

ESCALAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD PARA PERSONAS TRANSEXUALES

New psychological assessment tools for transgender people

José Miguel Rodríguez Molina, Ph.D.*, **
Nuria Asenjo Araque, Lic.**
Antonio Becerra Fernández, Ph.D.**
María Jesús Lucio Pérez, Lic.**

Resumen

La transexualidad es un fenómeno emergente. Es necesario evaluar no solo la presencia de transexualidad sino también todas las variables de proceso. Este estudio tuvo como objetivo presentar y analizar las propiedades psicométricas de dos instrumentos de evaluación en población transexual; uno para evaluar ansiedad y otro depresión. Se llevó a cabo la construcción cualitativa de las dos escalas y se validó su contenido mediante su aplicación a 154 sujetos. Se calcularon la validez de criterio y la fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach y se

* Universidad Autónoma de Madrid, Madrid (España).

** Unidad de Transexualidad del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid (España).

Correspondencia: José Miguel Rodríguez Molina. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. C/ Ivan Pavlov, 6. Carretera de Colmentrar Km 15,00. 28034 Madrid. Teléfono: (+34)654823440. jm.rodriquez@uam.es

ejecutó un Análisis Factorial Exploratorio. Se obtuvieron datos de alta significación estadística para la fiabilidad de las escalas (para ESANTRA un Alfa de Cronbach de .958 y correlación entre mitades de .926 y para ESDETRA un Alfa de Cronbach de .967 y correlación entre mitades de .958) y también para todos los elementos de ambas, así como una alta validez de criterio (para ESANTRA de .782 con $p < .001$ con el ISRA y para ESDETRA .829 con $p < .001$ con el BDI). El AFE mostró un único factor explicativo en cada escala (con varianza explicada del 45.71% ESANTRA y 51.55% ESDETRA). Las escalas ESANTRA y ESDETRA parecen ser útiles para la evaluación de ansiedad y depresión en personas transexuales.

Palabras clave: Transexualidad, transgénero, evaluación psicológica, ansiedad, depresión.

Abstract

Transgenderism is an emergent phenomenon. It is necessary not only to evaluate transgenderism, but also all the variables involved in the gender transition process. The aim of the study was to present and analyze psychometric properties of two assessment tools for transgender people. One for Anxiety and the other for Depression. A qualitative construction of the two scales was carried out. Then both were content-validated, and eventually their psychometric properties were tested (Through Cronbach's Alpha, between-halves correlation, criteria validity and a Factorial Analysis). These scales were applied to 154 people. Both validity and reliability showed good outcomes (for ESANTRA Cronbach's Alpha .958 and correlation between halves .926 and for ESDETRA Cronbach's Alpha .967 and correlation between halves 0.958). Criteria validity was high (ESANTRA .782 $p < .001$ and ESDETRA .829 $p < .001$). The Exploratory Factorial Analysis only showed one factor in each scale. They had an explanatory variance of 45.71% ESANTRA and 51.55% ESDETRA. ESANTRA and ESDETRA scales seem to be useful for the assessment of anxiety and depression in transgender people.

Keywords: Transsexualism, transgender, psychological assessment, anxiety, depression.

Fecha de recepción: 20 de julio de 2013

Fecha de aceptación: 17 de junio de 2014

INTRODUCCIÓN

En las clasificaciones internacionales, la transexualidad se encuentra generalmente recogida dentro de los trastornos de identidad de género (TIG). Así sucedía, por ejemplo, con el DSM-V-TR (2005) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2009). El reciente DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) ha cambiado el nombre que se le da a la transexualidad que pasa a denominarse *Disforia de género*, pero lo sigue considerando un trastorno: se denomina disforia de género, debido al malestar que experimentan las personas que, habiendo nacido hombre o mujer, se sienten pertenecer al sexo contrario (Becerra Fernández, 2002, 2003). Asimismo, en ámbitos médicos, el TIG es conocido como Síndrome de Harry Benjamin, en honor al autor que usó por primera vez el término transexualismo en 1948 (Gojar, Sannier & Toulet, 2005). Se ha demostrado, sin embargo, que las personas transexuales no presentan como media un perfil psicopatológico (Rodríguez Molina et al., 2014).

La transexualidad tiene mayor prevalencia de la que podría pensarse. El estudio más clásico y relevante, por la amplitud de su muestra, indica una prevalencia de uno de cada 11.900 varones y una de 30.400 mujeres (Gómez Balaguer et al., 2003).

Hay diversos conceptos relacionados con el término sexo que es conveniente aclarar previamente. El sexo cariotípico viene determinado por la presencia de cromosomas XX o XY. Se prefiere este término, o en su defecto los de sexo genético o cariotípico, al de sexo biológico, ya que las personas transexuales argumentan que ellas también son seres biológicos. Por ejemplo, llamar mujeres biológicas a las que nacieron mujeres, para diferenciarlas de las mujeres transexuales (de hombre a mujer), sería como decir que las personas transexuales no son seres biológicos. Incluso, dentro del activismo transexual, se suele rechazar que se denomine biológicas a las otras mujeres, añadiéndose las activistas frases del estilo de “*nosotras no somos de plástico*”. Lo mismo vale para transexuales masculinos (de mujer a hombre).

Por otro lado, el sexo gonadal se refiere a la presencia de genitales masculinos, o femeninos (o mixtos o ambiguos) y el sexo hormonal se refiere al balance entre andrógenos y estrógenos (Becerra Fernández,

2002). Del sexo gonadal depende el sexo asignado, o legal, que es que se establece al nacer. Por último, el sexo fenotípico es el referido a la apariencia corporal del sujeto: los genitales externos y los caracteres sexuales secundarios.

Un concepto importante en la transexualidad es el de apariencia externa. Este es el conjunto del fenotipo más los aspectos modificables por el propio sujeto, como su ropa, peinado, calzado, cirugías masculinizantes o feminizantes que haya podido llevar a cabo e incluso su forma de moverse o de hablar.

La identidad sexual, también denominada sexo psicológico o sexo sentido, es el sexo a que el sujeto cree pertenecer, la creencia de ser hombre o mujer, más allá de la morfología de sus genitales (Money & Eirrhardt, 1972; Colapinto, 2000; Gómez Gil, Esteva de Antonio & Berguero Miguel, 2006; Gray & Desmarais, 2014). La incongruencia entre el sexo cariotípico y la identidad sexual, o sexo psicológico, es lo que denominamos *transexualidad*.

Un error habitual es confundir orientación sexual, que se refiere al objeto de atracción sexual (hombres, mujeres, ambos o ninguno) e identidad sexual, que es el sentimiento, la autopercepción y autoclasificación como hombre o mujer, o incluso otro sexo, según admite la reciente versión V del DSM (American Psychiatric Association, 2014)

Por último, se debería mencionar el *género* como término que se utiliza a menudo al hablar de transexualidad. De hecho se suelen utilizar los términos identidad de género e identidad sexual como sinónimos (incluso las unidades de tratamiento se suelen denominar “de identidad género”) pero en realidad no lo son. Cuando decimos género nos referimos a conductas observables de una persona, así como a las que la sociedad espera que esa persona realice. Estas expectativas sociales de género se diferencian en función de la pertenencia de la persona a un sexo. El género es una construcción social. Cuando decimos identidad de género nos estamos refiriendo al conjunto de conductas que la persona misma realiza o desea realizar (incluyendo conductas motoras pero también pensamientos y emociones) en función de su pertenencia a un género. La identidad de género es una construcción psicológica a partir del género.

Aunque indudablemente identidad sexual y la identidad de género tienen cierto paralelismo, no son lo mismo, ni tienen una correlación perfecta. La identidad sexual es lo que la persona siente ser y la identidad de género es la realización o el deseo de realización de conductas congruentes con la pertenencia a un género. Véase para estas definiciones el trabajo clásico de Gómez Gil y Esteva de Antonio (2006) y el reciente de Platero Méndez (2014). La identidad de género no es objeto de este estudio, por lo que a partir de este punto hablaremos por un lado de identidad sexual o sexo sentido y por otro lado de sexo cariotípico.

Como la disonancia entre la identidad sexual y el sexo cariotípico es muy desagradable, la persona transexual suele buscar reducirla modificando la apariencia de su cuerpo farmacológica o quirúrgicamente y rectificando su identidad legal.

Respecto a las explicaciones a la transexualidad, desde la Psicología no son muy abundantes. Si hasta tiempos no muy remotos se consideraba a estas personas enfermas mentales de otra índole (por ejemplo esquizofrénicas), a partir de la inclusión de este concepto dentro de las clasificaciones internacionales (a partir del DSM-II, en 1980, pues antes solo existía el concepto de “travestismo”), miles de personas en muchos países han sido diagnosticadas y tratadas por el problema que representa la incongruencia entre el sexo cariotípico y legal y su identidad sexual (Becerra Fernández, 2006).

Desde la Psicología, Freud creó el concepto de homosexualidad extrema (Freud, 2006, Gómez Pin, 2001) y en muchos casos se ha considerado así la transexualidad. La homosexualidad era considerada una enfermedad mental hasta 1973, pero hasta 1980 no fue completamente retirada de los sucesivos DSM. Sin embargo, este concepto de transexualidad parte del error ya mencionado, de identificar orientación sexual e identidad sexual. Las personas transexuales se perciben interiormente como del sexo contrario al cariotípico con independencia de si les atraen sexualmente los hombres, las mujeres, ambos o ninguno. Esto no significa que en la práctica clínica no haya a veces problemas para diferenciar ambos conceptos, que pueden ser confundidos, incluso por el propio sujeto, que durante una etapa de su vida tal vez haya creído ser homosexual o viceversa (Garaizábal, 2003).

Respecto a los intentos de intervención en este campo desde paradigmas psicológicos científicos son escasos aún. Por ello, carecemos en estos momentos de un cuerpo de doctrina amplio que sirva de guía fundamental tanto a la evaluación como a la intervención de apoyo psicológico a las personas transexuales durante el proceso transexualizador (Rodríguez Molina, Asenjo Araque, Lucio Pérez & Becerra Fernández, 2011).

Centrándonos en la evaluación psicológica, en la transexualidad esta incluye el proceso por el que se establecen el diagnóstico de transexualidad y el diagnóstico diferencial con psicopatologías (desde esquizofrenia hasta disfunciones sexuales, parafilias...). Pero este proceso de evaluación psicológica también comprende la determinación de la presencia de otros problemas psicológicos que puedan ser relevantes en el posterior proceso transexualizador (ansiedad, depresión...). Por lo tanto, de la evaluación psicológica dependerá la intervención a realizar y la evolución posterior del paciente (Colegio Oficial de Psicólogos, 2007; Rodríguez Molina et al., 2009). Por ello, se deben establecer protocolos de evaluación e intervención, así como herramientas de evaluación psicológica.

Se ha desarrollado un instrumento denominado EDIG para diagnosticar transexualidad, así como para realizar un diagnóstico diferencial (Rodríguez Molina, Asenjo Araque, Lucio Pérez & Becerra Fernández, 2011).

Sin embargo, se echan de menos instrumentos que evalúen áreas potencialmente problemáticas, más allá del diagnóstico. Además, como fenómeno emergente, que además se presenta en una amplia variedad de formas, situaciones y vivencias diferentes, la transexualidad precisa de instrumentos de evaluación adaptados a las peculiaridades propias de esta población (Berguero Miguel & Cano Oncala, 2006).

En este sentido, y aunque se podría decir que las personas transexuales deben ser evaluadas psicológicamente con las mismas pruebas que la población general, lo que es cierto en general, esto no siempre es así. Si queremos evaluar el CI de una persona transexual debemos utilizar los mismos tests que en una persona no transexual, pero por el contrario, existen circunstancias potencialmente ansiógenas o depresógenas específicas para la población transexual, que no se dan para la población general. Por ejemplo, contemplar el propio cuerpo desnudo sería un

ejemplo de ítem que no se recoge como potencialmente elicitor de ansiedad o depresión en los instrumentos existentes, pero sí lo es para una persona transexual (Rodríguez Molina et al., 2012). Lo mismo sucede respecto a otras situaciones como hablar de la propia identidad sexual, vestir ropas, maquillarse o usar complementos típicos del género sentido. Luego, parece deseable que los instrumentos de evaluación utilizados los incluyesen. A tal efecto se han creado dos instrumentos de medida.

Estos dos instrumentos se refieren a las dos áreas donde más frecuentemente aparecen alteraciones emocionales, como son la ansiedad o el estrés y la depresión. El estrés es un proceso que incluye estímulos desencadenantes, la valoración de dichos estímulos y de los recursos para afrontarlos, las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras a dichos estímulos y las consecuencias de estas conductas (Barlow, 2004; Lazarus & Folkman, 1986). Es decir, una persona puede disparar una respuesta de estrés si valora como peligroso el entorno o si valora que no tiene recursos suficientes para afrontarlo. Ambas situaciones están potencialmente presentes en la población transexual.

En cuanto a los instrumentos de evaluación de ansiedad o estrés, los dos más utilizados para evaluar estos son el STAI de Spielberger (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2002) y el ISRA de Miguel Tobal y Cano Vindel (1988). Otros, como la escala de valoración de la ansiedad de Hamilton (HARS), aísla dos factores específicos de ansiedad: la ansiedad psicológica y la ansiedad somática (Hamilton, 1959). El inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) mide ansiedad sobre todo en sus aspectos físicos.

Algo similar sucede con otra alteración emocional que por estar presente con cierta frecuencia merece la pena ser evaluada: la depresión. La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de conductas desadaptativas, tales como alteraciones del estado de ánimo, anhedonia, apatía, contenido irracional de las cogniciones, alteraciones de memoria y atención y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio (Froján, 2006).

Para la evaluación de la depresión en población general, el instrumento más utilizado es el BDI de Beck en sus distintas versiones (Beck, 2009; Beck, Sanz, Navarro & Vázquez, 2003), pero que tampoco contempla

situaciones potencialmente depresógenas para personas transexuales. La Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) (Hamilton, 1960, Bobes, Balbuena, Luque, Dalre, Ballesteros & Ibarra, 2003) es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. La escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) (Weissman & Beck, 1978) se centra en la detección de las distorsiones cognitivas, sobre todo, en aquellas que pueden tener relación causal o de disparadores de conductas de depresión. Por último, se utiliza en este campo la Escala de Valorización de Montgomery-Asberg (MADRS) (Bobes, Bascaran, Sáiz & Bousoño, 2004), que consta de 10 ítems en referidos a los síntomas y la gravedad de la depresión.

De acuerdo con todo lo anterior, se considera que es necesario crear dos instrumentos para evaluar ansiedad y depresión respectivamente, en personas transexuales, que recojan ítems que representen situaciones potencialmente depresógenas o ansiógenas para esta población. Por ello se ha llevado a cabo el presente estudio, cuyo objetivo es establecer las características psicométricas de la Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) y la Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA).

MÉTODO

Participantes

En la fase piloto se utilizó una muestra de veinte sujetos pacientes de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid, España (UTIG), dentro del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, seleccionados de forma consecutiva, entre los pacientes que acudía a tratamiento en dicha UTIG.

Posteriormente, en el estudio propiamente dicho, la muestra estuvo formada por 154 sujetos, todos pacientes de la UTIG, que dieron su consentimiento por escrito y fueron seleccionados consecutivamente según acudieron a tratamiento durante un período de un año. No hubo ninguna negativa a participar. No se incluyeron menores de edad por motivos legales. Aunque se establecieron otros criterios de exclusión (edad superior a 65 años o presencia de psicopatología grave) en reali-

dad ninguno de los participantes presentó estas características. El rango de edad fue de 19 a 45 años, con una media de 24,5 años. De ellos, 84 fueron transexuales femeninas (de hombre a mujer) y 70 masculinos (de mujer a hombre), con una proporción de 1,2.

Instrumentos

Los instrumentos que se ponen a prueba son la Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) y la Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA). Son dos escalas tipo Likert, en la que en cada ítem el sujeto responde eligiendo dentro de un rango de 1 a 5 según el grado de desacuerdo o acuerdo que tenga con la afirmación que se hace en cada ítem. Consta de 30 ítems, con una muestra general de las respuestas de ansiedad más habituales en la práctica clínica.

Todos los ítems se refieren a estado y no a rasgo, lo que facilita la repetición de la medición en diversos momentos del tratamiento. Pueden verse los ítems de la ESANTRA y la ESDETRA en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA)

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
1	Me siento nervioso/a	1	2	3	4	5
2	Estoy tenso/a	1	2	3	4	5
3	Estoy alterado/a	1	2	3	4	5
4	Me siento angustiado/a	1	2	3	4	5
5	Estoy preocupado/a	1	2	3	4	5
6	Estoy tan excitado/a que me cuesta dormir	1	2	3	4	5
7	Me siento inseguro/a	1	2	3	4	5
8	Estoy a disgusto	1	2	3	4	5
9	Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
10	Pensar en ligar me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
11	Cuando me critican me enfado demasiado	1	2	3	4	5
12	Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio	1	2	3	4	5
13	Discuto mucho con mi pareja, mis amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14	Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15	Pierdo los papeles fácilmente	1	2	3	4	5

Continúa...

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
16	Soy muy inquieto/a	1	2	3	4	5
17	Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
18	Cuando discuto me altero mucho	1	2	3	4	5
19	Me da miedo contar mi situación	1	2	3	4	5
20	Esperar me pone muy nervioso/a	1	2	3	4	5
21	Pensar en mi futuro me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
22	Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el estómago...	1	2	3	4	5
23	Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal	1	2	3	4	5
24	Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25	Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
26	Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
27	Me pongo agresivo/a con cierta facilidad	1	2	3	4	5
28	Las cirugías del tratamiento me producen mucha angustia	1	2	3	4	5
29	Cuando tengo un problema real, me angustio y lo exagero	1	2	3	4	5
30	Cuando he cometido un error me preocupo más de lo normal	1	2	3	4	5
Sumas columnas						
Total						

Nota: Se conserva el formato de la tabla tal como se muestra al paciente.

Tabla 2. Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA)

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
1	Me siento muy triste	1	2	3	4	5
2	Odio mi cuerpo	1	2	3	4	5
3	Solo me apetece estar en la cama	1	2	3	4	5
4	Mi aspecto personal es bastante malo	1	2	3	4	5
5	He llegado a fantasear con la idea del suicidio	1	2	3	4	5
6	Pienso que me van a suceder cosas malas	1	2	3	4	5
7	No rindo en el trabajo o los estudios	1	2	3	4	5
8	Lloro más que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
9	Estoy siempre apático/a	1	2	3	4	5
10	A menudo me siento culpable	1	2	3	4	5
11	Si noto que me miran me pongo muy triste	1	2	3	4	5
12	Me cuesta tomar decisiones más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13	No me apetece ver gente	1	2	3	4	5
14	Cuando tengo sexo solo me preocupa que la otra persona disfrute	1	2	3	4	5
15	Si mi imagen corporal no se adapta a mis deseos prefiero morirme	1	2	3	4	5
16	Me doy asco	1	2	3	4	5
17	Me cuesta planificar actividades	1	2	3	4	5
18	Me repele verme en el espejo	1	2	3	4	5
19	A penas consigo dormir	1	2	3	4	5
20	No tengo fuerzas para hacer nada	1	2	3	4	5
21	Las comidas que antes me gustaban ya no me llaman la atención	1	2	3	4	5
22	Mi vida es un desastre	1	2	3	4	5
23	Mi deseo sexual es más bajo que en la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
24	No disfruto con nada	1	2	3	4	5
25	Me siento culpable por hacer sufrir a mis seres queridos	1	2	3	4	5
26	Cualquier contratiempo me entristece mucho	1	2	3	4	5
27	No tengo apetito	1	2	3	4	5
28	Mi vida es un fracaso	1	2	3	4	5
29	No hago nada o casi nada para divertirme	1	2	3	4	5
30	Veo el futuro muy negro	1	2	3	4	5
Sumas columnas						
Total						

Nota: Se conserva el formato de la tabla tal como se muestra al paciente.

Recuérdese que no se trata de escalas de actitudes y por tanto no tiene sentido hablar de aquiescencia, por lo que no ha sido preciso balancear los ítems.

Procedimiento

En todo momento la recogida de datos se realizó dentro de la relación psicólogo/paciente. Como ya se mencionó, los participantes fueron los pacientes que acudieron por propia decisión a la UTIG y a los que se ofreció hacer parte del estudio de forma voluntaria. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado específico para esta investigación, además del consentimiento informado habitual para evaluación e intervención. Esta investigación fue aprobada, además, por el Comité de Ética del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Los pacientes cumplieron las escalas en la consulta de su psicólogo habitual.

a. Construcción y evaluación cualitativa de las escalas

La construcción inicial de estos instrumentos incluyó tres elementos. Por un lado, se realizó una revisión de los ítems que forman los principales cuestionarios e inventarios ya citados. Para evaluar ansiedad, los ítems se inspiraron en los cuatro instrumentos mencionados más arriba (STAI, ISRA, HARS y BAI) y para depresión en los otros cuatro correspondientes a esta área (BDI, HAM-D, DAS y MADRS).

En segundo lugar, se añadieron ítems con base en la propia experiencia clínica de los autores, relativos a situaciones específicas para personas transexuales, aquellas que suelen ser especialmente difíciles y ansiógenas, por ejemplo, comunicar en distintos ámbitos (familiar, laboral, social, de pareja...) que se va a producir un cambio radical de aspecto, o en sentido contrario, comunicar cuál es el propio sexo cariotípico cuando la persona ya aparenta el aspecto físico del sexo sentido.

En tercer lugar, se llevó a cabo una revisión de la escasa literatura que existe acerca de evaluación psicológica en transexualidad (Ekins & King, 2006; Garaizábal, 2003; Godás Sieso, 2006; Gómez Gil & Esteva

de Antonio, 2006; Rodríguez Molina et al., 2009). Como resultado de este proceso se seleccionaron 40 iniciales.

b. Validez de contenido

Se aseguró la validez de contenido mediante la opinión de expertos. Es difícil que alguien pueda ser experto en la evaluación de personas transexuales fuera de Estados Unidos y Holanda, porque este es un campo emergente (Garaizábal, 2003). Por ello se validó el contenido mediante la intervención de dos tipos diferentes de expertos: unos lo eran en evaluación psicológica (aunque no en transexualidad) y otros tenían experiencia en el abordaje psicológico de personas transexuales. Se obtuvo la colaboración de tres profesores del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y, por otro, la de cinco psicólogos que habían sido formados en la UTIG de Madrid o habían realizado prácticas de investigación u otras formas de colaboración en ella.

Se pidió a los profesores que diesen su valoración respecto a la claridad y la idoneidad o representatividad de cada ítem. Los profesores ignoraban el objetivo del estudio así como las posibles dimensiones del test. Se utilizó el protocolo basado en Dunn, Bouffard y Rogers (1999). En cuanto a los antiguos colaboradores de la UTIG, se procedió de forma similar si bien estos conocían la dimensión que se evaluaba y se aplicó el protocolo de Osterlind (1989). Tras aceptarse alguna sugerencia con respecto a la claridad de la redacción del algún ítem, en todos los casos los expertos dieron por válido finalmente el contenido de las escalas.

c. Procedimiento de administración de las pruebas

La prueba se administró de forma individual, durante el estudio piloto a 20 sujetos y en la fase de estudio a 154 sujetos diferentes. Los sujetos fueron pacientes de la UTIG de Madrid y se les aplicó dentro del proceso normal de evaluación psicológica.

d. Diseño

El diseño fue no experimental, transversal descriptivo para la validación de pruebas psicométricas (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 1998).

e. Análisis de datos

En la fase piloto se analizó la homogeneidad de la escalas y de cada elemento con la escala, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

En el estudio propiamente dicho se realizaron los siguientes análisis de datos para cada una de las dos escalas: Se calcularon los estadísticos descriptivos de la muestra y la homogeneidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de cada escala en conjunto, así como de cada elemento con la escala y la de la escala eliminando cada uno de los ítems.

Posteriormente, se analizó la estructura dimensional de cada escala mediante un Análisis Factorial Exploratorio, por el método de Análisis de Componentes Principales con rotación VARIMAX.

Se llevó a cabo un estudio complementario de la fiabilidad calculando las correlaciones por el método de las dos mitades (pares-impares, calculándose los coeficientes de Spearman-Brown y de Guttman), así como el coeficiente Alfa de Cronbach de cada una de las mitades por sí misma.

Finalmente, se calculó la validez externa mediante la correlación con un criterio externo (para la ESANTRA se eligió el ISRA y para la ESDETRA el BDI).

RESULTADOS*a. Fase piloto*

Aunque las escalas tuvieron un valor del coeficiente el Alfa de Cronbach aceptable (0,901 ESANTRA y 0,893 ESDETRA), su aplicación resultó larga para los sujetos. Por tanto se decidió acortarlas a 30 ítems. Esta longitud es similar a la de los otros instrumentos estudiados. El criterio para eliminar ítems consistió en descartar los diez que habían mostrado una menor correlación elemento-total de la escala. Estas correlaciones de los ítems eliminados estaban en el rango entre 0,420 y 0,385 para la ESANTRA y entre 0,397 y 0,298 para el ESDETRA. Se crearon las escalas definitivas cuyos resultados se analizan.

b. Análisis de las propiedades psicométricas

Se analizó la fiabilidad entendida como homogeneidad mediante el análisis Alfa de Cronbach. Los resultados globales de la escala, así como los datos de las personas participantes, pueden verse en las tablas 3 y 4.

Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad de ESANTRA

N	Media	Desv, T	Rango edad	Proporción M-F/F-M	Alfa de Cronbach
154	70,45	26,59	19 – 45	1,2/1	0,958

Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad de ESEDETRA

N	Media	Desv, T	Rango edad	Proporción M-F/F-M	Alfa de Cronbach
154	62,99	27,86	19 – 45	1,2/1	0,967

Como puede comprobarse, por lo que respecta a la escala de ansiedad ESANTRA, la correlación Alfa de Cronbach resultó ser muy alta ($r_{xx} = 0,958$), lo que equivale a decir que el instrumento tiene una alta homogeneidad. Igualmente, todos los elementos (ítems) obtuvieron altas correlaciones con el total de la escala, con un rango entre 0,497 y 0,780. La fiabilidad de la escala eliminando cada elemento no dio resultados significativos. Los resultados desglosados por ítems pueden verse en la tabla 5.

Tabla 5. Estadísticos de los elementos de ESANTRA

Ítem	Media	DT	Correlac	Alfa sin
			ítem/total	el ítem
A1	2,506	1,3443	0,736	0,956
A2	2,299	1,3092	0,780	0,955
A3	2,195	1,3288	0,747	0,956
A4	2,273	1,3637	0,701	0,956
A5	2,693	1,3875	0,700	0,956
A6	2,007	1,2859	0,667	0,956
A7	2,357	1,3415	0,683	0,956
A8	2,338	1,4517	0,604	0,957
A9	2,347	1,3423	0,580	0,957
A10	2,214	1,4324	0,585	0,957
A11	2,758	1,4235	0,661	0,956
A12	1,753	1,1789	0,623	0,957
A13	2,032	1,2956	0,604	0,957
A14	3,260	1,3711	0,692	0,956
A15	1,817	1,0992	0,677	0,956
A16	2,578	1,3469	0,570	0,957
A17	2,209	1,4218	0,648	0,956
A18	2,838	1,3742	0,651	0,956
A19	2,416	1,4266	0,497	0,958
A20	2,753	1,4249	0,611	0,957
A21	2,558	1,3719	0,734	0,956
A22	2,682	1,4894	0,648	0,956
A23	2,416	1,2509	0,685	0,956
A24	2,026	1,1601	0,632	0,956
A25	2,500	1,3297	0,554	0,957
A26	1,935	1,1125	0,617	0,957
A27	1,725	1,0368	0,630	0,957
A28	1,968	1,2753	0,510	0,957
A29	2,071	1,1496	0,690	0,956
A30	2,922	1,3934	0,624	0,957

En cuanto a la ESDETRA, el Alfa de Cronbach en este caso fue de 0,967, por lo que también puede considerarse muy fiable. Por lo que respecta a los elementos, se obtuvo una alta fiabilidad en todos ellos, con un ran-

go entre 0,522 y 0,847. Ningún elemento mejoraba significativamente la escala al ser eliminado. Estos resultados pueden verse en la tabla 6.

Tabla 6. Estadísticos de los elementos de ESDETRA

Ítem	Media	DT	Correlac	Alfa sin
			ítem/total	el ítem
A1	2,399	1,3736	0,728	0,964
A2	3,146	1,4704	0,473	0,966
A3	1,825	1,1779	0,702	0,964
A4	2,278	1,3680	0,688	0,964
A5	2,078	1,7915	0,592	0,965
A6	1,916	1,2258	0,730	0,964
A7	1,927	1,3190	0,698	0,964
A8	2,125	1,2170	0,630	0,964
A9	1,807	,9681	0,703	0,964
A10	2,092	1,3004	0,799	0,963
A11	1,786	1,0601	0,603	0,965
A12	1,980	1,2339	0,647	0,964
A13	1,961	1,2980	0,694	0,964
A14	2,699	1,4466	0,522	0,965
A15	2,183	1,3645	0,643	0,964
A16	2,078	1,3261	0,718	0,964
A17	2,059	1,2846	0,621	0,965
A18	2,721	1,5403	0,628	0,965
A19	2,013	1,3719	0,729	0,964
A20	1,864	1,2103	0,784	0,964
A21	1,675	1,1820	0,642	0,964
A22	2,006	1,3407	0,847	0,963
A23	2,362	1,4931	0,697	0,964
A24	1,688	1,0195	0,766	0,964
A25	2,516	1,4101	0,743	0,964
A26	2,296	1,3568	0,744	0,964
A27	1,621	,9836	0,599	0,965
A28	1,909	1,3104	0,814	0,963
A29	2,066	1,4034	0,758	0,964
A30	1,922	1,2911	0,732	0,964

c. Estructura dimensional del test

El Análisis Factorial de ambas escalas, por el método de extracción de Análisis de Componentes Principales con rotación VARIMAX, tal como puede observarse en las tablas 7 y 8 (una para cada escala), no produjo una estructura factorial potente ya que en el caso de la ESANTRA un solo factor ya explica el 45,72 % de la varianza y, por el contrario, la suma de la varianza explicada por hasta cinco factores potenciales solo la incrementa hasta el 65,5 %.

Lo mismo se puede decir de la escala ESDETRA. El análisis factorial produjo un solo factor relevante, con una varianza explicada del 51,55 % del total, con un máximo posible de tres factores, con los que solo se llegaría a una varianza explicada del 61,62 %. Por consiguiente, se puede considerar que hay un único factor relevante en la escala. Estos resultados pueden verse en la tabla 8.

Tabla 7. Análisis Factorial de la escala ESANTRA

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
	13,715	45,718	45,718	13,715	45,718	45,718
2	1,879	6,265	51,983	1,879	6,265	51,983
3	1,698	5,661	57,644	1,698	5,661	57,644
4	1,234	4,112	61,755	1,234	4,112	61,755
5	1,020	3,398	65,154	1,020	3,398	65,154
6	,906	3,019	68,173			
7	,881	2,938	71,111			
8	,797	2,657	73,768			
9	,725	2,416	76,184			
10	,654	2,179	78,363			
11	,648	2,159	80,522			
12	,614	2,046	82,568			
13	,572	1,905	84,473			
14	,524	1,746	86,219			
15	,481	1,604	87,823			
16	,429	1,431	89,254			
17	,418	1,392	90,647			
18	,388	1,292	91,939			
19	,346	1,153	93,092			
20	,310	1,033	94,124			
21	,282	,939	95,064			
22	,243	,810	95,874			
23	,216	,719	96,592			
24	,194	,646	97,238			
25	,170	,567	97,805			
26	,165	,550	98,355			
27	,156	,520	98,875			
28	,128	,426	99,301			
29	,115	,384	99,685			
30	,094	,315	100,000			

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Tabla 8. Análisis Factorial de la escala ESDETRA

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	15,465	51,551	51,551	15,465	51,551	51,551
2	1,943	6,476	58,027	1,943	6,476	58,027
3	1,078	3,592	61,619	1,078	3,592	61,619
4	,978	3,260	64,879			
5	,869	2,896	67,774			
6	,833	2,776	70,550			
7	,745	2,484	73,034			
8	,714	2,379	75,413			
9	,664	2,214	77,627			
10	,639	2,131	79,758			
11	,595	1,984	81,742			
12	,550	1,834	83,576			
13	,515	1,715	85,291			
14	,466	1,555	86,846			
15	,402	1,339	88,185			
16	,389	1,296	89,481			
17	,375	1,251	90,732			
18	,356	1,186	91,918			
19	,336	1,119	93,037			
20	,315	1,049	94,086			
21	,286	,952	95,038			
22	,245	,816	95,854			
23	,209	,695	96,549			
24	,207	,691	97,240			
25	,195	,649	97,889			
26	,172	,573	98,462			
27	,150	,500	98,962			
28	,134	,447	99,409			
29	,090	,300	99,710			
30	,087	,290	100,000			

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

d. Estudio complementario de la fiabilidad

Además, se llevó a cabo un análisis de la fiabilidad por el método de las dos mitades (pares-impares). Los resultados para la ESANTRA pueden verse en la tabla 9. Se puede observar que tanto los distintos valores del Alfa de Cronbach para cada mitad por separado, como en la correlación entre las dos mitades, el Coeficiente de Spearman-Brown y el del Guttman presentan resultados muy altos, siempre superiores a 0,9, lo que indica una buena fiabilidad.

Tabla 9. Estudio de la Fiabilidad de la escala ESANTRA

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	0,933
		N de elementos	15
Alfa de Cronbach	Parte 2	Valor	0,913
		N de elementos	15
Alfa de Cronbach	N total de elementos		30
	Correlación entre formas		0,865
Coeficiente de Spearman-Brown		Longitud igual	0,928
		Longitud desigual	0,928
	Dos mitades de Guttman		0,926

En la ESDETRA todas las correlaciones (tanto los Alfa de Cronbach en cada mitad, como la correlación entre las mitades, el Coeficiente de Spearman-Brown y el del Guttman) eran superiores a 0,9, lo supone una fiabilidad alta (ver tabla 10).

Tabla 10. Estudio de la Fiabilidad de la escala ESDETRA

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	0,920
		N de elementos	15(a)
Alfa de Cronbach	Parte 2	Valor	0,946
		N de elementos	15(b)
Alfa de Cronbach	N total de elementos		30
	Correlación entre formas		0,865
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		0,928
	Longitud desigual		0,928
	Dos mitades de Guttman		0,926

e. Validez externa

Finalmente, para incrementar la validez de criterio, además de la validez clínica de la que ya se ha hablado, se comparó cada escala con un instrumento de amplio uso en Psicología en España: Para ansiedad el ISRA de Miguel Tobal y Cano Vindel (1988); este instrumento da cuatro medidas de estrés (total, cognitivo, fisiológico y motor). Se realizaron por tanto cuatro comparaciones.

Las correlaciones entre ESANTRA y las cuatro medidas del ISRA resultaron muy significativas (todas $p < 0,000$). Los resultados pueden verse en la tabla 11. Por ello, se puede decir que ESANTRA tiene una alta validez de criterio.

Tabla 11. Validez de criterio de ESANTRA mediante correlación con la escala ISRA y sus SUBESCALAS

Escala	Correlación de Pearson	Significativo
ISRA TOTAL	0,782	0,000
ISRA COGNITIVAS	0,805	0,000
ISRA FISIOLÓGICAS	0,749	0,000
ISRA MOTORAS	0,677	0,000

Por lo que respecta a la ESANTRA, esta escala se comparó con el instrumento más clásico para medir depresión, el BDI (Beck, 2009). Se obtuvo una correlación de 0,829 significativa con $p < 0,000$, como se puede ver en la tabla 12.

Tabla 12. Validez de criterio de ESDETRA mediante correlación con el inventario BDI

Escala	Correlación de Pearson	Significativo
BDI	0,829	0,000

En resumen, los resultados muestran que tanto la ESANTRA como la ESDETRA tienen una alta validez tanto clínica como de criterio así como una alta fiabilidad en el conjunto de la escala y en todos sus ítems.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue establecer las características psicométricas de la Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA), y la Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA), lo cual se ha llevado a cabo.

La principal conclusión es que los dos instrumentos muestran fiabilidad y validez suficiente como para ser utilizados. Aunque no existen valores de fiabilidad universalmente suficientes para cualquier instrumento, suele considerarse que son valores aceptables aquellos superiores a .7 para el conjunto de las escalas y a .4 para las correlaciones de los ítems con las escalas en su conjunto (Barbero García, 2010), criterios ambos que nuestros instrumentos alcanzan, tanto en el conjunto de las escalas, como en el de los ítems individuales. Por otro lado, como se ha visto, la escala no mejora significativamente su fiabilidad eliminando ningún ítem, por lo que podemos decir que su composición actual es la óptima.

El hecho de que haya una buena consistencia interna (altas correlaciones entre las mitades), así como la aparición de un solo factor en el Análisis Factorial de cada escala, hacen pensar que es razonable creer que las escalas realmente miden un único factor cada una, que denominamos ansiedad y depresión respectivamente.

Este resultado era esperable ya que, en cada caso, la escala se construyó atendiendo a que cada ítem tuviese relación con situaciones potencialmente estresantes o depresógenas. Se buscaba incluir ítems potencialmente relacionados con el factor que se hipotetizaba como el constructo medido en cada caso. Por consiguiente, el que los ítems, todos los cuales se habían construido atendiendo a su relación con un mismo factor, correlacionaran entre sí, no es algo sorprendente.

No obstante, hay que destacar que en ambas escalas hay además una buena correlación entre los ítems específicos para personas transexuales (“*Cuando pienso en el tratamiento hormonal, me angustio*”) y los de carácter más general (“*Cuando tengo que tomar una decisión importante, lo paso muy mal*”). Es cierto que existen ítems que si bien son de carácter general podrían tener una mayor sensibilidad para personas transexuales (“*Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad*”), pero también tienen una buena correlación con el conjunto de la escala.

Para finalizar con el análisis psicométrico, hay que decir que, además de fiabilidad, las dos escalas muestran una validez de criterio alta, como se deduce de su alta correlación con criterios clásicos, como los mencionados BDI e ISRA.

En cuanto a las limitaciones, la principal se relaciona con su carácter de novedad, aunque la muestra no es pequeña (154 sujetos) son todos de la misma provincia (Madrid, España). Si bien no existen motivos para afirmar que los resultados serían diferentes en otros países, no podemos dar por sentado que los resultados sean generalizables y por tanto las escalas útiles en otros países. Por ello, sería deseable contar con una muestra de otros lugares, especialmente de habla hispana, previa adaptación del castellano hablado en cada país. También sería conveniente evaluar la utilidad clínica real que tiene para los psicólogos la aplicación de ambos instrumentos. Los estudios psicométricos pueden producir instrumentos estadísticamente válidos y fiables, pero que por algún motivo puedan resultar poco útiles para los clínicos, por diversos problemas que hayan podido ser pasados por alto y que solo tras su aplicación real se detectan.

En conclusión, estos dos instrumentos son fiables, tanto en conjunto como en cada uno de sus ítems y además son válidos, lo que hace útil

su uso por parte de los profesionales que se encuentren en la tesitura de evaluar aspectos psicológicos de las personas transexuales.

Se espera que la aplicación de estas escalas produzca una homogeneización a la hora de llevar a cabo valoraciones psicológicas con esta población. La heterogeneidad de pruebas dificulta la elección de las más adecuadas, así como la comunicación entre profesionales. Se espera, además, que el uso de estas escalas ayude a detectar mejor potenciales problemas de las personas transexuales, que quedan obviados por las pruebas clásicas que no contemplan potenciales situaciones ansiógenas o depresógenas, específicas de estas personas. Por último, se espera un incremento de la producción investigadora relacionada con la evolución de ansiedad o depresión, antes y después de la intervención psicológica de acompañamiento al proceso transexualizador.

Referencias

- American Psychological Association. (2014). *Manual de Publicación de la American Psychological Association*. Bogotá: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM-IV-TR*. Barcelona: MASSON (texto revisado por Michael B. First).
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asenjo Araque N., Rodríguez Molina J.M., Lucio Pérez, M.J. & Becerra Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *Semergen*, 37(2),87-92.
- Barbero García, M.I. (2010). *Psicometría: Teoría, formulario y problemas resueltos*. Madrid: Sanz y Torres.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders*. New York: Guildford Press.
- Becerra Fernández, A. (2002). *Trastornos de identidad de Género. Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.
- Becerra Fernández, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra Fernández, A. (2006). Epidemiología de la transexualidad. En E. Gómez Gil & I. Esteva de Antonio. *Ser Transexual* (pp. 103-112). Barcelona: Glosa.

- Beck, A.T. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Madrid: T.E.A.
- Beck, A., Epstein N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Berguero, M.T. & Cano Oncala, G. (2006). El proceso diagnóstico. En E. Gómez Gil & I. Esteva de Antonio. *Ser Transsexual* (pp. 125-32). Barcelona: Glosa.
- Bobes, J., Balbuena, A., Luque, A., Dalre, R., Ballesteros, J. & Ibarra, N. (2003). A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17 and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Medicina Clínica*, 120, 693.
- Bobes, J., Bascaran, M.T., Sáiz, P. & Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (3a ed.). Barcelona: Ars Médica.
- Colapinto, J. (2000). *As nature made him*. New York: Harper Collins.
- Dunn, J.G., Bouffard, M. & Rogers, W.T. (1999). Assessing item content-relevance in Sport Psychology Scale-Construction Research: Issues and recommendations. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 3, 15-36.
- Ekins, R. & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. London: Sage.
- Freud, S. (2006). *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Barcelona: Alianza (Edición original de 1905).
- Froján, M.X. (2006). *Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Garaizábal, C. (2003). Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad. En A. Becerra Fernández (Ed.). *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Godás Sieso, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 78, 21-23.
- Goiar, Ch., Sannier, V. & Toulet, M. (2008). La historia del transexualismo (artículo en formato electrónico perteneciente a SHB España, 2005), recuperado el 30 de octubre de 2011, disponible en: <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>
- Gómez Balaguer, M., Solá, E., Garzón, S., García Torres, S., Cubells, P. & Hernández Mures, A. (2003). Aproximación epidemiológica a los trastornos de identidad de género. En A. Becerra Fernández, *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gómez Gil, E. & Esteva de Antonio, I. (2006). *Ser transsexual*. Barcelona: Glosa.

- Gómez Gil, E., Esteva de Antonio, I. & Berguero Miguel, T. (2006). La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas. *C. Med. Psicosom*, 78, 7-12.
- Gómez Pin, V. (2001). *El psicoanálisis: Justificación de Freud*. Barcelona: Montesinos.
- Grey, A. & Desmarais, S. (2014). Not all one and the same: Sexual identity, activism, and collective self-esteem. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 116-122. doi: 10.3138/cjhs.2400
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miguel Tobal, J.J. & Cano Vindel, A. (1988). *ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: TEA.
- Money, J. & Ehrhardt, A.A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Morales Vallejo, P. (2013). El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Documento recuperado el 13 de agosto de 2013, disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Vila-Real, Castellón: Meditor.
- Osterlind, S.J. (1989). *Constructing test items*. Boston, Massachusetts: Kluwer Academia.
- Rodríguez Molina, J.M., Asenjo Araque, N., Lucio Pérez, M.J. & Becerra Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*, 37(2), 61-68. doi:10.1016/j.semereg.2010.10.005
- Rodríguez Molina, J.M., Asenjo Araque, N., Lucio Pérez, M. J., Pérez López, G., Rabito Alcón, M.F., Fernández Serrano, M.J., Izquierdo, C. & Becerra Fernández, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Rev Int Androl*, 7(2), 112-20.
- Rodríguez Molina, J.M., Pacheco Cuevas, L., Asenjo Araque, N., García Cedenilla, N., Lucio Pérez, M.J. & Becerra Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Rev Int Androl*, 12(1), 16-23. doi: 10.1016/j.androl.2013.12.001

- Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck- II (BDI- II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239- 288.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, C.D. & Lushene, R.E. (2002). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Manual*. Madrid: T.E.A.
- Weissman, A. & Beck, A.T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation. Paper presented at the meeting of the Toronto: American Educational Research Association.