

## ÁREAS DE LA ENTREVISTA PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONAS TRANSEXUALES

### FIELDS IN THE INTERVIEW FOR THE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT FOR TRANSGENDER PEOPLE

JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ-MOLINA<sup>1,2</sup>, NURIA ASENJO-ARAQUE<sup>2</sup>,  
ANTONIO BECERRA-FERNÁNDEZ<sup>2,3</sup>, M. JESÚS LUCIO-PÉREZ<sup>2</sup>,  
MARÍA FRENZI RABITO-ALCÓN<sup>1</sup> Y GILBERTO PÉREZ-LÓPEZ<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rabito-Alcón, M. F. y Pérez-López, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales [Fields in the Interview for the Psychological Assessment for Transgender People]. *Acción Psicológica*, 12(2), 15-30. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.122915>

#### Resumen

El tratamiento de la transexualidad es en gran medida irreversible. Por ello es necesaria una cuidadosa evaluación psicológica previa. Sin embargo, al ser un fenómeno emergente, se han desarrollado pocas pautas de evaluación. Por ello, se hace necesario tener al

menos una orientación acerca de qué áreas evaluar. El objetivo de este estudio es proponer una serie de áreas a incluir en la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales. Para ello se lleva a cabo una revisión de la literatura existente relacionada con el tema. Se revisan tanto las áreas de evaluación habituales en Psicología Clínica como los aspectos normalmente considerados en la evaluación de personas

**Correspondencia:** José Miguel Rodríguez Molina. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), España; Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, España.

**Email:** [vibranium@hotmail.com](mailto:vibranium@hotmail.com)

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Madrid (UAM), España

<sup>2</sup> Hospital Ramón y Cajal de Madrid

<sup>3</sup> Universidad de Alcalá de Henares (UAH), Madrid, España.

Recibido: 08 de agosto de 2014

Aceptado: 05 de noviembre de 2015

transexuales. Como conclusiones se proponen una serie de áreas a incluir en la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales.

**Palabras clave:** transexualidad; transgénero; evaluación psicológica; entrevista clínica.

## Abstract

The treatment of the transgenderism is mainly irreversible. Therefore, a very carefully psychological assessment is needed. However, being transgenderism an emergent phenomenon there are a few guidelines. So that, it is necessary to have at least some guidance on which areas transgenderism should be evaluated. To the aim of this study is to propose a number of areas to include in the psychological assessment of transgender people. In it are reviewed either usual assessment areas in Clinical Psychology and the aspects that are usually taken into consideration in the assessment of transgenderism. As a result a number of areas for the psychological interview to assess transgender people is presented.

**Keywords:** transsexualism; transgender; psychological assessment; clinic interview.

## Introducción

La transexualidad ha sido considerada de muy diferentes maneras a lo largo de los años. Así, el DSM-II (American Psychiatric Association, 1952) incluía los casos de transexualismo como desviaciones sexuales dentro de los Trastornos de Orientación Sexual y del Transvestismo, que estaban a su vez incluidos dentro de los Trastornos de la Personalidad.

En el DSM-III (American Psychiatric Association, 1987) aparecen dos categorías diagnósticas diferentes referidas a la identidad de género. Una es el Trastorno de Identidad de Género, que recoge para clasificar exclusivamente el trastorno en niños y la otra, el Transe-

xualismo, para clasificar a adolescentes y adultos. En la revisión del manual se incorpora una tercera categoría denominada Trastorno de la Identidad de Género de tipo no Transexual.

La transexualidad es considerada en el DSM-IV-T-R (American Psychiatric Association, 2009), un Trastorno de Identidad de Género (TIG) por el cual una persona de un sexo biológico se siente pertenecer al contrario.

En el reciente DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) se denomina Disforia de Género, eliminando la palabra *trastorno*, si bien se sigue incluyendo en el manual como un trastorno. Se diferencia la Disforia de Género en Adultos y Adolescentes y la Disforia de Género en Niños.

Al margen de las clasificaciones psiquiátricas, se ha definido la transexualidad, también llamada a veces disforia de género, como la situación en que una persona que habiendo nacido hombre o mujer, se siente pertenecer al sexo contrario (Becerra, 2002, 2003). También se ha denominado Síndrome de Harry Benjamin, en honor al autor que usó por primera vez el término transexualismo en 1948 (Goiar, Sannier y Toulet, 2005). Desde entonces miles de personas en muchos países han sido diagnosticadas y tratadas por este problema.

El sentimiento de pertenecer a un sexo diferente del asignado, se acompaña generalmente de un desagrado por sus características sexuales primarias y secundarias. Como consecuencia, la persona transexual busca reducir la disonancia entre ambas sometiéndose a la modificación de la apariencia de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos, así como la rectificación de su identidad sexual legal en sus documentos. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo biológica y psicológicamente se llama identidad de sexo o de género (Colapinto, 2000; Money y Eirrhardt, 1972). Aunque las identidades de sexo y de género no son lo mismo, profundizar en esta diferencia escapa a los objetivos de este trabajo. Digamos que social y políticamente hay una tendencia a preferir el término género y por ello usaremos identidad de género aunque a veces sería más propio usar identidad sexual.

Respecto a la epidemiología, el estudio más clásico y relevante por la amplitud de su muestra indica una prevalencia de uno de cada 11.900 personas nacidas varones y una de cada 30.400 personas nacidas mujeres (Gómez-Balaguer et al., 2003).

La transexualidad viene tratándose hace décadas pero ha recibido un abordaje ante todo médico (farmacológico, quirúrgico y psiquiátrico) y en menor medida social (generalmente desde el Trabajo Social, lo que le ha dado un carácter eminentemente reivindicativo).

Desde la Psiquiatría se concebía la transexualidad como un trastorno mental en el que la persona creía *erróneamente* pertenecer a un sexo distinto al que (*obviamente*) pertenecía. El objetivo era por tanto “curar” a la persona haciéndole comprender (con ayuda tal vez de medicación) que estaba equivocada en su percepción o en sus sentimientos. Esta orientación psicoterapéutica ha sido un completo fracaso, tal como estableció Gooren (2003), lo que pone en tela de juicio este enfoque.

De hecho, la concepción de transexualidad ha cambiado y se ha comprobado, por ejemplo, que las personas transexuales no presentan trastornos psiquiátricos en mayor medida que la población general (Laden, Walinder y Lundstrom, 1996). De hecho el perfil psicológico de las personas transexuales se asemeja al de la población general y no presenta rasgos psicopatológicos (Rodríguez-Molina, Pacheco et al., 2012, 2014).

El psicoanálisis ha realizado algunos intentos aislados de abordar el problema muy en consonancia con el punto de vista psiquiátrico: se considera la autopercepción de la persona transexual como errónea y a partir de este supuesto, se buscan las causas de este error en su desarrollo psicosexual temprano.

También se han llevado a cabo abordajes basados únicamente en la empatía con el paciente, cuando no en el mero compañerismo o el apoyo reivindicativo. Los intentos de intervención desde paradigmas psicológicos científicos son pocos aunque están en aumento. Debido a esta poca experiencia, aún carecemos de un cuerpo de doctrina suficiente que sirva de guía fundamental a los

psicólogos, tanto en la evaluación como en la intervención psicológica en este campo.

Comenzando por la evaluación psicológica, esta supone un proceso prolongado y complejo que debe ser controlado de manera rigurosa, utilizando el tiempo que sea necesario. En ella se lleva a cabo el proceso de diagnóstico de transexualidad y el diagnóstico diferencial con otras patologías, así como la determinación de una posible comorbilidad con otros trastornos. Dadas las consecuencias de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente vital en beneficio del propio sujeto realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, que sólo es posible en un proceso a largo plazo realizado por profesionales de salud mental cualificados (Becerra, 2002; World Professional Association for Transgender Health, 2012).

Los tratamientos (tanto hormonales como quirúrgicos) en transexualidad son irreversibles. Esto hace especialmente importante la necesidad de una evaluación previa suficiente. De hecho se puede considerar un desafío el modificar estructuras físicas médicamente sanas de la persona transexual, debido a un sufrimiento psíquico constatable, pero sin una base anatómica patológica que justificara por sí sola un cambio, que por otro lado, es irreversible (Berguero Miguel et al., 2004).

Por todo ello, es muy importante efectuar un diagnóstico correcto, ya que de él depende la intervención e incluso la evolución posterior del paciente (Colegio Oficial de Psicólogos, 2007; Rodríguez-Molina et al., 2009). Y por tanto, queda clara la necesidad de establecer, tanto protocolos que homogeneicen y optimicen la intervención y evaluación psicológicas (Bobes, Bascaran, Sáiz y Bousoño, 2004).

Por desgracia, aún hay pocos instrumentos adecuados para evaluar la transexualidad. Se pueden encontrar numerosos tests en Internet pero sin ninguna base científica. Alguno incluso es bastante famoso, como es el caso del denominado *Test COGIATI*, para transexuales femeninas, creado en 1998 por J. D. Reitz. Este test evalúa a hombres (cromosómicos) que quieren saber si son transexuales femeninas (es decir, si son mujeres) y lo hace a partir de prejuicios previos de cómo se supone que es una mu-

jer. Así por ejemplo, elegir el ítem que dice «¡Odio las matemáticas! Son tediosas e insoportables para mí» es supuestamente un potente indicador de transexualidad femenina, lo cual resulta bastante discutible (Reitz, 1998).

Un instrumento tanto de calidad clínica, cuanto de validez y fiabilidad probadas, es la *Utrecht Gender Dysphoria Scale* (Cohen-Kettenis y Van Goozen, 1997), pero es aplicable sólo a adolescentes.

El instrumento de diagnóstico más conocido hasta ahora es el *Cross-Gender Questionnaire*, de Bockting y Coleman (1993). Sin embargo, se trata de un instrumento exclusivamente de diagnóstico (sin diagnóstico diferencial ni evaluación de otras áreas relacionadas). Deogracias y colaboradores (2007) crearon otra herramienta de evaluación de la transexualidad, pero igualmente orientado de forma exclusiva al diagnóstico de transexualidad (Deogracias et al., 2007). Se denomina GIDYQ-AA y tiene versión para transexuales hombres y mujeres.

También se ha desarrollado un instrumento denominado EDIG (*Escala de Diagnóstico de la Identidad de Género*) para diagnosticar transexualidad así como para realizar un diagnóstico diferencial (Rodríguez-Molina, Asenjo, Lucio y Becerra, 2011). Esta escala se basa íntegramente en los criterios DSM. Se trata por tanto de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial. No obstante, no recoge aspectos relativos al contexto, ni a la evolución de su identidad, así como tampoco a las propias ideas del sujeto sobre la misma.

Igualmente se han publicado recientemente una Guía de Entrevista para el Análisis Funcional de Conductas en personas transexuales (Rodríguez-Molina, Asenjo, Lucio y Becerra, 2014) referida a situaciones problema que la persona transexual con frecuencia debe afrontar.

Sin embargo, en la práctica clínica se echa de menos la existencia de pautas orientativas acerca de qué áreas incluir en la entrevista de evaluación psicológica con esta población. Se trataría de una orientación acerca de qué áreas potencialmente problemáticas o evaluar, o de en qué es conveniente profundizar más allá del mero diagnóstico. Efectivamente, el simple diagnóstico de transexualidad puede ser necesario, pero es insuficiente, ya que solo da leves pistas acerca de la intervención psicológica necesaria. La evaluación psicométrica resultaría aún más pobre ya que saber “cuánto de transexual” es el paciente no tiene sentido (es un concepto psiquiátrico similar a “cómo de enfermo mental está”) y no da ninguna indicación acerca de qué hacer con él o ella. Por otro, lado los instrumentos de carácter general pueden obviar algunos aspectos muy relevantes para los pacientes transexuales. La pregunta que el psicólogo clínico se hace ante un sujeto potencialmente transexual es, ¿qué debo evaluar?, o ¿qué es relevante saber acerca del sujeto?

Hay que recordar que no solo las cirugías de reasignación de sexo son irreversibles, sino que también los son los tratamientos hormonales prolongados (Gojar, 2012). Pero al mismo tiempo, como en toda evaluación psicológica, se debe seguir un principio de economía, no evaluando aspectos irrelevantes.

Según las normas de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero, conocida habitualmente como WPATH, por sus siglas en inglés (Bockting, Knudson y Goldberg, 2006) la evaluación psicológica a personas transexuales debe incluir: su identidad de género, su disforia de género, la evolución y desarrollo histórico de esos sentimientos, el impacto de la identidad de género en su salud mental, la disponibilidad de apoyo social (familiar, de amigos, pareja, compañeros y de otras personas transexuales) así como el descarte de otros diagnósticos que puedan explicar mejor la disforia o la identidad del sujeto.

Tabla 1

*Criterios para la terapia hormonal de feminización/masculinización (una referencia o documentación gráfica de la evaluación psicossocial)*

1. Disforia de género persistente y bien documentada.
2. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
3. Mayoría de edad (según normativa del país o normas de la NDA para niñas, niños y adolescentes, en su caso).
4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.

Existe numerosa evidencia acerca de que algunas personas transexuales presentan algunas preocupaciones o problemas de tipo psicológico (Bockting et al., 2006; Gómez-Gil et al., 2009; Murad et al., 2010; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). El problema de la evaluación no se centra ni en el diagnóstico (donde la autodeterminación del propio sujeto es muy importante) ni en el diagnóstico diferencial. Para ambos ya existen instrumentos fiables como el ya citado, EDIG. El problema es más bien qué otras áreas evaluar, especialmente aquellas en las que no hay conductas problema en el presente pero puedan aparecer como resultado del proceso transexualizador. Y ello sin extender *ad infinitum* la evaluación.

Pero además, el objetivo de la evaluación psicológica dentro de un equipo multidisciplinar que espera la decisión psicológica para iniciar o no terapias médicas (hormonales o quirúrgicas) no es solo diagnosticar transexualidad sino determinar la idoneidad (denominada a veces disposición) y elegibilidad de la persona para re-

cibir dichos tratamientos, incluyendo evaluar los problemas presentes o de potencial aparición durante el proceso transexualizador que pudieran interferir de alguna forma con el tratamiento médico.

La WPATH en sus últimas normas de cuidados, en su versión española (Asociación Mundial para la Salud Transgénero, 2014), declara que los profesionales en salud transgénero deben asegurarse de que antes de las intervenciones médicas, la persona demandante ha tomado una decisión plenamente informada, con expectativas realistas y que ha tenido en cuenta a la familia y el entorno social, en su caso. Añade además, que el profesional debe tenerse una información suficiente sobre el usuario demandante de tratamiento.

Pueden verse los criterios para la terapia hormonal en la Tabla 1, para las cirugías de mamas en la Tabla 2 y para las cirugías genitales en la Tabla 3. La mayoría de estos criterios implican evaluaciones psicológicas relativamente complejas. Por ejemplo se debe evaluar la ca-

Tabla 2

*Criterios para la cirugía de mama/pecho (una referencia)*

1. Mastectomía y la creación de un pecho masculino en los usuarios de servicios MaH:
  - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
  - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
  - c. Mayoría de edad (según normativa del país o normas de la NDA para niñas, niños y adolescentes, en su caso).
  - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
  - e. La terapia hormonal no es un pre-requisito
2. Aumento de senos (implantes/liporrelleno) en usuarias de servicios HaM.
  - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
  - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
  - c. Mayoría de edad (según normativa del país o normas de la NDA para niñas, niños y adolescentes, en su caso).
  - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
  - e. Aunque la terapia hormonal no es un criterio específico, se recomienda a las personas usuarias de servicios HaM, que se sometan a la terapia hormonal feminizante antes de la cirugía de aumento de pecho (mínimo 12 meses). El objetivo es maximizar el crecimiento del pecho con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos (estéticos).

Tabla 3

*Criterios para la cirugía genital (dos referencias)*

- 
1. Histerectomía y ooforectomía en los usuarios de servicios MaH:
    - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
    - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
    - c. Mayoría de edad (según normativa del país).
    - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
    - e. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que tenga una contraindicación médica o no pueda o no quiera tomar hormonas).
      - i. El objetivo de la terapia hormonal antes de la gonadectomía es, principalmente, introducir un período reversible de supresión de estrógeno o testosterona antes de que la persona usuaria de servicios se someta a una intervención quirúrgica.
      - ii. Estos criterios no se aplican a las personas de servicios que estén realizando dichos procedimientos debido a indicaciones médicas distintas de la disforia de género.
  2. Metoidioplastia o faloplastia en usuarias de servicios HaM.
    - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
    - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
    - c. Mayoría de edad (según normativa del país).
    - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
    - e. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que tenga una contraindicación médica o no pueda o no quiera tomar hormonas).
    - f. 12 meses seguidos viviendo continuamente en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.
      - i. Aunque no es un criterio explícito, se recomienda que estas personas usuarias de servicios también hagan visitas regulares a un o una profesional de salud mental u otro médico.
      - ii. El criterio señalado anteriormente para algunos tipos de cirugías genitales – es decir, que las personas usuarias de servicios que participan 12 meses continuos de vivir en un rol de género que es congruente con su identidad de género – se basa en el consenso clínico experto de que esta experiencia ofrece amplias oportunidades para que las personas usuarias de servicios experimenten socialmente y puedan ajustar su rol de género deseado, antes de someterse a una cirugía irreversible.
- 

pacidad de sujeto para tomar decisiones con pleno conocimiento de causa, el decidir si ha seguido la terapia hormonal previa a la cirugía acercándose a los objetivos, o si los potenciales problemas de salud mental están bien controlados. Además se exige que la disforia esté bien documentada, no pudiendo por lo tanto basarse exclusivamente en la declaración actual del usuario. Esto exige una evaluación no superficial.

Aunque no se incluyen específicamente dentro de estas normas, la incapacidad para autoadministrarse de forma correcta y responsable el tratamiento hormonal por problemas de salud mental (y aunque estos no sean incompatibles con el diagnóstico de transexualidad) o por adicciones, esto representa un inconveniente grave para los tratamientos médicos.

El objetivo de este estudio es ofrecer una propuesta de áreas de evaluación psicológica a incluir dentro de la

entrevista a personas transexuales y ello a través de la revisión bibliográfica de diversas fuentes y de la propia experiencia clínica de los autores. El estudio excluye las orientaciones no científicas, tales como el psicoanálisis. Las áreas a incluir desde esta orientación, en todo caso, podrían sumarse a las que aquí se propondrán.

## Método

Se propuso un diseño cualitativo basado en la Teoría General Inductiva de Thomas (2003), que ofrece un marco metodológico claro y sistematizado para analizar inductivamente los datos sin partir de hipótesis teóricas previas. Al mismo tiempo se incluyó en el diseño el análisis de contenido temático de frecuencias (Bardin, 1996) como fase previa al análisis inductivo para poder

Tabla 4  
Atención a la Transexualidad en España

Ciudad	Período	Usuarios atendidos
Málaga	1999-2007	668
Madrid	1992-2004	466
Barcelona	1996-2007	340
Tenerife	2002-2007	90

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2015

identificar los temas más recurrentes en los datos recopilados.

Este estudio no se adapta por completo a un estudio de revisión bibliográfica al uso. Esto se debe a la escasez de fuentes existentes. En muchos países el tratamiento de la transexualidad ni siquiera está incluido en las redes sanitarias públicas, cuando no es directamente ilegal. En España, muchas Comunidades Autónomas ni siquiera tienen unidades de tratamiento y otras son de muy reciente creación (véanse los últimos datos oficiales existentes en el Ministerio de Sanidad, aunque como puede comprobarse no están muy actualizados, en la Tabla 4). Hay pocas unidades con un número suficiente de usuarios atendidos como para poder extraer conclusiones al respecto. Ni siquiera existen protocolos de actuación muy concretos, limitándose estos a fijar algunas condiciones legales (tarjetas sanitarias de la Comunidad correspondiente, a veces tener mayoría de edad, empadronamientos...), plazos previos para acceder a las diferentes fases de tratamiento (por ejemplo, dos años de tratamiento hormonal controlado antes de acceder a las cirugías de reasignación de sexo) y cuestiones sociopolíticas referidas a los derechos de las personas transexuales. No existe, por tanto, ninguna referencia en dichos protocolos a las áreas a incluir en la entrevista de evaluación psicológica. La única forma de tener información al respecto es acceder a las publicaciones, en que los pocos psicólogos que trabajan en transexualidad comunican las áreas que ellos incluyen por ser a su juicio relevantes.

La situación fuera de España no es mucho mejor (ausencia de protocolos y escasa experiencia en tiempo y en número de sujetos), quizás con la excepción de Holanda y Estados Unidos, donde por otro lado la intervención con personas transexuales presenta ciertas peculiaridades al ser estas total o parcialmente de pago.

Además, dentro de las pocas publicaciones al respecto muchas de ellas son de corte psicoanalítico, centrándose en los aspectos del desarrollo psicosexual o en los materiales inconscientes que deben aflorar para que el paciente tome conciencia de ellos. Esto escapa al objetivo de este artículo que se encuadra en una orientación de psicología científica.

Todo ello produce una notable escasez de información, que hace que no sea lo más relevante calcular los porcentajes de profesionales que incluyen cada área en su evaluación. Por ello y para que el resultado no fuese excesivamente pobre, se han incluido la revisión de algunos manuales generales de evaluación psicológica, no específicamente de transexualidad.

Para la localización de la información se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos PsycINFO, Psycodoc, PubMed y MEDLINE (Ebsco). Se accedió a ellas a través de la utilidad de búsqueda de bases de datos de la Universidad Autónoma de Madrid. Igualmente se accedió a todos los artículos de la única revista especializada en Transexualidad, la *International Journal of Transgenderism*. Por otro lado se buscaron manuales (generales) sobre evaluación psicológica. Se usó el catálogo de la biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y el descriptor fue: Evaluación Psicológica.

Los descriptores utilizados en las búsquedas fueron: Transexual\*, Transgénero, Evaluación Psicológica, Entrevista Clínica, tanto en castellano como en inglés Transsexual\*, Transgenderism, Psychological assessment, Clinical interview. En todos los casos se cruzó uno de los dos primeros descriptores con uno de los dos siguientes, ya que la búsqueda por un solo descriptor producía resultados diferentes de los deseados: numerosos artículos sobre transexualidad, pero abordada desde otros ángulos, no desde la

evaluación psicológica (por ejemplo, problemática transexual, epidemiología, tratamientos hormonales, tratamientos quirúrgicos, situación legal y otros muchos).

Se descartó utilizar términos como travestismo ya que tienen un significado diferente. Igualmente, se excluyó el uso de descriptores como homosexualidad, gay, lesbiana y otros relativos a la orientación sexual, por ser esta diferente de la identidad sexual.

De los resultados obtenidos, se descartaron y por tanto no se analizaron ni incluyeron en los resultados, aquellos artículos que o bien se limitaban a hablar de la importancia de la evaluación psicológica o alguna de sus características generales (como la empatía o la necesidad de experiencia previa) pero no de su contenido, o bien aquellos que abordaban el fenómeno transexual desde una perspectiva no científica

## Resultados

En total se encontraron 34 fuentes. Aunque cada área puede ser mencionada en diversas publicaciones (dato que se ofrece en el apartado de resultados) se mencionan en los párrafos siguientes solos las fuentes en que cada área parece ser más relevante.

Ninguna de las fuentes encontradas fue un estudio empírico, sino comunicaciones acerca de la conveniencia de la evaluación de ciertas áreas, realizadas a partir de la experiencia de los autores.

El contenido se muestra a continuación. Al realizar la evaluación de personas transexuales el primer punto es conocer la demanda de la persona usuaria de los servicios de atención sanitaria especializados (Moreno, 2003). Aunque la mayoría de ellas demanda tratamiento hormonal (TH) y cirugía de reasignación de sexo (CRS), no es infrecuente encontrarse con personas que aunque desearían tener unos genitales acordes con su sexo no

están seguros de querer someterse a cirugías, que consideran complejas o inseguras o de cuyos resultados dudan.

La demanda no debe satisfacerse *per se*, pero tampoco hay criterios profesionales para no hacerlo, salvo contraindicación fundamentada. No se puede obligar a nadie a demandar CRS y menos como requisito obligatorio para recibir el TH.

En segundo lugar, como en cualquier evaluación psicológica (de transexualidad o de cualquier otra circunstancia o problema) se deben incluir la historia familiar, la historia laboral, la historia social y su formación (Scheiber, 2009). En estas áreas aparecen o pueden aparecer una gran cantidad de conductas problema que conviene haber detectado antes de empezar el proceso transexualizador, a fin de poder entrenar al paciente en las técnicas y habilidades necesarias, para su resolución antes de que realmente se presenten. Ya se ha mencionado la importancia de la historia sexual, dada su potencial influencia sobre la identidad del sujeto. Estas áreas se desarrollan a continuación.

Aunque no está demostrada cuál es la influencia de la composición familiar y el genograma, así como del orden en la fratría, en la aparición o desarrollo de la transexualidad, hay autores que consideran el genograma el principal contexto de referencia para la comprensión del desarrollo psicológico (Sorrentino, 2008). Por ello creemos conveniente evaluar tanto la composición familiar y su orden en la fratría como los antecedentes familiares de transexualidad u homosexualidad, así como la posible ocurrencia de problemas durante el embarazo o el parto (o de abortos espontáneos anteriores). Aunque no está demostrado, diversos autores sostienen que existe una influencia prenatal en el posterior desarrollo tanto de la orientación cuanto de la identidad sexual (Bogaert, 2005; Gaete y Valenzuela, 2007; Green, 2000; Valenzuela, 2006).

En esta misma área, hay que decir que tienen cierta frecuencia los casos de familias desestructuradas. Además es conveniente conocer si la familia apoya y en qué medida a las personas que evaluamos.



Otro núcleo de información es el de la posible relación de la transexualidad con sucesos traumáticos en la infancia o la adolescencia (abusos sexuales, *bullying*, experiencias de relaciones sexuales desagradables...). Este es el punto de vista adoptado por algunos autores (Laden et al., 1996) que afirman que la transexualidad podría ser en algunos casos el resultado de un trauma infantil o de un desarrollo familiar desadaptativo. Un trabajo reciente (Rodríguez-Molina, Asenjo, Becerra y Lucio, 2013) no ha encontrado ninguna relación entre traumas infantiles (ni sucesos potencialmente traumatizantes) y aparición de transexualidad. No obstante, se sabe, que hay algunas diferencias, por ejemplo en prevalencia, de depresión entre transexuales femeninas y masculinos, que parecen estar relacionadas con sucesos traumáticos en la infancia (Roberts y Gotlib, 1997). Por lo tanto obtener información al respecto puede ser útil, si no para el diagnóstico, si para descartar o abordar posibles problemas psicológicos relacionados.

A la hora de realizar diagnósticos también es conveniente tener información acerca de su realidad sociocultural, especialmente su historia laboral y su historia formativa, incluyendo cómo ha afectado su posible transexualidad a ambas áreas (Clarkin y Fertuk, 2009). En la misma línea, Scheiber (2009) sostiene que la anamnesis debe incluir el ámbito laboral. Es necesario conocer su capacidad de adaptación así como si dicha adaptación estuvo mediada por su identidad de género (por ejemplo si abandonó los estudios para evitar su imagen ambigua o el acoso de los compañeros).

Respecto a sus relaciones sociales, es preciso recabar información acerca de su historia de amistades y de relaciones de pareja, incluyendo la situación actual en ambos casos. Por un lado, es fundamental conocer la historia de adaptación del sujeto en el ámbito de la pareja. Por otro, se debe obtener la información necesaria acerca de la capacidad anterior del paciente para adaptarse socialmente (Scheiber, 2009).

Este mismo autor también afirma que la psicobiografía debe indagar en la historia sexual del paciente. Es necesario tener información acerca de sus relaciones sexuales en el pasado (orientación sexual, problemas que aparecieron,...) y la situación actual al res-

pecto, incidiendo en cómo afecta su transexualidad y cómo afectará el proceso transexualizador a dichas relaciones sexuales. Es preciso conocer cómo utiliza sus genitales hoy en día, si siente asco o aversión al sexo, si no siente asco pero evita tener relaciones o si tiene relaciones placenteras.

Otros dos aspectos muy importantes son las que se refieren a su identidad y orientación sexual. Por un lado, tenemos la historia o evolución de su identidad de género incluyendo conductas no normativas respecto a su identidad sexual asignada y su correspondiente identidad de género esperada, que pudieran haber aparecido en la infancia y en la pubertad, así como su identidad actual. Aunque se podría pensar que la identidad sexual es anterior y de ella se desprende la identidad de género, se sabe, que la evolución de la identidad sexual y de la identidad de género se desarrollan de forma paralela y se autoinfluyen. Como quiera que la identidad de género es básicamente una construcción psicosocial, su evolución resulta muy interesante para conocer su identidad sexual (Antón Marcos, 2012).

Por otra parte, está su orientación sexual. Es importante que se ponga al paciente en la necesidad de tener que diferenciar una orientación sexual homosexual de una identidad transexual, ya que no es infrecuente que algunas personas confundan ambos conceptos.

Respecto a la identidad, un requisito importante es que ésta sea persistente. La disforia es necesaria, pero no suficiente para que se considere transexualidad. La persistencia de la identidad a lo largo del tiempo parece ser un predictor sensiblemente mejor de transexualidad que la disforia (Davenport, 1986). Es decir, el que una persona lleve mucho tiempo sintiéndose del sexo contrario es más fiable que el que se sienta muy mal en este momento por pertenecer a un sexo que rechaza.

Existen cuatro áreas, que denominamos complementarias y que también conviene evaluar. Por un lado, la presencia de *trastornos de la conducta alimentaria* que produce una insatisfacción corporal, lo que también sucede en la transexualidad (De la Serna, 2004). La segunda área es la *vigorexia*, un trastorno de la conducta grave, donde además de producirse el mismo fenómeno de insatisfacción corporal (Rodríguez-Molina, 2008; Rodríguez-Molina y Rabito, 2010) se han detec-

tado casos de Vigorexia entre transexuales masculinos, ya que a veces, en su afán por tener un cuerpo más varonil, terminan desarrollando este trastorno. En tercer lugar, conviene explorar los *antecedentes psicopatológicos*. No solo interesa conocer su situación actual, como ya se ha dicho antes, sino también su historia. Ello se debe a que se sabe que el tratamiento hormonal se ha relacionado con la reaparición de trastornos como depresión (Becerra, 2003) o psicosis (Moreno y Esteva, 2012). Por último, es necesario saber si la persona ha tenido problemas con las drogas o el alcohol, ya que es un aspecto cuyas recaídas se deben prevenir, no sólo por el problema que en sí mismas representan, sino porque hacen a la persona no elegible para tratamiento transexualizador.

Por último, es preciso conocer el *impacto del proceso transexualizador*, incluyendo el pasado, el momento actual y sobre todo, el impacto previsible en el futuro. Esto resulta crucial para preparar la intervención terapéutica y

prever el afrontamiento a dichas situaciones.

Los trabajos consultados, tanto los relacionados con contenidos de entrevistas psicológicas generales (Beck y Perry, 2008; Borrell, 1987; Buela-Casal, 2009; Buela-Casal y Sierra, 1997, 2001; Capafóns, Sosa, Alcantud y Silva, 1986; Fernández-Ballesteros, 1992a, 1992b, 1994, 2014; Fernández y Carrobles, 1986; Fernández-Ballesteros y Staats, 1992; García-Soriano y Roncero, 2012; Ibáñez, 2014; Labrador, Cruzado y Muñoz-López, 1993; Llavona, 1997; Moreno, 2014; Morrison, 2015; Muñoz-López, 2003; Murueta, 2010; Roncero y García-Soriano, 2014), así como las relativa a evaluación de la transexualidad, (Asenjo, Portabales, Rodríguez-Molina, Lucio y Becerra, 2013; Ekins y King, 2006; Garaizábal, 2003; Godás, 2006; Gómez-Gil y Esteva, 2006; Rodríguez-Molina et al., 2009, 2013), incluyen, cada uno de ellos, un cierto número de las áreas mencionadas, todas las cuales aparecen ya citadas en alguno de ellos.

Tabla 5  
*Número y Porcentaje de inclusión de cada área*

Área	Número		Porcentaje	
	Todas las Fuentes	Fuentes transex.	Todas las Fuentes	Fuentes transex.
Demanda del paciente	30	18	88.24	81.82
Familia: Genograma, composición familiar, lugar en la fratría, relaciones familiares	32	20	94.12	90.91
Antecedentes familiares: Abortos, problemas en el embarazo, parto o puerperio,...	20	8	58.82	36.36
Antecedentes de transexualidad u homosexualidad en la familia.	20	8	58.82	36.36
Sucesos traumáticos o sucesos vitales estresantes.	32	20	94.12	90.91
Historia laboral y situación actual.	30	18	88.24	81.82
Historia de estudios y formación y situación actual.	28	16	82.35	72.73
Historia de relaciones sociales (excepto pareja) y situación actual	29	17	85.29	77.27
Historia de su identidad de género.	22	10	64.71	45.45
Sentimientos y reflexiones acerca de su identidad de género.	22	10	64.71	45.45
Orientación sexual. Diferencia entre su orientación y su transexualidad.	22	10	64.71	45.45
Historia de relaciones de pareja y situación actual.	34	22	100.00	100.00
Aspectos sexuales, actividad sexual, consideración de sus genitales, uso en pareja y en solitario,...	28	16	82.35	72.73
Aspectos complementarios: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Vigorexia, Adicciones y antecedentes Psicopatológicos.	29	17	85.29	77.27
Impacto actual de su condición transexual en su vida cotidiana: área personal, laboral, familiar, social...	22	10	64.71	45.45
Impacto previsible del proceso transexualizador, en su vida cotidiana: área personal, laboral, familiar, social...	22	10	64.71	45.45
Otros datos de interés	17	5	50.00	22.73

Pueden verse el número de citas de cada concepto así como el porcentaje respecto al total de fuentes en la Tabla 5. Se calcularon por separado los resultados con relación al total de fuentes consultadas, así como solo para las fuentes relacionadas específicamente con transexualidad.

## Discusión

El objetivo del presente estudio era explorar la visión acerca de la violencia filio-parental que manejan los profesionales vinculados a Servicios Sociales. En concreto, obtener una comprensión global, descriptiva e interpretativa, de las concepciones que los profesionales de Servicios Sociales mantienen respecto de la VFP, e identificar las características de las familias que aumentan el riesgo de sufrir VFP. A continuación, se discutirán los resultados distinguiendo cada uno de los objetivos específicos planteados.

Todas las áreas encontradas tienen relevancia clínica. Las diferencias entre las áreas mencionadas en las distintas publicaciones obedecen, por un lado, a la falta de ex-

periencia (número de sujetos y tiempo) entre los psicólogos que realizan trabajos de evaluación en este campo pudiendo ser que en algunos casos los profesionales no hayan encontrado ningún caso en que cierta área sea relevante. Por otro lado, estas diferencias pueden deberse a las limitaciones impuestas por cada administración pública (o la ausencia de las mismas) en cada caso. Así, en algunos casos los tiempos que debe durar la fase de evaluación son más largos que en otros, modificando esto el número de áreas que se considera a la hora de evaluar.

Pero más allá de dichas limitaciones prácticas en cada caso, proponemos un listado que a nuestro juicio es de interés. Debe tenerse en cuenta además, que los psicólogos que trabajan en transexualidad pueden utilizar otros tipos de instrumentos de evaluación, como cuestionarios e inventarios, con lo que algunas de esas áreas se podrían evaluar fuera de la entrevista.

Como resultado de todo lo anterior, proponemos que la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales incluya las áreas que se han ido desarrollando en la introducción. Estas áreas resumen su historia psicobiográfica, los aspectos más relevantes de su identidad y la evolución de esta y el impacto del proceso transexualizador sobre el usuario.

Tabla 6

### *Áreas a incluir en la Entrevista de evaluación psicológica a personas transexuales*

1. Demanda del paciente.
2. Genograma: Composición familiar, lugar en la fratría, relaciones familiares.
3. Antecedentes familiares: Abortos, problemas en el embarazo, parto o puerperio,...
4. Antecedentes de transexualidad u homosexualidad en la familia.
5. Sucesos traumáticos o sucesos vitales estresantes.
6. Historia laboral y situación actual.
7. Historia de estudios y formación y situación actual.
8. Historia de relaciones sociales (excepto pareja) y situación actual.
9. Historia de su identidad de género.
10. Sentimientos y reflexiones acerca de su identidad de género.
11. Orientación sexual. Diferencia entre su orientación y su transexualidad.
12. Historia de relaciones de pareja y situación actual.
13. Aspectos sexuales, actividad sexual, consideración de sus genitales, uso en pareja y en solitario,...
14. Aspectos complementarios: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Vigorexia, Adicciones y antecedentes Psicopatológicos.
15. Impacto actual de su condición transexual en su vida cotidiana: área personal, laboral, familiar, social...
16. Impacto previsible del proceso transexualizador, en su vida cotidiana: área personal, laboral, familiar, social...
17. Otros datos de interés.

Está claro que la entrevista debe ser individualizada y que estas áreas no agotan toda la información posible en cada caso, pero representan una orientación y sus componentes son de interés para evaluar la transexualidad.

Las áreas que conforman la entrevista para la evaluación psicológica pueden verse en la Tabla 6.

La transexualidad precisa de instrumentos de evaluación adaptados a las peculiaridades propias de esta población. Esto se debe a que a estas personas se les presentan situaciones que son potencialmente problemáticas para ellas y no para la población general (por ejemplo, tener que contar cuál es su identidad sexual) o bien situaciones que tienen baja frecuencia en la población general (por ejemplo, sufrir acosos por su aspecto físico). Todo ello, sin menoscabo del uso complementario de instrumentos que han probado su eficacia en la población general.

Para el futuro sería interesante ampliar el espectro de áreas a evaluar. Así, sería interesante medir la imagen y el esquema corporal sexual (Solano y Cano-Vindel, 2010) ya que dichos conceptos podrían estar alterados en esta población (Martínez-Rodarte, Reyes y Paredes, 2010). Igualmente sería interesante evaluar la satisfacción corporal (Rabito y Rodríguez-Molina, 2015). También sería interesante en el futuro estudiar las reacciones emocionales de transexuales masculinos y femeninas usando el IAPS desarrollado por la universidad de Florida en una adaptación que se está realizando en España (Bradley y Lang, 2006; Lang, 1995; Rodríguez-Molina, Portero, Asenjo, Becerra y Lucio, 2014).

En resumen, este conjunto de áreas a evaluar recoge un espectro de variables que el clínico debe conocer durante el proceso de evaluación de personas transexuales.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, II Edition*. Washington, DC.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, III Edition- Revised*. Washington, DC.: Autor.
- American Psychological Association. (A.P.A.). (2009). *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Londres, UK: American Psychiatric Publishing
- Antón Marcos J. (2012). *Identidad trans, no conformidad de género e infancia. Trabajo fin de Máster*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Asenjo, N., Portabales, L., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio, M. J. y Becerra, A. (2013). Transexualidad, Evaluación e Intervención Psicológica. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 161-170. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2013a13>
- Asociación Mundial para la Salud Transgénero. (2014). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ª versión*. Recuperado de [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/SOC%20-%20Spanish.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish.pdf)
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid, España: Akal.
- Becerra, A. (2002). *Trastornos de identidad de Género. Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid, España: Sociedad Española De Endocrinología y Nutrición.
- Becerra, A. (2003). *Transexualidad, la búsqueda de una identidad*. Madrid, España: Díaz de Santos.

- Beck, S. M. y Perry, J. C. (2008). The definition and function of interview structure in psychiatric and psychotherapeutic interviews. *Psychiatry*, 71(1),1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.1>
- Berguero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M. V., Gómez Banovio, M. y Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 89, 9-20.
- Bobes, J. S., Bascaran, M. T., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2004) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (3ª Ed.). Barcelona, España: Ars Médica.
- Bockting, W. O. y Coleman, E. (1993). *Gender Dysphoria, Interdisciplinary approaches in clinical management*. New York: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., Knudson, G. y Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35-82. doi: [http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03)
- Bogaert, A. F. (2005). Gender role/identity and sibling sex ratio in homosexual men. *Journal of Sex and Marital Therapy*; 31, 217-227.
- Borrel, F. (1989). *Manual de entrevista clínica*. Barcelona, España: Doyma.
- Bradley, M. M. y Lang, P. J. (2006). Motivation and emotion. En J. T. Cacioppo, L.G. Tassinary y G. Berntson (Eds.), *Handbook of Psychophysiology* (2ª Ed., pp. 580-607). NY: Cambridge University Press.
- Buela-Casal, G. (2009, julio). Psicología clínica, estrés, ansiedad y depresión. Comunicación presentada en el *XXVIII Curso de Verano de la Universidad del País Vasco, Irún*.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1997). *Manual de Evaluación Psicológica*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Capafons, J. I., Sosa, C. D., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). La información diagnóstica general, una pauta estructurada de amamnesia para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2, 13-45.
- Clarkin, J. F. y Fertuck, E. A. (2009). Evaluación Psicológica y neuropsicológica. En S. C. Yudofsky y R. E. Hales (Eds.), *Tratado de Psiquiatría Clínica* (pp. 189-218). Barcelona, España: Masson.
- Cohen-Kettenis, P. y Van Goozen, S. H. M. (1997). Sex-reassignment of adolescent transsexuals, A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 36, 263-271. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Colapinto, J. (2000). *As Nature Made Him*. New York: Harper Collins.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2007). *Seis Comunidades Autónomas cubrirán el tratamiento de reasignación de sexo para personas transexuales*. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1241](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1241)
- Davenport, C W. (1986) A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior*. 15(6), 511-517.
- De la Serna I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal, Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2(16), 32-40.
- Deogracias, J. J., Laurel, L. L., Meyer-Bahburg, H. F. L., Kessler, S. J., Schober, J. M. y Zucker, K. J. (2007). The gender identity dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of Sex Research*, 8(44), 370-379.

- Ekins, R. y King, D. (2006). *The Transgender Phenomenon*. Londres, UK: Sage.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992a). *Introducción a la Evaluación Psicológica. Vol I y II*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992b). *Psicodiagnóstico, Concepto y Metodología*. Madrid, España: Cincel-Kapelusz.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual hoy*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). *Evaluación psicológica, Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobles, J. A. (1986). *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Staats, A. (1992). Paradigmatic behavioral assessment, Answering the crisis of behavioral assessment. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14(1), 1-29.
- Gaete J. E. y Valenzuela C. Y. (2007). Bases biológicas de la homosexualidad. En B. Zegers, M. E. Larraín y F. Bustamante (Eds.), *Homosexualidad* (pp. 99-134). Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo.
- Garaizábal, C. (2003). Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad. En A. Becerra Fernández (Ed.), *Transexualidad, La búsqueda de una identidad* (pp. 125-140). Madrid, España: Díaz de Santos.
- García-Soriano, G. y Roncero M. (2012). La función evaluadora de la entrevista. En C. Perpiñá (Coord.), *Manual de la entrevista psicológica* (pp. 243- 290). Madrid, España: Pirámide.
- Godás, T. (2006). Repercusiones Personales, Familiares, Sociales y Laborales de la Transexualidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 78, 21-23.
- Goiar, Ch. (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender-non-conforming people*. Seventh version. Mienneapolis, USA: The World Professional Association for Transgender Health
- Goiar, C., Sannier, V. y Toulet, M. (2008). *La historia del transexualismo. Artículo en formato electrónico perteneciente a SHB España*, 2005. Recuperado de <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>
- Gómez-Balaguer, M., Solá, E., Garzón, S., García-Torres, S., Cubells, P. y Hernández Muales, A. (2003). Aproximación epidemiológica a los trastornos de identidad de género. En A. Becerra Fernández, *Transexualidad, la búsqueda de una identidad* (pp. 59-63). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Gómez-Gil, E. y Esteva, I. (2006). *Ser Transexual*. Barcelona, España: Glosa.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T. y Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392.
- Gooren, L. (2003). El transexualismo, una forma de intersexo. En A. Becerra Fernández, *Transexualidad, la búsqueda de una identidad* (pp. 44-48). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Green R. (2000). Birth order and ratio of brothers to sisters in transsexuals. *Psychology Medicine*, 30, 789-795.
- Ibáñez, C. (2014). *Evaluación psicológica: Lecciones introductorias*. Leioa (Bizkaia), España: Servicio Editorial del País Vasco.

- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz-López, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp.71-114). Madrid, España: Pirámide.
- Laden, M., Walinder, J. y Lundstrom, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(4), 221-223.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe. Studies of Motivation and Attention. *American Psychologist*, 50(5), 372-385.
- Llavona, L. (1997). La entrevista conductual. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 71-114). Madrid, España: Pirámide.
- Martínez-Rodarte, I., Reyes, I. y Paredes R. G. (2010). Autoesquema Sexual Femenino, Construcción y Validación de una Escala para Población Mexicana. *RIDEP* 30(2), 143-156.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2015). *Criterios, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/Fesp/Fesp24.pdf>
- Money, J. y Eirrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, USA: John Hopkins Press.
- Moreno, C. (2003). *Evaluación psicológica, Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Moreno, C. (2014). *Evaluación psicológica*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Moreno, O. y Esteva, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 59(6), 367-382.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. México DF: Manual Moderno.
- Muñoz-López, M. (2003). *Manual práctico de Evaluación Psicológica clínica*. Madrid, España: Síntesis.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J. y Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment, A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231.
- Murueta, M. E. (2010). *Guía para la entrevista clínica inicial*. Recuperado de [http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=98&option=com\\_content&task=view](http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=98&option=com_content&task=view)
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. y Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23.
- Rabito, M. F. y Rodríguez-Molina J. M. (2015). Imagen corporal en personas con disforia de género. *Medwave*, 15(4), 1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2015.04.6138>
- Reitz, J. D. (1998). *Tests COGIATI*. Recuperado de [http://www.transsexual.org/cogiati\\_spanish.html](http://www.transsexual.org/cogiati_spanish.html)
- Roberts, J. E. y Gotlib, I. H. (1997). Lifetime of dysphoria, gender, early childhood loss and personality. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 195-208.
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism, A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143-151.

- Rodríguez-Molina, J. M. (2008). Vigorexia, Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(1), 289-308.
- Rodríguez-Molina, J. M. y Rabito, M. F. (2010). Vigorexia, de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*, 11(1), 95-114.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo N., Becerra A. y Lucio, M. J. (2013, junio). De la transexualidad, El mito del trauma infantil. Trabajo presentado en el *VI Congreso Internacional y IX Nacional de Psicología Clínica*. Santiago de Compostela, España.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo N., Lucio, M. J. y Becerra, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*, 37(2), 61-68.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo N., Lucio, M. J. y Becerra, A. (2014). Interview guideline for functional behavior Analysis in transsexual persons. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150-154.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo, N., Lucio, M. J., Pérez-López, G., Rabito, M. F., Fernández-Serrano, M. J., Izquierdo, C. y Becerra, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional Andrología*, 7(2), 112-120.
- Rodríguez-Molina, J. M., Pacheco, L., Asenjo N., García-Cedenilla, N., Lucio, M. J. y Becerra Fernández, A. (2012). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 10(3), 126-133.
- Rodríguez-Molina, J. M., Pacheco, L. Asenjo, N., García-Cedenilla, N., Lucio, M. J. y Becerra Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12(1), 16-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2013.12.001>
- Rodríguez-Molina, J. M., Portero, R., Asenjo, N., Becerra, A. y Lucio, M. J. (2014). *Respuestas Emocionales por géneros de personas transexuales y no transexuales medidas con el International Affective Picture System*. Libro de Actas del IX Congreso Iberoamericano de Psicología. Lisboa, Portugal.
- Roncero, M. y García-Soriano, G. (2014). El proceso de la entrevista. En C. Perpiñá, *Manual de entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar* (pp. 177-200). Madrid, España: Pirámide.
- Scheiber, S. C. (2009). Entrevista psiquiatría, historia psiquiátrica y exploración psicopatológica. En R. E. Hales y S. C. Yudofsky. *Tratado de Psiquiatría Clínica* (pp. 199-230). Barcelona, España: Masson.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid, España: Pirámide.
- Solano, N. y Cano-Vindel, A. (2010). *Imagen*. Madrid, España: TEA.
- Sorrentino, A. M. (2008). Il genograma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale dell paziente. *Terapia Familiare*, 88, 59-91.
- Thomas, D. R. (2003). *A general inductive approach for qualitative data analysis*. Recuperado de <http://www.health.auckland.ac.nz/hrmas/resources/qualdatanalysis.html#Purposes>
- Valenzuela C. Y. (2006). La Homosexualidad ¿es una patología? Respuesta desde la biología evolutiva. *Revista de Psiquiatría Clínica de Santiago de Chile*, 43, 27-38.
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf).