

EN TORNO AL PACIENTE

Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID)

N. Asenjo-Araque^{a,*}, J.M. Rodríguez-Molina^b, M.J. Lucio-Pérez^c y
A. Becerra-Fernández^d

^a Psicología Clínica, Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Psicología Clínica, Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Gestoría de Pacientes, Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^d Coordinación de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid, Universidad de Alcalá, Madrid, España

Recibido el 19 de mayo de 2010; aceptado el 24 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Transexualidad;
Identidad de género;
Evaluación
psicológica;
Tratamiento
psicológico;
Multidisciplinar

KEYWORDS

Transsexuality;
Gender identity;
Psychological
assessment;
Psychological
treatment;
Cross-Disciplinary

Resumen La transexualidad es un fenómeno emergente en nuestra sociedad, por el cual una persona de un sexo biológico se siente pertenecer al contrario. El abordaje realizado desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal parte de un enfoque multidisciplinar y se basa en que el tratamiento no debe limitarse al médico (hormonal y cirugía de reasignación de sexo) sino que es fundamental la intervención psicológica.

Este proceso multidisciplinar exige varias fases de evaluación psicológica. La intervención psicológica debe ser individualizada y los objetivos terapéuticos que se plantean son, entre otros, apoyo en dificultades cognitivas o emocionales, desarrollo de estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento médico.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Multidisciplinary approach to Transsexuality: From Primary Care to the Gender Identity Disorders Unit in Madrid (GIDU-Madrid)

Abstract Transsexuality is an emergent phenomenon in our society. It means, that a person belonging to one biological sex feels that he/she belongs to the opposite one. The Gender Identity Disorder Unit of Madrid is achieving a cross-disciplinary approach. This approach is not just based on medical treatment, or hormonal or surgical treatments, but psychological treatment is also essential.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nasenjo@gmail.com (N. Asenjo-Araque).

This cross-disciplinary process requires several stages of psychological assessment. Psychological treatment must be individualized. The therapeutic goals should be: Support in cognitive and emotional difficulties, the development of coping skills, and adherence to the medical treatment.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a atención especializada

La *transexualidad* es un trastorno de identidad de género (TIG)^{1,2}, por el cual una persona de un sexo biológico determinado se siente pertenecer al contrario. También se denomina *síndrome de Harry Benjamin* (1948)³.

Este deseo de pertenecer al sexo contrario se acompaña de un profundo sentido de rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias. Por ello, la persona transexual refiere desear la corrección de la apariencia sexual de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos. Tras esto, tramita el cambio legal de sexo en sus documentos.

Necesidad de un abordaje psicológico de la transexualidad

Tradicionalmente desde la Psiquiatría se concebía la transexualidad como un trastorno mental de la persona que erróneamente creía pertenecer a un sexo distinto al que pertenecía. La intervención, por lo tanto, se centraba en «curar» al sujeto haciéndole comprender (con ayuda tal vez de medicación) que estaba equivocado o equivocada en su percepción o en sus sentimientos. Este abordaje ha sido ineficaz.

En otra línea, la Psicología también ha realizado algunos intentos aislados de abordar el problema, realizando abordajes basados únicamente en la empatía con el paciente, o en el apoyo reivindicativo.

En el momento actual, no existe una guía fundamental de la evaluación y la intervención psicológicas con personas transexuales. De esto se deriva por tanto la necesidad de elaborar y establecer protocolos de evaluación e intervención, así como herramientas diagnósticas y de apoyo.

A través de este artículo intentamos aportar nuestra experiencia en la elaboración de algunos de estos instrumentos, nacidos para su utilización en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de la Comunidad de Madrid.

Desarrollo sexual/identidad sexual

Los factores que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo sexual comienzan a actuar ya en la concepción y siguen haciéndolo durante toda la vida. A nivel hormonal, los estrógenos tienen poca pulsión en la infancia, aumentan en la pubertad, desarrollando en la niña los caracteres de mujer adulta: crecen las mamas, se desarrolla el esqueleto (especialmente la pelvis para adaptarse a las exigencias del parto), el pelo adquiere una distribución

especial, sobre todo en pubis, y la piel adquiere una textura especial.

La progesterona prepara el endometrio para la implantación del óvulo fecundado, y posibilita el desarrollo final de las mamas haciéndolas aptas para la lactancia.

Por otro lado, la testosterona es la hormona masculina por excelencia, y sus efectos se ejercen sobre los órganos sexuales, regulando su crecimiento hasta la madurez. Es la hormona responsable de la distribución corporal del pelo, proporciona la voz con el típico timbre grave masculino, confiere a la piel su grosor característico del varón, favorece el desarrollo de la musculatura, etc.

Refiriéndonos a los factores psicosociales, la dimensión psicológica y social, es decir, el aprendizaje de un comportamiento sexual considerado como normal para uno y otro sexo en un contexto social dado, es básica para la construcción de la identidad sexual. El *rol sexual* es el sexo al que los demás consideran que un individuo pertenece y que se le impone desde el nacimiento, vistiéndolo y tratándolo y hasta poniéndole nombre de modo distinto según el sexo.

La *identidad sexual* es el factor subjetivo íntimo que establece la convicción interior de pertenecer a un sexo determinado. Las primeras identificaciones provienen de los modelos de comportamientos de la madre o el padre (por condicionamiento vicario) y posteriormente otras personas del sexo correspondiente significativos para la persona (maestros, hermanos mayores y otros adultos)⁴. En la pubertad el aprendizaje de la identidad sexual prosigue, con gran influencia de los modelos mediáticos (cine, televisión, etc.) y del grupo de iguales⁵. Las primeras experiencias amorosas o sexuales contribuyen en gran medida a la construcción de dicha identidad. No obstante, la construcción de la identidad sexual o de género prosigue a lo largo de toda la vida. A veces se denomina a la identidad sexual *sexo sentido*.

Por lo explicado anteriormente es de vital importancia el abordaje psicoterapéutico temprano partiendo de la hipótesis de construcción de la identidad. Se realiza un acompañamiento terapéutico para facilitar el proceso de autorrealización y orientación en la construcción de la identidad sentida por la persona. En este punto es muy importante diferenciar identidad de orientación sexual. La orientación sexual es la atracción hacia un sexo u otro. La identidad es sentirse y vivirse dentro de un sexo u otro⁶.

Como hemos apuntado anteriormente, la psicoterapia para reconducir a la persona transexual hacia la asunción de la identidad de sexo correspondiente a su sexo biológico ha sido un completo fracaso⁷ lo que pone en tela de juicio esta visión.

Otra hipótesis más actual⁸ considera que el problema tiene su origen en etapas tempranas del desarrollo embrio-

nario y fetal. La diferencia en el tiempo entre el momento de la asignación de un sexo gonadal (en la octava semana de gestación) y la asignación de un sexo cerebral (en la vigésima semana) posibilitaría que, si en ese lapso de tiempo aparece una alteración, por ejemplo de origen hormonal, se diese este desajuste. Así, se desarrollarían los genitales en consonancia con el sexo cromosómico pero alguna alteración posterior, por ejemplo de los niveles de testosterona, haría que se produjese la asignación sexual cerebral al sexo contrario.

Estamos por tanto ante un problema de origen biológico (genético-neuro-endocrinológico) y contenido biopsicosocial y no de una enfermedad mental y en el que los trastornos psicológicos serían subsecuentes al problema y no la causa. Los sistemas de clasificación diagnóstica nos serían igualmente eficaces si nos movemos en este enfoque, aunque se tratarían ahora como consecuencias del trastorno y no como un trastorno en sí mismo.

Aunque estos datos sugieren un peso biológico en el origen del problema, aún no sabemos cuál es el detonante de la percepción de disforia por parte del paciente. No parece que la presencia de ciertos núcleos del hipotálamo correspondientes a un cerebro del sexo contrario sea por sí misma suficiente como para que el sujeto se sienta pertenecer de forma automática a ese sexo incluso sin saber nada al respecto. De hecho, Money pretendió haber demostrado el mayor peso de la educación comparado con el peso de los factores biológicos en el desarrollo de la identidad de género, si bien sus estudios con 2 gemelos monocigóticos, uno de ellos castrado y el otro no y educados por separado como niña y niño respectivamente, son controvertidos aún hoy en día⁹. Las hipótesis más completas, aún en investigación, apuntan a que debe haber algunos factores en su desarrollo psicosocial, construcción de identidad sexual y en su historia de aprendizaje, producida a través de su experiencia con el medio ambiente familiar o social, que disparan este problema.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Por el momento es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad basándose sólo en criterios objetivos. Este diagnóstico depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es sesgada por los mismos con o sin intencionalidad. Para paliar parcialmente este problema hemos creado una herramienta de evaluación cuasi objetiva basada en los criterios de las principales escalas de clasificación diagnóstica, el DSM-IV y el CIE-10, la *Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género* (EDIG)¹⁰. Dado el carácter no objetivable de la información y la importancia de la decisión a tomar en función de cuál sea el diagnóstico, el periodo de evaluación suele ser largo. La Asociación Internacional Harry Benjamin determina que como mínimo debe ser de 3 meses.

Para el diagnóstico de transexualidad, planteamos en primer lugar una valoración inicial, para poder incluir a la persona demandante de tratamiento, o bien derivarla para evaluaciones de otra naturaleza (psiquiátrica, estudio de enfermedades somáticas), o incluso no aceptar

su entrada, en el caso de referir abiertamente no ser transexuales.

Para este fin hemos desarrollado una *Entrevista de Valoración Inicial* (EVI)¹¹.

En segundo lugar, se realiza una valoración del cumplimiento de los criterios DSM-IV y CIE-10^{12,13}, así como un diagnóstico diferencial con respecto a las disfunciones sexuales con las que podría confundirse. Para ello hemos creado la EDIG. Esta herramienta ha sido validada y por los autores de este artículo. Estos criterios se cumplen si la persona evaluada tiene una identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales); acusa un malestar persistente con el propio sexo; tiene una gran preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias y/o cree que ha nacido con el sexo anatómico equivocado.

Además de cumplir estos criterios, la alteración no coexiste con una enfermedad intersexual y la alteración que la persona presenta, provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes.

Los principales trastornos con los que podría confundirse el TIG, o que podrían explicar la conducta del sujeto mejor que el citado trastorno, son: hipodeseo sexual, aversión al sexo, déficit de la excitación sexual anorgasmia, vaginismo o dispareunia, travestismo fetichista, dismorfia corporal o dismorfofobia.

A continuación recogemos una historia clínica descriptiva, en la que se detallan datos de la construcción de la identidad de género, el desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual), y aspectos de la vida cotidiana, especialmente por lo que se refiere al previsible impacto del cambio en su vida familiar, social y laboral. Para guiarnos en el desarrollo de esta entrevista hemos elaborado una herramienta, la *Entrevista de Evaluación Psicológica a personas con TIG* (EEPPT)¹⁴.

Más tarde se elabora un análisis funcional de al menos 2 conductas de las que suelen ser problemáticas para muchas personas en proceso transexualizador: vestirse (o no llegar a hacerlo) con ropas del sexo sentido y comunicar (o no hacerlo) su situación a terceros próximos (familia, parejas, amigos íntimos) o relevantes (jefes y compañeros en el trabajo). Se incluyen otras posibles secuencias conductuales. Para ello nos valemos de la herramienta *Análisis Funcional de Secuencias Conductuales con Personas Transexuales* (AFUSCO-PT)¹⁵.

Para evaluar el grado de sintomatología de depresión y ansiedad en torno al trastorno, hemos creado 2 instrumentos, la *Escala de Ansiedad para personas transexuales* (ESANTRA)¹⁶ y la *Escala de Depresión para personas transexuales* (ESDESTRA)¹⁷. Otras áreas de indicada evaluación son la estructura de personalidad y los rasgos psicopatológicos de personalidad, el estrés, la competencia emocional y el bienestar psicológico (incluido tanto como desarrollo personal cuanto como felicidad subjetiva) y la calidad de vida.

Dado que hay un cierto número de personas transexuales cuyo origen no es hispanoparlante y que en muchos casos tienen conocimientos básicos del inglés, se ha desarrollado una herramienta específica para esta población que reúne los datos recogidos en la EVI, EDIG y EEPPT. Esta herramienta se ha denominado IEI¹⁹.

Perspectiva Sociológica en la UTIG de Madrid

Por lo que respecta al Sistema Nacional de Salud, desde 1999 viene funcionando la UTIG de Andalucía, en Málaga. En 2007 se creó la UTIG de Madrid, aportando la novedad de dotarse de un equipo multidisciplinar (incluyendo las perspectivas psicológica y sociológica) que comparte espacio físico y toma de decisiones conjunta, además de incorporar prestaciones más avanzadas (como modificación de la voz por tiroplastia-IV, mamoplastia y otras). Posteriormente han ido surgiendo diversas unidades en otras comunidades autónomas, en la actualidad en diferente fase de desarrollo y con diferentes prestaciones (Barcelona, Asturias, Tenerife, Bilbao, etc.). Como la atención sanitaria es competencia de las comunidades autónomas la posibilidad de acceder a la UTIG de Madrid desde otras comunidades depende de los acuerdos que haya entre las mismas.

El estudio pormenorizado de la transexualidad requiere un enfoque transversal e integrado. Nosotros empleamos un enfoque interdisciplinar, buscando la capacidad de comprender de manera global los fenómenos o procesos sociales, frente a la perspectiva más especializada y temática de otras ciencias. Asimismo, este enfoque nos permite interpretar y evaluar de manera conjunta y correlacionada a los sujetos con su entorno social, incluso entendiendo éste en un sentido amplio, lo cual es especialmente relevante en el caso de los trastornos de género y la transexualidad, pues estos conjugan la problemática biomédica con la social.

Con la incorporación a la UTIG de Madrid, de la perspectiva sociológica, se posibilita una nueva visión que trasciende la simple intervención clínica, lo cual comparte líneas de actuación con el concepto biopsicosocial de la salud.

Ya que el fenómeno de la transexualidad tiene una dimensión social evidente, una de las funciones básicas de la UTIG es recoger la percepción de la comunidad transexual por parte de la población en general y también de la propia comunidad transexual, con especial atención a sus diferentes manifestaciones y cambios. De esa manera se intentan

alcanzar una serie de objetivos sociales como apoyar el trabajo clínico de los diversos profesionales con estudios sociales, medir el impacto del trabajo de la unidad en la sociedad, monitorización permanente de los cambios que se producen tanto en la comunidad transexual como dentro de la sociedad, promover la educación sanitaria del colectivo transexual, evitando prácticas de riesgo y evaluar al individuo transexual en todas sus relaciones sociales (trabajo, familia, educación, amigos, etc.), antes del proceso, durante y después del mismo.

Desde la integración de la experiencia concreta de la unidad con los rasgos básicos de la población general de nuestra comunidad autónoma, como ya hemos mencionado, tratamos de ofrecer instrumentos conceptuales, metodológicos y técnicos que permitan diagnosticar, analizar críticamente, comprender, avalar y diseñar la formulación y puesta en marcha de iniciativas públicas orientadas a la transformación de desigualdades en relación con la comunidad transexual.

Por último, intentamos explorar la diversidad de posiciones ante el fenómeno y ofertar propuestas de cambio y orientaciones para una mejor aceptación del «hecho transexual» tanto en el sistema sanitario como en la sociedad en general.

Fase I: Protocolo de abordaje interdisciplinar de la transexualidad

El médico de atención primaria, que recibe un paciente susceptible de padecer el trastorno que nos ocupa, iniciaría un proceso de derivación interdisciplinar, que se describe en la figura 1.

Una vez en la UTIG, tras la valoración inicial, a la que anteriormente nos hemos referido, se inicia la *fase de evaluación psicológica*. Se elabora la historia clínica biográfica del paciente, utilizando la de EPPT¹⁴ y se recaban datos específicos respecto a la identidad de género del paciente, mediante la EDIG¹⁰. Posteriormente se profundiza en la eva-

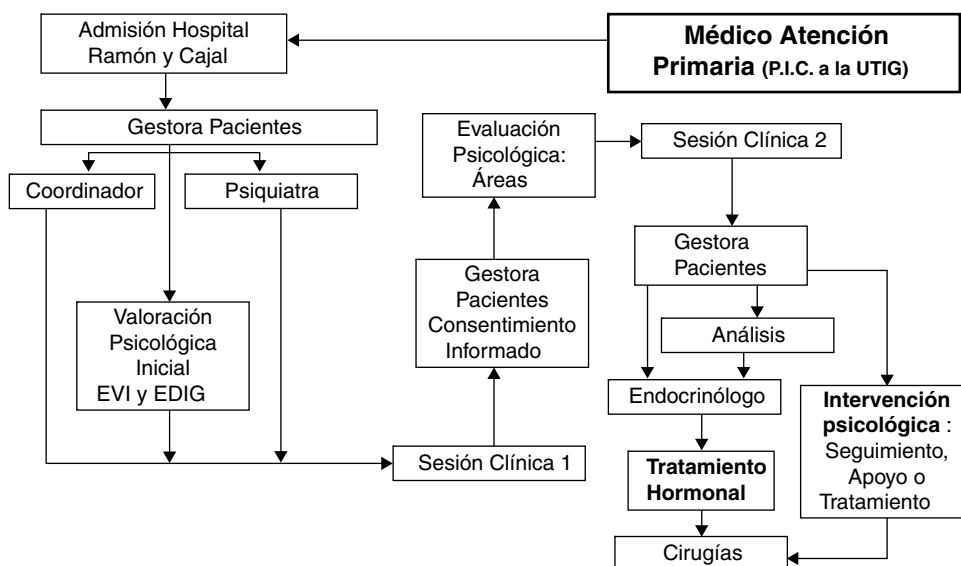


Figura 1 Proceso de derivación desde el médico de atención primaria (MAP).

luación de la estructura de personalidad de los pacientes y sobre la presencia o no de síntomas ansioso-depresivos. Finalmente se evalúa su calidad de vida y aspectos relativos a su bienestar psicológico. Para esto último se utilizan los cuestionarios de evaluación psicológica anteriormente citados¹⁶⁻²⁸.

Tras la administración y corrección de las pruebas y junto con la información recabada a través de las diferentes fuentes, se convoca una sesión clínica donde están presentes todos los profesionales que componen la unidad. En ella se emite un juicio clínico acerca del diagnóstico de identidad de género del paciente que avanza en su caso a la siguiente fase. En caso de duda diagnóstica, se prorroga la evaluación para profundizar más sobre determinados aspectos significativos que se hayan puesto de manifiesto en la sesión clínica interdisciplinaria.

Fase II: Tratamiento hormonal y «experiencia de vida real»

Tras la sesión clínica diagnóstica el médico endocrinólogo examina al paciente y valora las analíticas actualizadas del mismo. Si no existe contraindicación alguna, procede a la prescripción del tratamiento hormonal (TH). Cada 3 meses durante el primer año y después cada 6 meses, se hará un seguimiento exhaustivo del paciente, ya que el tratamiento hormonal debe proseguir durante toda la vida del paciente.

En la fase de tratamiento hormonal, la intervención psicológica consiste fundamentalmente en acompañamiento terapéutico y se basa en la denominada "experiencia de vida real" o "prueba de vida real". Durante esta fase el paciente comienza a adecuar su imagen al sexo sentido (ropa, maquillaje, depilación, lenguaje, lenguaje no verbal, etc.). A la vez que se produce la intervención de apoyo, el psicólogo debe mantener la evaluación, pues incluso en esta fase se detectan personas que tras manifestar un fuerte deseo de modificar su sexo, al iniciar la experiencia de vida real descubren que sus sentimientos son contradictorios. Algunos pacientes pueden presentar numerosos síntomas ansioso-depresivos. En este supuesto se debe trabajar con el paciente reduciendo su ansiedad y estudiando la forma de minimizar el impacto. En todo caso, pasar a la fase quirúrgica exige 2 años de tratamiento hormonal y también haber superado satisfactoriamente la experiencia de vida real. Para ello la intervención psicológica se centra de modo individualizado o grupal en entrenamiento en habilidades; autocontrol emocional; reestructuración cognitiva; intervención en disfunciones sexuales; preparación a las cirugías previas (modificación de características sexuales secundarias: voz, mamas, gónadas, ovarios, etc.); modificación de otras conductas problema y adherencia al tratamiento hormonal.

Respecto a las intervenciones grupales, se realizan grupos terapéuticos de apoyo a pacientes y a familias (que incluye parejas y en su caso, amigos)^{29,30}. Como metodología de evaluación para comprobar el nivel de adquisición de conocimientos, así como el cambio de actitudes hacia la transexualidad y la satisfacción con la actividad, se pasan una serie de herramientas a los participantes de ambos grupos, como el *Cuestionario de conocimientos sobre transexualidad*³¹, el *Cuestionario de conocimientos sobre*

*el proceso transexualizador y su tratamiento*³², la *Escala Likert* de actitudes ante la transexualidad³³ y el *Cuestionario de satisfacción con la actividad grupal*³⁴.

Las 3 primeras escalas se pasan dos veces (test y re-test) al principio y final de la actividad, para evaluar el cambio producido. Durante el módulo de habilidades de comunicación, se utiliza un instrumento de identificación de estilos de comunicación (EJET)³⁵.

Dependiendo de la conveniencia de realizarlo, se ha creado un modelo de *Informe de Evaluación de Personas Transexuales* (IEPT)³⁶.

Fase III: Cirugías para modificar las características sexuales secundarias

Transcurrido un periodo mínimo de 2 años de hormonación controlada por el médico endocrinólogo (no de autohormonación), así como de realización de la experiencia de vida real de acuerdo al sexo sentido, se procede a realizar las canalizaciones necesarias (a través de la gestora de pacientes) para las intervenciones quirúrgicas demandadas por el paciente. Las cirugías para modificar las características sexuales secundarias son, entre otras, mamoplastia/mastectomía, histerectomía/orquidectomía.

Fase IV: Cirugía de reasignación de sexo

Cuando el paciente ha realizado las fases anteriores y se ha conseguido la adecuación de su imagen exterior al sexo elegido, con experiencia de vida real en el entorno inmediato y comunitario, es cuando se pasa, solo si el paciente así lo demanda, a la cirugía de reasignación de sexo (CRS). El abordaje psicológico durante esta fase se centra en la preparación para este tipo de cirugía. Básicamente se refuerzan y/o entrenan habilidades de control de la ansiedad anticipatoria prequirúrgica, manejo del impacto que va a suponer la cirugía en el entorno cercano y pautas de control emocional en general.

Fase V: Post-Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS)

Tras la CRS, el paciente debe seguir, organizadamente, las recomendaciones postoperatorias básicas, para una buena calidad de vida donde pueda disfrutar satisfactoriamente de su vida genital y sexual. Para casi la totalidad de los pacientes, va a ser necesario el apoyo psicológico en toda esta fase, ya que los pacientes presentan a menudo síntomas ansioso-depresivos y pensamientos obsesivos recurrentes, que les interfieren en su vida cotidiana. Además, como hemos indicado anteriormente, el ajuste de la identidad sexual se debe realizar progresivamente, dado que estas personas deben pasar por las fases evolutivas vitales con una identidad que se va construyendo día a día. Por tanto el apoyo terapéutico, en muchos casos, va a ser crucial para prevenir la aparición de sintomatología que interfiera en el desarrollo personal del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Becerra Fernández A. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
2. Becerra Fernández A. *Transexualismo, trastornos de identidad de género, transexual, diagnóstico, tratamiento*. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; 2002.
3. Goiar Ch, Sannier V, Toulet M. La historia del transexualismo. SHB España 2005 [consulta el 30/10/2008. Disponible en: <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>].
4. Hollander G. Questioning youths: Challenges to working with youths forming identities. *Sch Psychol Rev*. 2000;29:173–9.
5. Halderman DC. Gender atypical: Clinical Social Issues. *Sch Psychol Rev*. 2000;29:192–200.
6. Vanderburgh R. Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adol Soc Work J*. 2009;26:1435–2154.
7. Gooren L. El transexualismo, una forma de intersexo. En: Becerra Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
8. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behaviour. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2007;21:431–44.
9. Castillo Robles C, Priego Cuadra T, Fernández-Tresguerres JA. El proceso de diferenciación sexual. En: Becerra Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
10. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. EDIG: Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
11. Becerra Fernández A, Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Lucio Pérez MJ. EVI: Entrevista de Valoración Inicial. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid; 2009.
12. American Psychiatric Association. Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2005.
13. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
14. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
15. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. AFUSCO-PT: *Análisis Funcional de Secuencias Conductuales con Personas Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
16. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. ESANTRA: *Escala de ansiedad en Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
17. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. ESDETRA: *Escala de Depresión en Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
18. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Rabito Alcón MF. *IEI: Initial English Interview*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
19. Millon T. *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA; 2007.
20. Costa P, McRae R. *NEO-PI revisado*. Madrid: TEA; 2002.
21. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory; Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1993.
22. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1970.
23. Miguel Tobal JJ, Cano Vindel A. *ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: TEA; 1988.
24. Goldberg D. *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire): guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson; 1996.
25. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Rodríguez-Carvajal R. Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Med Segur Trab*. 2005;19:5–13.
26. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18:572–7.
27. Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. *J Counsel Psychol*. 1986;30:483–98.
28. Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema*. 2004;16:448–55.
29. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. *Programa de Grupos Terapéuticos de Apoyo a Pacientes*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
30. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. *Programa de Grupos Terapéuticos de Apoyo a Familias*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
31. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. *Cuestionario de conocimientos sobre transexualidad*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
32. Lucio Pérez MJ, Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM, Becerra Fernández MJ. *Cuestionario de conocimientos sobre el proceso transexualizador y su tratamiento*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
33. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. *Escala Likert de actitudes ante la transexualidad*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
34. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. *Cuestionario de satisfacción con la actividad grupal realizada*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
35. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. *EIET: Escala de Identificación de Estilos en Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.
36. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. *IEPT: Modelo de Informe de Evaluación de Personas Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal; 2009.