parece depender en gran medida de ciertos factores socio-demográficos, psicológicos y de personalidad, así como de factores médicos (la fase de tratamiento hormonal). Diversos estudios indican que los factores más importantes parecen ser: la consciencia - responsabilidad y la edad en el paso uno, tener pareja, la fase de tratamiento hormonal y los rasgos de neuroticismo (correlación inversa) y extraversión en el segundo y los rasgos narcisista, histriónico y compulsivo (correlación inversa) en el tercero³⁰.

Finalmente podemos concluir que, aunque las personas con DG no son extraordinariamente felices, no muestran un bajo índice de bienestar psicológico y ni de satisfacción con la vida. Los resultados obtenidos indican que las personas transexuales tienen una satisfacción con la vida y un bienestar psicológico algo menor que el grupo control, pero por encima del punto de corte de infelicidad. No se encontra-

ron diferencias por géneros en satisfacción con la vida ni en bienestar psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000;55:5-14.
2. Seligman, MPE. La auténtica felicidad. Barcelona: Vergara Grupo Zeta; 2003.
3. Zubieta E, Delfino G. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*. 2010;17(1):277-83.
4. Abello R, Amarís M, Blanco A, Madariaga C, Díaz D, Arcieniegas T. Bienes, autoestima, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación y Desarrollo*. 2008; 16.
5. Moreno Jiménez B. Psicología de la personalidad. Procesos. Madrid: Thomson; 2007.
6. Moyano Díaz E, Ramos Alvarado N. Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*. 2007;22(2):177-93.
7. Diener E. El Bienestar Subjetivo. *Intervención Psicosocial*. 1994; 3:67-113.
8. Sociedad de Psicología Positiva de Reino Unido. The concept of eudaimonic well-being [consultado el 17 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.positivepsychology.org.uk/pp-theory/eudaimonia/34-the-concept-of-eudaimonic-well-being.html>
9. Diener E, Lucas R. Personality, and subjective well-being. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, ed. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999. p. 213-29.
10. Castro A. El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2009; 66(23,3):43-72.
11. Lyubomirsky S. *The how of happiness*. New Cork: The Penguin Press; 2007.
12. Garrido R, Fernández MA, Villalba EB, Pérez PJ, Fernández M. Estudio sobre validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de encuestas*. 2010;12:45-62.
13. Michalos, A. Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life: A review and a preview. In: Andrews F, ed. *Research on the Quality Of Life*. Michigan: Institute for Social Research. University of Michigan; 1986.
14. Diener E, Emmons R, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49:71-5.
15. Atienza FL, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*. 2000;12(2):314-9.
16. Reig A, Cabrero J, Ferrer RI, Richart, M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Alicante: publicaciones de la Universidad de Alicante; 2001.
17. Cabañero MJ, Richart M, Cabrero J, Orts MI, Reig A, Tosal B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema*. 2004;16:448-55.
18. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana; 2014.
19. Godás Sieso T. Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. Cuadernos de medicina

- psicosomática y Medicina de enlace. 2006;78:21-3.
20. Rodríguez Molina JM, Asenjo N, Lucio MJ, Pérez G, Rabito MF, Fernández MJ, et al. Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: La Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista internacional de Andrología*. 2009;7(2):112-20.
 21. Swaab D. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract res Clin Endocrinol Meta*. 2007;21(3):431-44.
 22. Becerra A. *Transexualidad: en búsqueda de una identidad*. Madrid: Días de Santos; 2003.
 23. Gómez Gil E, Esteva de Antonio I. *Ser transexual*. Barcelona: Glosa; 2006.
 24. Davey A, Bouman WP, Arcelus J, Meyer C. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *J Sex Med*. 2014;11(12):2976-85.
 25. Rodríguez Molina JM, Pacheco Cuevas L, Asenjo Araque N, García Cedenilla N, Lucio MJ, Becerra-Fernández A. Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. In: Quevedo-Blasco R, Quevedo-Blasco VJ, ed. *Situación actual de la Psicología Clínica*. San Sebastián: Asociación Española de Psicología Conductual; 2011. p. 212-4.
 26. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Becerra Fernández A, Lucio Pérez MJ. Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas transexuales. *Papeles del Psicólogo*. 2013;34(2):150-4.
 27. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Becerra Fernández A, Rabito Alcón MF, García Sánchez SM. Modelo teórico de "well-being" en personas transexuales. In: Quevedo-Blasco R, Quevedo-Blasco VJ, ed. *Avances en Psicología Clínica*, ed. Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual; 2013.
 28. Fordyce MW. AS review of researchs on the happiness neasures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*; 1988. p. 355-81.
 29. Escarbajal-Frutos A, Izquierdo-Rus T, López-Martínez O. Análisis del bienestar psicológico en grupos de riesgo de exclusión social. *Anales de psicología*. 2014;30(2):541-8.
 30. Carpena A, López O. Emociones positivas, creatividad y problemas de salud en el aula. Navarra: EUNSA; 2013.
 31. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Becerra Fernández A, Rabito Alcón MF, García Sánchez SM. Modelo teórico de "well-being" en personas transexuales. In: Quevedo-Blasco R, Quevedo-Blasco VJ, ed. *Avances en Psicología Clínica*, ed. Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual; 2013.
 32. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*. 2006;51(3):53-69.