

ORIGINAL

Rasgos psicopatológicos en personas con disforia de género



María Nadales-Rojas^a, María Fernández-Rodríguez^{b,*}, Patricia Guerra-Mora^b
y Grupo GIDSEEN (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología)[◇]

^a Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA)

^b Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA), Centro de Salud Mental I (CSM I) La Magdalena, Hospital de San Agustín de Avilés (Área sanitaria III), Avilés, España

Recibido el 6 de noviembre de 2015; aceptado el 20 de junio de 2016

Disponible en Internet el 29 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Disforia de género;
MCMI-II;
Psicopatología;
Rasgos de
personalidad

Resumen

Objetivos: En primer lugar, el objetivo es evaluar los rasgos psicopatológicos en personas con disforia de género y, en segundo lugar, establecer si existen diferencias entre los grupos de hombre a mujer y de mujer a hombre.

Participantes y método: Se aplicó el *Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II)* a 32 sujetos con disforia de género, de los cuales 20 pertenecen al grupo de hombre a mujer y 12 al de mujer a hombre. Los participantes fueron seleccionados de forma intencional.

Resultados: No se encuentran alteraciones psicopatológicas significativas. Las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en los rasgos esquizoide, paranoide y delirante. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hombre a mujer y de mujer a hombre en los patrones clínicos de la personalidad esquizoide ($p = 0,012$), compulsiva ($p = 0,047$) y auto-destructiva ($p = 0,040$) y en el síndrome clínico de gravedad moderada abuso de alcohol ($p = 0,000$).

Conclusiones: Las personas con disforia de género no se caracterizan por alteraciones psicopatológicas. Los rasgos con puntuaciones más elevadas se corresponden con los señalados en estudios anteriores. Se aprecian diferencias por grupos, aunque solo en determinadas escalas.
© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.fernandezr@sespa.es (M. Fernández-Rodríguez).

◇ Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN): Almaraz M. C. (Andalucía), Álvarez-Diz J. A. (Asturias), Asenjo N. (Madrid), Audí L. (Cataluña), Becerra A. (Madrid), Esteva I. (Andalucía), Fernández-Rodríguez M. (Asturias), Gómez-Balaguer M. (C. Valenciana), Gómez-Gil E. (Cataluña), Hurtado F. (C. Valenciana), López-Siguero J. P. (Andalucía), Lucio M. J. (Madrid), Martínez-Tudela J. (Andalucía), Moreno-Pérez O. (C. Valenciana), Pérez-Luis J. (Canarias), Rodríguez-Molina J. M. (Madrid), Sanisidro C. (Aragón), Toni M. (Navarra), Vázquez-San Miguel F. (País Vasco), Vidal Hagemeijer Á. (Cataluña), Vidales A. (Castilla-León).

KEYWORDS

Gender dysphoria;
MCMI-II;
Psychopathology;
Personality traits

Psychopathological traits in people with gender dysphoria**Abstract**

Objectives: Firstly, the aim is to evaluate psychopathological traits in people with gender dysphoria, and secondly, to establish if there are differences between groups of male to female and female to male.

Participants and method: The *Millon clinical multi-axial inventory* (MCMI-II) was applied to 32 subjects with gender dysphoria, of which 20 belong to the group of male to female and 12 to the group female to male. Participants were selected intentionally.

Results: No significant psychopathological alterations are found. The highest scores were obtained in the schizoid, paranoid and delusional traits. There are statistically significant differences between the male to female and female to male in clinical patterns of schizoid ($P=.012$), compulsive ($P=.047$) and self-destructive personality ($P=.040$), and in moderate clinical syndrome, abuse of alcohol ($P=.000$).

Conclusions: People with gender dysphoria are not characterized by psychopathological alterations. The traits with higher scores correspond with those pointed out in previous studies. Differences were appreciated between groups, but only in certain scales.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La quinta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DEM-5) define los rasgos de personalidad como patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse tanto con el entorno como con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Además, establece que tan solo constituyen un trastorno de la personalidad cuando los rasgos son inflexibles y desadaptativos¹. El DSM-5¹, al igual que su versión predecesora (DEM-IV-TR)² divide los trastornos de la personalidad en 3 grupos basándose en las similitudes descriptivas. El grupo A recoge aquellas personas que tienen un comportamiento raro o excéntrico, como son los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide y esquizotípico, que son reconocidos como los que revisten mayor carga psicopatológica y, por tanto, gravedad. Los trastornos de personalidad antisocial, histriónica, límite y narcisista están incluidos en el grupo B y son personas con características dramáticas, emocionales y erráticas. En último lugar, está el grupo C, donde están incluidos aquellos individuos que suelen ser temerosos o ansiosos y aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Aunque esta última versión no ha modificado el criterio categorial de los trastornos de personalidad, ha incorporado en la sección III, un modelo alternativo dimensional basado en criterios de funcionamiento de personalidad y rasgos de la personalidad patológicos. Frente a la distinción categorial de rasgo presente o ausente, este modelo plantea que los rasgos de personalidad se aplican a todas las personas en diferentes grados.

Por su parte, el psicólogo estadounidense Millon, autor destacado y pionero en el estudio de la personalidad, la define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayoría inconscientes y difíciles de modificar, y que se expresan

automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Según Millon, estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizajes, y comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de una persona³. Para Millon la personalidad normal y la patológica no son extremos opuestos, sino que forman parte de un continuo y la diferencia entre ambas radica en la capacidad de adaptación al entorno⁴.

El DSM-5¹ define la disforia de género como la incongruencia marcada entre el género sentido o expresado y el género asignado, durante al menos 6 meses. Uno de los cambios más importantes que se ha llevado a cabo con respecto a su versión predecesora, el DSM-IV-TR², ha sido la sustitución del término trastorno de identidad de género por el de disforia de género⁵. Este cambio terminológico ya había sido introducido en la 7.ª versión de los estándares asistenciales de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero⁶. En estas normas de cuidado se promueve la despatologización de las distintas expresiones de género⁷ y, además, se establece que la disforia de género solo alcanzaría el estatus de trastorno mental cuando por su gravedad cumpliera criterios para un diagnóstico formal⁶.

Los trastornos mentales asociados con mayor frecuencia a la disforia de género son los trastornos por uso de sustancias y los trastornos depresivos y ansiosos⁸. Los síntomas emocionales de ansiedad y depresión, según las últimas publicaciones, son más acusados en personas con disforia de género que todavía no están en tratamiento⁹. Estudios recientes señalan, además de los niveles altos de depresión, que un porcentaje notable de las personas con disforia de género han tenido pensamientos suicidas o intentos de suicidio¹⁰. Otras investigaciones amplían las comorbilidades e incluyen los trastornos de personalidad (narcisista, antisocial y límite), los trastornos psicósomáticos, la esquizofrenia y las conductas autodestructivas¹¹⁻¹³. Los resultados indican

que la comorbilidad es más frecuente en el grupo de hombre a mujer (HM) que en el de mujer a hombre (MH), con una mejor evolución y pronóstico en el grupo de MH¹⁴. Los trastornos de la personalidad y la esquizofrenia están asociados a una peor evolución de la disforia de género¹⁵.

Los rasgos psicopatológicos de personalidad han sido abordados en personas con disforia de género a través de distintos instrumentos. En uno de los primeros estudios realizados con una pequeña muestra y mediante el instrumento de autoinforme para diagnósticos del eje II basado en la *Entrevista clínica estructurada* para el DSM-III-R (SCID) reveló que los rasgos de personalidad, en personas con disforia de género, presentaban más trastorno subliminal que en el grupo control¹⁶. En la reciente investigación llevada a cabo en Andalucía, utilizando la SCID-II, se obtuvo que los rasgos de personalidad más prevalentes en personas con disforia de género son: obsesivo-compulsivo, paranoide y límite. Este grupo es comparado con un grupo control de estudiantes. Las personas con disforia de género muestran más rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva y paranoide. Sin embargo, cuando son comparadas con la población psiquiátrica presentan menos rasgos psicopatológicos de personalidad. Hallan diferencias entre los grupos: mientras que el grupo de MH tiene más rasgos de personalidad evitativos y de depresión, en el grupo HM destacan los rasgos histriónicos y narcisistas y el trastorno de la personalidad antisocial¹⁰. En el estudio realizado en Serbia con el mismo instrumento¹⁷, encontraron que los trastornos de personalidad más prevalentes fueron paranoide y evitativo. Señalan que el grupo de HM está caracterizado por un perfil psicopatológico más severo comparado con el grupo de MH. En otra investigación en la que se empleó el *Inventario de síntomas* (SCL-90), se encontró un nivel relativamente bajo de psicopatología en individuos con disforia de género¹⁸. Estudios realizados con el *Inventario multifásico de personalidad Minnesota-2* (MMPI-2) concluyeron que la mayoría de las personas con disforia de género no presentaban psicopatología¹⁹⁻²³. Mientras que algunas investigaciones establecían que no había diferencias entre los grupos de HM y de MH, excepto en la escala de masculinidad-feminidad^{19,23}, otras señalaban que el grupo de MH presentaba un funcionamiento significativamente mejor que el grupo de HM en las 3 escalas clínicas²².

En el estudio realizado con el *Inventario clínico multiaxial de Millon* (MCMI-II) en el Departamento de Sexología del Hospital Julio de Matos de Portugal²⁴ se intentó identificar, entre otras, las características de la estructura y los perfiles de personalidad, así como los síntomas psicopatológicos clínicos en 22 personas con disforia de género. Aunque no se obtuvieron puntuaciones que indicasen presencia de psicopatología, las medias más elevadas se hallaron en las escalas correspondientes a compulsivo, narcisista, paranoide, delirante y antisocial. En la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Madrid se llevó a cabo recientemente una investigación con 121 sujetos diagnosticados de transexualismo²⁵. Para conocer la presencia de rasgos psicopatológicos se les aplicó una batería de test que incluía el MCMI-III. Los resultados mostraron la ausencia de alteraciones psicopatológicas significativas. Las puntuaciones medias más elevadas se correspondieron con los rasgos narcisista, compulsivo, delirante, histriónico y paranoide. Por grupos, hallaron diferencias significativas en los rasgos histriónico

y delirante, con una puntuación superior para el grupo de HM.

El objetivo de la presente investigación es evaluar, en primer lugar, la presencia de rasgos psicopatológicos en una muestra de personas con disforia de género y, en segundo lugar, analizar si hay diferencias entre los grupos de MH y de HM.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 32 sujetos que han solicitado consulta en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) por presentar quejas de disforia de género. Pertenecen al grupo de HM 20 sujetos y 12 al de MH. El rango de edad está comprendido entre los 17 y los 52 años y la media es de 33,84 años (DE = 10,937). Los resultados de las puntuaciones en las escalas psicométricas exigen invalidar a 2 de los participantes al puntuar alto en la escala alteración. Por tanto, la muestra para el análisis de los resultados del MCMI-II quedó constituida por 30 sujetos.

Instrumento

Para valorar los rasgos psicopatológicos se utilizó el MCMI-II. A lo largo de sus 3 versiones^{26,27} se ha convertido en uno de

Tabla 1 Rasgos psicopatológicos de personalidad

		Media	DE
<i>Patrones clínicos de personalidad</i>			
1	Esquizoide	65,33	24,686
2	Evitativa	43,70	33,72
3	Dependiente	49,67	27,80
4	Histriónica	58,53	24,72
5	Narcisista	62,77	22,44
6A	Antisocial	54,73	24,66
6B	Agresiva/sádica	53,13	20,88
7	Compulsiva	61,03	19,26
8A	Pasiva/agresiva	45,93	32,43
8B	Autodestructiva	39,83	27,90
<i>Patrones graves de personalidad</i>			
S	Esquizotípica	51,20	25,32
C	Límite	33,23	24,23
P	Paranoide	66,27	14,09
<i>Síndromes clínicos de gravedad moderada</i>			
A	Ansiedad	34,70	29,65
H	Somatoforme	38,10	23,52
N	Hipomanía	53,93	22,09
D	Distimia	22,37	22,05
B	Abuso de alcohol	40,10	28,99
T	Abuso de drogas	48,57	24,00
<i>Síndromes graves</i>			
SS	Pensamiento psicótico	50,70	22,83
CC	Depresión mayor	30,47	27,99
PP	Trastorno delirante	67,80	17,82

Tabla 2 Diferencias en rasgos de personalidad en los grupos de hombre a mujer (HM) y de mujer a hombre (MH)

		Media (DE)		t	Sig
		HM	MH		
<i>Patrones clínicos de personalidad</i>					
1	Esquizoide	57,11 (26,73)	77,67 (15,02)	2,687	0,012
2	Evitativa	47,17 (32,76)	38,50 (35,92)	0,683	0,500
3	Dependiente	57,89 (21,90)	37,33 (31,93)	1,945	0,068
4	Histriónica	54,83 (28,27)	64,08 (17,89)	−1,004	0,324
5	Narcisista	67,67 (24,34)	55,42 (17,70)	1,496	0,146
6A	Antisocial	57,11 (25,23)	51,17 (24,43)	0,644	0,525
6B	Agresiva/sádica	52,61 (24,23)	53,92 (15,54)	−0,165	0,870
7	Compulsiva	55,39 (20,41)	69,50 (14,28)	−2,074	0,047
8A	Pasiva/agresiva	51,61 (35,35)	37,42 (26,66)	1,182	0,247
8B	Autodestructiva	48,28 (24,89)	27,17 (28,34)	2,154	0,040
<i>Patrones graves de personalidad</i>					
S	Esquizotípica	56,28 (24,47)	43,58 (25,69)	1,365	0,083
C	Límite	35,83 (26,29)	29,33 (21,27)	0,714	0,481
P	Paranoide	68,67 (15,27)	62,67 (11,82)	1,209	0,237
<i>Síndromes clínicos de gravedad moderada</i>					
A	Ansiedad	39,94 (29,06)	26,83 (30)	1,195	0,242
H	Somatoforme	42,39 (23,23)	31,67 (23,44)	1,234	0,228
N	Hipomanía	55,39 (26,34)	51,75 (14,34)	0,436	0,666
D	Distimia	23,94 (24,76)	20 (18)	0,473	0,640
B	Abuso de alcohol	57,78 (19,31)	13,58 (19)	6,178	0,000
T	Abuso de drogas	50,67 (25,89)	45,42 (21,56)	0,580	0,567
<i>Síndromes graves</i>					
SS	Pensamiento psicótico	55,28 (22,17)	43,83 (23,01)	1,365	0,183
CC	Depresión mayor	35,61 (27,54)	22,75 (28,01)	1,244	0,224
PP	Trastorno delirante	71,44 (16,81)	62,33 (18,59)	1,394	0,174

los instrumentos más utilizados internacionalmente para la evaluación psicopatológica²⁸. El MCMI-II consta de 175 ítems. Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidos en 26 escalas: 4 escalas psicométricas (validez, sinceridad, deseabilidad y alteración), 10 escalas o patrones básicos de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, compulsiva, pasiva-agresiva y autodestructiva-masoquista), 3 escalas de personalidad patológica o patrones graves (esquizotípica, límite y paranoide), 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso del alcohol y abuso de drogas) y 3 escalas de síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). La interpretación de los resultados de los aspectos psicopatológicos se realiza teniendo en cuenta que por debajo de 65 se considera ausencia de psicopatología, puntuaciones entre 65 y 74 se traducen como en el límite (*bordeline*), entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos psicopatológicos y para puntuaciones mayores de 84 se considera que hay severidad de un trastorno²⁶.

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó de forma intencional. En las consultas programadas de psicología y

endocrinología se les invitaba a participar en el estudio y se les transmitía la información oportuna. Tras su aceptación y firma del consentimiento informado, se les administró el MCMI-II.

Resultados

Las puntuaciones obtenidas en las 22 escalas clínicas: patrones clínicos de personalidad, patrones graves de personalidad, síndromes clínicos de gravedad moderada y síndromes graves, se presentan en la [tabla 1](#). Los resultados reflejan que no hay puntuaciones superiores a 75, que indicarían presencia de rasgos psicopatológicos. Tres de las escalas, esquizoide, paranoide y delirante, puntúan en el rango límite (65-74) y son las puntuaciones medias más altas obtenidas. Aunque el resto de las escalas están por debajo de 65, cabe destacar los patrones de personalidad narcisista y compulsiva, que están por encima de 60, así como el patrón histriónico, con una puntuación media de 58.

Los resultados obtenidos en el grupo de HM y en el de MH se presentan en la [tabla 2](#). Hay diferencias estadísticamente significativas en los patrones clínicos de la personalidad esquizoide ($p = 0,012$), compulsiva ($p = 0,047$) y autodestructiva ($p = 0,040$) y en el síndrome clínico de gravedad moderada abuso de alcohol ($p = 0,000$). El grupo MH tiene una media superior a la del grupo HM en la escala esquizoide

y compulsiva. Sin embargo, el grupo HM puntúa más alto en la escala autodestructiva. En la escala abuso de alcohol la puntuación es superior para el grupo HM. No se encuentran diferencias entre los grupos en ninguna escala de los patrones graves de la personalidad ni en los síndromes clínicos graves.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio indican la ausencia, en general, de rasgos psicopatológicos en la muestra. Aunque no hay presencia de psicopatología, las escalas con una puntuación más elevada se corresponden con la esquizoide, paranoide y delirante, seguidas de los patrones de personalidad narcisista, compulsiva e histriónica. Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Madrid²⁵, comprobamos que las escalas con puntuaciones más altas son similares en ambos estudios. La única diferencia radica en la mayor puntuación obtenida en la escala esquizoide en nuestro estudio. En la reciente investigación llevada a cabo en Andalucía también se señalan los rasgos compulsivos y paranoides de personalidad como los más prevalentes¹⁰. Rodríguez-Molina et al.²⁵ relacionan las altas puntuaciones en las escalas paranoide y delirante con la posibilidad real en esta población de haber sufrido acoso y episodios de discriminación. Nuestros resultados también son similares a los presentados por el Hospital Julio de Matos de Portugal²⁴, aunque es importante destacar que en este estudio se obtiene una alta puntuación en la escala antisocial, que no se pone de manifiesto en nuestro estudio.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los grupos HM y MH, se encuentran diferencias en el funcionamiento en los patrones clínicos de la personalidad esquizoide, compulsiva y autodestructiva y en el síndrome clínico de gravedad moderada abuso de alcohol. El grupo MH tiene una puntuación superior en la escala esquizoide y compulsiva mientras que el grupo HM tiene una puntuación más elevada en la escala autodestructiva y en abuso de alcohol. No se encuentran diferencias entre los grupos en los patrones graves de la personalidad ni en los síndromes clínicos graves. En el estudio realizado en la unidad de Madrid²⁵, en contraste con nuestros resultados, las diferencias por grupos se hallaron en los rasgos histriónico y delirante, con una puntuación superior para el grupo de HM. En el estudio realizado en Andalucía¹⁰, se establecen diferencias por grupos: mientras que en el grupo de MH destacan los rasgos evitativos, en el de HM destacan los rasgos de personalidad histriónica y narcisista.

Nuestra investigación apoya, por un lado, la ausencia de psicopatología en personas con disforia de género y, por otro, que existen diferencias significativas en algunos rasgos entre los grupos de HM y MH. Aun utilizando distintos instrumentos de evaluación, la mayoría de los autores señalan que la disforia de género es generalmente una condición aislada (un diagnóstico único) y, cuando se diagnostica un trastorno mental comórbido, este puede considerarse como secundario a las dificultades de adaptación inherentes a la disforia que presentan. En los distintos estudios revisados los rasgos psicopatológicos más prevalentes coinciden en su mayoría con los obtenidos en nuestro estudio. Sin

embargo, aunque las investigaciones señalan que existe alguna diferencia significativa entre los grupos de HM y de MH, no son coincidentes los rasgos de personalidad en los que se encuentran tales diferencias.

Coincidimos al señalar que no parece que exista un perfil psicopatológico en personas con disforia de género²⁵. Las funciones de los profesionales de salud mental, dentro de los equipos multidisciplinares de atención a la disforia de género, van más allá de la evaluación y establecimiento de un diagnóstico de disforia de género⁶: deben explorar las demandas de las personas con disforia de género con el objetivo de abordar sus necesidades a lo largo de todo el proceso. El acompañamiento, asesoramiento y apoyo psicoterapéutico, tanto a nivel individual y familiar como en contextos más amplios, mejora la satisfacción de los usuarios e incrementa la calidad asistencial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.^a ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.^a ed. rev Washington, DC: APA; 2000 (trad. cast.: Barcelona: Masson; 2002).
3. Millon T, Roger D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.
4. Millon T. Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *J Pers Assess.* 2002;78:209–18.
5. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, García-Vega E. La séptima versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014;34:317–35.
6. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 7.^a version. WPATH; 2011 [consultado 17 Mar 2012]. Disponible en: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm
7. WPATH Board of Directors. De-psychopathologisation statement released May 26, 2010. [consultado 12 Ene 2010]. Disponible en: http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

8. Gómez Gil E. La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clinic de Barcelona en los últimos años. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace*. 2006;78:55-64.
9. Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillamon A, Godás T, Almaraz MC, et al. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:662-70.
10. Guzmán-Parra J, de Diego-Oterol Y, Pérez-Costillas L, Esteva de Antonio I, Navais-Barranco M, Castro-Zamudio S, et al. Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in España. *Arch Sex Behav*. 2015:1-10.
11. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora; 1996.
12. Roberts JE, Gotlib IH. Lifetime episodes of dysphoria: Gender, early childhood loss and personality. *Br J Clin Psychol*. 1997;36:195-208.
13. Becerra A, de Luis Román DA, Piédrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para el cambio de sexo. *Med Clí*. 1999;113:484-7.
14. Hepp U, Klaghofer R, Burkhard-Kubler R, Buddeberg C. Treatment follow-up of transsexual patients. A catamnestic study. *Nervenarzt*. 2002;73:283-8.
15. Caspari D, Sittlinger H, Lang B. Transsexualism and schizophrenic psychosis. Problems preparing expert opinion on transsexualism. *Psychiatry Prax*. 1999;26:89-92.
16. Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Höjerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;88:322-7.
17. Duišin D, Batinic B, Barišic J, Djordjevic M, Vujovic S, Bizic M. Personality disorders in persons with gender identity disorder. *Sci World J*. 2014:1-7.
18. Haraldsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:276-81.
19. Gómez Gil E, Vidal A, Godás T. Perfil del inventario multifásico de personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) en transexuales. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2005;32:8-13.
20. Hurtado F, Gómez M, Donat F. Transexualismo y salud mental. *Rev Psicopatol Psicol Clí*. 2007;12:43-57.
21. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ 3rd. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav*. 1997;26:13-26.
22. De Vries AL, Kreukels BP, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Res*. 2011;186(2-3):414-8.
23. Gómez-Gil E, Vidal-Hagemeyer A, Salameo M. MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *J Pers Assess*. 2008;90:368-74.
24. Monteiro I. Gender identity disorder-pre and post surgery changes personality profile. En: *Psychopathology and social adjustment: A comparative study*. Dissertation: American Academy of Clinical Sexologists; 2010 [consultado 25 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.esextherapy.com/dissertations/Iris%20Monteiro%20Gender%20Identity%20Disorder.pdf>
25. Rodríguez-Molina JM, PachecoCuevas L, Asenjo-Araque N, García-Cedenilla N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Rev Int Androl*. 2014;12:16-23.
26. Millon T. *Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II)*. 2.^a ed. rev. Madrid: TEA; 1999.
27. Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III)*. 2.^a ed. Minneapolis, MN: National Computers Systems; 1997.
28. Ortiz Tallo M, Cardenal V, Ferragut M, Cerezo MV. Personalidad y síndromes clínicos: Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Rev Psicopatol Psicol Clí*. 2011;16:49-59.