

ORIGINAL

Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad

J.M. Rodríguez-Molina*, N. Asenjo-Araque, M.J. Lucio-Pérez y A. Becerra-Fernández

Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 19 de mayo de 2010; aceptado el 20 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 1 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Transexualidad;
Evaluación;
Diagnóstico
diferencial;
Validez;
Fiabilidad

KEYWORDS

Transsexualism;
Evaluation;
Differential
diagnosis;
Validity;
Reliability

Resumen

Introducción: La transexualidad es un fenómeno emergente para el que no existen instrumentos diagnósticos apropiados. La transexualidad consiste en sentirse pertenecer al sexo contrario al genético. Este sentimiento debe ser persistente y provocar malestar clínicamente significativo. Además no debe ser explicable por un trastorno psiquiátrico. Este trastorno se ha diagnosticado hasta ahora usando solamente la entrevista. Tras una revisión de la bibliografía existente, se determina la necesidad de un instrumento diagnóstico específico y basado en las normas DSM-IV-TR. El objetivo de este estudio es crear una prueba diagnóstica fiable. Además, la herramienta debe realizar un diagnóstico diferencial de otros trastornos con los que se podría confundir.

Material y métodos: Se usó un diseño transversal para la validación del instrumento. Tras su elaboración se aplicó a 86 sujetos de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, y se procedió a su análisis estadístico. Todos los ítems estuvieron basados en el DSM-IV-TR. La aplicación de las pruebas se llevó a cabo durante el proceso habitual de evaluación psicológica. Se midió transexualidad, así como 7 diagnósticos diferenciales (disfunciones y desviaciones sexuales).

Resultados y conclusiones: Se obtuvo una gran fiabilidad en el conjunto del test, así como en todas sus escalas e ítems. Este nuevo instrumento resultó ser fiable para un diagnóstico inicial de transexualidad.

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

Preparation of a diagnostic and differential diagnosis tool in transsexualism

Abstract

Introduction: Transsexualism is an emerging phenomenon so there are no appropriate diagnostic tools in this field. Transsexualism is a sense of feeling like a member of the opposite genetic sex. This feeling must be persistent and clinically troublesome. It also must not be able to be explained by a psychiatric disorder. Transsexualism has been diagnosed only with interview. After a review of current literature, it can be seen that there is need for a specific diagnostic

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jm.rodriguez@uam.es (J.M. Rodríguez-Molina).

tool based on the standard DSM-IV-TR. The aim of this study was to create a reliable diagnostic test. Moreover, the tool must be able to make a differential diagnosis as regards other disorders which can be confused with it.

Material and method: A cross design was used for validation of the instrument. After constructing the test, it was applied to 86 subjects of the Gender Identity Disorders Unit of the Ramon y Cajal Hospital, Madrid, and then statistically analysed. All items were based on the DSM-IV-TR. The tests were applied during the usual process of psychological assessment. We measured transsexuality and seven differential diagnoses (sexual deviations and dysfunctions).

Results and conclusions: We found high reliability throughout the test, and on all scales and items. This new tool seems to be useful and reliable for the initial diagnosis of transsexualism. © 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Aspectos generales sobre transexualidad

La transexualidad es considerada de manera habitual un trastorno de identidad de género (TIG), por el cual una persona de un sexo genético determinado se siente pertenecer al contrario. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su última revisión (DSM-IV-TR) lo incluye dentro de los trastornos de la identidad sexual (TIS) como se comenta más detalladamente más adelante. Se ha definido la transexualidad o disforia de género como la situación en que una persona, habiendo nacido hombre o mujer, se siente pertenecer al sexo contrario¹. También es conocido como síndrome de Harry Benjamin, en honor al autor que usó por primera vez el término transexualismo en 1948².

El término transexual empezó a utilizarse en 1940 para denominar a las personas que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, deseo que se acompaña de un profundo rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias y es angustioso e inalterable. Como consecuencia de esta actitud psicológica, el transexual busca realizar su deseo sometándose a la corrección de su apariencia sexual mediante tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, así como de su identidad sexual legal. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo se llama identidad de sexo o de género, definido así por Money en 1955^{3,4}.

Respecto a la prevalencia, el estudio más relevante, realizado en Holanda, indica una razón de uno de 11.900 varones y una de 30.400 mujeres⁵.

Conceptualización actual de la transexualidad

Anteriormente se concebía la transexualidad como un trastorno mental en el que la persona creía erróneamente pertenecer a un sexo distinto al que («obviamente») pertenecía. El objetivo del tratamiento era, por tanto, «curar» al sujeto haciéndole comprender (con ayuda tal vez de medicación) que estaba equivocado o equivocada en su percepción o en sus sentimientos.

Se trataría por consiguiente de una forma de enfermedad mental, que tendría algún parecido con enfermedades de la conducta alimentaria (como la bulimia y la anorexia, donde los sujetos se perciben como más gordos de lo que están),

la vigorexia (en que el sujeto se percibe como más delgado y pequeño de lo que realmente es) o los trastornos somatomorfos (en que se perciben sensaciones orgánicas que no se corresponden con la realidad).

Este abordaje ha tenido un resultado absolutamente nulo. Nunca se consigue «curar» o «convencer» al paciente de que realmente es lo que su sexo cromosómico indica⁶.

Si bien algunos pacientes que dicen sentirse del sexo contrario resultan ser en realidad personas con un trastorno mental (por ejemplo, una esquizofrenia o un trastorno somatomorfo) en la mayoría de los casos no se puede considerar a los transexuales como enfermos mentales.

Una concepción más moderna es la sostenida por Swaab et al⁷ que consideran que el problema tiene su origen en etapas tempranas del desarrollo embrionario y fetal. Ya desde 1995 se viene sosteniendo la hipótesis del origen embrionario de la transexualidad⁸. La diferencia en el tiempo entre la asignación de un sexo gonadal (en la octava semana de gestación) y un sexo cerebral (en la vigésima semana) posibilitaría que si en este intervalo se produce una alteración de origen hormonal, por ejemplo de los niveles de testosterona, se pueda dar esta dismorfia: un sexo gonadal y otro cerebral opuesto. Al parecer la alteración se produciría en los núcleos basales de la estría terminal.

El sujeto transexual podría desarrollar durante su vida diversos problemas, entre otros algunos de tipo psicológico (por ejemplo, gran ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, aislamiento social, entre otros) y en muchos casos estos problemas se deben a la confluencia de la transexualidad y dificultades para el tratamiento (inexistencia de tratamientos, de información sobre ellos, falta de cobertura por la sanidad pública, etc.), así como a diversos tipos de rechazo que la persona transexual puede sufrir (rechazo familiar, de pareja, laboral o social). Se trataría pues de un problema de origen biológico y contenido biopsicosocial y no de una enfermedad mental y los trastornos psicológicos serían subsecuentes al problema y no su causa.

Necesidad de un diagnóstico previo a la intervención médica

La transexualidad constituye un tema complejo en cuanto al diagnóstico. Dentro del proceso diagnóstico, cuando una persona manifiesta sentirse pertenecer al sexo contrario al suyo biológico, el comprender qué significa esto y qué

instrumentos utilizar para evaluarlo es una tarea muy difícil, aunque el deseo de pertenecer al sexo deseado y de ser tratado socialmente como tal parece fundamental⁹.

Este diagnóstico se va a elaborar después de una evaluación exhaustiva de determinados aspectos biopsicosociales de la persona, realizando además un diagnóstico diferencial. El diagnóstico como conjunto de presencia o ausencia de determinada sintomatología va a constituir la guía personalizada, dentro de un protocolo más general, de la intervención individual con el paciente en cuestión. Cada paciente es diferente de los demás, no solo por el tipo (masculino a femenino o femenino a masculino) sino por otras muchas variables, desde los tratamientos previos, hasta las expectativas, las alteraciones del estado de ánimo o la orientación sexual del paciente.

Sin embargo, en el proceso diagnóstico es importante no confundir identidad con orientación y tampoco exigir a las personas transexuales una adopción rígida de los estereotipos de género⁹.

Por otro lado, la intervención a desarrollar con los pacientes diferirá en multitud de decisiones: aplicar un tratamiento hormonal con uno u otro fármaco, realizar o no cirugía de laringe y de cuerdas vocales, realizar cirugía de reasignación de sexo o no, llevar a cabo terapia psicológica o solo seguimiento y apoyo. Estas decisiones muchas veces no se deben basar en criterios objetivos externos sino en el estado subjetivo del paciente o su realidad psicosocial, su capacidad para hacer vida real y otras variables similares. Esto se adecua al modelo holandés que fue el primero en implantarse de forma sistemática¹⁰.

Por tanto es necesario describir y cuantificar al detalle la sintomatología que el paciente presenta a fin de que el diagnóstico sea lo más preciso e individualizado posible. Esta fase diagnóstica tan precisa pondrá en marcha el mecanismo multidisciplinar de tratamiento. El abordaje multidisciplinar es el de elección en este tipo de trastorno y calibrará al máximo el papel de cada profesional dentro de la intervención con cada paciente en concreto¹¹.

Este diagnóstico exige una gran especialización y no debe ser llevado a cabo por profesionales inexpertos en la materia.

Elementos del diagnóstico

La evaluación psicológica es un proceso prolongado y complejo¹² que debe ser controlado de manera rigurosa¹³ y prolongarse en el tiempo todo lo necesario¹⁴.

De hecho, es importante tomar como elementos diferentes orientación e identidad pero también travestismo y otras conductas sexuales⁹.

El diagnóstico de este trastorno engloba varios aspectos: el principal es el cumplimiento de criterios diagnósticos dentro de los sistemas de clasificación por excelencia: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la American Psychiatric Association (APA) en su última versión (DSM-IV-TR)¹⁵ y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10)¹⁶ de la Organización Mundial de la Salud (tablas 1 y 2).

Es generalizada la opinión de que el diagnóstico del trastorno de identidad sexual se debe basar en la clasificación

Tabla 1 Trastorno de la identidad de género DSM-IV [302.xx]

- | |
|--|
| A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales) |
| B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol |
| C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual |
| D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo |

del DSM-IV-TR¹⁷. De hecho existen algunos instrumentos de diagnóstico pero no se basan en esta clasificación. El más famoso es el denominado *The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults* (GIDYQ-AA), de Deogracias et al, con 2 versiones, para transexuales masculinos y femeninos¹⁸. No obstante se trata de un instrumento que se centra exclusivamente en los sentimientos del sujeto y no se adapta al DSM-IV-TR.

Desarrollando las características de la clasificación citada, la primera de ellas que debe mostrar una persona transexual es tener un fuerte deseo de pertenecer al sexo contrario. Esto es condición sine qua non para el diagnóstico. Pero además este deseo debe ser persistente y no pasajero.

Igualmente debe tener deseo de ser tratado como miembro del sexo contrario.

Una persona transexual debe rechazar en mayor o menor intensidad pero con claridad su cuerpo sexuado. Una persona transexual debe sentir algún tipo de malestar con su propio cuerpo y especialmente con sus genitales. Debe sentir que ese cuerpo o ese sexo no son los suyos propios.

Así mismo, debe desear adecuar su cuerpo al sexo sentido (lo que implica modificar sus características sexuales secundarias como voz, vello facial y corporal, presencia o ausencia de nuez, o presencia o ausencia de mamas).

Más controvertido es si todos los transexuales desean intensamente el cambio de las características genitales. En la mayoría de los casos esto parece ser así, pero hay un

Tabla 2 Criterios según la clasificación CIE-10 para el diagnóstico de transexualismo

64.0 Transexualismo

Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio, y de deseo de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.

Pautas para el diagnóstico: La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante 2 años, y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.

cierto porcentaje que no lo desean. En nuestra experiencia clínica, esto suele deberse a 2 causas principalmente: miedo a la operación en sí misma o a su resultado, esto es, al riesgo para su vida o su salud pero también en otros riesgos. Por ejemplo, en los transexuales masculinos (de mujer a hombre), son temidos por el paciente los riesgos para la estética y más aún la funcionalidad sexual escasa de los nuevos genitales. En las transexuales femeninas (de hombre a mujer), también suele darse miedo sobre todo a perder la libido o el placer sexual como consecuencia de la cirugía. En una minoría de casos sin cuantificar, la decisión de evitar la cirugía de reasignación de sexo puede deberse al uso de los genitales masculinos en actividades de comercio sexual. En todo caso, si cumplen los demás requisitos se trataría de personas realmente transexuales, con independencia de que deseen o no la cirugía genital.

El cumplimiento de todas estas características o de todas excepto el deseo de modificar sus genitales daría lugar al diagnóstico de TIG.

Elementos del diagnóstico diferencial

Es imperativo hacer un buen diagnóstico del trastorno y un buen diagnóstico diferencial¹⁹.

Algunas disfunciones sexuales pueden dar lugar a que la persona que las sufre desee cambiar de sexo. Sin embargo en estos casos no debería cumplir las condiciones anteriores, por ejemplo, no desearía cambiar su apariencia sexual desde antes de la disfunción sino solo después y a consecuencia de ella.

La primera disfunción que hay que descartar es el deseo sexual hipoactivo (F52.0 y 302.71). Igualmente hay que descartar la aversión al sexo (F52.10 y 302.79).

Los trastornos de la excitación sexual (F52.2 y 302.72 y 302.79) y del orgasmo (F52.3 y 302.73 y 302.74) pueden ocasionar situaciones transitorias en que el sujeto desee «cambiar de sexo» sin que realmente hubiese un TIG.

El dolor durante la relación sexual (vaginismo o dispareunia) podría igualmente crear en el sujeto el deseo de cambiar su situación por lo que habría que descartarlos (F52.5 y F52.6 y 302.51 y 302.76).

En sentido estricto la presencia de alguno de estos diagnósticos no es totalmente incompatible con el diagnóstico de TIG, ya que una persona transexual puede tener además un trastorno de la excitación sexual, dolor durante la relación u otras disfunciones. No obstante, si aparece alguno de estos diagnósticos no se debe diagnosticar TIG de forma inmediata, sino que se hace necesario profundizar en la evaluación diagnóstica y descartar previamente que dicha disfunción no sea la verdadera fuente de la insatisfacción.

Los 2 siguientes diagnósticos diferenciales sí se hacen no compatibles con TIG. Por un lado el travestismo fetichista. Si una persona al vestirse con ropas del sexo contrario siente excitación sexual difícilmente va a tratarse de una persona con TIG. Una persona transexual normalmente sentirá alivio y no excitación al vestirse con ropas que considera de su verdadero sexo.

Por último hay que descartar la dismorfia corporal o dismorfofobia (F45.2 y 300.7). Este diagnóstico resulta más difícil porque el paciente con TIG a veces rechaza sus genitales y eso puede confundir la evaluación. El paciente con

Tabla 3 Elementos de diagnóstico diferencial

- F52.0 [302.71] Hipodeseo sexual
- F52.10 [302.79] Aversión al sexo
- F52.2 [302.72 y 302.79] Déficits de excitación sexual
- F52.3 [302.73 y 74] Anorgasmia
- F52.5 y F52.6 [302.76 y 306.51] Vaginismo/Dispareunia
- F65.1 [302.3] Travestismo fetichista
- F45.2 [300.7] Dismorfia corporal o dismorfofobia

TIG no debe tener otros elementos de su aspecto que le parezcan grotescos (su nariz, sus orejas). Sus genitales le parecen rechazables pero no deformes. Además piensa más en su situación social, laboral, afectiva o sexual que en la forma propiamente dicha de sus genitales. Siente que su cuerpo no es deforme aunque no lo sienta como correspondiente a su identidad sexual. Normalmente dirán más «no es mi verdadero cuerpo» que «es un cuerpo deforme». Aunque piensen a menudo en su situación, no es en sus genitales en lo que piensan más tiempo.

Descartados estos otros trastornos el diagnóstico de TIG es más claro.

Así pues, queremos poner a prueba en este estudio la conveniencia de un nuevo instrumento para la evaluación de personas transexuales.

Material y métodos

La *Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género* (EDIG) ha sido creada como un instrumento de evaluación del TIG, tanto de su diagnóstico propiamente dicho como del necesario diagnóstico diferencial. El trabajo se ha llevado a cabo en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Este hospital es público y la asistencia es gratuita. Además es el centro de referencia de la Comunidad de Madrid, de forma que todos los pacientes de esta comunidad deben ser derivados a la UTIG para ser evaluados y recibir tratamiento.

Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética del hospital. Los pacientes que fueron sujetos del estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado. Los autores del trabajo no tienen ningún tipo de conflicto de intereses relacionado con la materia del trabajo. Además, se han cumplido las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 revisada en octubre de 2000.

El instrumento analizado, la EDIG, consta de 27 ítems, de ellos 6 de diagnóstico de TIG y 21 de diagnóstico diferencial. Intenta descartar 7 diagnósticos diferentes del de TIG que pueden verse en la [tabla 3](#).

Aunque es un test, se aplica como entrevista para evitar errores de interpretación propios de la autoadministración. Su aplicación dura aproximadamente 15 min. Durante una sesión de evaluación los psicólogos de la UTIG realizaban a los sujetos las preguntas de que se compone la EDIG. El contenido completo del instrumento incluyendo todos sus ítems puede verse en la [tabla 4](#).

La muestra consistió en 86 sujetos de la UTIG y estuvo formada por todos los pacientes que acudieron voluntariamente a tratamiento. Se obtuvo de forma consecutiva entre octubre de 2008 y junio de 2009. No hubo ninguna

Tabla 4 Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG)

	SÍ	NO
I- Diagnóstico diferencial		
<i>F52.0 (302.71) Hipodeseo sexual</i>		
1. ¿Ha notado una disminución en las fantasías sexuales?	1	0
2. ¿Ha notado una disminución en el deseo sexual?	1	0
3. ¿Cree que su deseo sexual es más bajo de lo que usted considera normal?	1	0
4. Si hay bajo deseo ¿esto provoca malestar acusado o interfiere en sus relaciones interpersonales?	1	0
<i>F52.10 [302.79] Aversión al sexo</i>		
5. ¿Experimenta aversión o asco ante el contacto genital con su pareja sexual?	1	0
6. ¿Experimenta aversión o asco ante el contacto sexual con otra persona?	1	0
7. Si hay esta sensación de asco o aversión, ¿esto provoca malestar acusado o interfiere en sus relaciones interpersonales?	1	0
<i>F52.2 [302.72 y 302.79] Déficit de excitación sexual</i>		
8. ¿Tiene una incapacidad o gran dificultad para tener lubricación vaginal o erección?	1	0
9. Si lo anterior es cierto, ¿provoca malestar o interfiere en sus relaciones interpersonales?	1	0
<i>F52.3 [302.73 y 74] Anorgasmia</i>		
10. ¿Resulta imposible o muy difícil llegar al orgasmo tras una excitación sexual normal?	1	0
11. Si lo anterior es cierto ¿provoca malestar o interfiere en sus relaciones interpersonales?	1	0
<i>F52.5 y F52.6 [302.76 y 306.51] Vaginismo/ dispareunia</i>		
12. ¿Sufre dolor o espasmos genitales asociados a la relación sexual o que impiden ésta?	1	0
13. Si lo anterior es cierto ¿provoca interferencias en sus relaciones interpersonales?	1	0
<i>F65.1 [302.3] Travestismo fetichista</i>		
14. ¿Has tenido de forma recurrente los últimos 6 meses y excitándote con ello, fantasías sexuales consistentes en travestirse en una persona del sexo contrario?	1	0
15. Si lo anterior es cierto ¿provoca malestar o interfiere en sus relaciones interpersonales?	1	0
<i>F45.2 (300.7) Dismorfia corporal o dismorfofobia</i>		
16. ¿Consideras que tienes una deformidad física?	1	0
17. ¿Te preocupa mucho tu defecto?	1	0
18. ¿Compruebas a menudo cómo es ese defecto?	1	0
19. ¿Piensas constantemente en este defecto?	1	0
20. ¿Este defecto afecta gravemente tu vida?	1	0
21. ¿Crees que si se soluciona este defecto se solucionarán todos tus problemas?	1	0
II- Diagnóstico de transexualidad		
<i>F64.0 [302.85]</i>		
22. ¿Tiene un intenso deseo de pertenecer al sexo contrario al que nació?	1	0
23. ¿Tiene un intenso deseo de ser tratado como si perteneciese al sexo contrario?	1	0
24. En caso afirmativo ¿este deseo dura más de un año?	1	0
25. ¿Le produce malestar pertenecer a su propio sexo?	1	0
26. ¿Desea intensamente modificar sus características sexuales secundarias (depilación, voz, nuez, estética, etc.)?	1	0
27. ¿Cree usted que ha nacido con el sexo equivocado?	1	0
Otros aspectos:		
28.- ¿Desea intensamente modificar sus características sexuales primarias (genitales)?		
29.- ¿Siente rechazo hacia su cuerpo o sus genitales?		

baja durante el estudio. Respecto a la representatividad de la muestra y aunque en nuestra comunidad no hay estudios de prevalencia, extrapolando datos recientes de otras comunidades²⁰ y en otros países²¹ podemos estimar el número de transexuales en nuestra comunidad entre 182 y 285 personas. Si bien estas estimaciones podrían ser bajas como sus propios autores reconocen (al no estar financiado el tratamiento al menos en su totalidad, cosa que sí sucede en nuestra comunidad) la proporción de 86 sujetos sobre un total de 182 o 285 es muy alta. Podemos concluir por lo tanto que la muestra es muy representativa.

Del total de la muestra 41 sujetos fueron transexuales masculinos (femenino a masculino) y 45 femeninos (masculino a femenino). La proporción es de 1/1,15, lo que indica una aproximación, cada vez mayor, del número de transexuales masculinos al de los femeninos.

Aunque se trata de un estudio descriptivo, los ítems que conforman la EDIG equivaldrían a las variables independientes y las respuestas de los sujetos a los mismos a las variables dependientes.

El análisis de datos consistió en el cálculo de la fiabilidad mediante el estadístico alfa de Cronbach, el más utilizado

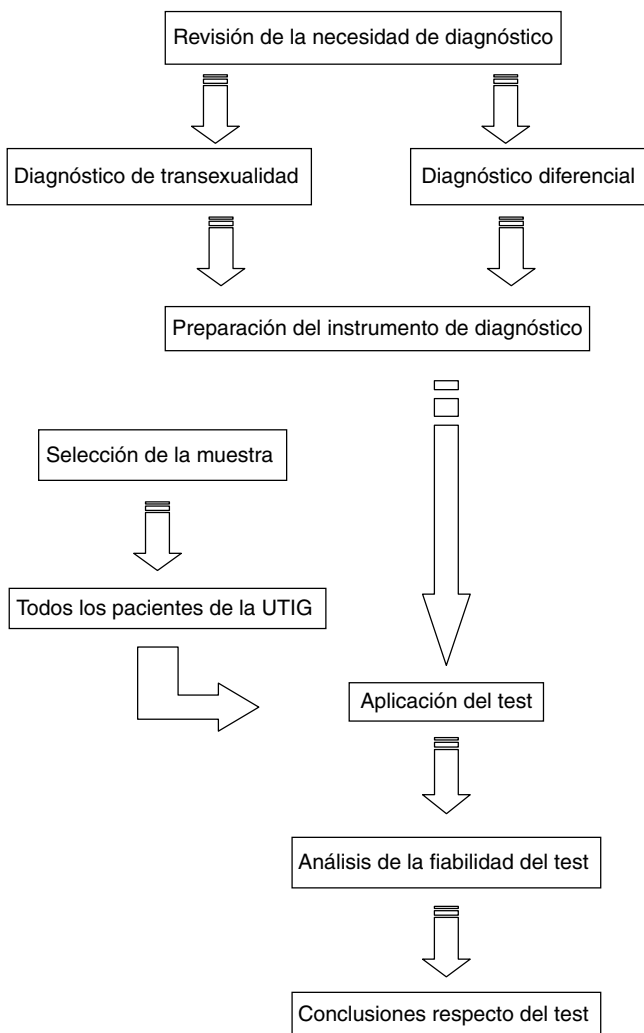


Figura 1 Fases del estudio.

en psicometría. Este es un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recoge información defectuosa y por tanto produciría conclusiones equivocadas o si es un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice a 1, mayor será la fiabilidad, considerándose una fiabilidad aceptable a partir de 0,35 y muy alta a partir de 0,80²².

Este análisis se realizó tres veces: con cada ítem por separado, con cada una de las escalas que forman el instrumento y con la EDIG completa.

Las fases del procedimiento pueden verse en la figura 1.

Resultados

La validez de constructo viene dada por las propias clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10, que son las que crean y definen el constructo de TIG y en cuyos requisitos se basa de forma directa la entrevista, tal como se ha explicado antes.

Respecto a la fiabilidad, la del test se ha calculado mediante el estadístico alfa de Cronbach que ha resultado de 0,832 para el conjunto del instrumento, lo que

Tabla 5 Fiabilidad de la Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género (EDIG)

Concepto evaluado	Alfa de Cronbach
EDIG	0,832
Diagnóstico de hipodeseo sexual	0,895
Diagnóstico de aversión al sexo	0,472
Diagnóstico de déficit de la excitación sexual	0,472
Diagnóstico de anorgasmia	0,898
Diagnóstico de vaginismo/dispareunia	0,752
Diagnóstico de travestismo fetichista	0,545
Diagnóstico de dismorfofobia	0,892
Conjunto de diagnósticos diferenciales	0,902
Diagnóstico de trastorno de identidad de género	0,703

se puede considerar una puntuación estadísticamente muy alta. Los resultados de las diferentes escalas (que equivalen a los diagnósticos diferenciales), así como por ítems, pueden verse en la tablas 5 y 6. Recuérdese que la fiabilidad es una correlación que da información directamente sobre el instrumento de medida creado, no sobre los sujetos. No cabe por tanto usar estadística inferencial e intervalos de confianza.

Tabla 6 Fiabilidad de la Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género (EDIG): datos por ítems

Ítem	Correlación ítem-total	Alfa de Cronbach eliminando el elemento
Ítem 1	0,343	0,828
Ítem 2	0,637	0,816
Ítem 3	0,569	0,818
Ítem 4	0,594	0,821
Ítem 5	0,406	0,825
Ítem 6	0,424	0,825
Ítem 7	0,424	0,825
Ítem 8	0,413	0,825
Ítem 9	0,712	0,816
Ítem 10	0,520	0,820
Ítem 11	0,583	0,817
Ítem 12	0,663	0,815
Ítem 13	0,423	0,826
Ítem 14	0,371	0,827
Ítem 15	0,693	0,818
Ítem 16	0,462	0,823
Ítem 17	0,533	0,820
Ítem 18	0,643	0,820
Ítem 19	0,537	0,822
Ítem 20	0,442	0,824
Ítem 21	0,365	0,827
Ítem 22	-0,196	0,840
Ítem 23	-0,441	0,841
Ítem 24	-0,441	0,841
Ítem 25	-0,130	0,841
Ítem 26	-0,277	0,842
Ítem 27	-0,441	0,841

Como puede comprobarse, tanto la puntuación global como las de cada diagnóstico (el diferencial, la del conjunto de todos los diagnósticos diferenciales, la de diagnóstico de TIG y la de todos los ítems por separado), son puntuaciones de fiabilidad que podemos considerar altas.

Cada una de las escalas de diagnóstico diferencial muestra correlaciones altas, con un rango entre 0,472 y 0,895. El conjunto de estas escalas tiene una fiabilidad de 0,902. Por su parte la escala que evalúa el TIG tiene una fiabilidad de 0,703.

Por lo que se refiere al estudio de los ítems por separado, tienen todos ellos una homogeneidad alta con un rango que va de 0,343 hasta 0,643. Lógicamente los ítems que forman parte de la escala que evalúa el TIG se correlacionan negativamente con el resto de la EDIG.

Se analizó también la variación de la consistencia eliminando cada elemento (ítem) consecutivamente. Ninguno de los ítems aporta por su ausencia una mejora de la fiabilidad general de la prueba, siendo el valor más alto de incremento de solo 0,017, como puede verse en la [tabla 6](#).

En el proceso de análisis se eliminaron 2 ítems, ambos por su baja homogeneidad ($\alpha = 0,024$ y $0,044$ respectivamente). Ambos se incluyeron al final de la EDIG como preguntas abiertas dado que podría tener alguna relevancia clínica ([tabla 4](#)).

Discusión

Podemos decir que la necesidad de una evaluación específica de la transexualidad se hace evidente en la práctica clínica. Esto hace necesario ir creando instrumentos que sirvan para afinar dicha evaluación.

Recuérdese que la fiabilidad es una correlación que da información directamente sobre el instrumento de medida creado, no sobre los sujetos. No cabe por tanto usar estadística inferencial e intervalos de confianza.

Como puede comprobarse, tanto la puntuación global como las de cada diagnóstico (el diferencial, la del conjunto de todos los diagnósticos diferenciales, la de diagnóstico de TIG y la de todos los ítems por separado), son puntuaciones de fiabilidad que podemos considerar altas.

En este sentido podemos concluir que la EDIG es una herramienta que puede ser útil a los profesionales que precisen hacer un diagnóstico rápido o utilizarlo como cribado.

Está claro que el instrumento por sí solo no constituye una evaluación de la transexualidad y se precisa abordar cada caso concreto con mucha mayor profundidad, bien mediante entrevista, bien mediante cuestionarios e inventarios, ya sean los comúnmente utilizados en Psicología Clínica, ya sean desarrollados específicamente para personas transexuales.

Respecto a la interpretación de los resultados, esto está todavía en fase de estudio. No obstante podemos suponer que si una persona es transexual debería cumplir todas las condiciones del diagnóstico (ítems 22 a 27). De hecho, como ya se ha dicho, se eliminó de la parte psicométrica del test (dejándola como pregunta abierta) el ítem acerca de su deseo de modificar sus características sexuales primarias, ya que no tenía una correlación satisfactoria con el resto, posiblemente debido a que muchos transexuales rechazan la cirugía por miedo a la intervención misma o a

sus resultados, sin que ello suponga que no son verdaderos transexuales. En sentido contrario una alta puntuación en cualquiera de las demás escalas (todos los ítems de cualquiera de las escalas positivas) haría dudar del diagnóstico de transexualidad.

Determinar numéricamente cuándo una persona es transexual es difícil. Así el grupo de Ámsterdam, el de más experiencia en el mundo en trabajo con transexuales, elaboró un instrumento de diagnóstico exclusivamente para adolescentes y sostiene que la mayoría de las personas transexuales deben puntuar de forma «próxima» al máximo y las personas no transexuales de forma «próxima» al mínimo en dicha escala, estableciéndose de forma arbitraria el punto de corte en el punto medio de la escala²³.

En conclusión, la EDIG se basa en los criterios actuales de diagnóstico y muestra una muy buena consistencia interna. También muestran buena consistencia cada una de sus escalas, tanto de diagnóstico de TIG, como de diagnóstico diferencial. Todos sus ítems son homogéneos. Por ello parece un instrumento de uso recomendable.

En el futuro se podrían incluir los resultados de nuevas líneas de investigación que parecen prometedoras. Por ejemplo, parece existir alguna evidencia respecto a que las personas transexuales tienen, como media, mayores dificultades a la hora de reconocer expresiones faciales con contenido emocional que la población general, también como media²⁴, si bien es difícil utilizar esto en evaluación por no poderse establecer un punto de corte por encima del cual el nivel de reconocimiento facial sea «transexual».

Aunque no hemos buscado diferencias entre transexuales masculinos y femeninas en este estudio es posible que las haya, como sucede con la acentuación de los rasgos de personalidad de género, que es mayor en las transexuales femeninas²⁵. Por ello sería interesante en futuros estudios incluir diferencias en la herramienta propuesta con el fin de adaptarla diferencialmente a cada uno de los 2 tipos.

Sería de desear una ampliación de la muestra, si bien como se ha dicho antes, esta es muy representativa. Posteriores estudios una vez aplicado el instrumento a una muestra más amplia irán sugiriendo cómo mejorarlo, por ejemplo cómo adaptarlo a diversos subgrupos de población (hombres o mujeres). También se debería profundizar en la validez de la interpretación sugerida. Y por último puede ser interesante idear un instrumento para la evaluación de ciertas áreas psicológicas, como ansiedad o depresión, específicos para personas transexuales. Si bien los mecanismos por los que las personas transexuales presentan ansiedad o depresión son los mismos que en el resto de la población, se trataría de determinar sus respuestas ante estímulos que real o potencialmente son fuente de estrés o de conductas de depresión más habitualmente para personas transexuales. Por ejemplo, ver sus propios genitales no es una fuente de estrés habitual en la población general pero sí parece serlo en esta población. Igualmente se trataría de evaluar riesgos potenciales futuros, por ejemplo al comunicar su proceso transexualizador a terceras personas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Becerra Fernández A. Tratamiento hormonal de los trastornos de identidad de género: efectos beneficiosos y efectos adversos. En: Becerra-Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003. p. 65–78.
2. Goiar Ch, Sannier V, Toulet M. La historia del transexualismo. SHB España. 2005 [consultado 30/10/2008]. Disponible en: <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>.
3. Money J, Eirrhardt A. *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1972.
4. Colapinto J. *As nature made him*. New York: Harper Collins; 2000.
5. Gómez Balaguer M, Solá E, Garzón S, García Torres S, Cubells P, Hernández Mures A. Aproximación epidemiológica a los trastornos de identidad de género. En: Becerra Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003. p. 59–64.
6. Gooren L. El transexualismo, una forma de intersexo. En: Becerra Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003. p. 59–64.
7. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2007;21:431–44.
8. Zhou JN, Gooren LJ, Swaab DF. A Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality. *Nature*. 1995;378:68–70.
9. Garaizábal C. Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad. En: Becerra Fernández A, editor. *Transexualidad la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003. p. 187–98.
10. Megens JAJ. El tratamiento de la transexualidad: el modelo holandés. En: Becerra-Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003. p. 79–84.
11. Rodríguez-Molina JM, Asenjo Araque N, Lucio MJ, Pérez López G, Rabito MF, Fernández Serrano MJ, et al. Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Rev Int Androl*. 2009;7:112–20.
12. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, y Meyer III WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Beh*. 1997;26:13–26.
13. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Ancora; 2005.
14. Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias. Cirugías de cambio de sexo. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
15. American Psychiatric Association. *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2005.
16. 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.
17. Becker JV, Jonson BR. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: Hales RE, Yudofsky SC, editors. *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: MASSON; 2009. p. 743–64.
18. Deogracias JJ, Laurel LL, Meyer-Bahburg HFL, Kessler SJ, Schober JM, Zucker KJ. The gender identity dysphoria Questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Research*. 2007;8:370–9.
19. Bergero Miguel T, Cano Oncala G, Giraldo Ansio F, Esteve de Antonio I, Ortega Aguilar MV, Gómez Banovio M, et al. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004;89:9–20.
20. Gómez Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, Halperin Rabonovitch I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer A, et al. Estimación de la prevalencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2006;34:295–902.
21. Olson SE, Möller AR. On the incidence of sex-ratio of transsexualism in Sweden. *Arch Sex Behav*. 2003;32:381–6.
22. Cohen L, Manion L. *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla; 2002.
23. Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van de Waal HA, Gooren LJG. Original research-intersex and gender identity disorders. *J Sex Med*. 2008;1892–7.
24. Kessler H, Michallik D, Traue H, Pfäfflin F. Transsexuals' Recognition of Emotions as Measured by the FEEL-Test. *Intern J Transgenderism*. 2006;9:9–14.
25. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Donat Colomer F. Transexualidad e identidad sexual: Desde la expresión biológica a la expresión social. *Sexología Integral*. 2009;6:152–8.