



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**CRECIMIENTO POST-
TRAUMÁTICO Y
VARIABLES ASOCIADAS EN
PADRES Y MADRES DE
MENORES TRANSEXUALES**

Autor: Paloma Salamanca Iniesta

Tutor profesional: Javier Hugo Martín Holgado

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo, 2018

Paloma
Salamanca
Iniesta

**CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO Y VARIABLES ASOCIADAS EN PADRES
Y MADRES DE MENORES TRANSEXUALES**



RESUMEN

El crecimiento postraumático (CPT) es un término referido a cambios positivos que las personas experimentan como consecuencia de vivencias negativas de fuerte impacto. El presente estudio tuvo como objetivo conocer el funcionamiento del CPT en una muestra de 203 padres y madres de niños y niñas transexuales, comparándolo con un grupo control de 249 padres y madres con hijos no clínicos. El diseño fue de tipo transversal y correlacional. Las hipótesis que se manejaban fueron que los niveles de CPT en la población estudiada serían significativamente diferentes respecto a la población general, y que diversas variables como la inteligencia emocional, la rumia o el apoyo social percibido tendrían un papel relevante en la consecución de dicho CPT. En el grupo experimental además, se recogió información relativa a su vínculo con el movimiento asociativo así como la etapa en el proceso de adaptación a la realidad en que se encontraban. Los resultados indican que el grado de CPT no difiere significativamente en ambos grupos a nivel global, aunque sí existen diferencias significativas en dimensiones concretas del constructo. Por otro lado, las variables que demostraron más relación con el CPT fueron distintas para ambos grupos. Se discute posteriormente porqué los resultados han diferido respecto a los esperados, así como la relevancia de las variables más significativas. Se destaca el valor de la participación de estos padres y madres en grupos de iguales como factor determinante en la adquisición de CPT.

Palabras Clave: crecimiento postraumático, parentalidad, niños transexuales

ABSTRACT

Posttraumatic growth (PTG) is a term referring to positive changes that people experience as consequence of negative experiences with a strong impact. The objective of this study was to investigate the functioning of the PTG in a sample of 203 parents and mothers of transsexual boys and girls, comparing it with a control group of 249 parents and mothers with non-clinical children. The design was transversal and correlational. The hypotheses were that PTG levels in the studied population would be significantly different from the general population, and that other variables such as emotional intelligence, rumination, and perceived social support would play a relevant role in it. In the experimental group, moreover, information was collected regarding its link with the associative movement as well as the stage in the process of adaptation to the reality in which they found themselves. The results indicates that the degree of PTG does not differ significantly in both groups globally, although there are significant differences in concrete dimensions of the construct. On the other hand, the variables that were predictors of PTG were all different for both groups. We discussed why the results have differed to those expected, as well as the relevance of the variables that have been most significant. The finding of the value of the participation of these parents in peer groups as a determining factor in the acquisition of PTG is highlighted.

El número de casos de menores transexuales que salen a la luz en nuestra sociedad es cada día mayor. Su relevancia social, la presencia en los medios de comunicación, así como los avances legales y de reconocimiento de derechos que están experimentando en los últimos tiempos hacen de este colectivo un reciente pero importante foco de interés.

A pesar de que los enfoques de respeto y afirmación de la identidad sexual sentida (transafirmativos o transpositivos) y los estudios que los avalan en población adulta han experimentado un gran auge en la última década, cuando se trata de población menor de edad no existe consenso en la comunidad médica y científica sobre cómo acercarnos a esta realidad.

La controversia es amplia, y afecta a cualquier intervención a realizar con los menores en ese momento vital, especialmente antes del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad, posible punto de no retorno en cuanto a la fisionomía para muchos/as adolescentes.

Sin embargo, y aunque más y mejores investigaciones que guíen la intervención clínica deben realizarse, se hace imprescindible conocer de forma urgente la realidad que ya están viviendo estas familias. No es necesario esperar al logro de ningún consenso médico para abordar la problemática específica que enfrentan las personas que se encuentran en la vida de estos menores de manera cotidiana.

Tener un mayor conocimiento sobre las necesidades y potencialidades que presentan estos padres y madres desde un acercamiento empírico, facilitará que la atención profesional a estas personas pueda llevarse a cabo desde el rigor y la profesionalidad, y no guiada por criterios poco claros o fundamentados. En consonancia con esta idea, con el presente trabajo pretendemos conocer más acerca del proceso que tienen que afrontar, y cuáles pueden ser aspectos claves para una mejor adaptación a la realidad que enfrentan.

Disforia de Género y Transexualidad en menores.

Según el manual DMS-5 (American Psychiatric Association; APA, 2014) los niños y niñas con disforia de género (DG) son aquellos que muestran una marcada incongruencia entre el sexo con el que se sienten identificados, y aquel que se les asigna, causándoles un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes de su funcionamiento. Es la etiqueta diagnóstica para lo que popularmente se conoce como “niños y niñas trans”, niños y niñas transexuales (aquellas y aquellos cuyo sexo no coincide con el que se les supuso al nacer tras mirarles los genitales externos) o transgénero (que se identifican con el género contrario). El comienzo de la sintomatología correspondiente al diagnóstico de DG en adultos suele tener lugar entre la infancia y la adolescencia, por lo que uno se considera normalmente evolución del otro.

No hay datos epidemiológicos referidos a los niños, niñas y jóvenes diagnosticados con DG en nuestro país y/o atendidos en los dispositivos habituales para población transexual (atención primaria, Unidades de Identidad de Género, espacios de atención a población LGTBI, etc.), ya

que no están registrados o no han sido publicados. A nivel internacional, no hay aún consenso sobre la prevalencia de la transexualidad, pero los estudios más rigurosos lo sitúan en torno al 1:1.000 (Olyslager y Conway, 2007; Horton, 2008; Gates, 2011). En España, hay poco más de 7 millones de personas entre los 3 y los 17 años (Instituto Nacional de Estadística; INE, 2017), por lo que según estos datos estaríamos hablando de una población de unos 7.000 sujetos.

Frente a esta concepción de la transexualidad como una categoría de manual psiquiátrico, desde otras concepciones de corte más sexológico (Amezúa, 1999; Landaarroitajauregui, 2000) y sociológico (Butler y Soley-Beltrán, 2006) se reivindica la condición transexual como un reflejo positivo de la diversidad sexual humana y, por lo tanto, al niño transexual como un niño sano.

Desde este nuevo enfoque, se entiende que la etiqueta genérica “trans” se aplica a una situación de discordancia entre, por un lado, el sexo asignado al nacer y de crianza (por criterios de genitalidad externa), y, por otro, la propia identidad sexual con la que uno se concibe. Si bien la DG conlleva un malestar manifiesto con el propio cuerpo, desde este enfoque se discute si es tan inherente a la transexualidad este malestar (rechazo, hostilidad hacia sí), o si juegan en él otros factores más de corte psicosocial. Sería cuestionable, por tanto, si el anhelo principal de las personas transexuales es, por ejemplo, una reasignación mediante cirugía o, más bien, un reconocimiento social y una vivencia normalizada de su identidad, una identidad que sólo ellos mismos pueden saber y expresar, y que con frecuencia sólo es reconocida tras una intervención quirúrgica.

Así, disforia y transexualidad dejarían de utilizarse como sinónimos, y se pondría un énfasis mayor en la vivencia normalizada de su identidad mediante procesos de transición.

Por procesos de transición de rol entendemos una serie de transformaciones paulatinas encaminadas a vivir de forma acorde al sexo sentido, que pueden llevarse a cabo también en la vida de menores transexuales. Siendo muchas las opciones, las encontramos desde las más íntimas, realizadas sólo hacia sí mismo (reconocimiento propio) o en el seno familiar, a las más públicas: familia extensa, escuela, pediatra, grupo de iguales, administración... Así como de diversa índole: nombre, lenguaje, vestimenta, aspecto estético, acceso a servicios, reconocimiento legal, etc. Las acciones a realizar son generalmente guiadas por la necesidad de ser más o menos explícitamente reconocido en su sexo sentido, junto con el grado de exposición pública y de visibilidad que la persona y su entorno decidan asumir.

Esta transición supone en muchos casos el camino más deseable y natural para el niño transexual, ya que vivir de forma coherente a quienes somos es una de las aspiraciones universales de todo ser humano a cualquier edad.

Los datos obtenidos hasta la fecha (Olson, Durwood, DeMeules y Mc Laughlin, 2016) sobre menores que han sido apoyados en su identidad sentida y en sus procesos de transición, parecen

mostrar que estos niños y niñas presentan unos indicadores de salud mental muy similares a los de la población cisgénero (cuya identidad sexual y la que se le supuso al nacer coinciden) en esa franja de edad, sin diferencias clínicamente significativas en sus niveles de ansiedad y depresión.

La importancia del apoyo familiar a la identidad sentida sobre los niveles de bienestar y salud que presentan estos menores ha sido contrastada en diversos estudios (Travers, Bauer, Pyne, Bradley, Gale, y Papadimitriou, 2012; Pullen, Robichaud y Dumais-Michaud, 2015; Hill, Menvielle, Sica y Johnson, 2010). Ettner (1999) ha demostrado, por ejemplo, que tanto las relaciones paterno-filiales como el reconocimiento que otorga la familia a la identidad expresada, tienen un gran impacto en la autoaceptación de los niños transexuales. Cuando los padres rechazan a sus hijos, es probable que los niños experimenten baja autoestima y privación emocional. Además, si los padres les retiran su apoyo, los hijos e hijas corren mayor riesgo de quedarse desamparados y sufrir acoso, así como abusos físicos y verbales (Pazos, 1999).

Los hallazgos anteriores no son distintos de los encontrados en población transexual adulta habiendo sido ampliamente contrastada la importancia del apoyo social y familiar (Fernández y García-Vega, 2014; Fernández, 2007; Guerra, 2016), siendo el principal factor de protección frente a multitud de problemas (abandono de la escolaridad, abusos, adicciones, psicopatología, enfermedades de transmisión sexual, discriminación, conductas suicidas, marginalidad, etc.).

La situación de las familias

Como dijimos, la creciente presencia en los ámbitos médico, escolar y, sobre todo, en los medios de comunicación de estos menores ha hecho que su situación sea cada vez más visible en nuestra sociedad, y que lo sea de una forma más abierta y positiva. Sin embargo, por lo general y aún en nuestros días, se trata de una realidad muy ignorada que produce una intensa sensación de estigma y aislamiento en las personas que se encuentran en la vida de estos niños y niñas.

Las familias quedan con frecuencia en una situación de vulnerabilidad a expensas de profesionales de la sanidad, la educación y la psicología no convenientemente preparados, y de una sociedad que, más o menos abiertamente, los rechaza. Se enfrentan a una experiencia vital para la que aún no se han establecido suficientes mecanismos de abordaje.

Si consideramos que la familia está reconocida como la principal fuente de apoyo y salud para cualquier niño, y que son clave en su experiencia de vida, entendemos necesario hacer un acercamiento a la realidad de estos padres y madres. Partimos de la base de que, conocerles y apoyarles es, probablemente, una manera segura de mejorar la calidad de vida de sus hijos, como así indican estudios precedentes en población adolescente (Travers et al., 2012; Pullen et al., 2015).

Demandas y retos a afrontar

Son muchas las tareas y responsabilidades que pueden recaer sobre estos padres y madres.

De cara a su propio hijo/a, deberán atender, en primer lugar, al cuidado que todo niño o niña de cualquier condición necesita, en términos de autoestima, aprendizajes, seguridad en sí mismo, autonomía y protección. En segundo lugar, deberán cambiar la forma en que le concebían y encontrar una nueva forma de relacionarse con él o ella, afrontando un complejo proceso de toma de decisiones: la divulgación o no del hecho al entorno, las adaptaciones a hacer en el hogar y fuera de él, qué postura tomar ante una posible transición, cómo abordar los sentimientos de los hermanos, y así un largo etcétera.

De cara al exterior, deben posicionarse en varios procesos: serán importantes las medidas que se tomen en cuanto a búsqueda de información y ayuda, su grado de visibilidad, el abordaje en la escuela y en la atención primaria, el acceso a determinados servicios y recursos, la forma de lucha contra el estigma o el reconocimiento por parte de la administración, entre otros, que serán fuente de estrés continuo para estos padres.

Por último, están las tareas concernientes a sus propios procesos internos. Muchos padres y madres deberán afrontar la labor de construir un significado a lo que está viviendo su hijo/a y redefinir su propia visión de la transexualidad. La literatura (Lesser, 1999; Menvielle y Tuerk, 2002; Riley, Sitharthan, Clemson, y Diamond, 2011) nos muestra los diversos conflictos que deben atravesar, pasando por estados de shock, autoestigma, sentimientos de culpa, vergüenza, traición, tristeza, rabia, problemas de comunicación, depresión, miedo al futuro, etc. Estas dificultades, y la incapacidad para sobrellevar las propias emociones, pueden contribuir a problemas serios de aislamiento y depresión.

Proceso de adaptación

Algunos autores avalan la presencia de una vivencia de duelo (Brill y Pepper, 2008; Wahlig, 2015) en el proceso de aceptación de la realidad, referido tanto al hijo/a que conocían y han perdido, a la imagen de familia que proyectaban y ya no tendrán, y a la pérdida de un futuro para su hijo/a (y también para sí mismos), que no será como esperaban (Ellis y Eriksen, 2002).

Es, además, un duelo particular, ya que, en este caso, el objeto del duelo no ha fallecido, sigue a su lado, y, probablemente, necesita más apoyos y atención que nunca. Se trata también de una pérdida no reconocida social y culturalmente, e incluso para los propios padres puede resultar confuso tener estos sentimientos, por lo que con frecuencia se coartan y auto-censuran (Brill y Pepper, 2008).

Se han descrito una serie de etapas por las que estos progenitores normalmente pasan en su proceso de ajuste. Emerson (1996) sugirió que los miembros de la familia experimentan cinco

fases, paralelas a las establecidas por Kubler-Ross (1969) por la muerte de un ser querido. Estas son: negación, enfado, negociación, depresión y aceptación, no teniendo por qué presentarse siempre de manera lineal. Además, no son rígidas: cada familia es única y puede avanzar en este proceso de forma diferente.

La etapa de la negación se caracteriza porque los familiares pueden experimentar cierto shock al enterarse de la noticia, queriendo creer que será algo pasajero y confiando en que desaparezca. En esta etapa pueden negarse a hablar del tema o incluso restringir el contacto con su hijo/a para mantener esta negación.

La etapa de enfado implica sentimientos de rabia y traición hacia el propio hijo o hacia otros miembros de la familia a los que se culpa de lo sucedido.

En la etapa de negociación se pretende llegar a un acuerdo sobre la forma en que se va a abordar el tema, relativizando su importancia real. Se busca una “solución”, una salida que implique vuelta a la normalidad en lo posible, al mundo como era conocido anteriormente.

En el momento de depresión, el progenitor se da cuenta de que la identidad que su hijo/a manifiesta es sólida y consistente, entiende que no hay vuelta atrás, y esto le sume en una profunda tristeza que puede llevar a cambios en todas las relaciones familiares.

La fase de aceptación conlleva ser totalmente conscientes del cambio que ha ocurrido, reconocer la pérdida, y comenzar a atender asuntos concretos y reales sobre el bienestar de su hijo. Ya no se producen intentos por volver a la situación anterior, sino que se enfrenta la realidad tal cual es.

Lev (2004), por su parte, habló de un modelo de 4 etapas, que se resumen en: revelación o descubrimiento; agitación, estrés y conflicto; negociación; y equilibrio, que no implica una resolución completa de la situación, sino la integración y aceptación del nuevo miembro transexual en la familia.

Ellis y Eriksen (2002) añaden una última etapa a estas anteriores (en esencia muy similares), que denominan *orgullo*, que va más allá de la mera aceptación. En esta etapa la familia puede llegar a experimentar un sentimiento de crecimiento personal, orgullo por su hijo y una necesidad de activismo por la defensa de los derechos de las personas transexuales.

Es posible que a estas etapas les preceda una más, denominada “etapa latente,” que esconde el secreto familiar; una etapa en la que se sospecha o intuye, pero no se nombra ni se reconoce, la situación de transexualidad del menor (Zamboni, 2006).

Estos modelos de ajuste han sido propuestos de manera descriptiva en estudios cualitativos, en base a entrevistas individuales y grupales, y todos ellos reflejan un proceso evolutivo y adaptativo a la realidad. Sin embargo, es evidente que no todos los procesos se dan de la misma manera. El ritmo, intensidad y duración dependerá de numerosas aspectos y de la interacción entre ellos: el

tipo de relación emocional entre progenitor e hijo/a, el momento vital en que se encuentran ambos, el tiempo de preparación con que se ha contado, la relación de pareja, las circunstancias que rodean la noticia, las creencias religiosas, la situación económica y social que presenta la familia, etc.

Así, se entiende que la elaboración de un duelo es algo dinámico, y se da en consonancia con un gran número de variables. Podemos suponer, por tanto, que cada una de las etapas posibles en este duelo supone un marco para el desarrollo de múltiples aspectos psicológicos de la persona, y un factor clave en el afrontamiento de la realidad.

Estrategias y estilos de afrontamiento

La relativa novedad del fenómeno hace que contemos aún con insuficiente literatura respecto a este tema. En base generalmente a entrevistas semiestructuradas, se ha logrado saber (Wren, 2002; Hill y Menvielle, 2009) que las estrategias que utilizan estos progenitores tienen que ver de una manera muy estrecha con su capacidad para dar significado a lo que está ocurriendo. Padres con una narrativa construida coherente con su sistema de creencias, logran un mayor grado de aceptación de su hijo o hija, y presentan también un estilo de afrontamiento más activo.

Wren (2002), en su estudio, proporciona un esquema de las conductas de afrontamiento que utilizan con mayor frecuencia los padres que aceptan la situación de transexualidad de su hijo/a. Así, sabemos que, generalmente, realizan intentos activos y persistentes de comunicarse con su hijo/a y suelen escucharle activamente. Confían en, al menos, una persona y suelen contactar con profesionales y grupos de apoyo, buscando previamente información en libros o internet. Suelen desafiar los prejuicios en uno mismo y en otros, y piensan positivamente sobre el niño y sus competencias, respetando en mayor medida su autonomía. Finalmente, confrontan problemas de culpabilidad y responsabilidad percibida, y suelen mostrarse dispuestos a apoyar a otras familias en una posición similar.

Por el contrario, los padres que no aceptan la situación tienden a utilizar estrategias pasivas, repetitivas e inflexibles, que tienen por objeto restaurar el *status quo* anterior. Tienen la esperanza de que el problema pueda mantenerse en secreto y de que, si se ignora lo suficiente, llegue incluso a desaparecer. No buscan información sobre el tema ni la ayuda de grupos de apoyo o amigos. Se sentirán frustrados fácilmente por la falta de soluciones claras por parte de los profesionales y sufren mucha impotencia por no poder controlar la situación. Además, presentan sentimientos de vergüenza y preocupación por las opiniones negativas de los demás acerca de las personas transexuales.

Con el presente trabajo buscamos seguir aportando a este conocimiento, estudiando en esta ocasión una nueva variable: el crecimiento post-traumático (CPT), o la capacidad de hacer un cambio psicológico positivo ante la vivencia de una situación muy adversa o estresante.

Pretendemos indagar en las variables que facilitarían a estos padres y madres hacer un aprendizaje constructivo de la situación que atraviesan, desarrollando un proceso sano de crecimiento y fortalecimiento personal.

El crecimiento postraumático (CPT)

El CPT es un término relativamente reciente en la literatura científica, y no fue ampliamente descrito hasta 1996 por Tedeschi y Calhoun. El auge de la psicología positiva ha propiciado su estudio y desarrollo, desde la idea de que el ser humano tiene una capacidad natural para afrontar, adaptarse y dar sentido a las experiencias más adversas (Tedeschi y Calhoun, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

Como dijimos, se refiere a los cambios vitales positivos que las personas podemos experimentar como resultado del enfrentamiento de acontecimientos negativos importantes. El concepto se sustenta en el testimonio de aquellas personas que, posteriormente a un evento traumático o de fuerte impacto, informan de un aumento de su fortaleza personal, del valor que dan a la vida, de la importancia que se otorga a los otros, o de un cambio de valores o prioridades (entre otros).

Los autores proponen así que el trauma puede estar no sólo asociado al dolor, sino también al aprendizaje y fortalecimiento. Sugieren, además, que el crecimiento puede provenir de un diverso rango de experiencias, no sólo traumáticas, sino también crisis vitales, situaciones de alto estrés, estrés crónico o cualquier otra que hayan supuesto para la persona una especie de “terremoto psicológico” y, así, un desafío a sus recursos adaptativos (Tedeschi y Calhoun, 2004).

El modelo postula que, después de este hecho convulso, la forma en que la persona entiende el mundo y su lugar en él se viene abajo (Janoff-Bulman, 1992), y es necesario construir nuevas estructuras cognitivas que nos sirvan para afrontar una nueva realidad. Esta reconstrucción permitirá al individuo un mejor ajuste al medio, una reducción de la angustia y la posibilidad de enfrentar nuevas crisis en el futuro de forma más adaptativa.

Tedeschi y Calhoun y (2004) proponen, y otros autores confirman (Joseph y Linley, 2006), que el cambio que experimentan las personas con CPT se puede englobar en 3 categorías:

- Cambios hacia uno mismo: aumento de confianza para enfrentar la adversidad, incremento de la consciencia de la propia fortaleza personal.
- Cambios en las relaciones interpersonales: ver fortalecidas sus relaciones con los demás, sus relaciones íntimas o su capacidad de altruismo.
- Cambios en su filosofía de vida y espiritualidad: aumento del valor que se le da a la vida, cambio en el orden de prioridades, acercamiento a los valores propios, nueva forma de ver el mundo.

El CPT se puede entender desde dos puntos de vista: como un proceso de aprendizaje fruto del esfuerzo realizado para adaptarse al acontecimiento (Affleck y Tennen, 1996), o bien como un resultado directo del propio evento, que en su vivencia produce tanto experiencias de sufrimiento como de crecimiento (Tedeschi y Calhoun, 1996).

En cualquier caso, no lleva aparejado un sentimiento de invulnerabilidad, no elimina el dolor ni el sufrimiento, y es importante decir que se da en algunos sujetos, pero no en todos. Se considera que ciertas características individuales (previas al suceso) junto con un determinado estilo de procesamiento cognitivo y la influencia del medio, juegan un papel fundamental en el CPT que una persona puede llegar a experimentar.

Sabemos (Affleck y Tennen, 1996; Armeli, Gunthert y Cohen, 2001; Helgeson, Reynolds y Tomich; 2006) que hay determinados facilitadores para su aparición, como son: el grado de estrés que se experimenta (a mayor gravedad objetiva y mayor estrés percibido más CPT); contar con una red de apoyo social satisfactoria y estrategias activas de búsqueda de apoyo; el grado en que también se es capaz de experimentar emociones positivas y de percibir un clima emocional favorable alrededor; y contar con estrategias de reinterpretación y aceptación de lo ocurrido como formas de afrontamiento. Se sugieren también factores de personalidad, como el optimismo (reevaluación positiva, búsqueda de soluciones, visión positiva del mundo y el futuro), rasgos de esperanza disposicional, extroversión o tendencia a la espiritualidad (que permiten encontrar un sentido al trauma).

Respecto a la latencia, se ha confirmado que los efectos positivos del CPT serán mayores cuanto más tiempo haya transcurrido desde el acontecimiento (Helgeson et al., 2006), y que el paso del tiempo fortalece la asociación entre CPT y bienestar (Tennen y Affleck, 2002).

Por otro lado, el CPT como dijimos puede darse junto con indicadores de estrés (Helgeson et al., 2006): se ha confirmado su correlación con síntomas de Trastorno de Estrés Post Traumático, conductas de evitación, rumiación y pensamientos intrusivos. Se argumenta sobre esto último que quizás se deba a la gravedad del suceso que se enfrenta para llegar al CPT (intermedio o alto) o a que las rumiaciones o intrusiones pueden ser una manera de asimilar y dar sentido al acontecimiento.

Es un constructo que ha sido validado no sólo con medidas de autoinforme, sino también con registros de personas significativas de aquellos que experimentan CPT (Shakespeare-Finch y Barrington, 2012), y a través de medidas psicofisiológicas (Milam, 2004; Rabe, Zöllner, Maercker y Karl, 2006). También se ha descartado que el CPT se deba a factores estrictamente madurativos (Taku, Kilmer, Cann, Tedeschi y Calhoun, 2012).

El concepto ya ha sido utilizado en multitud de ámbitos (enfermedades, separaciones, procesos migratorios, abusos, ataques sexuales, accidentes de tráfico, etc.) pero especialmente en el trabajo

con personas que han padecido o padecen cáncer (Campos-Ríos, 2013; Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font y Borràs., 2017), en personas que han vivido desastres naturales (García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela y Cova, 2014), o en padres de hijos con diversidad funcional (Scorgie y Sobsey, 2000; Taunt y Hastings, 2002;).

Dentro de estos últimos, este concepto y otros similares se han estudiado en padres de niños con TDAH (Finzi-Dottan, Triwitz y Golubchik, 2011), en padres de niños con autismo (Hastings, Kovshoff, Ward, Degli, Brown y Remington, 2005) o con síndrome de Down (King y Patterson, 2000).

Estos estudios ofrecen, entre otros, los siguientes resultados:

- La mayoría de los padres y madres manifestaban cambios positivos en sus vidas a raíz de ser padres de un niño/a con discapacidad, que abarcaban sobre todo 3 ámbitos: crecimiento personal, mejora en las relaciones con los otros, y cambio en la escala de valores (Scorgie y Sobsey, 2000).
- Aunque estas familias informaban de más estrés que aquellas sin un hijo con diversidad funcional, no difieren tanto en cuanto a las percepciones positivas sobre sus hijos/as. Se sugiere que estas percepciones cumplen una función relevante en cuanto a los mecanismos de adaptación y afrontamiento en las familias. (Taunt y Hastings, 2002).
- Invertir tiempo en explorar y profundizar sobre los objetivos vitales perdidos repercute en un mayor crecimiento asociado al estrés, especialmente a medio y largo plazo (King y Patterson, 2000).
- La Inteligencia Emocional muestra una correlación destacada con el CPT. La importancia del Apoyo Social percibido es menor para el CPT de estos padres y madres respecto a un grupo control, quizás debido su escaso contacto con otros iguales (Finzi-Dottan et al., 2011).
- Las madres son más capaces de reconocer un impacto positivo sobre lo que le ocurre a su hijo que los padres (Hastings et al., 2005).

En línea con estos trabajos, con este estudio se pretende conocer el CPT presente en unos padres y madres obligados al enfrentamiento cotidiano de una situación de alto potencial estresante, como es la condición transexual de su hijo/a. Creemos que su experiencia de crianza, en comparación con una más convencional, estará llena de retos y dificultades que posibilitan CPT.

Consideramos que su realidad presenta, además, unas particularidades que no se dan en ningún otro tipo de población. Por un lado, el sufrimiento de fuerte estigma por parte de la sociedad: se considera que la discriminación que sufren las personas transexuales a día de hoy en la sociedad española no es comparable a la de ningún otro grupo de riesgo, en cuanto a frecuencia e intensidad

(Laparra, 2014). Por otro lado, la carencia casi absoluta de recursos especializados (profesionales, dispositivos y protocolos) adaptados a la realidad de sus hijos e hijas, con la sobrecarga de responsabilidad y esfuerzo que conlleva.

Basándonos en los estudios previos de padres y madres con experiencias de crianza diferentes y siguiendo el modelo de Tedeschi y Calhoun (2004), exploraremos variables que creemos pueden influir en este colectivo a la hora de presentar un mayor o menor CPT.

En primer lugar, la **Inteligencia Emocional (IE)** será examinada aquí en busca de lo argumentado en otros estudios (Finzi-Dottan et al., 2011; Li, Cao, Cao y Liu, 2015) respecto a su valor determinante sobre el CPT. Definida como la capacidad de percibir las emociones propias y ajenas, de integrarlas, comprenderlas y regularlas para propiciar el crecimiento personal (Salovey, Mayer, Caruso, y Lopes, 2003), las personas con alta IE cuentan con la posibilidad de percibir y evaluar su estado mental y el de otros con más claridad. Esta mayor conciencia de sí mismo y de las situaciones que viven, les proveen de mayores habilidades para la resolución de problemas, sin negar la existencia de éstos ni dejarse llevar por las emociones negativas que comportan (Matthews, Roberts y Zeidner, 2004).

Son diversos los estudios que muestran la importancia del papel jugado por la IE en la capacidad adaptativa de las personas a la hora afrontar situaciones estresantes: sabemos que la IE puede predecir las respuestas al estrés y las estrategias adaptativas que se pondrán en marcha en diversos entornos (Matthews, Emo, Funke, Zeidner, Roberts, Costa y Schulze 2006); que las personas con alta IE creen que pueden influir sobre sus estados de ánimo y utilizan estrategias de afrontamiento activas ante el estrés, mientras que las personas con dificultades en su regulación muestran mayores respuestas de evitación (Salovey, Caruso y Mayer, 2004); además, la IE permite a los sujetos expresar y gestionar mejor las emociones (tanto positivas como negativas) hacia las personas del entorno en situaciones difíciles, mejorando la empatía y la respuesta que se da a los sentimientos del otro (Salovey et al., 2004); por último, la IE también contribuye a una mejor adaptación a situaciones de estrés continuo e intenso como son los procesos de enfermedad y pérdida, mejorando los indicadores de ansiedad y deterioro (Martínez, Piqueras e Inglés, 2011).

Por estos motivos, y siguiendo la sugerencia de Salovey et al., (2003) sobre el rol de la IE en experimentar beneficios al enfrentar situaciones vitales estresantes, creemos lícito pensar que la IE pueda jugar un papel relevante en la consecución de un mayor sentimiento de crecimiento personal en las experiencias de vida de estos padres y madres.

Por otro lado, como dijimos anteriormente, otro aspecto que puede tener relación con la gestión emocional y cognitiva que haga la persona del acontecimiento vivido es el nivel de **rumia**.

En 1991, Nolen-Hoeksema y Morrow propusieron la idea de que los pensamientos repetitivos y persistentes sobre el estado de ánimo negativo tienen una relación directa con la sintomatología

depresiva en cuanto a su probabilidad de aparición, mantenimiento y gravedad de la misma. Esta relación fue contrastada en multitud de estudios (por citar algunos, Horowitz, 1986; Lyubomirsky, Caldwell, y Nolen-Hoeksema, 1998; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991).

A este estilo de pensamiento se le denominó *rumiación*, y se le caracterizó por pensamientos pasivos o relativamente incontrolables, autocentrados, repetitivos, intrusivos, cíclicos, y focalizados en un contenido negativo (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008; Papageorgiou y Wells, 2003; Ehrling y Watkins, 2008). Sus efectos sobre el estado de ánimo, según Papageorgiou y Wells en 2003, tendrían que ver con la amplificación de los pensamientos negativos y la forma en que éstos interrumpen el procesamiento constructivo en la resolución de problemas y el afrontamiento activo, a la vez que disminuyen las posibilidades de apoyo social a largo plazo.

En cuanto a su relación con el CPT, Tedeschi y Calhoun (1996) propusieron desde sus primeros planteamientos que la rumiación juega un papel determinante en el procesamiento de la información traumática, ya que las personas que han sufrido crisis tienden a pensar repetidamente sobre lo sucedido buscando un sentido y una forma de manejar emociones difíciles (Tedeschi y Calhoun, 2004). Varios estudios han confirmado ya esta relación positiva entre rumiación y CPT (Páez, Basabe, Ubillos y González, 2007; Rajandram, Jenewein, McGrath y Zwahlen, 2011; Walter y Bates, 2012; Avilés, 2013; y en el metanálisis de Helgeson et al., 2006).

El proceso por el que la rumia relaciona con CPT parte de que, en los primeros momentos de respuesta al trauma, el procesamiento cognitivo automático es el predominante (Teasdale, 1999), dando lugar a pensamientos e imágenes intrusivas propias de la rumia negativa. Si el proceso es efectivo, podrá darse una desvinculación con los principios y metas anteriores a la crisis, ya que parece que la forma previa de entender la vida no es adecuada a la nueva situación, impredecible e inestable.

Muchas personas que sobreviven a eventos inesperados y difíciles informan de que muchos meses después aún pueden sentirse impactados e incrédulos. Este largo proceso durante el cual persiste la angustia parece ser importante para que ocurra el mayor grado de CPT, ya que se mantiene activo el procesamiento cognitivo. Una resolución rápida, por el contrario, sería un indicador de que el mundo conocido no fue tan gravemente amenazado, y podría acomodarse lo sucedido.

Así, la rumiación contribuye a la adaptación a la nueva realidad que surge tras la crisis. Los esquemas previos ya no sirven, se necesita una visión del mundo diferente, nuevos valores y objetivos vitales con los que vincularse, de forma que uno pueda sentir que sigue avanzando.

Si bien la relación de la rumia con el afecto negativo y, a la vez, con el CPT puede parecer un contrasentido, se ha señalado que las experiencias de supervivientes de traumas parecen ser cualitativamente diferentes a las propias de la depresión clínica (Robinson y Fleming, 1992),

indicando además la existencia de diferentes tipos de rumia con características y consecuencias distintas según la valencia de su contenido.

En 2010, según se cita en Cann, Calhoun, Tedeschi, Triplett, Vishnevsky y Lindstrom, 2011, ya se incluye en el modelo los conceptos de rumiación intrusiva y rumiación deliberada (similares a los de rumiación negativa y reflexiva que ya habían introducido Nolen-Hoeksema y sus colaboradores). La rumiación intrusiva corresponde al concepto que se manejaba de manera clásica (pensamientos negativos e involuntarios sobre la experiencia traumática). La rumiación deliberada se refiere a pensamientos intencionados para tratar de comprender activamente lo que ha sucedido y las implicaciones que conlleva. Es este segundo concepto el que ha mostrado una relación más consistente y determinante con el CPT.

Otro recurso para el crecimiento propuesto por Tedeschi y Calhoun (2004) es el **apoyo social percibido**, especialmente si es estable y persistente en el tiempo. Su modelo teórico para el CPT enfatiza la relevancia de las redes de apoyo como fuente de soporte que permite a la persona la expresión y descarga emocional en seres queridos.

Esta revelación a nivel más íntimo contribuye a crear una nueva narrativa sobre los acontecimientos vividos (Tedeschi y Calhoun, 1996; Neimeyer, 2001) y, así, ofrece perspectivas diferentes que permiten la construcción de esquemas de afrontamiento más adaptativos (Joseph y Linley, 2006). De esta manera, el apoyo social percibido permite un procesamiento constructivo del acontecimiento.

Diversos estudios avalan lo propuesto por los autores del modelo en la relación positiva entre apoyo social y CPT (Morris y Shakesperare-Finch, 2011; Avilés, 2013; García et al., 2014).

Por otro lado, en el modelo de Tedeschi y Calhoun (2004) se diferencia entre el “apoyo de otros” y el “apoyo mutuo”, destacando la importancia de este último en la construcción de nuevas perspectivas o esquemas que permitan un procesamiento más positivo de lo vivido, por la confianza y credibilidad que se concede a aquellos que han atravesado situaciones similares.

Siguiendo esta línea, consideramos posible que el nivel de implicación y pertenencia en un grupo de iguales sea una variable significativa en nuestra población, acorde a la importancia que se da a este factor en múltiples estudios de tipo cualitativo con padres y madres de personas transexuales (Menvielle et al., 2002; Ellis y Erikson, 2002; Zamboni, 2006; Riley et al., 2011; Travers et al., 2012; Pullen et al., 2015; Wahlig, 2015; Coolhart y Shipman, 2017).

Diferenciaremos, por tanto, entre un concepto más general, el del apoyo social percibido, y otro más específico y particular, como es el **grado de participación en grupos de iguales**. Creemos que ambas variables pueden ser relevantes en la construcción del CPT en nuestra muestra, aunque quizás no en la misma dirección o con la misma intensidad.

Por ello, en nuestro estudio recabaremos también información sobre el grado en que estos padres y madres participan en el movimiento asociativo del sector, en recursos más o menos estructurados, y el tipo de participación que tienen (de menor a mayor implicación).

En cuanto a la **etapa del duelo** en el que se encuentre la persona, como vimos, la gravedad de la situación y el tiempo transcurrido son dos variables que a priori juegan a favor del CPT. Creemos, por tanto, que, a mayor evolución en el proceso, será probable encontrar un procesamiento más elaborado de lo sucedido, con más tiempo y oportunidades para la adaptación y, con ello, para el CPT. Con este fin, recogeremos también en nuestra investigación información referente a en qué momento o etapa consideran que se encuentran estos padres y madres en el proceso de aceptación de su hijo/a.

Por todo lo expuesto, y a modo de resumen, en el presente estudio hipotetizamos que los niveles de CPT en la población estudiada serán significativamente diferentes respecto a la población general, y jugarán en ello un papel relevante: (a) su capacidad de gestión y regulación emocional; (b) el nivel de rumia que presenten; (c) el apoyo social percibido; (d) su grado de participación en un grupo de iguales; y (e) la etapa en el proceso de aceptación de su hijo/a en el que se encuentren.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio se compone de 203 padres y madres que tienen hijos de entre 3 y 17 años que se identifican como progenitores de un menor transexual. Conforman un grupo experimental no aleatorizado. La participación ha sido anónima y voluntaria. No hubo criterios de exclusión salvo los referidos a la edad y condición de los menores.

Para acceder a la muestra, hemos entrado en contacto con dos entidades nacionales del ámbito de la transexualidad infantil (Chrysallis y Fundación Daniela) y 5 de ámbito regional (ARELAS, Asociación de familias de menores Trans de Galicia, Dret a ser en la Comunidad Valenciana, TransHuellas en Málaga, el grupo Familias Transformando de COGAM, Madrid, y la asociación TT en Córdoba). Todas ellas accedieron a hacer llegar a sus socios y personas allegadas el cuestionario, bajo los mismos criterios.

El grupo control se ha compuesto de 249 padres y madres con hijos en la misma franja de edad que fueron contactados para el estudio por el boca a boca entre la población general.

Instrumentos

Los instrumentos de medición que utilizamos fueron los siguientes:

- *Inventario de Crecimiento Postraumático* (PTGI, Posttraumatic Growth Inventory), desarrollado por Tedeschi y Calhoun (1996), mide 5 dimensiones donde se manifestaría el CPT: relación con otros, nuevas posibilidades, fortaleza personal, cambio espiritual y apreciación de la vida.

La adaptación española del cuestionario fue validada por Weiss y Berger en 2006. El cuestionario tiene una modalidad de respuesta tipo Likert de 6 opciones en sentido positivo, a más puntuación más cambio, y se compone de 21 ítems agrupados en cinco factores: Relación con otros (17% de varianza total, $\alpha=0,85$), que valora que la persona se sienta más o menos unida a los demás ante las dificultades, con más voluntad para ayudar y dejarse ayudar; Nuevas Posibilidades (16% de varianza total, $\alpha=0,84$) en cuanto a posibles cambios en los intereses o actividades que se llevan a cabo; Fuerza Personal (11% de la varianza total, $\alpha=0,72$) valora cómo ha cambiado el sentimiento de fortaleza y capacidad personal; Cambio Espiritual (9% de la varianza total, $\alpha=0,85$) que incluye planteamientos espirituales y existenciales de la persona después de la experiencia; y Apreciación por la Vida (9% de la varianza total, $\alpha=0,67$), en cuanto a nuevas actitudes positivas hacia uno mismo y hacia la vida. Además la confiabilidad test retest (dos meses) fue de $r=0,71$ (Tedeschi y Calhoun, 1996).

- *Cuestionario DUKE-UNC-11*: desarrollado para evaluar de manera cuantitativa el apoyo social percibido, fue desarrollado por Broadhead, Gehlbach, Degruy, y Kaplan (1988) para el Duke University Medical Center, University of North Carolina. Es un instrumento autoadministrado de 11 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). Incluye dos dimensiones: el apoyo social confidencial, por el cual las personas cuentan con otros con los que pueden compartir sus preocupaciones o problemas; y el apoyo social afectivo, relacionado en este caso con expresiones de amor o pertenencia a algún grupo.

La versión en español fue validada por Bellón, Delgado, De Dios, y Lardelli (1996), obteniendo valores adecuados de consistencia interna (α de Cronbach para la escala total de 0,90, para la subescala de apoyo confidencial de 0,88, y para la de apoyo afectivo de 0,79), y de estabilidad temporal (correlaciones test-retest intraclase de 0,92 en la escala total).

- *Escala de Respuesta Rumiativa – Versión Corta*: esta escala evalúa la tendencia de las personas a presentar un estilo de pensamiento rumiativo de acuerdo a la frecuencia con que se da en momentos de tristeza o abatimiento. Fue elaborada por Extremera y Fernández Berrocal en 2006, siendo una adaptación al español de la escala Ruminative

Responses, perteneciente al Response Style Questionnaire (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Está formada por 10 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, de 1 (Nunca) a 4 (Siempre), mostrando validez de constructo respecto a pruebas de ansiedad y depresión, y un buen índice de consistencia interna ($\alpha=0.86$).

- *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS, de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995), en su adaptación española de la versión reducida TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Este instrumento frecuentemente utilizado en la medición de la Inteligencia Emocional, evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales, en concreto las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas.

Consta de 24 ítems en la que los sujetos evalúan su grado de acuerdo sobre una escala tipo Likert de cinco opciones. Se estructura en 3 dimensiones de 8 ítems cada una de ellas: atención emocional (el grado en que las personas creen prestar atención a sus sentimientos); comprensión o claridad emocional (cómo creen percibir sus emociones las personas); y reparación emocional (creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos). La versión adaptada al español ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas, con un α de Cronbach en cada dimensión por encima de .85. Las correlaciones test-retest después de 4 semanas fueron satisfactorias: para Atención, $r=.60$; para Claridad $r = .70$ y $.83$ para Reparación.

Además, se elaboró un cuestionario *ad hoc* para la recogida de las siguientes variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, número de hijos, lugar de residencia y nivel educativo. Exclusivamente para el grupo de padres y madres de niños transexuales, se añadieron dos preguntas: una relativa al nivel de participación en un grupo de iguales, a elegir de 1 (“No asociado, contacto puntual/informal con algunas personas”) a 5 (“Pertenezco y participo activamente en algún grupo de manera presencial y, además, me considero activista y miembro muy comprometido con el movimiento”); y la segunda sobre la etapa del proceso de adaptación (etapa del duelo) con la que más se identifican en el momento actual, a elegir de 1 (“Creo que lo que le ocurre a mi hijo/a/e es algo pasajero, y que es posible que todo vuelva a ser como antes”) y 6 (“Siento orgullo por la condición trans* de mi hijo/a/e, así como una necesidad de implicarme en la lucha por sus derechos”). Adicionalmente, quisimos medir el tiempo transcurrido desde que saben de la transexualidad de su hijo/a, para lo que se habilitaron dos casillas en las que incluir la edad del menor en el momento actual y la edad en la que por primera vez fueron conscientes de la situación de su hijo/a, con el fin de poder ser contrastadas.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario autoaplicado (Anexo I) para el grupo experimental, que incluyó los 3 instrumentos de medida en formato digital, así como las preguntas de corte demográfico y las relativas a su vivencia como padre o madre de un hijo/a transexual (participación, duelo y tiempo transcurrido). El link al cuestionario fue enviado a las personas de contacto vía online por internet (correo electrónico y teléfono móvil) en la tercera semana de diciembre del año 2017, y fue cerrado 4 semanas después.

Se controló el hecho de que 2 personas que cumplimentasen el test fueran parte de la misma familia (pareja o padres separados) mediante un código de identificación igualmente anónimo (siglas de las 2 iniciales de los apellidos del menor más el número de su edad, por ejemplo Manuel Gil López, de 12 años, sería GL12). Así, se procedió a eliminar al azar a uno de los dos miembros de la díada.

Se obtuvieron 226 cuestionarios debidamente cumplimentados, de entre los que se tuvieron que descartar 23 hasta los 203 finales (18 por criterios de edad del niño/a y 5 por díada).

El cuestionario del grupo control (Anexo 2, equivalente en todo salvo en las preguntas referidas a la vivencia de tener un hijo/a transexual) se envió la segunda semana del mes de enero de 2018, y fue cerrado a las dos semanas. Se obtuvieron 249 cuestionarios de los que todos pudieron incluirse en el estudio (nadie cumplió los criterios de exclusión en cuanto a la edad).

Diseño

Este estudio tiene un diseño ex post factor, retrospectivo, descriptivo, transversal y correlacional de tipo comparativo.

Análisis de datos

Con los resultados obtenidos en los cuestionarios, se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para conocer las características de la muestra. Se realizaron comparaciones entre variables de interés entre los grupos (género, estado civil, nivel de estudios terminados y lugar de residencia) mediante correlaciones con chi cuadrado, y se realizó un análisis de frecuencia de las variables exclusivas del grupo experimental (nivel de participación, etapa del duelo y tiempo transcurrido).

Se llevó a cabo un análisis de comparación de medias entre dos muestras independientes (U de Mann Whitney) para encontrar relaciones estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en las diferentes variables por escalas (5 en el CPT, 3 de IE) y totales (IE, CPT, apoyo social percibido y rumia).

Por último, llevamos a cabo un Análisis de Regresión Lineal Múltiple por pasos para explicar el funcionamiento del CPT en cada grupo por separado en base a las variables que creemos pueden tener algún papel en su predicción, tanto las medidas en común (rumia, apoyo social percibido e IE, así como las dimensiones de la ésta última), como las que corresponden solo al GE (nivel de participación, etapa del duelo y tiempo transcurrido) para este grupo.

El nivel de significación estadística se ha situado en $p < ,05$, y se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows.

RESULTADOS

Se presentan a continuación los contrastes que permiten mantener o rechazar la hipótesis de que la variable crecimiento post traumático (CPT) es significativamente diferente en el Grupo Experimental (GE: padres y madres con un hijo/a transexual) respecto al Grupo Control (GC: padres y madres sin hijo/a transexual).

Para las diferencias entre grupos respecto a las variables categóricas, se presentan tablas de contingencia con su Chi-cuadrado correspondiente (Tabla 1). En base a los resultados obtenidos podemos decir que, en cuanto a estas variables, no se ha podido demostrar diferencias estadísticamente significativas en los grupos en cuanto a género ($p = ,071$), pero sí en lo referente a lugar de residencia ($p < ,001$), estado civil ($p = ,039$) y nivel de estudios terminados ($p < ,001$).

Tabla 1. Pruebas chi cuadrado para las variables categóricas.

	GE	GC
Género		
Mujer	79,3 %	78,7 %
Hombre	17,7 %	20,9 %
Otro	2,9 %	0,3 %
Total absoluto	203	249
Chi-cuadrado de Pearson (p-valor)	5,285 (,071)	
Estado civil		
En pareja	70,4 %	81,9 %
Separado/a o divorciado/a	15,7 %	8%
Soltero/a	7,4 %	4 %
Viudo/a	0,5 %	0,4 %
Otro	5,9 %	5,6 %
Chi-cuadrado de Pearson (p-valor)	10,069 (,039)	
Nivel de estudios terminados		
Universitarios	42,8 %	81,9 %
Educación secundaria	15,8 %	8,4 %
Formación profesional	30,5 %	6,4 %
Sin estudios / Educación primaria	10,8 %	3,2 %
Chi-cuadrado de Pearson (p-valor)	79,124 (< ,001)	

<i>Lugar de Residencia</i>		
Gran población urbana	34,5 %	61,8 %
Mediana o pequeña población urbana	54,7 %	30,5 %
Zona rural	10,8 %	7,6 %
Chi-cuadrado de Pearson (<i>p</i>-valor)	33,940 (< ,001)	

También se registraron, exclusivamente para el GE, las variables Nivel de participación en un grupo de iguales y Etapa del duelo, así como el tiempo transcurrido entre el momento en que fueron por primera vez conscientes de la transexualidad de su hijo/a y el momento actual. Para estas variables se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia variables exclusivas GE

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>NIVEL DE PARTICIPACIÓN:</i>		
No asociado, contacto puntual/informal con algunas personas	11	5,4
Pertenezco a algún grupo o asociación, pero no participo muy activamente	46	22,7
Pertenezco a algún grupo y tengo presencia activa en él, sobre todo a distancia (chats, foros, encuentros puntuales...)	83	40,9
Pertenezco y participo activamente en algún grupo de manera presencial	18	8,9
Además de esto último, me considero activista y miembro muy comprometido con el movimiento	45	22,2
<i>ETAPA DUELO:</i>		
Creo que lo que le ocurre a mi hijo/a/e es algo pasajero, y creo que es posible que todo vuelva a ser como antes	1	,5
Siento rabia y frustración por esto que nos está pasando, no sé por qué nos ha tocado a nosotros	1	,5
Creo que, de alguna manera, podemos llegar a un acuerdo con mi hijo/a/e para solucionar este asunto	1	,5
Me siento con frecuencia muy triste y preocupado en torno a la condición trans* de mi hijo/a/e	6	3,0
Siento que nos hemos adaptado relativamente bien a la situación y estamos llevando a cabo cambios acordes a la realidad de mi hijo/a/e, aceptamos la situación tal como es	64	31,5
Siento orgullo por la condición trans* de mi hijo/a/e, así como una necesidad de implicarme en la lucha por sus derechos	130	64,0
<i>TIEMPO TRANSCURRIDO</i>		
0-2 años	105	51,7 %
3-4 años	46	22,7 %
5-6 años	18	8,9 %
+ 6 años	34	16,7 %

En cuanto a los resultados de las variables cuantitativas, se muestran en la siguiente tabla la información referida a la media y la desviación típica:

Tabla 3. Descriptivos variables cuantitativas por grupo muestral.

	Medias		DT	
	GE	GC	GE	GC
Escala 1 CPT: Mejora en relaciones con otros	27,48	28,33	9,47	7,61
Escala 2 CPT: Fortaleza personal	15,94	16,90	6,01	4,36
Escala 3 CPT: Nuevas posibilidades	21,52	20,86	6,78	5,57
Escala 4 CPT: Apreciación de la vida	11,95	13,79	4,44	3,09
Escala 5 CPT: Crecimiento espiritual	4,99	6,19	2,47	2,60
CPT Total	81,88	86,07	26,94	20,05
Escala 1 IE: Atención emocional	26,65	25,56	6,81	6,92
Escala 2 IE: Claridad emocional	29,05	26,97	6,40	6,72
Escala 3 IE: Reparación de las emociones	29,53	28,41	6,68	6,78
IE Total	85,23	80,94	16,03	14,97
Rumia	24,11	24,25	6,32	6,52
Apoyo Social Percibido	43,46	42,62	8,56	8,77

Con el objetivo de saber si existen diferencias entre los dos grupos respecto a las variables medidas se quiso llevar a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes. Antes de realizar la prueba se comprobó el supuesto de normalidad y homocedasticidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene. Según los resultados obtenidos, no se cumplió para ninguna de las variables el supuesto de normalidad ($p < ,05$), por lo que se procedió a realizar la prueba de **U de Mann Whitney**.

Según los resultados obtenidos, podemos observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a IE Total ($U = 21160$; $Z = -2,97$; $p = ,003$; $r_{bis} = ,14$) (med. GC = 82; med. GE = 86), la Escala 3 de la variable CPT: Nuevas posibilidades ($U = 22527$; $Z = -1,99$; $p = ,046$; $r_{bis} = ,09$) (med. GC = 22; med. GE = 23), la Escala 4 de la variable CPT: Apreciación de la vida ($U = 19523$; $Z = -4,18$; $p < ,000$; $r_{bis} = ,20$) (med. GC = 14; med. GE = 12), la Escala 5 de la variable CPT: Crecimiento espiritual ($U = 18971$; $Z = -4,60$; $p < ,000$; $r_{bis} = ,22$) (med. GC = 6; med. GE = 5), y la Escala 2 de la variable IE: Claridad Emocional ($U = 20712$; $Z = -3,30$; $p = ,001$; $r_{bis} = ,15$) (med. GC = 28; med. GE = 30). Estos resultados indican un tamaño del efecto medio-bajo (en la franja de $r_{bis} = ,10$ a $r_{bis} = ,30$).

Tabla 4. Medianas y Desviaciones Típicas de las variables que muestran diferencias estadísticamente significativas

		MEDIANA	DT
IE Total	GC	82	14,97
	GE	86	16,03
Escala 3 CPT	GC	22	5,57
	GE	23	6,78
Escala 4 CPT	GC	14	3,09
	GE	12	4,44
Escala 5 CPT	GC	6	2,60
	GE	5	2,47
Escala 2 IE	GC	28	6,72
	GE	30	6,40

En el resto de variables no hemos apreciado, sin que por ello puedan descartarse, relaciones estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En cuanto a los baremos sugeridos por los autores de cada uno de los cuestionarios (a excepción de la Escala de Respuesta Rumiativa, para la que no hay propuesta), los resultados de ambos grupos entran en los niveles considerados medios. En la variable Apoyo social percibido (APS), la puntuación media de ambos grupos se encuentran en la categoría de “*APS normal*”, en las 3 escalas de la IE se encuentran en la categoría “*Adecuada*”, y en cuanto al CPT la muestra se enmarca en el apartado “*grado de cambio o crecimiento moderado, típico en poblaciones occidentales después de traumas individuales o hechos extremos personales*”.

Por otro lado, en el **Análisis de Regresión Lineal Múltiple por pasos** para el grupo experimental se obtiene una R^2 de ,103 para la variable CPT en base a las variables introducidas (Nivel de participación y Rumia). Para ambas, se obtuvieron unos coeficientes beta estandarizados positivos, estadísticamente significativos y que indican un tamaño del efecto muy fuerte ($\beta > ,80$). En este análisis quedaron excluidas el resto de variables (IE y sus dimensiones, Apoyo Social y Etapa del duelo) dado que el nivel de significación fue mayor que ,05.

Tabla 5. Coeficientes de regresión múltiple para la variable CPT (GE)

Variables incluidas	R ²	R ² corregida	F (sig.)	β	<i>t</i>	<i>p</i>	Correlación Semiparcial
Paso 2	,112	,103	12,62(<,000)				
Nivel de Participación				6,46	4,22	,000	,282
Rumia				,875	3,07	,002	,205

R² = Coeficiente de Determinación; F (sig.) = Estadístico F (nivel de significación); β = coeficiente de regresión; *t* = *t* de Student; *p* = nivel de significación.

En el Análisis de Regresión Lineal Múltiple por pasos para el grupo control, los resultados muestran que las variables que predicen el CPT de una manera significativa resultaron ser la Escala 2 de la variable IE: Claridad emocional, la Escala 3 de la variable IE: Reparación emocional, y el Apoyo Social Percibido, con una R^2 de ,127. Para estas 3 variables, se obtuvieron unos coeficientes beta estandarizados positivos y estadísticamente significativos, y que indican un tamaño del efecto que va desde moderado (Apoyo social, $\beta > ,20$) a fuerte (las dos dimensiones de la IE, $\beta > ,50$). En este análisis quedaron excluidas el resto de variables (Rumia y la otra dimensión de la IE: Atención emocional) dado que el nivel de significación es mayor que ,05.

Tabla 6. Coeficientes de regresión múltiple para la variable CPT (GC)

Variabes incluidas	R ²	R ² corregida	F (sig.)	B	t	P	Correlación Semiparcial
Paso 3	,137	,127	12,98(<,000)				
IE ESC 2				,749	4,31	,000	,256
IE ESC 3				,505	2,67	,008	,158
Apoyo Social P.				,310	2,17	,031	,129

R² = Coeficiente de Determinación; F (sig.) = Estadístico F (nivel de significación); β = coeficiente de regresión; $t = t$ de Student; p = nivel de significación

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos, podemos decir que la **primera hipótesis** (los niveles de CPT en la población estudiada serán significativamente distintos respecto a la población general) no se cumple en cuanto a las puntuaciones globales, ya que las diferencias entre ambos grupos no son significativas. Por dimensiones, sí existen diferencias relevantes en varias escalas, en concreto, las de Nuevas posibilidades (posibles cambios en los intereses o actividades que se llevan a cabo), Apreciación de la vida (nuevas actitudes positivas hacia uno mismo y hacia la vida) y Crecimiento espiritual (cambio en los planteamientos espirituales y existenciales de la persona después de la experiencia). Sólo en la primera, las diferencias son favorables al grupo experimental, mientras que en los otros dos casos son el grupo de padres y madres sin hijos transexuales los que muestran puntuaciones más altas, contrariamente a lo esperado.

Destaca por tanto la paridad de resultados en ambos grupos, es decir, la no superioridad del grupo experimental respecto al control en esta variable a nivel global.

Existen varios factores que han podido influir en este resultado. Por un lado, se observan importantes diferencias en el perfil de las personas que componen ambos grupos muestrales. Las variables de tipo sociodemográfico indican que no se ha podido contar con 2 poblaciones

homogéneas, y el papel jugado por las diferencias estadísticamente significativas de las variables categóricas (población, nivel de estudios y estado civil, todas salvo género) no ha podido ser determinado, siendo por lo tanto posible considerarlas como variables extrañas no controladas. El grupo experimental mostraba un considerable mayor porcentaje de personas separadas o divorciadas, un porcentaje mucho menor de personas universitarias, y estaba predominantemente formado por personas de poblaciones urbanas de mediano o pequeño tamaño. Por contra, el grupo control se compuso de personas fundamentalmente universitarias, emparejadas y de grandes poblaciones urbanas. Por lo tanto, no hemos podido contar con dos poblaciones equiparables en estos aspectos y el efecto que ha tenido sobre las mediciones no ha podido ser determinado.

En cuanto a la variable género, destacar que los datos de nuestro estudio (un 79% de mujeres en el GE) están en la línea de lo encontrado en la literatura (Menvielle y Tuerk, 2002; Wren, 2002; Hegedus, 2009; Riley et al., 2011), que viene a mostrar una mayor implicación de las madres en este tipo de estudios y, en general, en la responsabilidad que adquieren respecto a sus hijos e hijas transexuales.

Por otro lado, creemos que los resultados pueden estar influidos por las condiciones que el CPT requiere para producirse, y la particularidad de los casos de padres y madres de niños y niñas transexuales. Como ya indicamos, a mayor tiempo transcurrido desde el acontecimiento traumático y mayor gravedad, será más probable encontrar CPT. En nuestro caso, el grupo experimental con el que trabajamos no tiene un acontecimiento de fuerte impacto ya pasado, sino que lo tiene en el momento presente y es un evento aún sin concluir, no sólo por el tiempo transcurrido (el 51,7% es consciente de la transexualidad de su hijo desde hace 2 años o menos) sino también por el fuerte desafío que supone, un desafío que cambiará y evolucionará con el tiempo pero que difícilmente desaparecerá. Por lo tanto, el mecanismo por el que se desarrolla el CPT podemos suponer que en muchos casos estará aún en marcha y, por este motivo, las repercusiones en el crecimiento no estarían del todo asentadas (este hecho podría explicar también la muy superior variabilidad de las puntuaciones en el grupo experimental respecto al control, a pesar de tener puntuaciones medias parecidas).

Sin embargo, al intentar relacionar el tiempo transcurrido desde la consciencia de la transexualidad del menor hasta la actualidad con los niveles de CPT, no hemos podido obtener resultados concluyentes y, así, no se ha podido establecer en nuestro estudio una relación significativa entre ambas variables. Quizás se deba a que la muestra era poco representativa en este aspecto, ya que la mayoría de los participantes se situaron en una sola categoría (la franja entre 0 y 2 años) y esto dificultaba conocer su importancia real.

Por el contrario, en el grupo control esta variable no se ha referido al tiempo presente, sino a un evento elegido por cada sujeto a su elección. Ha podido de esta manera seleccionarse de un pasado

más lejano con total libertad, referirse a un evento menos “activo” en la actualidad y, por tanto, relacionar con un crecimiento más consolidado.

Por otro lado, el tipo de pregunta que se realizó en el grupo control respecto al cuestionario de CPT (“*Por favor, piensa en un acontecimiento especialmente negativo e impactante en tu vida, y señala la respuesta que más se acerca a tu experiencia*”) no contó con ningún filtro sobre el tipo de evento al que se podía referir el cuestionario. Casi todo el mundo ha experimentado un acontecimiento negativo e impactante en su vida, pero variables como la gravedad de lo ocurrido, si tiene o no relación con sus hijos, el tiempo transcurrido desde que ocurrió, o, como hemos dicho, si es un evento aún activo o ya concluido, impiden hacer una comparación con garantías de obtener resultados equiparables a la experiencia de tener un hijo o hija transexual en muchos aspectos.

Por último, otro factor que ha podido influir en los resultados es un sesgo de respuesta hacia una estimación al alza del CPT en el grupo control. Este efecto, que relaciona el CPT auto percibido con estrategias de afrontamiento de reinterpretación positiva para lidiar con sentimientos amenazantes, pero que no se corresponde con un CPT real (tomado de diferentes instrumentos de medida y de diferentes informadores), ha sido comprobado en varios estudios (Frazier, Tennen, Gavian, Park, Tomich y Tashiro, 2009; McFarlan y Alcaro, 2000).

Así, acceder a un recuerdo de trauma o pérdida puede llevar a considerar la vida de uno como más significativa, en un intento por eliminar sentimientos desagradables de incertidumbre (Davis y McKearney, 2003; McGregor, Zanna, Holmes, y Spencer, 2001). Esta autoafirmación compensatoria (Steele, 1988) alivia el malestar emocional y fortalece el sentido de sí mismo y su visión del mundo, lo que en última instancia es fácilmente relacionable con un mayor CPT o, al menos, con alguna de sus dimensiones. Por qué se ha podido dar este efecto en el grupo control y no en el experimental podría explicarse por el hecho de que no tener un referente del acontecimiento traumático explicitado en el cuestionario, algo concreto y tangible en lo que pensar, haya propiciado un mayor efecto de sobreestimación.

Respecto a las diferentes dimensiones del constructo, una de las escalas donde el grupo control obtiene mayores puntuaciones a su favor de manera significativa es la de Apreciación de la vida. Esta escala contiene enunciados como “*He cambiado la escala de valores de mi vida*”, o “*Aprecio más el valor de mi vida*”. Creemos que esta dimensión, íntimamente relacionada con el sentido de la propia vida que acabamos de indicar, ha respondido a este último funcionamiento sugerido.

En cuanto a la otra dimensión en la que sucede este tipo de diferencia, la de Crecimiento espiritual, sabemos que tener sentimientos religiosos que permitan encontrar un sentido al trauma es un factor predisponente para desarrollar CPT, y que la religiosidad es una de las estrategias más

relevantes asociadas al CPT (Rajandram et al., 2011). En nuestra población objeto de estudio, es probable que los sentimientos religiosos estén afectados por su vivencia de tener un hijo/a transexual y los mensajes considerados transfobos por este colectivo que las instituciones religiosas mantienen en nuestro país. Además, conviene en este punto recordar las diferencias en las variables sociodemográficas de ambos grupos, ya parece razonable pensar que las características del grupo experimental (mayor porcentaje de separados o divorciados, no haber cursado estudios superiores en su mayoría, y vivir predominantemente en poblaciones de tamaño mediano o pequeño) hayan podido afectar a la forma de vivir la religiosidad y/o a la manera en que pueden ser influenciados por ella.

Por lo tanto, no son del todo sorprendentes los resultados obtenidos en esta dimensión, y es factible creer que han influido también en la medida del CPT global.

La escala que sí muestra diferencias significativas a favor del grupo de madres y madres con hijos transexuales, la de Nuevas posibilidades (con afirmaciones como “*He construido un nuevo rumbo o camino en la vida*” o “*Me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida*”), confirma, según lo esperado, que esta población se muestra motivada en mayor medida a afrontar nuevos retos y desafíos con actitud positiva.

En cualquier caso, queremos hacer notar que el hecho de que padres y madres con y sin hijos e hijas transexuales no hayan reportado niveles significativamente distintos en CPT a nivel global, no quiere decir que los niveles de CPT hallados en el grupo experimental sean bajos ya que, como dijimos, encajan adecuadamente en el baremo propuesto por los autores para personas que viven traumas individuales o hechos extremos personales, y casi un 70% de los sujetos reflejan un nivel de CPT de moderado a importante. Por otro lado, la igualdad en las puntuaciones puede ser considerada como un buen resultado en cuanto a que, de ser real, el hecho de tener un hijo/a transexual no supondría un condicionante que se pueda considerar como muy diferente respecto a otras condiciones o experiencias particulares de la vida.

Por último, otra información relevante que nos ofrecen los resultados que buscaban contrastar esta primera hipótesis, tiene que ver con la variable Inteligencia Emocional que, si bien no era objeto de la investigación determinar si era diferente en ambos grupos, así se ha confirmado. Con ello se demuestra que los padres y madres de niños y niñas transexuales tienen una IE mayor que el los padres y madres sin esta condición y, concretamente, una capacidad significativamente superior para percibir sus propias emociones. El hecho de que exista un porcentaje ligeramente mayor de mujeres que de hombres en el grupo experimental respecto al control ha podido contribuir parcialmente a estos resultados, ya que múltiples estudios avalan que la IE es una variable que obtiene puntuaciones más altas en ellas (Sánchez, Fernández-Berrocal, Montañés y Latorre, 2008). Este relación entre género e IE también ha sido confirmado en la población de

padres y madres de niños transexuales (Wren, 2002). Sin embargo esta superioridad en el porcentaje es tan leve (0,6 puntos), que no puede explicar por sí sola las diferencias significativas entre los dos grupos.

En cuanto a la **segunda hipótesis** (en la predicción del CPT tendrán un papel relevante las variables inteligencia emocional, apoyo social percibido, tendencia a la rumia y, en concreto para el grupo de padres y madres con hijos/as transexuales, su grado de participación en un grupo de iguales y la etapa en el proceso de adaptación en el que se encuentren) se cumple parcialmente, ya que algunas de estas variables sí resultan relevantes para el grupo experimental pero otras no. En concreto, las relevantes son solamente la rumia y, de una manera muy destacada, el nivel de participación con iguales. Por lo tanto, ni el apoyo social percibido, ni la IE, ni la etapa en el proceso de adaptación o duelo en el que se encuentren, parecen hacer aportaciones relevantes al CPT en estos padres y madres.

Es especialmente sorprendente el papel poco significativo jugado por esta última variable. Creemos que se debe a que la muestra fue excesivamente homogénea en cuanto a la etapa del proceso que atravesaban, estando el 95'5% en alguna de las últimas dos etapas de las 5 que se ofrecían ("Nos hemos adaptado bien y aceptamos la situación": 31'5%; "Siento orgullo": 64%). De nuevo, la poca diversidad en las respuestas hace que esta variable no haya resultado significativa, al no poder aportar un valor diferencial para cada una de las etapas.

Esta dificultad a su vez está relacionada con el hecho de que toda la muestra del grupo experimental fue contactada a través del movimiento asociativo que representa a los y las menores transexuales y sus familias, ya que resultó imposible acceder a estos progenitores de manera independiente (los dispositivos tanto públicos como privados de atención a menores transexuales no pueden facilitar datos personales, y acceder a población que no ha acudido a algún tipo de recursos y/o asociación no ha sido viable).

Es razonable pensar que dar el paso de contactar y relacionarse con iguales se haga en un momento del proceso en el que se cuenta con cierta aceptación de la transexualidad de su hijo/a, y que esto ha contribuido a obtener estos porcentajes tan elevados en las etapas finales del proceso de duelo. Creemos también que ha podido influir sobre determinadas respuestas en el resto de variables, siendo las más evidentes las relacionadas con el grado de participación en un grupo de iguales (sólo un 5'4% no pertenece a algún grupo o asociación), pero sin que podamos descartar esta influencia en las demás. Por tanto, contamos con un sesgo de partida en el acceso a la muestra, convirtiéndose de esta manera el hecho de ser contactado exclusivamente a través del movimiento asociativo en una variable extraña que no pudo ser controlada.

Sin embargo, este factor no es el único que ha podido influir en esta homogeneidad de las respuestas. Así, no podemos dejar de notar una clara contradicción entre el hecho de que la mayoría de los progenitores se sitúen en la etapa última del proceso de adaptación (“Siento orgullo”), y lo apuntado anteriormente sobre el tiempo transcurrido desde que son conscientes de la transexualidad de su hijo y que se pueda considerar este hecho como un “trauma no cerrado”. Si el evento aún está lo suficientemente abierto como para condicionar su CPT, ¿cómo es posible entonces que más del 95 % se considere a sí mismo en las dos etapas más avanzadas del proceso?

Creemos que la forma en la que estaban formuladas las 5 opciones de respuesta y el contenido que representaban han podido influir en cómo se situaba la persona respecto a la pregunta. Las 4 primeras categorías (“Creo que es posible que todo vuelva a ser como antes”, “Siento rabia y frustración”, “Podemos llegar a un acuerdo”, y “Me siento triste y preocupado”) tenían un claro componente afectivo referidas a sí mismos y usaban un tono mucho más negativo en contraste con las últimas dos categorías (las citadas “Aceptamos la situación” y “Siento orgullo”), que presentaban componentes de mayor empoderamiento. De alguna manera, estos dos estilos contrapuestos pueden haber producido alguna reacción en los padres y madres o, lo que es lo mismo, un sesgo hacia las opciones más positivas que ya se había apuntado en estudios previos.

Por un lado, se había sugerido cierta necesidad de demostrar una visión más positiva de su realidad familiar, en lugar de una más imparcial (Ellis y Eriksen, 2002). También que la capacidad de estos padres de aceptar a sus hijos con frecuencia está ligada a su capacidad de entenderles, y no es por tanto extraño que para ello adquieran una narrativa que tenga como fin, entre otros, proteger la relación afectiva con su hijo/a (Wren, 2002; Pullen et al., 2015). Hill y Menvielle, en 2009 señalaban cómo los padres no sólo se sentían orgullosos de sus hijos en un momento dado, sino también orgullosos de sí mismos por ser capaces de resistir a las presiones sociales de normalización. Norwood, en 2012, apuntaba que las reacciones de los padres y madres solían situarse en polos muy extremos, bien en positivo o negativo, y que estar participando en grupos de iguales proporcionaba nuevos discursos y significados que de otra forma no estarían fácilmente disponibles para estos padres (Norwood 2013). Con ello, podríamos deducir que los padres y madres vinculados al movimiento asociativo tenderían a presentar una polarización positiva en mayor medida.

Este conjunto de factores, los relativos a la selección de la muestra y a un posible sesgo hacia las opciones más positivas, podría explicar la tendencia a situarse en las etapas finales del proceso de adaptación con tanta rotundidad.

En cuanto al resto de variables, la rumia sí ha funcionado como se esperaba en la población con un trauma “abierto”, como son los padres y madres de niños y niñas transexuales. Los resultados demuestran que tiene influencia directa sobre el CPT y de una manera diferente a como lo hace

en la población general, donde no parece jugar tal papel. Se confirma por tanto lo esperado en cuanto a que la rumiación facilita la puesta en marcha de estrategias que permiten a las personas adaptarse a acontecimientos vitales adversos mediante la construcción de nuevos significados, propiciando con ello un mayor CPT (Tedeschi y Calhoun, 2004; Páez et al., 2007; Rajandram et al., 2011; Walter y Bates, 2012; Avilés, 2013; Helgeson et al., 2006).

Sin embargo, el test escogido en la medición de la rumia en este estudio no permitía diferenciar entre la rumia intrusiva y la deliberada, por lo que sigue siendo tema de investigación conocer las diferencias en el funcionamiento de ambos tipos de rumia en esta población respecto al CPT.

Por su parte, si bien la IE destacó en el grupo experimental por sus valores superiores tanto en la puntuación total como en cada una de las dimensiones respecto al grupo control, a la hora de predecir el CPT no ha resultado tener la relevancia que esperábamos (aunque sí la tiene para la población en general). Esto indicaría que los padres y madres de nuestro estudio han desarrollado mayores habilidades en el metaconocimiento de sus estados emocionales, pero que éstas no han repercutido en la consecución de un mayor CPT.

¿Por qué la IE ha funcionado de manera diferente en ambos grupos, y por qué tener un mayor IE puede no ser un facilitador de CPT en este caso? Podría deberse a que, como se ha demostrado recientemente (Bechtoldt y Schneider, 2016), bajo ciertas condiciones estresantes y especialmente en contextos de evaluación social, tener una alta conciencia de los propios estados emocionales produce mayor estrés y juega en contra de una buena respuesta al medio.

Si al hecho de tener un hijo/a transexual (tan vulnerable al juicio social) le añadimos otras variables presentes en mayor medida en el grupo experimental (vivir en una zona rural o urbana de pequeño o mediano tamaño, no contar con una pareja estable como apoyo, o no disponer de una visión amplia de la vida como la que pueden facilitar los estudios superiores), se puede llegar a componer un escenario tal que, de acuerdo a este argumento, una alta inteligencia emocional supondría más bien una desventaja en la adaptación a la realidad y, por tanto, una dificultad para la consecución de cierto crecimiento personal. Son unas circunstancias a las que, a priori, no parece probable que se hayan de enfrentar las personas del grupo control.

Es posible también que esta misma situación de evaluación y estrés repercutan en el estilo rumiativo que adopta la persona, de forma que a mayor conciencia emocional en circunstancias tan adversas produzca en mayor medida una rumia de tipo intrusivo, mucho menos determinante para la consecución del CPT que la de tipo deliberativo. Esta posibilidad ha sido apuntada por varios autores también. Así, se propone un proceso que se origina en una acumulación excesiva de emociones complejas o negativas alrededor de un acontecimiento y que activa de forma relativamente automática una tendencia hacia la autofocalización (Teasdale, 1999). Esta

tendencia, si no se cuenta con mecanismos de procesamiento adecuados, puede desembocar en un episodio rumiativo de tipo negativista (Hervás y Vazquez, 2006), habiéndose ya demostrado (Bechtoldt y Schneider, 2016) una relación directa entre una alta complejidad emocional (propia de personas con alto IE que enfrentan situaciones complejas) y una mayor tendencia a la rumiación negativista (equivalente a la rumia intrusiva).

De esta manera, una elevada IE tendría dos vías por las que pierde su capacidad predictora sobre el CPT: al impedir una mejor respuesta a los requerimientos del medio, y por su clara relación con la rumia menos productiva.

Por otra parte, el papel jugado por el apoyo social percibido en esta población también parece ser diferente al jugado en la población general. Zamboni en 2006 ya apuntaba las dificultades de estos progenitores para encontrar apoyo y su propio sufrimiento de estigma social más allá del de su hijo/a. Es coherente con esta idea entonces que los padres y madres de niños transexuales se sientan menos acogidos en su red social natural (familia extensa, amigos, familias del colegio...). También algunos estudios de familias con crianzas difíciles (Finzi-Dottan et al., 2011; Riley et al., 2011; Azkoaga, 2012) indicaban la posibilidad de que en estas familias se dé una disminución del apoyo social percibido y una insatisfacción global con el apoyo familiar y profesional.

También es factible pensar que aquí cobran de nuevo cierto peso las variables sociodemográficas, ya que por un lado vivir en pequeñas o medianas poblaciones, donde generalmente existe una mayor presión social por falta de anonimato y menos oportunidades para normalizar la diversidad, así como el hecho de haber sufrido en mayor proporción una ruptura de pareja, puede afectar al grado de apoyo social que es percibido.

Sin embargo, el apoyo social proveniente de sus iguales, lo que calificamos como “apoyo mutuo”, ha resultado tener un valor muy relevante en el CPT de estos padres y madres, confirmándose por tanto los estudios previos que destacaban la importancia de la participación en grupos de pares para una mejor adaptación (Menvielle et al., 2002; Zamboni, 2006; Riley et al., 2011; Travers et al., 2012; Pullen et al., 2015; Wahlig, 2015; Coolhart y Shipman, 2017). La intensidad de la capacidad predictiva de la participación en un grupo de iguales en el CPT ha resultado tal, que podemos suponer que es un factor determinante en el desarrollo de éste.

Resulta importante en este punto incidir sobre las implicaciones de los hallazgos encontrados en este estudio y su **relevancia clínica**. En primer lugar, los niveles de CPT hallados y su paridad con los resultados obtenidos por el grupo control, nos indican que el proceso de afrontar la realidad de tener un hijo transexual puede ser equiparable a otros procesos por los que las personas pasamos a lo largo de nuestra vida en cuanto a impacto y desafío a los recursos propios y que, como en esos casos, un buen ajuste es posible. Este hecho, sin dejar de reconocer las dificultades

que un proceso de estas características puede conllevar, nos permite alejarnos de posturas de victimización o catastrofismo del que en ocasiones nos impregnamos los profesionales al enfocar este tema. De esta manera, será posible apoyar a estos padres y madres en este camino que recorren a través de un trato dignificante y una actitud positiva.

En segundo lugar, el estudio muestra que resulta relevante encontrar mecanismos que faciliten una rumia constructiva de los acontecimientos vividos, y acompañar este proceso tratando de entender y dar sentido a lo que está ocurriendo.

Por último, destacamos la confirmación empírica del valor de participar en un grupo de iguales como factor y facilitador de procesos adaptativos y de fortalecimiento personal. Este hallazgo invita a promover intervenciones de tipo grupal y de apoyo mutuo, así como a favorecer por diferentes vías la puesta en contacto de estos padres y madres con otros iguales.

Especialmente relevantes serán estos contactos en las etapas iniciales del proceso, en las que podrán convertirse en la mejor herramienta para desarrollar expectativas realistas pero también positivas que permitan un adecuado afrontamiento de la realidad. Si bien estos padres y madres necesitan saber que las reacciones que están experimentando, que muy probablemente incluirán miedo, tristeza y confusión, son habituales, también deben saber que la mayoría de las familias relatan oportunidades de crecimiento a través de esta experiencia.

Queremos señalar ahora las **limitaciones** que ha tenido nuestro estudio. Éstas están relacionadas en primer lugar con las ya mencionadas dificultades para controlar las variables extrañas de la investigación, tanto del grupo control (sin información ni filtro sobre el tipo de evento traumático al que refieren el CPT y, por lo tanto, cuestionable su comparación con el grupo experimental), como del experimental (sesgo en el acceso a los participantes, únicamente a través del movimiento asociativo), y de ambos (variables sociodemográficas no equiparables y falta de emparejamiento de las muestras). Otra limitación del estudio ha sido contar con un porcentaje excesivamente alto de mujeres en ambos grupos muestrales (casi un 80% en ambos), lo que nos deja poca información de qué está sucediendo con los hombres, y en qué manera se diferencian en cada uno de los grupos.

De cara a **próximas investigaciones**, sería conveniente realizar estudios longitudinales que permitan saber cómo evoluciona el CPT en nuestro grupo experimental, y contar para ello con medidas adicionales de otras fuentes relevantes.

Será interesante también, por su valor clínico, conocer los mecanismos específicos a través de los cuales la relación entre pares se relaciona con el CPT y profundizar en cómo estos mecanismos operan diferencialmente en cada momento del proceso, o según los diferentes perfiles sociodemográficos. El fin será contar con una comprensión más profunda del funcionamiento

subyacente de esta variable, para con ello disponer de un factor protector de calado y que permita su replicabilidad.

Se deberán explorar además otros factores de riesgo y protección para un buen ajuste psicológico en estos padres y madres, así como saber cómo se relacionan éstos con el CPT, ya que sería de gran utilidad clínica obtener indicadores que permitan detectar situaciones de especial dificultad (conflictividad familiar, intenso sufrimiento, sintomatología clínica...) de cara a la prevención e intervención psicosocial. Algunas de estas variables podrían ser el ajuste social, síntomas de salud mental, el estilo de afrontamiento, las creencias religiosas, la percepción de competencia parental, o la capacidad y flexibilidad cognitiva para la creación de nuevos esquemas que permitan dar sentido a la experiencia que atraviesan.

CONCLUSIONES

El fin último de este trabajo ha sido el de aumentar la comprensión de las condiciones que facilitan transformaciones positivas en padres y madres de menores transexuales. Con ello, hemos pretendido hallar formas de fortalecerles y ayudarles en los procesos que deben afrontar en la vida a raíz de la experiencia de tener un hijo o hija transexual.

Creemos que un padre o una madre bien acompañado, fortalecido y que se siente capaz, podrá dar a su vez un mejor apoyo a su hijo/a en el proceso de vivir de forma coherente con quien se es, una aspiración universal de todo ser humano; o ayudarle a respetar su cuerpo y vivirlo con normalidad, una normalidad que, pese a presentar diferencias respecto a otros iguales en su sexo sentido, incluye un cuerpo merecedor de cuidados, respeto, orgullo, y fuente de satisfacción y placer en una manera similar a la de cualquier niño o niña de su edad.

Un padre o madre bien acompañado, fortalecido y que se siente capaz, podrá, en definitiva, contar con más recursos para comprender y afrontar activamente los desafíos que existen en su realidad y la de su hijo/a, dentro de una sociedad como la nuestra que oprime las diferencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 900–922.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: editorial Panamericana.

- Amezúa (1999): Teoría de los sexos: La letra pequeña de la sexología. *Revista de Sexología*, 97-98. Madrid. Publicaciones del Instituto de Sexología
- Armeli, S., Gunthert, K. C. & Cohen, L. H. (2001). Stressors appraisals, coping and post-events outcomes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 366-395.
- Avilés, P.A. (2013). *Relación entre crecimiento postraumático, afrontamiento y rumiación* (Tesis Doctoral, Universidad de Concepción, Chile)
- Azkoaga, F. F. (2012). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 31(192), 33-50.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bechtoldt, M. N., & Schneider, V. K. (2016). Predicting stress from the ability to eavesdrop on feelings: Emotional intelligence and testosterone jointly predict cortisol reactivity. *Emotion*, 16(6), 815.
- Brill, S.A. & Pepper, R. (2008). *The transgender child*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1988). The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Butler, J., & Soley-Beltrán, P. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Campos-Ríos, M. M. (2013). Creciendo en la adversidad: Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(1), 6-13.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(2)
- Coolhart, D., & Shipman, D. L. (2017). Working toward family attunement: Family therapy with transgender and gender-nonconforming children and adolescents. *Psychiatric Clinics*, 40(1), 113-125.
- Davis, C. G., & McKearney, J. M. (2003). How do people grow from their experience with trauma or loss? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(5), 477-492.
- Ehring, T. & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.

- Ellis, K., & Eriksen, K. (2002). Transsexual and transgenderist experiences and treatment options. *The Family Journal*, 10(3), 289–299.
- Emerson, S. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1-12.
- Ettner, R. (1999). *Gender loving care: A guide to counseling gender-variant clients*. New York, NY: W.W. Norton & Company, Inc.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and reliability of the Spanish versions of the Ruminative Response Scale-Short Form and the Distraction Responses Scale in a sample of high school and college students. *Psychological Reports*, 98, 141-150.
- Fernandez, M. & García-Vega, E. (2014). Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 26-35.
- Fernández, P. (2007). Transexualidad, homosexualidad y familia (reflexiones teóricas y resultados de trabajo desde una visión de la psicología). IUS. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla AC*, (20).
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of the Trait Meta-mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 510-519.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change?. *Psychological Science*, 20(7), 912-919.
- García, F.E., Jaramillo, C., Martínez, A. M., Valenzuela, I., y Cova, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20 (2014): 121–30
- Gates, G. J. (2011). How Many People are Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender? *UCLA: The Williams Institute*. Recuperado el 20 de marzo, 2018, de <https://escholarship.org/uc/item/09h684X2>
- Guerra, A. (2016). *Apoyo social percibido por parte de las personas transexuales* (Trabajo de fin de grado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635-644.

- Hegedus, J. K. (2009). *When a daughter becomes a son: Parents' acceptance of their transgender children*. Alliant International University, San Francisco Bay.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: El papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12.
- Hill D.B., Menvielle E., Sica K.M., & Johnson A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1): 6–23
- Hill, D. B., & Menvielle, E. J. (2009). ‘You have to give them a place where they feel protected and safe and loved’: The views of parents who have gender-variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 6, 243–271.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, New Jersey: Aronson.
- Horton, M. A. (2008). The incidence and prevalence of SRS among US residents. *Out and Equal Workplace Summit*. Recuperado el 1 de marzo, 2018, de: <http://www.tgender.net/taw/thb/THBPrevalence-OE2008.pdf>
- INE. (2017). *Estadísticas del Patrón Continuo*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: Free Press.
- Joseph, S., & Linley, P.A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053.
- King, L. A., & Patterson, C. (2000). Reconstructing life goals after the birth of a child with Down syndrome: Finding happiness and growing. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5(1), 17-30.
- Kübler-Ross, E. (1969), *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan.
- Landaarroitajauregui, J. R. (2000). Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Anuario de sexología*, 6, 79-126.
- Laparra, M. (2014). *Los perfiles de la discriminación en España: análisis de la encuesta CIS-3000" Percepción de la discriminación en España"*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Lesser, J. G. (1999). When your son becomes your daughter: A mother's adjustment to a transgender child. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 80(2), 182-189.

- Lev, A. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender variant people and their families*. Binghamton, NY: The Haworth Clinical Practice Press.
- Li, Y., Cao, F., Cao, D., & Liu, J. (2015). Nursing students' post-traumatic growth, emotional intelligence and psychological resilience. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(5), 326-332.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 166–177.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 37, 20-21.
- Matthews, G., Roberts, R.D., & Zeidner, M. (2004). Seven myths about emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15, 179–196.
- Matthews, G., Emo, A. K., Funke, G., Zeidner, M., Roberts, R. D., Costa Jr., P. T., & Schulze, R. (2006). Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 12 (2), 96-107.
- McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 327.
- McGregor, I., Zanna, M. P., Holmes, J. G., & Spencer, S. J. (2001). Conviction in the face of uncertainty: Going to extremes and being oneself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 472-488.
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C., (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010-1013.
- Milam, J. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(1), 2353-2376.
- Morris, B. & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, posttraumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 1176-1183.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991) A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Norwood, K. (2012). Transitioning meanings? Family members' communicative struggles surrounding transgender identity. *Journal of Family Communication*, 12(1), 75-92.
- Norwood, K. (2013). Grieving gender: Trans-identities, transition, and ambiguous loss. *Communication Monographs*, 80(1), 24-45.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1).
- Olson K.R., Durwood L., DeMeules M., & McLaughlin K. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 137(3)
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. En *WPATH 20th International Symposium*, (pp. 1-26). Chicago, Illinois.
- Páez, D., Basabe, N., Ubillós, S. & González, J. L. (2007). Social Sharing, Participation in Demonstrations, Emotional Climate, and Coping with Collective Violence after the March 11th Madrid Bombings. *Journal of Social Issues*, 63, 207-323.
- Pazos, S. (1999). Practice with female-to-male transgendered youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 10(3-4), 65-82.
- Pérez-Sales, P. & Vázquez, C. (2003) Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3):235-254
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.
- Pullen, A., Robichaud, M. J., & Dumais-Michaud, A. A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12(1), 39-63.
- Rabe, S., Zöllner, T., Maercker, A. & Karl, A. (2006). Neural correlates of posttraumatic growth after severe motor. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 880-886.
- Rajandram, R., Jenewein, J., McGrath, C. & Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Support Care Cancer*, 19,583–589.

- Riley, E. A., Sitharthan, G., Clemson, L., & Diamond, M. (2011). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health, 23*(3), 181-195.
- Robinson, P. J., & Fleming, S. (1992). Depressotypic cognitive patterns in major depression and conjugal bereavement. *Omega, 25*, 291–305.
- Salovey P., Caruso D. & Mayer J.D. (2004) Emotional intelligence in practice. En: *Positive Psychology in Practice* (eds Linley, P.A. & Joseph, S.), pp. 447–463. John Wiley and Sons, Hoboken, NJ.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Caruso, D., & Lopes, P.N. (2003). Measuring emotional intelligence as a set of abilities with the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A hand book of models and measures* (pp. 251–265). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125–151). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sánchez, M., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J., & Latorre, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 6*(15).
- Scorgie, K., & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation, 38*(3), 195-206.
- Shakespeare-Finch, J. E. & Barrington, A. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 433-439.
- Steele, C. A. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 261-302). San Diego: Academic Press.
- Taku, K., Kilmer, R. P., Cann, A., Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2012). Exploring posttraumatic growth in Japanese youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 4*(4), 411-419.
- Taunt, H. M., & Hastings, R. P. (2002). Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 37*, 410-420.

- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 853-877.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2000) Posttraumatic growth: A new focus in psycho traumatology. Psy-talk, *Newsletter of the British Psychological Society Student Members Group*, April 2000.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tennen, H. & Affleck, G. (2002): «Benefit-finding and benefit-reminding». En C. R. Snyder y S. J. Lopez (eds.): *Handbook of Positive Psychology*. (pp.584-597). Oxford: Oxford University Press.
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012, October). Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Recuperado el 1 de enero, 2018, de: <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Walter, M. & Bates, G. (2012). Posttraumatic growth and recovery from posttraumatic stress disorder. En V. Olisah (ed.), *Posttraumatic Growth and recovery from post traumatic stress disorder: Essential Notes in Psychiatry* (pp 143-185).
- Wahlig, J. L. (2015). Losing the child they thought they had: Therapeutic suggestions for an ambiguous loss perspective with parents of a transgender child. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(4), 305-326.
- Weiss, T., & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 191-199.
- Wren, B. (2002). 'I can accept my child is transsexual, but if I ever see him in a dress I'll hit him': Dilemmas in parenting a transgendered adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 377- 397.
- Zamboni, B. D. (2006). Therapeutic considerations in working with the family, friends, and partners of transgendered individuals. *The Family Journal*, 14(2), 174-179.

ANEXO 1: CUESTIONARIO GRUPO EXPERIMENTAL

En cursiva se recogen las opciones que el cuestionario mostraba en un desplegable.

Edad:

Nº hijos:

Género (*Hombre/Mujer/Otro*):

Estado civil (*Soltero/En pareja/Separado o divorciado/Viudo/Otro*)

Nivel de estudios terminados (*Sin estudios/ Educación secundaria/ Estudios profesionales/ Estudios universitarios*):

Lugar de residencia (*Gran población urbana/Pequeña o mediana población urbana/Zona rural*):

Edad de tu hijo/a/e trans* ahora mismo:

Edad del niño/a/e en la que sois conscientes que su género sentido no coincide con el asignado:

Si tienes pareja y crees también puede haber contestado o llegar a contestar este mismo cuestionario, y sólo en ese caso, para poder establecer que hay una conexión entre vosotros, por favor indica aquí las iniciales de los dos apellidos de tu hijo/a/e y su edad en el momento actual (por ejemplo, si sus apellidos son García Pérez de 10 años, habría que poner GP10). Esto me permitirá saber que formáis parte de la misma familia.

Nivel de participación actual dentro del colectivo (señala la frase que mejor te represente, por favor):

- ✓ No asociado, contacto puntual/informal con algunas personas
- ✓ Pertenezco a algún grupo o asociación, pero no participo muy activamente
- ✓ Pertenezco a algún grupo y tengo presencia activa en él, sobre todo a distancia (chats, foros, encuentros puntuales...)
- ✓ Pertenezco y participo activamente en algún grupo de manera presencial
- ✓ Además de lo anterior, me considero activista y miembro muy comprometido con el movimiento

De entre las siguientes frases, por favor, señala aquella con la que te sientas más identificado en el **momento actual** (elige **una**):

- ✓ Creo que lo que le ocurre a mi hijo/a/e es algo pasajero, y creo que es posible que todo vuelva a ser como antes

- ✓ Siento rabia y frustración por esto que nos está pasando, no sé por qué nos ha tocado a nosotros
- ✓ Creo que, de alguna manera, podemos llegar a un acuerdo con mi hijo/a/e para solucionar este asunto
- ✓ Me siento con frecuencia muy triste y preocupado en torno a la condición trans* de mi hijo/a/e
- ✓ Siento que nos hemos adaptado relativamente bien a la situación y estamos llevando a cabo cambios acordes a la realidad de mi hijo/a/e, aceptamos la situación tal como es
- ✓ Siento orgullo por la condición trans* de mi hijo/a/e, así como una necesidad de implicarme en la lucha por sus derechos

De entre las anteriores frases por favor señala ahora aquellas que has vivido **en algún momento** de tu proceso (puedes señalar **varias**):

- Creo que lo que le ocurre a mi hijo/a/e es algo pasajero y creo que es posible que todo vuelva a ser como antes
- Siento rabia y frustración por esto que nos está pasando, no sé por qué nos ha tocado a nosotros
- Creo que de alguna manera podemos llegar a un acuerdo con mi hijo/a/e para solucionar este asunto
- Me siento con frecuencia muy triste y preocupado en torno a la condición trans* de mi hijo/a/e
- Siento que nos hemos adaptado relativamente bien a la situación y estamos implementando cambios acordes a la realidad de mi hijo/a/e, aceptamos e integramos la situación tal como es
- Siento orgullo por la condición trans* de mi hijo/a/e, así como una necesidad de implicarme en la lucha por sus derechos

Por favor, ahora señala la respuesta que más se acerca a tu experiencia como padre/madre de un niño/a/e trans* (es una escala de 0-Ningun cambio, a 5-Cambio muy importante):

- He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida
- Aprecio más el valor de mi vida o la valoro más
- Tengo o he desarrollado nuevos intereses

- Tengo más confianza en mí mismo
- Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente
- Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis o necesidad
- He construido un nuevo rumbo o caminos en la vida
- Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás
- Estoy más dispuesto a expresar mis emociones de forma más espontánea
- Siento que puedo arreglármelas mejor en momentos difíciles
- Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida
- Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida o puedo aceptar mejor las cosas como vienen
- Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día
- Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido
- Tengo o siento más compasión hacia los demás
- Aporto o pongo más energía en las relaciones personales
- Estoy más dispuesto a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben ser cambiadas
- Tengo más fe religiosa
- He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba
- He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser
- Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y sentimientos. Lee atentamente cada frase e indica por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas:

- Presto mucha atención a los sentimientos.
- Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.
- Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.
- Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.
- Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.
- Pienso en mi estado de ánimo constantemente.
- A menudo pienso en mis sentimientos.
- Presto mucha atención a cómo me siento.
- Tengo claros mis sentimientos.

- Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.
- Casi siempre sé cómo me siento.
- Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.
- A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.
- Siempre puedo decir cómo me siento.
- A veces puedo decir cuáles son mis emociones.
- Puedo llegar a comprender mis sentimientos.
- Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.
- Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.
- Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.
- Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.
- Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.
- Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.
- Tengo mucha energía cuando me siento feliz.
- Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.

Las personas piensan y hacen muchas cosas diferentes cuando se sienten deprimidas. Por favor, lee cada uno de estos ítems e indica abajo si tú "nunca," "a veces," "alguna vez" o "siempre" piensas o haces cada una de estas cosas cuando te sientes desmotivado, triste o deprimido. Por favor, indícanos lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer.

(Nunca/A Veces/Con frecuencia/ Siempre)

- Recapacito sobre lo solo que me siento.
- Reflexiono sobre mis sentimientos de fatiga y dolor.
- Pienso en lo difícil que es concentrarse.
- Pienso en lo pasivo y desmotivado que me siento.
- Pienso ¿Por qué no puedo avanzar?"
- Reflexiono sobre una situación reciente que desearía que hubiera ido mejor.
- Recapacito sobre lo triste que me siento.
- Reflexiono sobre todos mis defectos, fallos, faltas y errores.
- Pienso en que no me apetece hacer nada.
- Pienso "¿Por qué no puedo manejar las cosas mejor?"

Por último, en la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elije para cada una la respuesta que mejor refleje tu situación, según los siguientes criterios (de 1- Mucho menos de lo que deseo a 5- Tanto como deseo):

- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- Recibo amor y afecto
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

Hemos acabado. Muchísimas gracias por tu ayuda. Para cualquier duda o comentario podéis dirigiros a mí en este correo electrónico: palomasalamanca@yahoo.es. Nos pondremos en contacto vosotros para comentaros los resultados del estudio. ¡Hasta pronto!

ANEXO 2: CUESTIONARIO GRUPO CONTROL

En cursiva se recogen las opciones que el cuestionario mostraba en un desplegable.

Edad:

Nº hijos:

Género (*Hombre/Mujer/Otro*):

Estado civil (*Soltero/En pareja/Separado o divorciado/Viudo/Otro*)

Nivel de estudios terminados (*Sin estudios/ Educación secundaria/ Estudios profesionales/ Estudios universitarios*):

Lugar de residencia (*Gran población urbana/Pequeña o mediana población urbana/Zona rural*):

Por favor, piensa en un acontecimiento especialmente negativo e impactante en tu vida, y señala la respuesta que más se acerca a tu experiencia: (*es una escala de 0-Ningun cambio, a 5-Cambio muy importante*):

- He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida
- Aprecio más el valor de mi vida o la valoro más
- Tengo o he desarrollado nuevos intereses
- Tengo más confianza en mí mismo
- Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente
- Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis o necesidad
- He construido un nuevo rumbo o caminos en la vida
- Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás
- Estoy más dispuesto a expresar mis emociones de forma más espontánea
- Siento que puedo arreglármelas mejor en momentos difíciles
- Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida
- Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida o puedo aceptar mejor las cosas como vienen
- Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día
- Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido
- Tengo o siento más compasión hacia los demás
- Aporto o pongo más energía en las relaciones personales

- Estoy más dispuesto a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben ser cambiadas
- Tengo más fe religiosa
- He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba
- He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser
- Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y sentimientos. Lee atentamente cada frase e indica por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas:

- Presto mucha atención a los sentimientos.
- Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.
- Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.
- Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.
- Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.
- Pienso en mi estado de ánimo constantemente.
- A menudo pienso en mis sentimientos.
- Presto mucha atención a cómo me siento.
- Tengo claros mis sentimientos.
- Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.
- Casi siempre sé cómo me siento.
- Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.
- A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.
- Siempre puedo decir cómo me siento.
- A veces puedo decir cuáles son mis emociones.
- Puedo llegar a comprender mis sentimientos.
- Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.
- Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.
- Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.
- Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.
- Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.
- Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.
- Tengo mucha energía cuando me siento feliz.
- Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.

Las personas piensan y hacen muchas cosas diferentes cuando se sienten deprimidas. Por favor, lee cada uno de estos ítems e indica abajo si tú "nunca," "a veces," "alguna vez" o "siempre" piensas o haces cada una de estas cosas cuando te sientes desmotivado, triste o deprimido. Por favor, indícanos lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer.

(Nunca/A Veces/Con frecuencia/ Siempre)

- Recapacito sobre lo solo que me siento.
- Reflexiono sobre mis sentimientos de fatiga y dolor.
- Pienso en lo difícil que es concentrarse.
- Pienso en lo pasivo y desmotivado que me siento.
- Pienso ¿Por qué no puedo avanzar?"
- Reflexiono sobre una situación reciente que desearía que hubiera ido mejor.
- Recapacito sobre lo triste que me siento.
- Reflexiono sobre todos mis defectos, fallos, faltas y errores.
- Pienso en que no me apetece hacer nada.
- Pienso "¿Por qué no puedo manejar las cosas mejor?"

Por último, en la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elige para cada una la respuesta que mejor refleje tu situación, según los siguientes criterios (*de 1- Mucho menos de lo que deseo a 5- Tanto como deseo*):

- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- Recibo amor y afecto
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

Hemos acabado. Muchísimas gracias por tu ayuda. Para cualquier duda o comentario podéis dirigiros a mí en este correo electrónico: palomasalamanca@yahoo.es. Nos pondremos en contacto vosotros para comentaros los resultados del estudio. ¡Hasta pronto!