

TREBALL FI DE MÀSTER

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària

Curs acadèmic 2021-2022

ABORDATGE DE L'AUTOESTIMA, L'AUTOCONCEPTE I LA IDENTITAT EN UNA PERSONA TRANSSEXUAL

Realitzat per: Sara Romero Pujadas

Tutoritzat per: Dra. Clara Mateu i Teresa Pretel

Barcelona, gener 2022

Índex

Resum i abstract	3
Introducció	4
Marc conceptual de la intervenció	5
El pacient. Avaluació de problemes, metes, competències i història del pacient	8
Avaluació, formulació del pla de tractament i curs de la intervenció	16
Discussió	32
Referències	36
Annexos	41
Annex 1 – Consentiment informat	41
Annex 2 – Transcripció de les sessions	42
Annex 3 – Tècnica del mirall	45
Annex 4 – Anàlisi temàtica de les autocaracteritzacions	46

Resum

El present treball té com a finalitat exposar l'abordatge de la identitat i millora de l'autoestima i de l'autoconcepte en el cas d'una pacient transsexual, com a variables influents en la millora de la seva qualitat de vida. La pacient és una dona de 33 anys que ha realitzat un total de set sessions en freqüència quinzenal al CSMA de Sants. A través de la intervenció s'ha aconseguit millorar l'autoestima i l'autoconcepte de la pacient, així com reconstruir la seva identitat després del trànsit, integrant el seu passat. En conseqüència s'ha produït una disminució de la simptomatologia ansiosa i depressiva.

Paraules clau: autoestima, autoconcepte, identitat, transsexual, qualitat de vida.

Abstract

The aim of this paper is to address the approach to the identity and the improvement of self-esteem and self-concept in the case of a transgender patient, as influential variables in improving their quality of life. The patient is a 33-year-old woman who has performed a total of seven sessions every two weeks at the CSMA in Sants. Through the intervention, the patient's self-esteem and self-concept have been improved, as well as reconstructing her identity after the gender transitioning, thus integrating her past. As a result, there has been a decrease of the anxiety and depressive symptoms.

Keywords: self-esteem, self-concept, identity, transsexual, quality of life.

Introducció

El present treball descriu un estudi de cas que té com a finalitat exposar l'abordatge de la identitat i millora de l'autoestima i l'autoconcepte d'una pacient transsexual que assisteix al Centre de Salut Mental d'Adults de Sants.

La necessitat de poder atendre aquest col·lectiu i el seu benestar emocional ha anat en augment els darrers anys. Resulta necessari explorar i profunditzar en els termes identitat, autoestima, autoconcepte, entre d'altres, en aquest col·lectiu, degut al procés de trànsit al qual se sotmeten i per la gran probabilitat de patir assetjament i discriminació a causa del rebuig social, fet que els converteix en una població especialment vulnerable.

La intervenció s'ha realitzat durant set sessions d'una hora de duració amb una periodicitat quinzenal. S'ha dut a terme, per una banda, una avaluació quantitativa amb una anàlisi pre i post mitjançant l'Escala de qualitat de vida WHOQOL-BREF (Organització Mundial de la Salut, 1996), l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), l'Escala d'Ansietat per a persones Transsexuals (ESANTRA d'Asenjo & Rodríguez, 2009b) i Escala de Depressió per a persones Transsexuals (ESDETRA d'Asenjo & Rodríguez, 2009c). Per l'altra, s'ha realitzat una anàlisi qualitativa a través del registre de les sessions i analitzant autocaracteritzacions realitzades per la pacient i per persones properes a ella.

Per últim afegir, que en tot cas s'han pres les mesures adequades per mantenir l'anonimat i la confidencialitat del cas, eliminant totes les dades que poguessin ser identificatives (veure Annex 1).

Marc conceptual de la intervenció

En els últims anys s'ha observat un augment ingent i significatiu de la prevalença de persones transsexuals, sent aquesta de 4,6 per cada 100.000 habitants a Catalunya (Modrego et al., 2020). A més, també s'ha produït un increment significatiu en la prevalença de consultes de salut mental per part d'aquest col·lectiu (Arcelus et al., 2015; Domínguez et al., 2011). Actualment, el terme transsexualisme es defineix com la forma més extrema de disfòria de gènere, que provoca en la persona transsexual, un sentiment constant i una convicció de pertànyer al sexe oposat, fet que genera un conflicte permanent d'identitat de gènere (Tangpricha et al., 2003). A conseqüència del descrit, la persona transsexual acostuma a sentir un desig intens de viure i de ser acceptada com un membre del gènere oposat al sexe biològic. Així doncs, generalment, acaba expressant el desig de modificar el seu cos a través de mètodes hormonals i/o quirúrgics, amb l'objectiu de transformar-lo buscant la congruència amb el sentit i desitjat (Hengstschläger et al., 2003).

El transsexualisme està inclòs com a categoria diagnòstica en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2014) i consta dels següents criteris: 1) Identificació acusada i persistent amb l'altre sexe (no només el desig d'obtenir els suposats avantatges relacionats amb els costums culturals). 2) Malestar persistent amb el propi sexe; grau de preocupació elevat per eliminar les característiques sexuals primàries i secundàries i/o creença que s'ha nascut amb el sexe anatòmicament equivocat. A més de complir aquests criteris, l'alteració no coexisteix amb una malaltia intersexual i l'alteració que presenta la persona provoca un malestar clínicament significatiu, deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants.

Cada vegada es fa més evident la necessitat de despatologitzar el transsexualisme. És per això que en el DSM – 5 s’ha substituït el concepte “trastorn d’identitat sexual” (APA, 2002), pel concepte “disfòria de gènere” (APA, 2014), que fa referència al malestar que apareix fruit de la incongruència entre el gènere sentit i el sexe assignat.

És de vital importància l’abordatge psicoterapèutic precoç partint de la concepció esmentada de la construcció de la identitat. Especialment en el cas de la transsexualitat, seria convenient oferir un adequat acompanyament terapèutic que faciliti el procés d’autorealització i orientació en la construcció de la identitat sentida per la persona (Asenjo et al., 2011). Caldria iniciar l’abordatge terapèutic prèviament al tractament hormonal i/o quirúrgic, amb l’objectiu d’ajudar a la persona transsexual a sentir-se millor dins la seva nova identitat de gènere i a enfrontar-se de manera saludable a altres problemes derivats del procés. És a dir, cal ajudar la persona a afrontar les dificultats emocionals, socials i sexuals derivades de la seva nova aparença, treballant amb la seva identitat i autoestima (Hurtado et al., 2007; Michel et al., 2001).

A més de la necessitat de poder abordar terapèuticament les variables descrites derivades de la identitat, existeixen altres factors també rellevants pels quals aquest col·lectiu requereix suport psicològic especialitzat. Freqüentment, les persones transsexuals reben manifestacions d’abús, victimització i estigma social, fet que explica un major risc i disposició a patir trastorns mentals relacionats amb l’estat d’ànim, així com nivells d’ansietat més elevats que la majoria de la població (Bergero et al., 2016).

Els adults joves transsexuals i no binaris (TNB) tenen més risc de patir disparitats de salut (Burgwal et al., 2019), problemes de salut mental, discriminació severa (Leluti-Weinberger et al., 2020) i intents de suïcidi al llarg de la seva vida (Adams & Vincent, 2019). És per això que un dels aspectes importants a treballar és l’autoestima, la qual representa una percepció permanent i realista de nosaltres mateixos en la qual es poden

incloure fortaleses i debilitats. L'autoestima inclou el reconeixement propi i incondicional que es construeix progressivament i s'acostuma a conceptualitzar com una actitud cap a un mateix que resulta essencial per poder mantenir una vida afectiva sana (Roca, 2013).

És especialment important en les persones transsexuals aconseguir un bon nivell d'autoestima perquè en fer-ho, es té una major resistència a les crítiques que pot rebre aquest col·lectiu, es formen relacions més positives amb els altres, es desenvolupen habilitats per demanar i rebre ajuda i en general s'aconsegueix una major gratificació cap a la vida, fent més probable la prevenció d'episodis depressius que poden ser habituals en la transsexualitat (Güell & Muñoz, 2000).

Un altre aspecte rellevant a treballar amb persones transsexuals i que està relacionat amb l'autoestima és l'autoconcepte, variable estretament lligada al benestar personal i a l'autoacceptació (García et al., 2006). El terme autoconcepte fa referència al concepte que una persona té sobre ella mateixa, basant-se en l'observació de les seves pròpies capacitats i limitacions, podent-se veure distorsionat per l'entorn (Molero et al., 2016; Risoto, 2009). Tenint en compte això, l'autoconcepte es desenvolupa prèviament a l'autoestima, és a dir, en primer lloc, el subjecte ha de construir un concepte d'ell mateix, per posteriorment considerar si se sent o no satisfet amb aquest i atribuir així una valoració (García & July, 2016). L'autoconcepte és vital pel seu impacte en el benestar psicosocial i per la seva capacitat per explicar el comportament humà (García & Musitu, 2014).

D'altra banda, la identitat és un aspecte que acostuma a veure's afectat en el procés de trànsit, especialment en les etapes prèvies al tractament hormonal i/o quirúrgic i és per això que és important treballar-la. Entenem la identitat com la consciència i l'assumpció d'una manera de ser, pensar i actuar que doten de significat i sentit la vida de la persona. Aquest tret de l'ésser humà és una estructura estable, dinàmica i creativa que

es va construir a través de la interacció amb l'entorn (Álvarez, 2011). L'aparició del sentiment d'unicat i individualitat s'adquireix del coneixement que un mateix és diferent dels altres i té les seves pròpies característiques, sent rellevants les relacions interpersonals significatives en el desenvolupament de la identitat personal (Sepúlveda, 1996). És necessari estructurar la identitat, un *self* sòlid i segur que permeti desenvolupar la capacitat d'intimar de manera saludable (Romero, 2015).

En conclusió, l'autoestima, l'autoconcepte i la identitat són aspectes estretament lligats que contribueixen al benestar de l'individu i són d'especial rellevància en la transsexualitat. Trobem un buit a l'hora d'abordar, des de la salut mental, concretament aquests conceptes en persones transsexuals i és necessari profunditzar en la relació entre aquestes variables per tal de poder acompanyar aquest col·lectiu en el seu desenvolupament i benestar.

El pacient. Avaluació de problemes, metes, competències i història del pacient.

La pacient, a la que anomenarem Cristina, és una dona de 33 anys. Va iniciar el trànsit (d'home a dona), als 27 anys a través d'un tractament hormonal. Als 32 anys es realitza una vaginoplàstia per tal de canviar els seus genitals amb l'objectiu de convertir el seu cos el més congruent possible amb el gènere sentit i desitjat, que en aquest cas és el femení. Després d'aquesta operació, el seu estat d'ànim i la seva autoestima milloren considerablement. Actualment viu sola a Barcelona i treballa de cambrera en un restaurant.

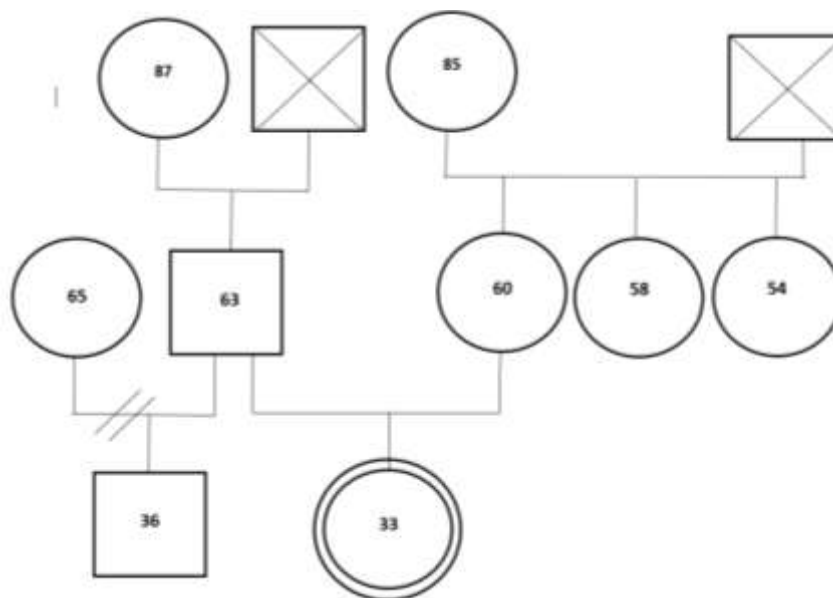
La pacient acut per primer cop al CSMA el juliol del 2019 per simptomatologia ansiosa i depressiva i pel malestar que li provoca el fet de sentir que va néixer amb el cos anatòmicament equivocac. Se li diagnostica trastorn depressiu major i disfòria de gènere.

La pacient referia irritabilitat, ira, fatiga, dificultat per aixecar-se del llit, anhedonia, hipervigilància (derivada pels comentaris que rep a causa del seu físic), por a quedar-se sola, temor a relacionar-se amb altres persones, cognicions anticipatòries, entre d'altres. Aquesta simptomatologia afectava l'àmbit acadèmic, presentant absentisme a la universitat; així com a l'àmbit relacional, ja que la impulsivitat, la irritabilitat i la ira, havien produït diversos conflictes amb familiars, amics i amb la seva parella.

Després de més de dos anys de tractament psicològic i psiquiàtric al CSMA, la simptomatologia ansiosa i depressiva que mostrava a l'inici del tractament s'ha reduït considerablement, tot i que la pacient encara presenta simptomatologia ansiosa i depressiva moderada, possiblement degut a la manca d'autoestima i a la baixa consolidació de la seva identitat. Encara persisteixen cognicions disfuncionals i problemes relacionats amb les habilitats socials i l'assertivitat. Com s'ha esmentat anteriorment, presenta també problemes relacionats amb la identitat, així com dificultats per integrar el seu passat abans del trànsit.

Pel que fa a les seves relacions familiars, té bona relació amb els seus pares, especialment amb la seva mare, així com amb les seves tietes maternes que han estat un gran suport per ella. Manté una relació distant amb el seu germanastre, el qual no acaba d'acceptar el fet que la pacient hagi realitzat el trànsit (veure Figura 1).

Figura 1
Genograma



La pacient refereix que abans que ella nasqués, els seus pares vivien a Canàries. En un moment d'estabilitat econòmica per part dels progenitors, van decidir tenir la Cristina. La mare de la Cristina de seguida es va quedar embarassada i l'embaràs es va desenvolupar amb normalitat.

Tot i viure a Canàries, els pares de la Cristina van decidir que nasqués a Madrid. La seva família materna és d'allà i creien que a Madrid les condicions sanitàries eren millors. El part va ser complicat, es va allargar molt i van haver de realitzar una cesària d'urgència.

La pacient refereix que el seu primer any de vida el passa a Canàries. No en té molts records, però pel que li han explicat els seus pares era una època bonica en què eren molt feliços. Els pares li expliquen que de petita era una nena molt oberta, parlava amb tothom, li agradava explorar-ho tot, etc.

La Cristina comenta que va ser precoç en diferents fites del desenvolupament. Quan la pacient té un any, al seu pare l'acomoden i marxen a viure a Madrid amb l'àvia materna. A partir d'aquell moment, comencen a tenir dificultats econòmiques i es genera

una situació de tensió i de conflictes a casa. La pacient refereix que tot i les discussions, sempre s'ha sentit molt estimada pels seus pares. Al cap de poc temps, el pare marxa a Barcelona a cuidar dels avis de la Cristina, els quals cada vegada són més dependents. Quan se li pregunta si trobava a faltar el pare, refereix que no ho recorda. Té molts bons records del temps que van viure la seva mare, la seva àvia i ella, les tres juntes.

La situació explicada anteriorment, té lloc des que la pacient té un any, fins que en té cinc, moment en el qual l'avi patern mor. En aquell moment el seu pare torna de Barcelona i van a viure en un pis a Madrid, el seu pare, la seva mare i la seva àvia paterna. L'àvia materna passa a viure sola i la cuida la mare de la pacient, juntament amb les seves altres dues germanes.

Pel que fa a l'escolarització, comença a anar a l'escola als cinc anys, edat en què refereix que ja sabia llegir amb fluïdesa i això provocava que a classe s'avorrís molt, fet que la portava a tenir conductes disruptives (parlar a classe, no escoltar, etc.). Recorda que la professora la castigava molt i l'assenyalava i la renyava davant els altres nens. La pacient refereix que aquest fet intensificava la idea que era una nena estranya, fet que provocava que els altres nens li fessin bullying, rient-se d'ella i aïllant-la. Refereix que era molt llesta i molt creativa i que no compartia els interessos dels nens de la seva edat. A ella li agradaven les nines, els peluixos, etc. No li agradava jugar a pilota ni els esports. Refereix que sentia molt rebuig per les actituds agressives i jeràrquiques que tenien els nens a l'hora del pati.

A primària, refereix que seguien els conflictes a l'escola. S'avorria a classe i tenia comportaments agressius amb els professors i amb els altres companys. És llavors quan se li realitza una avaluació psicològica i se li detecten altes capacitats, passant de 2n a 3r de primària. Aquest fet va intensificar l'aïllament i el bullying. Recorda que els nens de la seva edat començaven a parlar de sexe i que a ella la incomodava.

A la pubertat es va començar a sentir molt incòmode amb el seu cos. Refereix que tenia la sensació que havia nascut anatòmicament amb un sexe que no li corresponia, sentia que era una noia en comptes d'un noi. Els canvis que van començar a aparèixer al seu cos l'angoixaven molt.

A l'ESO va canviar d'escola i va seguir aïllada dels companys tot i que ja no rebia bullying. Va començar a interessar-se pels videojocs. En acabar 3r de l'ESO van a viure a Mallorca perquè el seu germanastre (fruit d'un matrimoni anterior del pare) vivia allà. El canvi d'escola la va beneficiar molt. Tenia bona relació amb els professors i amb els companys, tot i no tenir molts amics. Les seves notes van millorar. Tot i aquesta millora, és en aquest moment quan la pacient comença a manifestar símptomes d'ansietat social (temor a situacions on podria ser jutjada, angoixa per sentir-se avergonyida o humiliada, por a interactuar amb estranys, ansietat durant situacions socials, etc.).

Els canvis que estava experimentant en el seu cos (aparició de barba, pèl púbic, creixement dels testicles, faccions de la cara més masculines, etc.) l'angoixaven cada vegada més. La pacient refereix que ella se sentia una dona. Li va confessar la seva angoixa a una companya de classe i aquesta li va explicar als altres companys, els quals es van riure d'ella. En aquell moment s'oblida d'aquella idea, la reprimeix, i no hi torna a pensar fins al cap de molts anys.

En el mateix institut on va cursar 4t d'ESO, va realitzar també el batxillerat tecnològic. Refereix que va treure molt bones notes. La situació amb els companys era similar a la del curs anterior, tot i no tenir amics tenia bona relació amb alguns companys de classe. En acabar el batxillerat, va començar la carrera de filologia catalana. La pacient refereix que a la universitat fa el seu primer amic de veritat, el Raúl. Els dos compartien interès pels videojocs i per la cultura japonesa. La Cristina va començar a estudiar japonès i a tenir interès per la música.

En Raúl va decidir deixar la carrera i es va mudar a Barcelona. La Cristina també deixa la carrera i es muda a Barcelona, on compartia pis amb el Raúl. A Barcelona comença la carrera de traducció. Refereix que la convivència amb el Raúl cada vegada era més complicada fins al punt en què ell marxa sense avisar i no en torna a saber mai més res. Aquesta ruptura amistosa és molt dolorosa per a la Cristina, que deixa d'estudiar traducció i japonès perquè tot el que li recordava al Raúl li provocava malestar. Va començar a estudiar arquitectura, carrera que abandona al cap de 5 anys, referint que no era capaç de seguir el ritme de treball.

Als 25 anys va tenir la primera relació de parella amb una noia. La pacient refereix que sempre ha tingut molt clar que li agraden les noies. La relació va durar 3 anys. La Cristina explica que va ser una relació molt conflictiva perquè la seva parella era molt controladora, possessiva i gelosa. Quan aquesta relació de parella acaba, és quan a la Cristina se li torna a fer molt present la disfòria de gènere. Refereix que havia descuidat molt la seva imatge i que en aquell moment té clar que vol iniciar el trànsit d'home a dona. És en aquest moment, als 27 anys, quan la Cristina comença un tractament hormonal.

La pacient decideix reprendre la carrera de traducció, ja que s'adona que és la carrera que realment sempre ha volgut fer. A la universitat coneix la Natàlia, amb qui comença una relació d'amistat que encara perdura avui dia. També reprèn l'estudi del japonès, idioma que sempre li havia agradat.

La Cristina explica que en aquell moment sentia que tornava a tenir el control de la seva vida i que per fi estava fent allò que li agradava: comença el trànsit d'home a dona, torna a estudiar japonès i traducció i té una amiga per qui realment se sent entesa i recolzada.

És quan comença el trànsit, que comença a vestir-se com una dona tot i que els trets masculins ja estan molt marcats en el seu cos. La simptomatologia ansiosa i depressiva s'accentua en aquell moment, ja que la pacient refereix que la gent la mirava pel carrer i es reia d'ella pel seu aspecte físic, havent arribat a rebre insults. En aquell moment comença el tractament psicològic al CSMA, on es treballa amb la simptomatologia ansiosa i depressiva que pateix. A més a més, es treballa amb EMDR per tal de poder processar les experiències traumàtiques resultants del bullying. Se l'ajuda a diferenciar les situacions que li generen por, d'aquelles que realment són perilloses. Es realitzen sessions de relaxació i de Mindfulness. També es deriva la pacient a psiquiatria on se li recreen antidepressius.

Al cap d'aproximadament dos anys, la simptomatologia ansiosa i depressiva disminueix considerablement. La vaginoplastia a la qual se sotmet a l'edat de 32 anys, millora considerablement la seva autoestima i en conseqüència també es redueix la simptomatologia ansiosa i depressiva.

Actualment, la pacient treballa de cambrera i està a punt d'acabar la carrera de traducció. Està estudiant japonès i romanès. Una de les seves aficions és la música electrònica. S'ha comprat diversos teclats i compon cançons. Ha arribat a compondre un disc que està pendent de ser editat.

Viu sola en un pis a Barcelona. No té parella. Té bona relació amb els seus pares, els quals viuen a Mallorca. La seva mare passa èpoques amb ella al seu pis de Barcelona. Amb el seu pare manté una bona relació, així com amb les seves tietes maternes, les quals viuen a Barcelona. Té una relació distant amb el seu germanastre. La pacient refereix que aquest té una ideologia política de dretes i que es posiciona en contra de les persones transsexuals, fet que provoca que la seva relació sigui distant tot i no ser conflictiva. Té diverses amistats amb qui pot comptar quan té un problema, però a vegades no pot gaudir

d'aquestes relacions perquè sempre sent por que aquestes s'acabin i a què les persones del seu voltant l'abandonin.

La pacient presenta problemes relacionats amb l'autoestima, l'autoconcepte i la identitat, així com simptomatologia ansiosa i depressiva derivada de les dificultats esmentades.

Amb relació a l'autoestima la pacient refereix que sempre ha tingut una autoestima més aviat baixa. Aquestes dificultats es van veure accentuades durant l'adolescència, a causa de la mala relació amb els seus companys de classe i de la disfòria de gènere que patia. Aquests problemes persisteixen avui dia, ja que la pacient afirma no sentir-se a gust amb el seu cos, el qual encara veu massa masculinitzat. Presenta també por que les relacions afectives s'acabin, ja siguin d'amistat o de parella. Té tendència a tenir pensaments disfuncionals relacionats amb la seva vàlua. Tendeix a pensar que no és prou vàlida per rebre l'estima dels altres i que tard o d'hora l'acabaran abandonant.

Pel que fa a la identitat la pacient presenta dificultats per poder definir-se, per poder saber qui és, presentant la necessitat d'acompanyament per tal de poder redefinir-se i reconstruir la seva identitat després del trànsit.

Amb relació a les metes establertes, la pacient manifesta que mitjançant el procés terapèutic, vol aconseguir dues fites en concret, per una banda, vol augmentar la seva autoestima perquè sovint té pensaments disfuncionals relacionats amb ella mateixa:

“Penso que si aprengués a estimar-me més, seria més feliç, tant amb mi mateixa com a l'hora de relacionar-me amb els altres”.

I per l'altra, també expressa la necessitat de poder treballar amb la seva identitat, conèixer millor qui és i poder integrar el seu passat, especialment l'època en què encara no havia realitzat el trànsit: *“També m'agradaria poder conèixer-me més, entendre més qui sóc i poder acceptar el meu passat i integrar-lo”.*

Avaluació, formulació del pla de tractament i curs de la intervenció

L'espai terapèutic s'ha dut a terme al Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Sants, servei públic que es troba dins del centre Cal Muns, gestionat per diverses entitats que formen la Fundació Sant Pere Claver. Es van realitzar un total de set sessions (tres mesos de duració), amb una duració d'una hora cada una i amb una freqüència quinzenal. Les sessions van estar realitzades per l'estudiant de pràctiques del Màster en Psicologia General Sanitària, la qual va estar supervisada per la psicòloga de referència del CSMA. Tot i que l'objectiu de les sessions eren treballar l'autoestima i la identitat, aquest va ser flexible i es va adaptar a les necessitats de la pacient. Per garantir una adequada avaluació i seguiment del procés terapèutic, les sessions es van enregistrar i es van extreure notes significatives, comptant amb el consentiment previ de la pacient.

Es va realitzar una avaluació quantitativa amb una anàlisi pre i post mitjançant els següents qüestionaris:

Escala de qualitat de vida WHOQOL-BREF (Organització Mundial de la Salut, 1996) en la seva adaptació espanyola per Quezada et al., (2008). Aquesta escala consta de 24 ítems i proporciona un perfil de la qualitat de vida percebuda per l'individu, diferenciant les següents dimensions: qualitat de vida i salut global, salut física, salut psicològica, relacions socials i ambient. Les puntuacions van del 0% al 100%, sent 0% la pitjor situació possible i 100% la millor.

Escala d'Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), en la seva adaptació espanyola per González et al. (2000). Aquesta escala està formada per 10 ítems que valoren els sentiments de respecte i acceptació cap a un mateix.

Escala d'Ansietat per a persones Transsexuals (ESANTRA) (Asenjo & Rodríguez, 2009b). Aquesta escala està formada per 30 ítems, amb una mostra general de les respostes d'ansietat més habituals en la pràctica clínica. Aquest instrument permet avaluar

la presència de simptomatologia ansiosa en persones transsexuals. En aquesta escala la puntuació va de 0% a 100%, sent 0% la menor simptomatologia ansiosa possible i 100% la major.

Escala de Depressió per a persones Transsexuals (ESDETRA), (Asenjo & Rodríguez, 2009c). Aquesta escala està formada per 30 ítems, amb una mostra general de les respostes de depressió més habituals en la pràctica clínica. Aquest instrument permet avaluar la presència de simptomatologia depressiva en persones transsexuals. En aquesta escala la puntuació va de 0% a 100%, sent 0% la menor simptomatologia depressiva possible i 100% la major.

El resultats pre que es mostren a la Taula 1 indiquen que la qualitat de vida i la salut global obté puntuacions elevades (90%), pel que fa a la salut física obté una puntuació del 74%, mentre que en la psicològica la puntuació és del 64%. Obté també una puntuació del 67% en les relacions socials i del 80% en el medi ambient. Els resultats indiquen una autoestima baixa, existint problemes significatius amb aquesta, així com la presència de simptomatologia ansiosa i depressiva moderada.

Taula 1
Resultats previs a la intervenció

<p>Escala de qualitat de vida WHOQOL-BREEF</p>	<p>Qualitat de Vida i Salut Global 90%</p> <p>Salut física 74%</p> <p>Salut psicològica 64%</p> <p>Relacions socials 67%</p> <p>Medi Ambient 80%</p>
<p>Escala d'Autoestima de Rosenberg</p>	<p>24. Presència d'una autoestima baixa, existint problemes significatius relacionats amb aquesta.</p>
<p>Escala d'Ansietat per a persones Transsexuals (ESANTRA)</p>	<p>65%</p>
<p>Escala de Depressió per a persones Transsexuals (ESDETRA)</p>	<p>51%</p>

També es va realitzar una anàlisi de caire més qualitatiu demanant a la pacient i a persones properes a ella una autocaracterització. Aquesta tècnica es va aplicar abans de la intervenció i un cop finalitzada aquesta (veure Annex 2).

Per últim, es va dur a terme un recull del contingut més significatiu de les sessions en funció de les metes terapèutiques establertes.

En l'anàlisi de l'autocaracterització prèvia al tractament es va observar que els constructes principals que apareixen estan relacionats amb la manca d'autoestima, amb la insatisfacció corporal i amb la manca d'habilitats socials entre d'altres. Les percepcions negatives predominen per sobre les positives: *“La Cristina està barallada amb el seu cos. És una persona insegura que no és capaç de fer moltes coses i que no és gaire hàbil amb les relacions socials”*. En canvi, en les autocaracteritzacions elaborades per persones properes a la pacient, les habilitats, recursos i capacitats predominen per sobre de les dificultats.

A continuació es realitza un recull del contingut treballat en les sessions que aborden les metes consensuades amb la pacient. A la Taula 2 s'ofereix en format resum les tècniques que s'han utilitzat per aconseguir els objectius principals plantejats i en quina sessió han tingut lloc. Amb relació a l'aliança terapèutica, aquesta ja era de qualitat i estava consolidada abans de les sessions, ja que la terapeuta portava gairebé mig any atenent a la pacient. Tot i això, gràcies a les sessions realitzades, l'aliança terapèutica ha augmentat considerablement, existint un acord respecte tasques i metes que han consolidat el vincle emocional.

Taula 2

Objectiu principal, tècnica utilitzada i número de la sessió en què es realitza.

Objectiu principal	Tècnica utilitzada	Nº de la sessió en què es realitza
Augmentar l'autoestima	Llistat de qualitats (Benson, 1997)	1
Augmentar la satisfacció corporal	Tècnica del mirall (Key et al., 2002).	6

Integrar dues parts que es troben en conflicte, augmentant l'autoestima i l'autoconeixement	Tècnica de les dues cadires (Peñarrubia, 1998).	2
Treball amb l'autoconcepte	Autocaracterització (Kelly, 1955),	3
Substituir els pensaments disfuncionals per altres de més funcionals i reduir la simptomatologia ansiosa	Registre diari de pensaments distorsionats (Beck et al., 1979).	4
Treball amb la identitat	Línia de la Vida (Payne, 2002).	5

Per augmentar l'autoestima, es va elaborar un llistat de qualitats de la pacient, identificant les capacitats, habilitats i recursos que l'han ajudat a millorar. Segons Benson (1997), realitzar una llista de qualitats fa que el pacient pugui prendre consciència del fet que posseeix habilitats, capacitats i recursos que li permeten fer front a l'adversitat, així com centrar-se en aspectes positius d'un mateix. El llistat també resulta útil per poder afrontar situacions adverses futures amb més facilitat. En el cas concret de la pacient, aquesta tasca va resultar especialment útil per la seva necessitat d'augmentar l'autoestima i de valorar més els seus recursos, habilitats i capacitats.

Aquesta tècnica es va realitzar en la primera sessió, on recollint aspectes rellevants de l'anamnesi, explica com estava fa dos anys, a les primeres sessions. Es va observar que atribuïa la seva millora a l'ajuda proporcionada pels terapeutes. Es va fer esment a la importància dels seus recursos, habilitats i capacitats que l'han fet experimentar una millora:

P: Estava totalment enfonsada. Em sentia com a dins un pou. Ho veia tot negre i fosc. Pensava que mai podria sortir-hi...

T: Deuria ser molt dur per a tu... I tot i que pensaves que no podries sortir-hi, finalment ho vas aconseguir!

P: Sí! Estic molt contenta. Sort que vosaltres m'heu ajudat molt...

T: Nosaltres t'hem donat eines i t'hem acompanyat en moments molt complicats per a tu. Et donem les gràcies per la confiança i per estar sempre tan compromesa amb el tractament. Però qui ha aconseguit aquests canvis ets tu. Ets tu qui ha tingut la capacitat de deixar-se ajudar, de sostenir les emocions, de no faltar a cap sessió... Què et sembla si ens centrem en aquestes capacitats, habilitats i recursos que t'han permès arribar on ets ara?

P: D'acord!

Quan es va proposar l'activitat, a la pacient li va costar molt anotar qualitats pròpies, però a poc a poc va ser capaç d'omplir una llista llarga. Es va emportar la llista a casa i es va recomanar que pogués tenir-la a la vista i llegir-la de tant en tant per anar integrant les seves capacitats.

Un altre aspecte important a treballar en la transsexualitat és la imatge corporal (Romero, 2015). A més, en el cas de la pacient, la preocupació per la seva imatge corporal era un aspecte que havia anat apareixent al llarg de les sessions i que també apareixia en l'autocaracterització. És per això que es va utilitzar la tècnica del mirall amb l'objectiu de millorar la satisfacció corporal i en conseqüència l'autoestima, utilitzant la contemplació del propi cos i fomentant la construcció d'un autoconcepte saludable a través de la introspecció i de la reestructuració cognitiva. L'exposició del cos del pacient davant un mirall, ha demostrat ser eficaç per reduir la insatisfacció corporal i augmentar l'autoestima (Key et al., 2002).

En primer lloc, es va explicar que és normal sentir certa incomoditat realitzant aquesta tècnica i que si en qualsevol moment necessitava parar o se sentia incòmode només ho havia de comunicar. Es va demanar a la pacient que es col·loqués davant del mirall i que expressés que sentia. Va expressar que tendeix a fixar-se en tot allò que no li agrada del seu cos. Es va examinar la utilitat d'aquest pensament preguntant-li si aquest

l'ajudava a aconseguir els seus objectius i a solucionar el problema i si aquesta forma de pensar contribuïa al seu benestar. Va arribar a la conclusió que aquell pensament no tenia cap utilitat i que només li dificultava poder aconseguir el seu objectiu, que era poder-se sentir més satisfeta amb el seu cos. Després d'aquest exercici, mentre la pacient seguia mirant-se al mirall, se li varen plantejar una sèrie de qüestions (veure Annex 3) per tal d'afavorir la introspecció i obtenir més informació sobre com se sentia respecte al seu cos.

Posteriorment, es va demanar que, observant-se al mirall, realitzés cinc respiracions profundes i que només s'observés, com un exercici d'exploració i descobriment, on havia d'estar plenament conscient observant el seu cos, intentant no jutjar, acceptant les emocions que aflouessin i procurant no focalitzar l'atenció en els pensaments que apareguessin. Després d'aquest exercici es van dur a terme diverses qüestions (veure Annex 3) que la pacient havia d'anar responnent i que tenien com a objectiu reforçar les qualitats positives, sense intentar eliminar aquelles que considerava negatives.

Posteriorment, un cop respostes les preguntes pertinents, se li va demanar que realitzés el mateix exercici que s'havia realitzat anteriorment, és a dir, realitzar cinc respiracions profundes, observant el seu cos amb una actitud compassiva i d'atenció plena. Un cop finalitzada la tècnica se li pregunta com s'ha sentit realitzant-la: *“Al principi m'he sentit una mica incòmode. Se'm feia molt estrany parlar mirant-me al mirall. M'entristeix veure que el primer que faig quan em miro és dir-me coses negatives i fixar-me en tot el que no m'agrada de mi mateixa. Però ara, després de fer l'exercici, em sento més a gust amb mi mateixa i amb el meu cos. Crec que aquesta tècnica és un bon principi per poder acceptar-me tal com sóc, però noto que encara em falta molta pràctica...”*

Es va recomanar a la pacient realitzar a casa l'activitat que havia tingut lloc durant la sessió. Es van proporcionar pautes (veure Annex 3) on constava quin procediment havia

de seguir per tal de dur a terme aquesta tècnica a casa. Es va recomanar que la realitzés cada dia durant un mínim de tres setmanes.

Amb l'objectiu de poder integrar dues parts de la pacient que es trobaven en conflicte i augmentar l'autoestima i l'autoconeixement, es va utilitzar la tècnica de les dues cadires. La pacient va identificar dues parts d'ella mateixa: una que valorava les seves capacitats i una autoexigent que no li permetia atribuir-se els èxits (veure Annex 4). Es va proposar realitzar la tècnica de les dues cadires (Greenberg et al., 1996), la qual té com a objectiu crear un escenari que representa un conflicte intern. Es proposa al pacient identificar-se amb dues parts d'ell mateix, dos pols oposats, fent referència al joc de control que la persona realitza amb ella mateixa. En una cadira s'asseu la part de l'individu exigent, dominant, autoritària, etc. i en l'altra cadira s'asseu la part submissa, víctima, complaent. Amb aquesta tècnica s'evidencia com la interiorització de normes socials, actituds i maneres de pensar xoquen amb les necessitats i preocupacions més bàsiques de l'individu. L'objectiu de l'escenificació és que aquestes dues parts escindides puguin establir un diàleg i apropar-se, fins a quedar integrades en la consciència, és a dir que aquestes dues parts puguin quedar integrades en el *self* i que el pacient arribi a acceptar-les i pugui conviure amb elles simultàniament (Peñarrubia, 1998).

En primer lloc, es va demanar a la pacient que posés nom a aquestes dues parts. Les va anomenar part crítica i part vulnerable. A continuació es van col·locar dues cadires, una representava la veu de la part crítica i l'altra la veu de la part vulnerable. Se li va demanar que s'assegués a una d'elles i que expressés tot el que pensava la seva part crítica. Posteriorment, la pacient es va asseure a l'altra cadira i va deixar que la part vulnerable pogués expressar com s'havia sentit escoltant la part crítica. Va seguir el diàleg entre les dues parts, de manera que cada una va poder anar expressant el que sentia

i què no li agradava de l'altra fins que van arribar a un acord, de manera que les dues parts van poder conviure de manera més saludable (veure Annex 4). La pacient, després de realitzar l'exercici, va comentar el següent: *“La veritat és que al principi m’he sentit una mica incòmode. Em sentia estranya parlant-li a una cadira (riu). Però quan he pogut visualitzar que en una cadira estava la meva part vulnerable i a l'altra la meva part crítica, ja no m’he sentit incòmode i m’he pogut posar en el lloc de cadascuna... Crec que m’ha impactat més la part vulnerable que la part crítica. Crec que fins ara no era conscient de fins a quin punt m’arriba a afectar aquesta part crítica. Penso que em costarà canviar-ho perquè sempre he sigut així, però avui m’he adonat de fins a quin punt puc arribar a ser cruel amb mi mateixa. Quan em surti aquesta part tan dura intentaré tenir en compte la meva part vulnerable”*.

Per treballar l'autoconcepte es va utilitzar l'autocaracterització (Kelly, 1955), una tècnica narrativa emmarcada dins de la Teoria dels Constructes Personals. Es diferencia d'altres tècniques narratives per l'estructura de les seves intencions, on se sol·licita a la persona descriure's a ella mateixa en tercera persona d'una forma íntima; i pel format de correcció, que tracta de desenfocar el lector de la seva visió i assumir el punt de vista de l'autor com a propi, així com explorar el procés i el sistema de construcció personal. L'autocaracterització, així com altres tècniques narratives, té com a objectiu elaborar nous significats sobre un mateix i sobre l'altre, integrar la pèrdua en la pròpia història i recuperar la sensació d'autoria i control, integrar passat, present i futur i expressar emocions. En el cas de la pacient va ser especialment útil treballar amb l'autocaracterització perquè per poder construir una relació saludable amb els altres, primer calia que construís una percepció diferent i més positiva sobre ella mateixa.

Aquesta tècnica ens permet treballar sobre l'opinió que la pacient ha construït sobre ella mateixa i sobre la percepció de la seva autoestima coneixent el repertori de

constructes a través dels quals l'individu construeix el seu entorn i les seves relacions (Romero, 2015).

Es va comentar amb la pacient l'autocaracterització que va realitzar. Es va fer esment al fet que la inseguretat és el primer constructe que apareix. Sembla que aquesta va molt lligada amb la seva identitat. També va expressar que sempre ha estat insegura i que és un tret que la defineix. Va aparèixer l'angoixa relacionada amb el seu aspecte físic, el qual veu massa masculí. Un altre constructe bàsic que va fer present és la seva por entorn a les relacions socials. La pacient va expressar que com que mai ha tingut èxit amb les relacions socials, ja espera ser rebutjada. Es va comentar també el fet que no és fins a la meitat del text quan comencen a aparèixer trets positius d'ella mateixa. Va reconèixer la seva dificultat per poder trobar els seus aspectes positius. Va expressar que el llistat de qualitats positives (Benson, 1997) que es va realitzar a la primera sessió la va ajudar a ser conscient d'aquesta dificultat. Se li va reforçar el fet que, malgrat aquesta dificultat, va ser capaç de trobar qualitats i afegir-les en l'autocaracterització.

Es van recuperar les autocaracteritzacions que van realitzar la seva mare i la seva millor amiga. Les dues narratives coincidien considerablement a l'hora de descriure la pacient. En les dues apareixien constructes com: sensible, valenta, lluitadora, afectuosa, creativa, intel·ligent, etc. En els dos casos les habilitats, capacitats i recursos destacaven per sobre de les dificultats. La pacient es va mostrar molt impactada per la diferència entre com es veu a ella mateixa i com la veuen les persones del seu entorn. Va referir que aquella activitat li va ser molt útil per començar-se a plantejar el fet que és molt conscient de les seves dificultats, però, en canvi, no té tant en compte els seus recursos, capacitats i habilitats. Va reconèixer que té molts pensaments negatius que li impedeixen veure les seves capacitats i relacionar-se amb els altres.

Amb l'objectiu de substituir els pensaments disfuncionals de la pacient per altres de més funcionals, així com augmentar la seva autoestima, millorar les seves relacions socials i disminuir la simptomatologia ansiosa que presenta, es va utilitzar el registre diari de pensaments distorsionats (DTR), proposat inicialment per Beck et al., (1979), dividit en sis columnes. En la primera s'anota el dia i l'hora en què tenen lloc els esdeveniments, en la segona s'especifiquen les situacions concretes indicant en cada una d'elles on s'estava i que estava passant quan va succeir. A la tercera cal especificar l'emoció o emocions concretes que s'experimentaven indicant la seva intensitat del 1% al 100%. En la quarta columna s'anoten els pensaments automàtics i les imatges que van passar per la seva ment. Aquestes quatre columnes són les que s'utilitzen per identificar els pensaments automàtics i establir la seva relació amb les emocions. Posteriorment, quan s'ha iniciat el procés de debat i cerca d'evidència i d'alternatives als pensaments automàtics explicitats, es procedeix a emplenar les dues columnes següents. La cinquena recull les respostes alternatives als pensaments automàtics incloent la credibilitat que se'ls concedeix. En la sisena s'anota el resultat de la reavaluació de la credibilitat dels pensaments automàtics inicials, així com la intensitat de les seves emocions.

Aquesta tècnica va tenir lloc a la quarta sessió, on es va procedir a observar conjuntament amb la pacient el registre que va realitzar i es van buscar pensaments alternatius per aquelles situacions en què no va poder fer-ho a través del descobriment guiat, que fa referència al procés d'ajudar al pacient a assolir noves perspectives que desafiiïn les creences disfuncionals mitjançant el qüestionament socràtic, guiant-lo a través de preguntes obertes i permetent que sigui ell qui realitzi lliurement associacions i argumentacions (Rodríguez et al., 2011). A continuació s'exemplifica aquest procés:

P: Penso que els hi caic malament als meus companys de la universitat i per això ja no intento relacionar-me amb ells.

T: *En quina evidència et bases per pensar que els hi caus malament als teus companys?*

P: *En què sempre que fan qualsevol festa o un sopar, mai em conviden.*

T: *Quines alternatives podries considerar per explicar que no et convidin a les festes i als sopars? I que passaria si realment els hi caiguessis malament als teus companys?*

P: *Suposo que no em conviden perquè jo tampoc mostro interès ni demano que em convidin als plans... I si realment no els caigués bé suposo que tampoc s'acabaria el món. Tinc altres amics que sí que em valoren.*

Es va realitzar el mateix procediment amb aquells pensaments disfuncionals que no havia pogut substituir per uns altres de més funcionals. La pacient va referir que aquesta tècnica l'ajudava molt a rebaixar els nivells d'ansietat i a guanyar autoestima, ja que sentia que tenia el control dels seus pensaments i que era capaç de reconduir-los.

Amb l'objectiu de trobar nous significats que influïssin positivament en la identitat de la pacient, així com aconseguir un millor autoconeixement i comprensió sobre ella mateixa, es va utilitzar la tècnica de la Línia de la Vida, és a dir un esquema o taula temporal on apareixen els esdeveniments vitals més rellevants de la pròpia biografia. No existeix una pauta concreta per realitzar-la, sinó que és el pacient qui valora la importància dels seus records i és lliure de col·locar, de la manera que cregui més adient, aquells que pensi que han influït més al llarg de la seva vida (Payne, 2002). La pacient va decidir dibuixar la línia de vida en format horitzontal i marcar diferents etapes que van ser importants per a ella: la seva infància, el canvi d'escola on va patir bullying, l'adolescència, la seva primera relació d'amistat, la seva primera relació de parella, etc. Va posar especial èmfasi en el moment vital en què comença el trànsit, el qual descriu com un abans i un després en la seva vida.

Realitzant la tècnica va poder reconèixer que sempre li ha costat integrar el seu passat abans del trànsit i que aquesta tècnica l'ha ajudat a fer-ho: *“Sempre he sentit que la meua vida estava desordenada. Crec que evitava pensar en el meu passat abans del trànsit perquè va ser una època molt dura per mi. La Línia de la Vida m'ha anat molt bé perquè ha sigut una manera d'ordenar la meua vida. Amb altres psicòlegs he parlat molt de tot el que va ser dolorós del meu passat, però mai havia trobat la manera de posar ordre”*. La pacient també comenta que aquesta tècnica l'ha ajudat a integrar el seu passat i a augmentar l'autoconeixement: *“Ara em conec més a mi mateixa. Crec que veure la meua vida en capítols m'ajuda a integrar el meu passat i a posar ordre”*.

Finalment, en l'última sessió com a forma de tancament, es va proposar a la pacient que expliqués que s'emportava de les sessions realitzades, que havia après, quines emocions havia sentit, que li havia estat útil, que no li havia agradat, entre altres aspectes,: *“M'he sentit molt a gust en totes les sessions. Penso que realment m'han anat molt bé per millorar la meua autoestima i per saber qui sóc. Penso que aquestes sessions han sigut el principi per aprendre més de mi i per saber per on començar, però veig que encara em falta molta pràctica. Sempre he tingut una autoestima baixa i m'he tractat molt malament a mi mateixa. Penso que això no canviarà amb unes quantes sessions, però sí que crec que m'has donat les eines per començar a fer-ho”*.

Posteriorment, es va explicar que el tancament de les sessions també es pot viure com un dol i que això podia fer que afloressin diverses emocions. Es va focalitzar l'atenció en els recursos que ha adquirit i en els canvis positius que ha realitzat durant el transcurs de les sessions. Se li va demanar que escrivís aquests recursos i aquests aprenentatges en un paper. Un cop anotats aquests recursos es va fer esment al fet que aquests canvis i aquests aprenentatges han estat fruit del seu esforç i de la seva dedicació, procurant que la pacient s'atribuís el mèrit dels canvis produïts als seus recursos i habilitats i no als del terapeuta.

Un cop dut a terme aquest exercici, es van explorar les pors i angoixes respecte al final de les sessions. Es va utilitzar la llista de recursos com a reforç perquè la pacient fos conscient que té més recursos que abans, que ha aconseguit canvis positius i que segurament tindrà més eines per afrontar situacions adverses. Es va explicar també que l'ésser humà tendeix a tornar a antics hàbits i que perquè els canvis siguin significatius, cal aplicar-los dia a dia. Es va recomanar anar practicant activitats que s'han realitzat a les sessions.

Finalment i com a forma de tancament, es va entregar un certificat que va escriure el terapeuta on es feia referència als recursos i fortaleces de la pacient. En el certificat s'explicaven breument les activitats realitzades durant les sessions i les conclusions a les quals s'ha pogut arribar i es feien presents fortaleces, recursos, mèrits, habilitats, creences i valors personals.

Finalment, a la Taula 3, es mostren els resultats post per tal de fer una valoració quantitativa del procés. Els resultats indiquen que la qualitat de vida i la salut global obté puntuacions elevades (92%), pel que fa a la salut física obté una puntuació del 77%, mentre que en la psicològica la puntuació és de 74%. Obté també una puntuació del 75% en les relacions socials i del 80% en el medi ambient. Els resultats indiquen una autoestima mitjana, és a dir, no presenta problemes d'autoestima greus, però és convenient millorar-la. Amb relació al nivell d'ansietat i depressió obté una puntuació del 44% i del 40% respectivament, fet que indica que segueix havent-hi simptomatologia ansiosa i depressiva, però aquesta és relativament lleu i ha disminuït en comparació amb les puntuacions prèvies al tractament.

Taula 3

Resultats posteriors a la intervenció

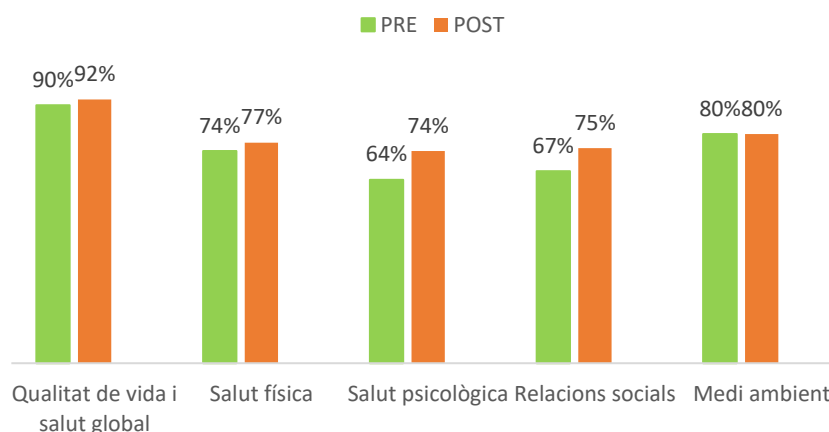
Escala de qualitat de vida WHOQOL-BREF	Qualitat de Vida i Salut Global 92% Salut física 77% Salut psicològica 74% Relacions socials 75%
--	---

Medi Ambient 80%	
Escala d'Autoestima de Rosenberg	28. Autoestima mitjana. No presenta problemes d'autoestima greus però és convenient millorar-la.
Escala d'Ansietat per a persones Transsexuals (ESANTRA)	44%
Escala de Depressió per a persones Transsexuals (ESDETRA)	40%

En l'Escala de Qualitat de Vida WHOQOL-BREEF, en comparació amb l'avaluació prèvia al tractament, la dimensió de qualitat de vida i salut global ha augmentat (del 90% al 92%), com també ho han fet les dimensions de salut física (del 74% al 77%), de salut psicològica (del 64% al 74%) i de relacions socials (del 67% al 75%), mentre que la dimensió de medi ambient es manté igual que en l'avaluació prèvia al tractament (veure Figura 2). Aquestes puntuacions ens indiquen que la percepció de la qualitat de vida global i de la salut general ha millorat després del tractament, sent aquesta elevada.

Figura 2

Avaluació pre – post. Escala de qualitat de vida Whoqol-Breef



En l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), s'ha pogut observar un augment de la puntuació en comparació amb l'avaluació prèvia al tractament, on obté una puntuació de 24, fet que implica la presència d'una autoestima baixa, existint problemes significatius relacionats amb aquesta. En l'avaluació posterior al tractament, la

puntuació és de 28, fet que implica una autoestima mitjana, sense problemes greus relacionats amb aquesta, existint la necessitat de millorar-la (veure Figura 3).

En referència a l'Escala d'Ansietat per a persones Transsexuals (ESANTRA), (Asenjo & Rodríguez, 2009b). S'observa una millora entre les puntuacions prèvies al tractament (65%) i les posteriors (44%). El mateix succeeix amb l'Escala de Depressió per a Persones Transsexuals (ESDETRA d'Asenjo & Rodríguez, 2009c), en la qual les puntuacions prèvies al tractament eren del 51% i les posteriors del 40% (veure Figura 4). Aquestes puntuacions indiquen que, tot i continuar existint simptomatologia ansiosa i depressiva, aquesta és relativament lleu i ha disminuït en comparació amb l'inici del tractament.

Figura 3

Avaluació pre – post. Escala d'Autoestima de Rosenberg

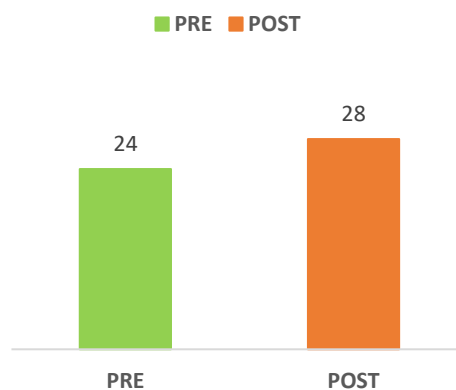
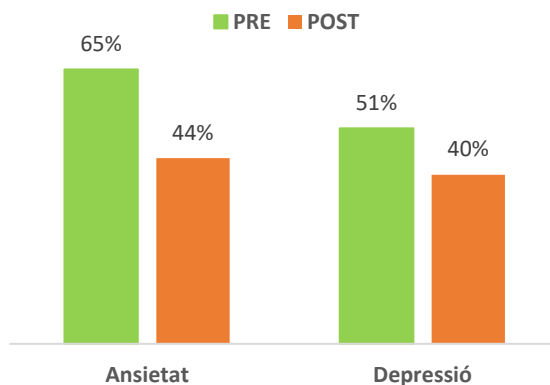


Figura 4

Avaluació pre – post. Escala d'Ansietat per a persones Transsexuals (ESANTRA) i Escala de Depressió per a Persones Transsexuals (ESDETRA)



Pel que fa a les autocaracteritzacions posteriors al tractament, s'observen canvis respecte a les realitzades abans del tractament. La pacient és capaç de trobar més qualitats positives i les seves capacitats, habilitats i recursos destaquen per sobre de les seves dificultats, fet que no passava en l'autocaracterització prèvia al tractament. Amb relació a les autocaracteritzacions realitzades per les persones amb una relació propera a la pacient, aquestes no mostren canvis significatius, però sí que es fa menció al fet que la pacient es mostra més oberta i predisposada a expressar les seves emocions, fet amb què abans presentava dificultats.

La pacient expressa més autoacceptació, una consolidació de la identitat, una integració del seu passat i un augment de l'autoestima: *“Ara em conec més, entenc millor qui sóc”*, *“Aquesta tècnica m’ha ajudat a integrar el meu passat”*, *“Em sento més a gust amb el meu cos”*, *“Em veig més capaç de fer les coses”*, etc.

Podem concloure que el resultat de la teràpia ha estat favorable i que ha ajudat a la pacient a augmentar la seva autoestima i el seu autoconcepte, així com a consolidar la seva identitat. També ha provocat que els nivells d'ansietat i depressió siguin inferiors als de l'inici del tractament.

Discussió

Tal com afirmen Bergero et al. (2016) és necessari l'abordatge psicològic al col·lectiu de persones transsexuals, ja que es troben en una situació de més vulnerabilitat a l'hora de patir trastorns mentals relacionats amb l'estat d'ànim i amb alts nivells d'ansietat. La simptomatologia ansiosa i depressiva sovint és causada per les manifestacions d'abús, victimització i estigma social a les quals s'exposen. Aquest fet s'observa reiteradament en la pacient, la qual presenta nivells elevats d'ansietat i la sensació de ser jutjada i observada per algunes persones del seu entorn.

Resulta imprescindible la necessitat d'oferir un adequat acompanyament terapèutic que faciliti el procés d'autorealització i orientació en la construcció de la identitat sentida per la persona transsexual (Asenjo et al., 2010). En el cas de la pacient, es realitzen les sessions després de la intervenció quirúrgica, per tant, és necessari que rebí suport psicoterapèutic per tal d'ajudar-la a afrontar les dificultats emocionals, socials i sexuals derivades de la seva nova aparença, així com a treballar amb la seva identitat i autoestima (Hurtado, et al., 2007; Michel et al., 2001).

Es confirma que és especialment important aconseguir un bon nivell d'autoestima en el cas de les persones transsexuals perquè en fer-ho, es té una major i millor gestió davant les crítiques, es formen relacions més positives amb els altres, es desenvolupen habilitats per demanar ajuda i es genera una prevenció a possibles trastorns de l'estat d'ànim (Güell & Muñoz, 2000). Abans del tractament, la pacient presentava problemes d'autoestima que afectaven les seves relacions i la seva vida quotidiana, així com simptomatologia depressiva i ansiosa moderada. En augmentar el nivell d'autoestima, ha pogut relacionar-se de manera més saludable amb el seu entorn i ha augmentat la seva qualitat de vida, disminuint també la simptomatologia ansiosa i depressiva.

En addició al treball amb l'autoestima, també és necessari tractar l'autoconcepte, variable estretament lligada al benestar personal i a l'autoacceptació i vital pel seu impacte en el benestar psicosocial (García & Musitu, 2014; García et al., 2006). En el cas de la pacient es feia evident la necessitat de poder reconstruir i revalorar el seu autoconcepte, observant les seves capacitats i limitacions. A través del procés terapèutic ha estat capaç de construir una imatge més positiva de sí mateixa, així com focalitzar-se en els seus recursos, habilitats i capacitats, aconseguint una millor autoestima i més èxit a l'hora d'afrontar situacions adverses.

El treball amb la identitat ha resultat ser un factor molt rellevant, ja que és un aspecte que acostuma a veure's afectat en el procés de trànsit. És necessari estructurar la identitat, és a dir un *self* sòlid i segur que permeti desenvolupar la capacitat d'intimar de manera saludable (Romero, 2015). En el cas concret de la pacient, apareixien problemes per definir-se i per crear relacions saludables amb els altres. Aquest fet, sumat amb la manca d'autoestima, provocava dificultats significatives en les relacions socials. La dificultat per integrar etapes passades, també dificultava la integració i la definició del *self*. El fet de poder definir-se millor i de poder integrar el seu passat, li ha provocat una sensació de major benestar i seguretat, que també s'ha vist reflectida en el seu entorn.

En el cas es pretenia treballar l'autoestima, l'autoconcepte i la identitat per diversos motius a part dels esmentats anteriorment; en primer lloc, gràcies al procés terapèutic que ja havia realitzat prèviament al tractament, s'ha pogut reduir la simptomatologia ansiosa i depressiva i això permet poder abordar temàtiques com l'autoconcepte, l'autoestima, l'autoconeixement, etc. Anteriorment, a causa dels nivells elevats d'ansietat i de simptomatologia depressiva, era difícil poder tractar aquests aspectes. En segon lloc, a causa del moment personal i vital en què es trobava la pacient, cada vegada es feia més evident la necessitat de poder treballar amb la seva autoestima i de poder crear un

autoconcepte més sòlid, integrant la seva identitat i establint relacions més saludables amb l'entorn. Per tant, a causa del moment personal i del moment del procés terapèutic en què ens trobàvem, era especialment indicat treballar amb les variables esmentades.

En tractar aquestes variables, la pacient ha experimentat una millora en la seva qualitat de vida, així com una reducció de la simptomatologia ansiosa i depressiva.

Es fa molt evident el buit que trobem, des de la salut mental, per poder tractar les necessitats de les persones transsexuals i per abordar les variables esmentades anteriorment. Es fa present la necessitat de profunditzar en la relació entre aquestes variables per tal de poder acompanyar aquest col·lectiu en el seu desenvolupament i benestar de forma professional i especialitzada.

En la literatura, no trobem plans d'intervenció concrets per abordar les diferents variables importants a tractar en la transsexualitat. Només trobem algunes directrius sobre com abordar les problemàtiques que puguin anar sorgint, fet que suposa una limitació en la intervenció del cas presentat en el treball, el qual ha anat adaptant i utilitzant de manera integradora tècniques tradicionals, adaptant-se al moment vital en què es trobava la pacient, fet que implica una altra limitació del present treball: les tècniques utilitzades s'han triat en funció del moment vital en què la pacient acudia a la sessió i, per tant, probablement no serien igual d'útils en un pacient amb una situació diferent. L'existència d'un marc de referència permetria aplicar tècniques més acurades i aplicables a qualsevol persona transsexual, sense dependre del moment vital en què aquesta es trobés.

Una altra limitació és la manca d'escala i qüestionaris estandarditzats que puguin avaluar simptomatologia concreta relacionada amb la transsexualitat i amb la disfòria de gènere. Una millor avaluació, permetria també un plantejament d'objectius més acurats i una millor intervenció. Per últim, una limitació evident és la manca de recursos que trobem per treballar amb la salut mental des del sistema sanitari públic. El nombre de

sessions realitzades han estat útils per abordar aspectes concrets i perquè la pacient experimenti beneficis, però segurament són insuficients per establir canvis significatius a llarg termini. Realitzar més sessions, així com sessions de seguiment, seria una eina molt útil perquè puguin haver-hi canvis més significatius a llarg termini, però aquesta metodologia resulta molt difícil d'aplicar a causa del col·lapse que està vivint en aquests moments el sistema sanitari i a la manca de recursos.

Com a perspectiva de futur, seria útil poder crear escales i qüestionaris específics i estandarditzats per avaluar variables relacionades amb la transsexualitat i, a partir d'aquí, crear un pla d'intervenció que es pogués aplicar amb un format més general. Seria necessari també poder disposar de més sessions, així com de sessions de seguiment per poder aconseguir canvis més duradors i significatius.

Referències

- Adams, N. J., & Vincent, B. (2019). Suicidal thoughts and behaviors among transgender adults in relation to education, ethnicity, and income: A systematic review. *Transgender health, 4*(1), 226-246. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0009>
- Álvarez, L. (2011). La compleja identidad personal. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares, 66*(2), 407–432. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2011.15>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arcelus, J., Bouman, W.P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez, F. (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transexualism. *European Psychiatry, 30*(6), 807 – 815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Asenjo, N. & Rodríguez, J. M. (2009b). ESANTRA: *Escala de Ansiedad en Transexuales*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
<http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.1.5433>
- Asenjo, N. & Rodríguez, J. M. (2009c). ESDETRA: *Escala de Depresión en Transexuales*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
<http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.1.5433>

- Asenjo, N., Rodríguez, J. M., Lucio, M. J., & Becerra, A. (2011). Multidisciplinary approach to Transsexuality: From Primary Care to the Gender Identity Disorders Unit in Madrid (GIDU-Madrid). *Semergen*, 37(2), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2010.10.004>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. NewYork: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao:Desclée de Brower, 1983). <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x>
- Benson, P. L. (1997). *All kids are our kids*. Minneapolis:Search Institute.
- Bergero, T., García, M.A., Villena, A., Pérez, L., Sánchez, N., de Diego, Y., & Guzmán, J. (2016). *Gender Dysphoria and Social Anxiety: An Exploratory Study in Spain*. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 1270-1278. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.009>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., García Nieto, I., Orre, C., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 218-229. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>
- Domínguez, J. M., García, P., & Hombrados, M.I. (2011). *Transexualidad en España Análisis de la realidad social y factores psicosociales Asociados*. Málaga: Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo, Universidad de Málaga y FELGTB
- García, A., & July, K. (2016). *Nivel de autoestima en el autocuidado en escolares de educación secundaria de la institución educativa*. Carabayllo. <https://doi.org/oai:repositorio.uch.edu.pe:uch/46>
- García, J. F., & Musitu, G. (2014). *AF -5 Autoconcepto Forma 5*. Madrid. España, TEA Ediciones.
- García, J. F., Musitu, G., & Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18(3), 551-556.

- González, A., Luis, F., Sigüenza, M., Balaguer, Y., & Solá, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología: Universitas Tarraconensis*, 22(1–2), 29–42.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto a punto*. Barcelona, España: Paidós
- Güell, M & Muñoz, J. (2000). *Desconóctete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*, Barcelona, España: Paidós.
- Hengstschläger, M., van Trotsenburg, M., Repa, C., Marton, E.; Huber, J.C., & Bernaschek, G. (2003). Sex chromosome aberrations and transsexualism. *Fertility and Sterility*, 79, 639-640. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9524-4>
- Hurtado, F., Gómez, M., & Donat, F. (2007). Transexualismo y salud mental TT - Transsexualism and mental health. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), 43–57.
- Kelly, G. A. (1955). *Personal Construct Psychology Vol 1: Theory and personality*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H. & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*. 31, 185-190. <https://doi.org/10.1002/eat.10027>
- Lelutiu-Weinberger, C., English, D., & Sandanapitchai, P. (2020). *The roles of gender affirmation and discrimination in the resilience of transgender individuals in the US*. *Behavioral Medicine*, 46(3-4), 175-188. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1725414>

Michel, A., Mormont, C., & Legros, J.J. (2001). A psychoendocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, 145, 365-376.

<https://doi.org/10.1530/eje.0.1450365>

Modrego, I., Hurtado, F., Gómez, M., Sánchez, M., Salazar, J. D. y Morillas, C. (2020).

Demanda, psicopatología, calidad de vida, autoestima y personalidad en personas transexuales adolescentes y adultas jóvenes atendidas en una unidad de referencia en identidad de género en España. *Psicosomática y psiquiatría*, 13, 20 – 32.

<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1304>

Molero, M., Pérez, M.C., Gázquez, J., Barragán, A., Martos, A. & Simón, M. (2016).

Avances de la investigación en salud a lo largo del ciclo vital. ASUNIVEP.

Organización mundial de la salud. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction,*

administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization.

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona:

Paidós.

Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza

Editorial. Greenberg, L.S. y otros (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.

Risoto, M. A. (2009). Influencia del rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres.

Revista Electrónica De Investigación y Docencia (REID), 2, 27 – 44.

<https://doi.org/10.17561/reid>

Roca, E. (2013). *Autoestima Sana*, Valencia, España: ACDE

Rodríguez, R., Vetere, G., Beck, A. T., Baños, R. M., Botella, C., Bunge, E., &

- Rothbaum, B. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Polemos.
- Romero, A. (2015). El valor de la autoestima en las relaciones afectivas. *Revista de psicoterapia*, 26 (100), 107 – 114.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sepúlveda, G. (1996). *Identidad Personal en la Edad Juvenil. Consideraciones en relación a la filosofía política de Hannah Arendt*. Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia.
- Tangpricha, V., Ducharme, S.H., Barber, T.W., & Chipkin, S.R. (2003). Endocrinologic treatment of gender idnetity disorders. *Endocrinology Practice*, 9, 12-21.
<https://doi.org/10.4158/EP.9.1.12>

Annexos

Annex 1 – Consentiment informat



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El estudio

forma parte del Trabajo Final del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria está realizando **Sara Romero Pujadas** en la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna (Universitat Ramon Llull, Barcelona).

La participación en el estudio es voluntaria, de manera que puede abandonarse en cualquier momento.

Los datos de los participantes serán confidenciales y utilizados solo a efectos de esta investigación. Los datos serán tratados según el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1999)*, y según la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002)*.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, mayor de edad, con DNI

Declaro que he recibido información sobre el estudio para el que se solicita mi participación. He sido informado/a de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y la protección de datos, de que mi participación es totalmente voluntaria y de que tengo derecho a retirarme en cualquier momento.

Por todo ello, doy mi consentimiento a participar en el estudio y a que puedan gestionarse mis datos preservando en todo momento mi identidad e intimidad.

En [CIUDAD], a [DIA/MES/AÑO]
[FIRMA PARTICIPANTE]

[FIRMA DE QUIEN REALIZA EL TFM]

Annex 2 – Anàlisi temàtica de les autocaracteritzacions

Anàlisi temàtica de les autocaracteritzacions prèvies al tractament

Autocaracterització realitzada per la pacient			
Categoria	Subcategoria	Transcripció	
Percepcions negatives / Dificultats	Inseguretat	<i>La Cristina és una noia insegura.</i>	
	Insatisfacció corporal	<i>Està barallada amb el seu cos.</i>	
	Manca d'èxit en les relacions socials	<i>Mai ha tingut èxit en les relacions socials.</i>	
	Tendència a esperar a ser rebutjada pels altres	<i>Sempre espera que els altres la rebutgin.</i>	
	Immaduresa	<i>És una mica immadura.</i>	
	Manca d'habilitats plenament desenvolupades	<i>No ha aconseguit mai tenir una habilitat plenament desenvolupada.</i>	
	Manca de recursos per saber què necessiten els altres	<i>No sé si té els recursos necessaris per ajudar els qui estima quan ho necessiten.</i>	
Percepcions positives / recursos, habilitats i capacitats	Manca d'habilitats socials	<i>No té prou habilitats socials perquè les situacions flueixin correctament.</i>	
	Millora en les relacions socials	<i>Ha aconseguit fer amigats que la valoren.</i>	
	Amabilitat	<i>És una persona amable.</i>	
	Creativitat i originalitat	<i>És creativa i original.</i>	
Autocaracterització realitzada per dues persones properes a la pacient	Habilitats en l'aprenentatge	<i>Té facilitat per aprendre coses noves.</i>	
	Categoria	Subcategoria	Transcripció
	Percepcions negatives / Dificultats	Dificultats per treballar en grup	<i>Li costa molt treballar en grup, prefereix aprendre sola.</i>
		Dificultats per adaptar-se als canvis	<i>Li costa adaptar-se als canvis. No li agrada que hi hagi imprevistos.</i>
		Dificultat per expressar les seves preocupacions i emocions	<i>Li costa parlar d'allò que li preocupa o de com se sent.</i>
		Tendència a desconfiar dels altres	<i>Acostuma a desconfiar dels altres.</i>
		Tendència a ocultar les seves qualitats	<i>Acostuma a amagar les seves qualitats.</i>
Dificultats per ser ordenada		<i>Li costa molt ordenar la casa.</i>	
Percepcions positives / recursos, habilitats i capacitats	Sensibilitat	<i>És una noia sensible.</i>	
	Capacitat per fer riure els altres	<i>És molt divertida, sempre et treu un somriure.</i>	
	Empatia	<i>Sempre es posa en el teu lloc.</i>	

	Capacitat de poder conversar fluidament sobre diferents aspectes	<i>Les converses amb ella són molt interessants.</i>
	Capacitat per acceptar als altres	<i>Mai jutja a ningú i fa el possible per acceptar les persones tal com són.</i>
	Capacitat d'ajudar als altres	<i>Sempre t'ajudarà.</i>
	Afectivitat	<i>Sempre ha sigut una persona molt afectuosa.</i>
	Motivació per aprendre	<i>Sempre està motivada per descobrir i iniciar nous aprenentatges.</i>
	Caràcter alegre	<i>Té un caràcter molt alegre.</i>
	Intel·ligència	<i>És una persona molt intel·ligent.</i>
	Creativitat	<i>És molt creativa.</i>
	Millora / motivació en tasques que abans li resultaven difícils	<i>Està millorant i està motivada per fer tasques que abans li costaven, com netejar la casa o endreçar.</i>
	Capacitat de cuidar i de tenir-los en compte als altres	<i>Sempre em cuida i es preocupa per si necessito alguna cosa.</i>

Anàlisi temàtica de les autocaracteritzacions posteriors al tractament

Autocaracterització realitzada per la pacient		
Categoria	Subcategoria	Transcripció
Percepcions negatives / Dificultats	Desconfiada	<i>Li costa confiar en els altres.</i>
	Inseguretat	<i>És una mica insegura.</i>
	Desordenada	<i>Li costa molt ser ordenada.</i>
	Desorganitzada	<i>Li costa organitzar-se a l'hora de realitzar les coses.</i>
	Insatisfacció corporal	<i>No s'acaba de sentir a gust amb el seu cos.</i>
Percepcions positives / recursos, habilitats i capacitats	Valentia	<i>La Cristina és una noia valenta.</i>
	Lluitadora	<i>Sempre lluita per aconseguir allò que es proposa.</i>
	Creativitat i originalitat	<i>La seva creativitat i originalitat la fan ser especial.</i>
	Esforç	<i>S'esforça per aconseguir allò que es proposa.</i>
	Responsabilitat	<i>És una persona responsable.</i>
	Respecte	<i>És molt respectuosa amb tothom i respecta la diversitat d'opinions.</i>
	Generosa	<i>És molt generosa i sempre intenta compartir amb els altres.</i>
	Intel·ligent	<i>És una persona intel·ligent.</i>
	Apassionada	<i>L'apassiona la música, els animals...</i>

	Compromesa	<i>Sempre es compromet amb allò que fa.</i>
Autocaracterització realitzada per dues persones properes a la pacient		
Categoria	Subcategoria	Transcripció
Percepcions negatives / Dificultats	Dificultats per valorar les seves qualitats	<i>Li costa creure que realment té qualitats que li permeten aconseguir el que es proposi.</i>
	Dificultats per adaptar-se als canvis	<i>Mai li han agradat els canvis. De petita ja la posaven nerviosa.</i>
	Tendència a desconfiar dels altres	<i>Li costa confiar en els altres.</i>
	Tendència a ocultar les seves qualitats	<i>Acostuma a amagar les seves qualitats.</i>
	Dificultats per ser ordenada	<i>Li costa molt tenir la casa endreçada.</i>
Percepcions positives / recursos, habilitats i capacitats	Sensibilitat	<i>Sempre ha sigut molt sensible.</i>
	Caràcter alegre	<i>És una persona molt alegre.</i>
	Empatia	<i>Sempre ha sigut capaç d'entendre els altres.</i>
	Capacitat de poder conversar fluidament sobre diferents aspectes	<i>Pots tenir-hi converses molt interessants.</i>
	Capacitat per acceptar als altres	<i>Sempre accepta els altres tal com són.</i>
	Capacitat d'ajudar als altres	<i>Sempre està disposada a ajudar.</i>
	Afectivitat	<i>Sempre està donant petons i abraçades.</i>
	Motivació per aprendre	<i>Li agrada molt aprendre coses noves.</i>
	Capacitat per fer riure els altres	<i>Sempre ha sigut molt divertida.</i>
	Intel·ligència	<i>És molt intel·ligent.</i>
	Creativitat	<i>És molt creativa.</i>
	Millora / motivació en tasques que abans li resultaven difícils	<i>Està intentant millorar en moltes coses que li costen.</i>
	Capacitat de cuidar i de tenir-los en compte als altres	<i>Sempre em cuida i es preocupa per si necessito alguna cosa.</i>
	Més predisposada a parlar de les seves emocions	<i>Últimament està més oberta per parlar de com se sent.</i>

Annex 3 – Tècnica del mirall

Qüestionari 1

- Quan et mires al mirall et veu atractiva?
- Penses que tens coses bones a aportar als altres? Quines?
- Creus que els hi agrades als teus amics, familiars, companys... tal com ets, tenint en compte la teva personalitat?
- Que canviaries del teu físic? I que no?
- Quan et sents i et veus bé, ets sents més segura de teu mateixa en tots els aspectes?

Qüestionari 2

- Què veus al mirall?
- Com és la persona que et mira des del mirall?
- La coneixes?
- Quines coses bones té aquesta persona?
- Quines coses dolentes té qui et mira des del mirall?
- Què és el que més t'agrada d'aquesta persona?
- Canviaries alguna cosa de la persona del mirall?

Pautes per realitzar l'exercici a casa

1. Busca un espai i un moment tranquil per a tu. És important que no tinguis pressa i que puguis dedicar-te plenament a aquesta activitat.
2. Col·locat davant del mirall i pregunta't les següents qüestions:
 - Quan et mires al mirall et veu atractiva?
 - Penses que tens coses bones a aportar als altres? Quines?
 - Creus que els hi agrades als teus amics, familiars, companys... tal com ets, tenint en compte la teva personalitat?

- Que canviaries del teu físic? I que no?
- Quan et sents i et veus bé, ets sents més segura de teu mateixa en tots els aspectes?

És recomanable que anotis en un quadern les respostes a aquestes preguntes, sense deixar d'estar davant del mirall.

3. Observant-te davant del mirall, realitza 5 respiracions profundes. Observa el teu cos realitzant un exercici d'observació i descobriment, amb una actitud plenament conscient i intentant no jutjar, acceptant les emocions que aflorin i intentant deixar passar els pensaments que apareguin.

4. A continuació, pregunta't les següents qüestions:

- Quan et mires al mirall et veu atractiva?
- Penses que tens coses bones a aportar als altres? Quines?
- Creus que els hi agrades als teus amics, familiars, companys... talcom ets, tenint en compte la teva personalitat?
- Que canviaries del teu físic? I que no?
- Quan et sents i et veus bé, ets sents més segura de teu mateixa en tots els aspectes?

És recomanable que anotis en un quadern les respostes a aquestes preguntes, sense deixar d'estar davant del mirall.

5. Torna a realitzar el pas 3.

Annex 4 – Transcripció de les sessions

Transcripció 1

P: Tinc sensacions contraposades... És com si tingués dues parts dins meu. Per una part estic molt contenta i orgullosa de mi mateixa. Llegir aquesta llista i ser conscient de tot el que he aconseguit em fa sentir molt bé... Però, per una altra part, m'entristeix veure que m'ha costat tant omplir la llista. A vegades em costa molt veure que allò que

aconsegueixo és gràcies a les meves capacitats. Quan alguna cosa em surt bé, sempre penso que és sort o que és gràcies als altres o que ho podria haver fet millor. En canvi, quan alguna cosa em surt malament, de seguida penso que és culpa meva i que no valc prou...

T: Entenc... És com si tinguessis dues parts dins teu? Una que et valora, que és conscient de tot el que has aconseguit... i una altra autoexigent que et diu que sempre has de fer més.

P: Sí! És exactament això... És com si tingués dues parts dins que sempre s'estan barallant...

T: Què et sembla si a la següent sessió recuperem això que comentés i intentem treballar-ho?

P: Em sembla molt bé!

Transcripció 2

P: Aquests dies he vist molt que dins meu hi ha dues parts. Una part molt exigent que no em para de dir que he de ser perfecte, que no faig prou bé les coses, que hauria de ser millor, que no sóc bona amiga... I una altra part que em diu que sí que sóc capaç, hàbil, que em mereixo que els altres m'estimin...

T: Quin nom li posaries a aquesta part teva que dius que és tan exigent?

P: Mmmm... Li diria part crítica.

T: I a l'altra part? La part que dius que et veu capaç, hàbil, digne de ser estimada...?

P: Li diria la part vulnerable, perquè sempre està sent atacada i s'acaba creient el que li diu la part crítica.

T: D'acord. Et proposaré un exercici i si en algun moment et sents incòmode i vols parar m'avises. D'acord?

P: *D'acord.*

En aquest moment el terapeuta col·loca dues cadires, una davant de l'altre.

T: *M'agradaria que t'asseguessis en aquesta cadira i que deixessis que la part crítica parlés lliurement i digués tot el que pensa a la part vulnerable.*

La pacient s'asseu a la cadira i comença a parlar.

P: *Penso que ets una gandula. Que dorms massa i no estudies suficient. Et veig lletja i crec que ets mala amiga. Et veig patètica quan intentes desesperadament agradar als altres. Tens tanta por que t'abandonin que et fas pesada.*

T: *Ara m'agradaria que t'asseguessis a l'altra cadira*

La pacient s'asseu a l'altra cadira.

T: *Ara és la part vulnerable qui parla lliurement, diu tot el que pensa i explica com s'ha sentit escoltant la part crítica.*

P: *M'he sentit trista i atacada. Dormo molt perquè des de l'operació estic una mica cansada. A més treballo fins tard a la nit i també necessito descansar. No és veritat que no estudio... I és veritat que em fa por que els altres m'abandonin i que intento agradar...*

T: *Ara prova de dir-li a la part crítica què és el que no t'agrada d'ella.*

P: *No m'agrada que sempre estiguis criticant tot el que faig. Jo m'esforço molt per fer les coses el millor que puc. He lluitat i he patit molt per arribar fins on sóc ara... (Plora).*

T: *Ara m'agradaria que t'asseguessis a la cadira de la part crítica.*

La pacient s'asseu a l'altra cadira

T: *Com t'has sentit en escoltar la part vulnerable?*

P: *Em sap greu que pensi això i crec que té raó... Potser sóc massa exigent.*

T: *Ara prova de dir-li a la part vulnerable que és el que no t'agrada d'ella.*

P: *Quan veig que no estudies o que t'apropes tant a persones que acabes de conèixer em fa molta ràbia. Penso que hem lluitat molt per arribar fins aquí. Sempre ens*

hem hagut d'esforçar molt per aconseguir allò que volíem, ningú no ens ha regalat res... I quan veig que no fas el màxim em fa ràbia.

T: Creus que podries trobar alguna altra manera d'expressar aquesta ràbia a la part vulnerable?

P: Sí... Podria no ser tan exigent i ser més comprensiva. Em sap greu com t'he tractat.

T: Ara m'agradaria que t'asseguessis a la cadira de la part vulnerable i que expressessis com t'has sentit amb el que ha dit la part crítica.

La pacient s'asseu a l'altra cadira.

P: Agraixo les teves disculpes. Jo també accepto que ets una part de mi i que hauré de conviure amb tu, però necessitava que arribéssim a aquest acord i que no fossis tan exigent.