

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria

CURSO 2017/2018

APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS TRANS

(Investigación empírica)

NURIA VÁZQUEZ LÓPEZ

Oviedo, junio 2018

RESUMEN

Las personas transexuales se encuentran en una situación de discriminación social reflejada en su salud y en la escasa investigación científica. La Teoría del Estrés Minoritario (Meyer, 1995) señala la importancia del apoyo social para el estrés de las minorías sexuales. En este estudio se pretende explorar el apoyo social y sus dimensiones en esta población. Participaron 81 personas, 36 transgénero de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y 45 no trans como grupo control. Se aplicó The Mos Social Support Survey (Sherbourne y Stewart, 1991) para medir el apoyo social percibido y un cuestionario con variables sociodemográficas. Los resultados muestran que no existen diferencias en el apoyo social percibido entre ambos grupos. Sin embargo, las variables pareja, edad y situación laboral muestran cambios para la población transexual en algunas dimensiones. Estos hallazgos promueven futuras líneas de investigación que amplíen el conocimiento de este colectivo.

Palabras clave: Transexualidad, apoyo social, disforia de género, salud mental

ABSTRACT

Transgender are in a situation of social discrimination reflected in their health and in the scarce scientific research. The Theory of Minority Stress (Meyer, 1995) emphasizes social support for stress of sexual minorities. This study aims to explore social support and its dimensions in this population. 81 people participated, 36 transgender of Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) and 45 non-trans as a control group. The Mos Social Support Survey (Sherbourne and Stewart, 1991) was applied to measure the perceived social support and a sociodemographic questionnaire. The results show that there are no differences in perceived social support between both groups. However, variables such as couple, age and work situation show changes for the transsexual population in some dimensions. These findings encourage future lines of research that expand the knowledge of this group.

Key words: Transexuality, social support, gender dysphoria, mental health

INTRODUCCIÓN

Transexualidad es el término que se utiliza para describir una inconformidad entre el sexo asignado al nacer y el género sentido. Se trata de un término genérico para las personas cuya identidad de género, expresión y / o comportamiento son diferentes de las típicamente asociadas con su sexo asignado al nacer. Las personas no transexuales, transgénero o –para abreviar- *trans*, se denominan cisgénero, o *cis*. En ocasiones el malestar que genera la discrepancia sexo-género es lo suficientemente intenso como para llevar a los individuos a someterse a una transición de características físicas de hombre a mujer (lo que se conoce como mujer trans) o de mujer a hombre (lo que se conoce como hombre trans). Aunque es difícil establecer la prevalencia de la transexualidad (Arcelus, Claes, Witcomb, Marshall y Bouman, 2016) su existencia ha sido ampliamente documentada a lo largo de la historia en diversas culturas (Boza y Nicholson, 2014). En nuestro país solo se han realizado estimaciones que muestran datos dispares. Dichas estimaciones coinciden en que el número de personas trans es reducido y que habría un mayor número de mujeres trans que de hombres trans (Herrero y Díaz, 2010).

Esta cuestión se clasifica en la actualidad como *transexualismo* en el manual CIE-10 y como *disforia de género* en el DSM-5, a la espera de que se sustituya *transexualismo* por *incongruencia con el género* en el manual CIE-11. La primera aparición como etiqueta diagnóstica es en el manual CIE-9 en 1978 y en el DSM-III en 1980, simultáneo a la retirada de la homosexualidad en 1973 como enfermedad mental. Se han establecido múltiples paralelismos entre transexualidad y homosexualidad en cuanto a consideración diagnóstica se refiere (Mas, 2017). Aunque en un primer momento la inclusión de la transexualidad fue propiciada por asociaciones como la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) para facilitar el acceso a atención y recursos sociales y legales, desde principios de este siglo la línea predominante desde el colectivo es la despatologización, con la correspondiente retirada de la transexualidad de los manuales. El movimiento para desligarla de su consideración como trastorno cobra fuerza en España en 2007 coincidiendo con la aprobación de la ley que permite a las personas trans el cambio de sexo en el registro civil. En el panorama internacional, desde 2009 su mayor exponente es “Stop Trans Pathologization” en varios países. La evolución de la transexualidad podría ser similar a la homosexualidad

en cuanto a su consideración psicopatológica. Un primer paso sería entender que el sufrimiento o malestar se debe más su trato social que a la condición en sí misma para finalmente retirarse como diagnóstico clínico. La cuestión de la retirada de los manuales no está libre controversias por las implicaciones prácticas en los servicios de salud (Polo y Olivares, 2010).

Las personas cuya identidad no encaja con la dicotomía sexo/género normativa pueden ver afectada su salud física, mental y sexual debida a la situación de discriminación en una cultura transfóbica (Basar, Gökhan y Karakaya, 2016; Nuttbrok et al., 2014; Trujillo, Perrin, Sutter, Tabaac y Benotsh, 2016). Estas dificultades de adaptación social se darían, además, sistemáticamente en todos los ámbitos y áreas de su vida: educación, empleo, hogar y salud (Boza y Nicholson, 2014). Los individuos trans sufren con mayor probabilidad experiencias de rechazo, discriminación y violencia que las personas no transexuales, como se ha recogido en la literatura. En estudios como el de Lombardi, Wilchins, Presing y Malouf (2011) se encuentra que un 60% de las personas trans han experimentado violencia o rechazo, un 26% han sufrido algún incidente violento y un 37% se ha visto discriminado/a económicamente. Más del 90% de todas las personas trans informaron haber sufrido acoso o discriminación, en comparación con el 80% de mujeres cisgénero y el 63% de los hombres cisgénero. Resultados similares se encuentran en otros estudios comparativos con población no transexual. Nemoto, Bödeker e Iwamoto (2011) en una muestra de 573 mujeres transexuales con historia en prostitución, se encontró que más de la mitad habían sido agredidas físicamente, 38% habían sufrido violaciones o agresiones sexuales antes de los 18, y más de dos terceras partes habían sido ridiculizadas por la expresión de su identidad.

La situación de discriminación, rechazo social y violencia puede afectar la salud mental de las personas transexuales. Anteriormente los correlatos de salud mental se relacionaban con el malestar que en sí mismo conlleva la incongruencia con el sexo biológico. En la actualidad tanto la investigación como el movimiento por la despatologización coinciden en señalar al ambiente opresivo social y familiar como variable a tener en cuenta en el malestar psicológico (Nuttbrok et al., 2014). Se ha encontrado que las personas trans muestran una mayor psicopatología, tienen una menor calidad de vida y bienestar con la vida que el resto de población. En general el colectivo

de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales (LGBT) tienen mayor probabilidad de sufrir algún problema de salud mental, donde el apoyo social puede ser fundamental como amortiguador sobre todo para chicos y chicas jóvenes (McConnell, 2015). No obstante, Claes et al. (2014) señalan la importancia de estudiar a las personas transexuales de forma separada del colectivo, para que no se enmascaren los datos con personas con otra orientación sexual. Además, hay una alta población trans que no se identifica como heterosexual (entre el 38.4 % – 61.9%) pudiendo darse una discriminación interseccional, tanto por su identidad de género como por su orientación sexual (Boza y Nicholson, 2014).

Debida a la situación particular de la transexualidad en la sociedad se encuentra que la depresión es muy común en este grupo de personas si se compara con la población general (Meier, Pardo, Labuski y Babcock, 2013). Algunos autores sitúan la sintomatología depresiva como tres veces mayor que en la población no trans (Nuttbrok et al. 2014; Tebbe y Moraldi, 2016). Los rangos de sintomatología depresiva que se encuentran en la literatura fluctúan entre un 26 – 66% en ambos sexos (Botcking, Huang, Robinson y Rosser, 2005; Nuttbrock et al., 2010). En estudios como el de Budge, Agelson y Howard (2013) un 39% de las 328 personas transexuales encuestadas tenían sintomatología depresiva. Las diferencias que se encuentran por género sitúan a un 51.4 % de las mujeres trans y a un 48.3% en hombres trans (Budge et al. 2013).

La ansiedad también se ve reflejada en estudios de población transexual. Las personas LGBT tienen mayores rangos de ansiedad respecto a la experiencia con que su orientación u identidad está mal respecto a lo que se considera normativo (Meier et. al, 2013). Se ha teorizado que la ansiedad puede ser una de las primeras fases en la formación de la identidad de personas transexuales (Devor, 2004). Las tasas de ansiedad y angustia para individuos trans pueden situarse entre un 26% y un 38% (Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, y Delsignore de 2005). Diferenciando por géneros, Budge et al. (2013) encuentra que 40.4 % de mujeres trans y un 47.5 % de los hombres trans tenían sintomatología ansiosa en su estudio. Otros autores encuentran tasas inferiores para ambos sexos: 12% (Trujillo et al., 2016).

Lo que se ha estudiado en mayor medida por sus repercusiones sociales y en la salud son la autolesión y el suicidio. En cuanto a la autolesión, concretamente no

suicida, denominada en la literatura NSSI (*Non-Suicidal Self-Injury*), se encuentra con mayor probabilidad en población joven y en población LGBT. Ser más joven y ser transexual sería por lo tanto un factor de riesgo a tener en cuenta para la prevención adecuada de la problemática (Walls, Laser, Nickels y Wineski, 2016). Arcelus et al. (2016) señalan que las autolesiones no suicidas se encontraron en un 46.3% en la historia de vida de las personas trans y un 28.73% de autolesiones en los últimos meses. En cuanto a diferencias por género, hay disparidad de resultados, encontrándose tanto tasas similares (Claes et al., 2014) o mayor prevalencia en autolesiones en hombres trans que en mujeres trans (Davey, Arcelus, Meyer y Bouman, 2016). Se señalan relaciones significativas de la autolesión no suicida con una menor autoestima, menor satisfacción corporal y menor apoyo social (Davey et al., 2016).

En cuanto al suicidio, en los últimos 30 años su estudio ha cobrado importancia en población LGBT y en estos momentos, particularmente, el suicidio de las personas trans (Trujillo et al., 2016). En la literatura se estiman mayores tasas de intentos e ideación suicida en comparación con el resto de población (Boza y Nicholson, 2014; Davey, Bouman, Arcelus y Meyer, 2014; Moody y Grant, 2013; Nemoto et al., 2011). Nuttbrok et al. (2010) situaron un mayor porcentaje de personas con ideación suicida (53.5 %) que de planes de suicidio (35.5 %) e intentos previos (27.9%). En el U.S. Transgender Survey o USTS (2015) se realizaron encuestas a 27715 personas transgénero de Estados Unidos. Se encontró que el 40 % de los participantes habían tenido algún intento de suicidio frente a un 4.6% de población cisgénero. El 7% de los encuestados y encuestadas habían intentado suicidarse el último año, casi 12 veces más que la población no trans (James et al., 2016). En el Trans Pulse Project Study (2014) de Canadá se encontraron hallazgos similares: 43% algún intento de suicidio y 10 % en el último año. De estos estudios se destacan la importancia del apoyo social como variable protectora, que se asoció con una disminución del riesgo de suicidio en este grupo concreto de población (Bauer y Scheim, 2015). . A pesar de las altas tasas relacionadas con el suicidio, desde National Strategy for Suicide Prevention (2012) se plantea que pueden ser incluso mayores debido a las dificultades que tiene estimar las cifras exactas si en los certificados de defunción no aparece ni la identidad de género ni la orientación sexual.

Para explicar las consecuencias en la salud mental de los grupos que son socialmente minoritarios cabe destacar The Minority Stress Theory (Meyer, 1995) o teoría del estrés minoritario. Dicha teoría se ha utilizado para otro tipo de minorías sexuales pero se ha encontrado particularmente útil en población trans (Trujillo et al., 2016). Desde ella se relacionan las experiencias percibidas, su salud mental, física y bienestar psicológico en general con la discriminación, prejuicio, vigilancia y miedos que pueden vivir debido a la situación minoritaria socialmente (Meyer, 1995). Los estresores que influyen a las minorías pueden actuar sobre la salud directamente mediante mecanismos de estrés crónicos, conducir a la angustia psicológica o a comportamientos relacionados con la salud como el uso de sustancias o la utilización de los servicios sanitarios (Balsam, Molina, Beadnell, Simoni y Walters, 2011). Además el estrés de la minoría se puede dar a la vez que otro tipo de estresores cotidianos de población no minoritaria, sumando así más carga de estrés a la salud mental del individuo. Se sugiere que un posible amortiguador del estrés psicológico en las minorías sexuales, como el caso de chicos y chicas trans, podría ser el apoyo social (Meyer, 2003).

El apoyo social se ha revelado como una ayuda en cuanto al afrontamiento del estrés y el control de los efectos que este pueda tener sobre la salud de los individuos (Schmitt, Branscombe y Postmes, 2014). No existe un acuerdo unánime a la hora de definir el apoyo social en la literatura. El apoyo social podría definirse como la posibilidad de recibir ayuda, confort, asistencia o información tanto de individuos como de grupos (Earnshaw, Lang, Lippitt, Jin y Chaudoir, 2015). Autores como Sherbourne y Stewart (1991) estudiaron la influencia en la salud del apoyo social por sus diferentes dimensiones. En primer lugar hacen una distinción dicotómica entre el apoyo estructural (cantidad de relaciones sociales e interconexión de las redes) y el apoyo funcional (grado en el que estas relaciones interpersonales sirven para determinadas funciones). El apoyo que percibe una persona tendría una mayor importancia que la estructura de apoyo en sí misma (Sherbourne y Stewart, 1991). Teniendo en cuenta las funciones del apoyo social diferencian entre cinco categorías: 1) emocional, es decir, expresión de afecto positivo, empatía y expresión de emociones; 2) informacional, referido al consejo, asesoramiento, información, guía o retroalimentación; 3) instrumental, es decir, ayuda material o asistencia; 4) interacción social positiva, disponibilidad de las otras

personas para ocio y actividades divertidas; y 5) afectivo, expresiones de amor y afecto. Se destaca la importancia de las dimensiones del apoyo social por sus efectos en la salud y no solamente cuáles son sus fuentes o la cantidad de apoyo percibido en general (Jensen et al., 2014). Davey et al. (2014) recomiendan que el estudio en transexualidad explore dichas dimensiones del apoyo social.

Aunque resulte de interés el papel que el apoyo social pueda tener para las minorías sexuales, la investigación en personas transexuales es escasa (Ellis y Davis, 2017). Por un lado, se han encontrado diferencias significativas en el apoyo social percibido de personas trans en comparación con el resto de población, siendo las personas trans las que percibían menos apoyo que las personas no trans/cisgénero (Basar et al., 2016; Boza y Nicholson, 2014; Davey et al., 2014; Tebbe y Moraldi, 2016). Factor y Rothblum (2008) encuentran resultados similares, particularmente en el apoyo social percibido por parte de la familia que era menor en personas trans. Davey et al. (2014) además de diferencias significativas en el apoyo social percibido entre personas trans y cisgénero, encuentra diferencias entre las mujeres trans y las no trans. Las mujeres trans informaban de menores niveles de apoyo disponible que las mujeres cisgénero. También en la comparación con población considerada minoría sexual, como gays y lesbianas, se ha encontrado menor apoyo social percibido en personas trans (Botcking et al, 2005).

En cuanto a diferencias por sexo, la investigación en población general ha señalado que las mujeres utilizan en mayor medida el apoyo social que los hombres (Pflum, Testa, Balsam, Godblum y Bongar, 2015). En población trans los resultados son dispares. Si comparamos mujeres y hombres trans, Claes et al. (2015) encuentra que los hombres perciben más apoyo de su familia que las mujeres. Otros autores sin embargo no encuentran que existan diferencias en cuanto al sexo (Basar et al., 2016). Respecto a esta cuestión, las diferencias por sexo en población tanto cisgénero como LGB (lesbianas, gays, bisexuales) han relacionado los tipos de apoyo con los estereotipos de género. Ellis y Davis (2017) apuntan que hay mayores diferencias respecto al apoyo social emocional por la asociación con el estereotipo femenino, mientras que otros tipos de apoyo como el instrumental, no tendrían tantas diferencias atendiendo al sexo. La asociación del apoyo social con lo femenino y la socialización de género jugarían un papel relevante en las diferencias sexuales (Pflum et al., 2015).

Por otro lado, atendiendo a variables específicas que puedan influir en el apoyo social, es escasa la literatura que ha tenido en cuenta a personas trans. Meier Sharp, Michonski, Babcock y Fitzgerald (2013) encuentran que hay una relación significativa entre tener pareja y altas tasas de apoyo, en una muestra de 593 hombres trans. A su vez, tener un mayor apoyo correlacionaba negativamente con la depresión. En mujeres trans, Yang et al. (2016) señalan una asociación entre parejas casuales con mayores niveles de ansiedad en población china. La cuestión de las relaciones afectivas en personas trans ha sido cuestionada respecto a su estabilidad por posibles rupturas o crisis de producirse una transición física. Investigaciones muestran que la mitad de las relaciones se mantenían después del proceso de transición (Brown, 2010). En cuanto a la influencia de la edad en el apoyo social, si generalizamos a la población LGBT se encuentran cambios en los apoyos respecto a ser más o menos joven. Snapp, Watson, Russell, Díaz y Ryan (2015) señalan que para los y las jóvenes son más relevantes los amigos que la familia puesto que proporcionarían un apoyo concreto hacia su sexualidad. Literatura previa en población general comparte la tendencia para el apoyo social, donde con la edad disminuye la percepción del mismo (Jensen et al., 2014).

El apoyo social que perciben las personas transexuales es un tema que no ha sido ampliamente estudiado en la literatura, posiblemente porque tampoco lo han sido las personas cuya condición es la transexualidad. No obstante, la investigación disponible corrobora la influencia protectora del apoyo social en correlatos de salud mental así como una menor percepción o disponibilidad de apoyo comparado con otras poblaciones. Además la variedad de los resultados deja muchas cuestiones abiertas en cuanto a la influencia del sexo, la edad o la pareja.

Objetivos

Dado que se trata de un campo que no ha sido excesivamente explorado y a las posibles diferencias que puede haber con personas no transexuales, el objetivo general de este estudio es evaluar el apoyo social con sus diferentes dimensiones en personas transexuales. Considerando los hallazgos en la literatura previa, el presente estudio tiene como objetivos específicos: 1) explorar de las diferencias en el apoyo social entre personas transexuales y personas no transexuales, 2) explorar las diferencias en las distintas dimensiones de apoyo social en personas trans en función de las variables

sociodemográficas, 3) explorar si esas diferencias suceden también en personas no trans, 4) establecer posibles líneas de trabajo para investigaciones futuras. Las hipótesis que acompañan a estos objetivos son: 1) habrá diferencias en el apoyo social percibido entre personas cisgénero y transgénero, siendo las personas trans las que tengan menores niveles, 2) habrá diferencias para el apoyo social total y las dimensiones del apoyo social en personas trans atendiendo a características sociodemográficas, 3) estas diferencias no se darán de igual forma en el grupo comparativo cisgénero.

MÉTODO

Participantes

La muestra consistió en un total de 81 personas. El grupo experimental se compone de 34 personas que asisten a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) situado en el Centro de Salud El Quirinal (Avilés), con queja de disforia de género y/o demanda de atención en el servicio, durante los meses de noviembre a diciembre de 2017. Se incluyen a estas 34 otras 2 personas transexuales de fuera de la unidad, haciendo un total de 36. De esta muestra, 24 son hombres transexuales y 12 mujeres transexuales. La media de edad de la muestra es de 27,25 (DT: 11,36) de edades comprendidas entre 15 y 57 años. Los datos sociodemográficos de la muestra se recogen en la Tabla 1.

Se utilizó un grupo control formado por 45 personas no transexuales -es decir personas cisgénero- de las cuales 33 son hombres y 12 son mujeres. Aunque en un primer momento el total de participantes era de n=50, se excluyeron 5 para la adecuación a las características de edad y sexo de la muestra previamente seleccionada. La media de edad para el grupo control es de 27,82, (DT: 8,59), desde 17 hasta 60 años. La nacionalidad en este caso es de n=45 personas españolas (véase Tabla 1). No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad y razón sexo/género (o sexo) entre ambos grupos.

Instrumentos y variables

El instrumento utilizado fue The Mos Social Support Survey de Sherbourne y Stewart (1991) se trata de un cuestionario breve y auto-administrado diseñado para la evaluación del apoyo social de forma multidimensional (Sherbourne y Stewart, 1991). Consta de 20 ítems, el primero de ellos informa del tamaño de la red social y los 19

siguientes son de tipo Likert, de 1(nunca) a 5 (siempre). Los autores en un primer momento habían identificado 5 escalas en el instrumento: 1) apoyo emocional, que corresponde a la expresión positiva de afecto, comprensión empática y expresión de emociones; 2) apoyo informativo, que hace referencia a la posibilidad de recibir consejos, información, orientación o comentarios; 3) apoyo instrumental, la provisión de ayuda material o asistencia conductual; 4) interacción social positiva, es decir, la disponibilidad de otras personas para hacer actividades de ocio/diversión; y, 5) apoyo afectivo, relacionado con expresiones de amor y afecto. Su análisis factorial terminó por agrupar los ítems en 4 escalas: apoyo emocional/informativo, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo (Sherbourne y Stewart, 1991). En validaciones posteriores, autores como Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) encuentran sin embargo solamente 3 factores.

Por ello, se realizó un análisis factorial confirmatorio encontrando que el factor 1: apoyo emocional/informacional corresponde a ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19. El factor 2 incluiría la interacción social positiva y el apoyo afectivo: 6, 7, 10, 11, 14, 18, 20; y el factor 3 permanecería como el original con los ítems 2, 5, 12, 15. De esta forma se confirma la existencia de 3 factores como recogía literatura previa (Revilla et. al, 2005). En cuanto a la fiabilidad, para el factor 1 de apoyo emocional/informacional se encuentra una fiabilidad de 0.926, para interacción social positiva-apoyo afectivo 0.890, para apoyo instrumental 0.853 en alfa de Cronbach, similares a otros estudios realizados (Londoño et al., 2011; Revilla et al., 2005).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó una solicitud al Comité de Investigación del Servicio de Salud del Hospital Universitario de San Agustín de Avilés (HUSA), como se requería. El procedimiento de recogida de datos se realizó en el servicio de la UTIGPA (Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias). Las personas para la muestra se reclutaron, sin criterios de exclusión en base a características sociodemográficas, personales o de fase de proceso en la unidad. Después de sus consultas con psicología o endocrinología se procedía a aplicar el instrumento de evaluación, en este caso The Mos Social Support Survey o Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991), así como un cuestionario con

datos de índole sociodemográfica. La aplicación de la prueba tuvo una duración de entre 10-15 minutos en la que previamente se informaba de las condiciones del estudio y se firmaba el consentimiento informado pertinente. Cabe mencionar condiciones específicas de la unidad que han estado presentes en este proceso. Por un lado el horario de atención se limita a un día por semana. Por otro lado los espacios para la aplicación del cuestionario, así como de las consultas en muchas ocasiones, fueron cambiantes por las necesidades de otros servicios del hospital. En la gran parte de los casos las personas encuestadas se encontraban solas a la hora de la aplicación del test, para lo cual familiares u otros acompañantes permanecían fuera de la sala. En el consentimiento informado se permitió firmar con el nombre con el que se identificaban aunque no hubiera un cambio oficial del mismo respetando así la voluntad y condición de ellos y ellas.

En cuanto al grupo control este fue seleccionado mediante muestreo de bola de nieve, aplicando las mismas pruebas que en la muestra clínica: el cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991), cuestionario de datos sociodemográficos y consentimiento informado (véase Anexos). Este se aplicó principalmente en papel (n=30) aunque en 15 de ellos se realizaron de forma digital por plataforma de google encuestas por dificultades de acceso a la población. En este procedimiento de recogida de datos de personas cisgénero, dos sujetos se identifican como transexuales y se incluyen en la muestra anterior a pesar de no ser usuarios o usuarias de la UTIGPA.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0 (SPSS Inc., Chicago IL, USA) con un intervalo de confianza del 95%. En un primer lugar se realizó un análisis factorial confirmatorio para establecer el número de factores. Posteriormente se realizaron estimaciones de consistencia interna para las diferentes escalas con el alfa de Cronbach.

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para los datos sociodemográficos para la muestra y el grupo control.

Se hicieron comparaciones de medias mediante pruebas *t* de Student para la comparación de apoyo social y sus dimensiones en la muestra y grupo control. También para la comparación de la muestra con las variables de grupo de edad, razón

sexo/género y pareja. De la misma forma se realizaron con la muestra del grupo control. Esta misma prueba se utilizó para el tamaño de la red social correspondiente al ítem 1 del cuestionario, comparando muestra y grupo control.

Se realizaron análisis de varianza (ANOVAs) con pruebas post-hoc (Bonferroni) para la situación laboral, convivencia, tiempo en la UTIGPA y estudios en las distintas dimensiones del apoyo social y el apoyo social total en la muestra.

El tamaño del efecto se calculó mediante la fórmula de Cohen (1988).

RESULTADOS

La información sociodemográfica sobre los participantes en el estudio se recoge en la Tabla 1, separando la muestra de población por identidad sexual: transgénero y cisgénero. Como se puede observar, en ambos grupos hay una mayoría de nacionalidad española (en cisgénero es el total, n=45) y una mayor prevalencia de hombres en comparación de mujeres en ambos grupos. La etiqueta utilizada como razón sexo/género corresponde con la etiqueta tradicional de sexo. Razón sexo/género se considera más clara e inclusiva para personas trans: en lugar de escoger “hombre” la opción es M-H (“de mujer a hombre” en términos del sexo asignado por el nacimiento - sexo sentido) y en lugar de mujer sería H-M (de hombre, asignado a mujer, como sexo con el que se identifica). En cuanto a la pareja, en ambos grupos hay un mayor porcentaje que no tienen pareja en la actualidad. La convivencia es también en ambos grupos mayor con la familia, destacando el 61,1% en trans y un 42% en cis. No obstante, mientras que en las personas trans vivir solo/a es un 13,9%, en las personas cis la cifra es mayor (35,6%). En la situación laboral, no se encuentran diferencias significativas. En esta variable, un 44,4% de personas trans son estudiantes muy similar al 42,2% de personas cis, aunque en este grupo un 46,7% se encuentren actualmente trabajando. Se incluyó a la población jubilada (n=2 en trans) en desempleada. En cuanto a las variables relacionadas con los estudios se agrupan en: obligatoria, bachiller y universitaria frente a los ítems del test: primaria, secundaria, FP1, FP2, bachiller y universitaria, para reducir la dispersión de sujetos en dichas categorías. En último lugar se encuentran tasas similares en tiempo en la UTIGPA en función de más o menos de un año. Además se dividieron dos grupos de edad: jóvenes (26 años o menores) y mayores (26 años o menores) para la realización de análisis por grupos. Las

significaciones de χ^2 (véase Tabla 1) no se pueden interpretar correctamente por la ausencia de casos en los grupos.

Tabla 1

Análisis descriptivos de variables sociodemográficas (N=81)

	Transgénero		Cisgénero		
	n=36		n=45		
Edad ^a	27,25 ± 11,365		27,82 ± 8,59		
Variables	n	%	n	%	
Nacionalidad					χ^2
Española	32	88,9	45	100	
Extranjera	4	11,1	-	-	5,26*
Razón Sexo/Género					
Hombre	24	66,7	33	73,3	
Mujer	12	33,3	12	26,7	,426
Grupo edad					
Jóvenes (<26)	23	63,9	20	44,4	
Mayores (>26)	13	36,1	26	55,6	3,036
Pareja actualmente					
Sí	14	38,9	22	48,9	
No	22	61,1	23	51,1	,810
Convivencia					

Familia de origen	22	61,1	19	42,2	
Familia extensa	2	5,6	-	-	
Pareja	6	16,7	10	22,2	
Solo/a	5	13,9	16	35,6	
Compañeros de piso	1	2,8	-	-	9,094
Situación laboral					
Activa/trabajando	13	36,1	21	46,7	
Desempleado/a	7	19,4	5	11,1	
Estudiante	16	44,4	19	42,2	1,491
Estudios					
Obligatoria	16	44,4	-	-	
Bachiller	14	38,9	14	31,1	
Universitaria	6	16,7	31	68,1	32,291**
Tiempo en la UTIGPA					
Menos de un año	15	41,7	-	-	
Más de un año	19	52,8	-	-	
Nunca	2	5,6	-	-	

Nota. ^a = Media ± Desviación Típica.

* p <0,5 ** p<0,001

Apoyo social en función de la identidad sexual

Mediante una prueba *t* de muestras independientes se comparan las puntuaciones en las dimensiones de apoyo social en la muestra de personas trans y en el grupo control de personas cisgénero. No hay diferencias significativas para trans (M: 3,40, DT: ,849) y cis (M: 4,03, DT: ,649; $t(79) = -,163$, $p = .874$) en el apoyo social total ni para sus dimensiones: apoyo emocional-informacional, interacción social positiva-apoyo afectivo ni apoyo instrumental. Comparando estos dos grupos tampoco se encuentran diferencias significativas en el tamaño de la red social (que se corresponde con el apoyo social estructural) entre personas trans: M: 7,14, DT: 5,478, y personas cisgénero: M: 7,51, DT: 4,203; $t(79) = -,346$, $p = .730$.

Respecto a la variable razón sexo/género, no se encuentran diferencias en el apoyo social total entre hombres (M: 4,034, DT: ,675) y mujeres (M: 3,97, DT: ,889; $t(34,67) = ,342$, $p = .734$) ni en las dimensiones del mismo. Tampoco se encuentran diferencias significativas respecto al tamaño de la red social en hombres (M: 6,89, DT: 3,98) y mujeres (M: 8,42, DT: 6,27).

Tabla 2

Comparación de las escalas de apoyo social en la muestra y grupo control.

Dimensiones	Transgénero		Cisgénero		t	gl	Sig.
	M	DT	M	DT			
Apoyo Emocional- Informacional	3,94	,934	3,93	,770	,070	79	,945
Interacción Social Positiva – Apoyo Afectivo	3,98	,923	4,07	,735	-,526	79	,601
Apoyo Instrumental	4,13	,979	4,14	,822	-,035	79	,973
Apoyo total	3,40	,849	4,03	,649	-,163	79	,874

Dimensiones de apoyo social en personas trans

Se analizaron los distintos tipos de apoyo social y el apoyo social total en personas trans con las variables sociodemográficas. Para empezar, en cuanto a la variable razón sexo/género o sexo no se encontraron diferencias significativas entre mujeres trans y hombres trans en ninguna de las dimensiones del apoyo social ni en el apoyo social total ($p > 0.5$).

Teniendo en cuenta los grupos de edad se encontraron diferencias en el apoyo instrumental entre jóvenes (M: 4,43, DT: ,623) y mayores (M: 3,60, DT: 1,265; $t(15,35) = 2,24$, $p = .40$). El tamaño del efecto fue medio ($r = 0.577$). Se realizan las mismas pruebas t para comprobar si el cambio por grupos de edades se da también en el apoyo social estructural (tamaño de la red social: ítem 1). No se encuentran diferencias significativas en la red social de los jóvenes (M: 7,04, DT: 4,13) y los mayores (M: 7,31, DT: 7,50; $t(16,204) = -1,117$, $p = .908$). Tampoco se encuentran diferencias significativas en función de la edad en las otras dimensiones del apoyo social percibido.

Tabla 3

Comparación del apoyo social por grupos de edad en trans.

Dimensiones	Jóvenes (< 26 años)		Mayores (> 26 años)		t	gl	Sig.
	M	DT	M	DT			
Apoyo Emocional- Informacional	4,12	,789	3,63	1,116	1,37	18,90	,187
Interacción Social Positiva – Apoyo Afectivo	4,15	,658	3,67	1,238	1,29	15,92	,214
Apoyo Instrumental	4,43	,623	3,60	1,265	2,24	15,36	,040*

Apoyo total	4,19	,604	3,65	1,109	1,63	16,11	,122
-------------	------	------	------	-------	------	-------	------

* $p. < .05$

Los análisis de varianza (ANOVA) muestran diferencias significativas en cuanto a la situación laboral en el apoyo social instrumental ($F(2)=4,190$, $p=.024$). Los grupos en los que se divide la situación laboral son: activa/trabajando, desempleado/a (incluye jubilados/pensionistas) y estudiantes. Las comparaciones post-hoc con la prueba Bonferroni mostraron que había diferencias significativas en el apoyo social instrumental entre personas activas (M: 4,38, DT: ,625) y desempleadas (M:3,25, DT:1,587), $p=0,34$) y entre desempleados y estudiantes (M:4,312, DT: ,6800) con una $p=0.41$.

En estos análisis no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la convivencia y estudios en las distintas dimensiones del apoyo social, ni por el tiempo en la UTIGPA.

Tabla 4

ANOVA de variables sociodemográficas en el apoyo social en trans.

Dimensiones	Situación laboral		Estudios		Tiempo UTIGPA	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig
Apoyo Emocional- Informacional	,760	,476	2,60	,090	,127	,724
Interacción Social Positiva – Apoyo Afectivo	1,126	,307	,637	,535	1,085	,305
Apoyo Instrumental	4,190	,024*	,222	,802	1,325	,254
Apoyo total	1,599	,217	1,16	,327	,693	,411

* $p. < .05$

En cuanto a la pareja, se han encontrado diferencias significativas para varias de sus dimensiones. En el apoyo emocional-informacional, se encuentran diferencias entre tener pareja (M: 4,31, DT: ,809) y no tener pareja (M: 3,71, DT : ,941), $t(30,97)=2,053$, $p=,049$. También en la interacción social positiva-apoyo afectivo entre tener pareja (M:4,41, DT: ,688) y no tener pareja (M: 3,70, DT: ,961), $t(33,42)=2,57$, $p=,015$, así como en el apoyo social total al tener pareja (M: 4,34, DT: ,660) y no tener pareja (M: 3,78, DT: ,895), $t(33,13)=2,162$, $p=0,38$. Estos resultados y los tamaños del efecto, todos ellos tamaños del efecto medios, se recogen en la Tabla 5.

Tabla 5

Diferencias en las dimensiones de apoyo social para la variable pareja en trans

Dimensiones	Con pareja		Sin pareja		t	gl	Sig.	r
	M	DT	M	DT				
Apoyo Emocional- Informacional	4,31	,809	3,71	,941	2,053	30,97	,049*	0,32
Interacción Social Positiva – Apoyo Afectivo	4,41	,688	3,70	,961	2,57	33,42	,015*	0,39
Apoyo Instrumental	4,28	,642	4,03	1,148	,842	33,60	,406	
Apoyo total	4,34	,660	3,78	,895	2,162	33,13	,038*	0,33

Nota. r = Tamaño del efecto

* $p. < .05$

Dimensiones del apoyo social en el grupo control

En el grupo control se realizan las pruebas anteriores que han mostrado resultados significativos respecto a las dimensiones de apoyo social. No se encuentran diferencias

en el apoyo instrumental por grupo de edad de jóvenes (M: 4,22, DT: ,595) y mayores (M: 4,07, DT: ,972; $t(40,52)= ,658$, $p=.51$).

En los análisis de varianza (ANOVA) no se han encontrado diferencias significativas respecto a la situación laboral en el apoyo social instrumental ($F(2)= 1,36$, $p=.269$) ni en el apoyo social total ($F(2)= ,37$, $p=.964$).

Respecto a tener o no pareja en relación con las dimensiones del apoyo social se encuentran diferencias significativas en la dimensión de interacción social positiva-apoyo afectivo entre personas que tienen pareja (M:4,30, DT:,697) y personas que no tienen pareja (M: 3,85, DT:,715, $t(42,98)=2,157$, $p=.037$). El tamaño del efecto en este caso es $r=0,30$, tamaño del efecto medio.

DISCUSIÓN

El primer objetivo de este estudio era explorar el apoyo social y sus dimensiones para las personas transexuales y las no transexuales. No se han encontrado diferencias significativas entre el apoyo social percibido entre los grupos. La escasa literatura previa sí establecía diferencias entre el apoyo social entre trans y cis, donde las personas transexuales percibían menores niveles de apoyo social que el resto de población (Basar et al., 2016; Boza y Nicholson, 2014; Davey et al., 2014; Tebbe y Moraldi, 2016). Posibles explicaciones a estos resultados podrían estar relacionadas con características de la muestra. Mientras que en otras investigaciones se realizan las encuestas a población transexual más amplia y heterogénea (Budge et al., 2013) el presente estudio se limita a las personas que acuden a una unidad específica para trastornos de identidad de género. Las personas trans que ya disponen de atención clínica tienen probablemente mayor apoyo social y otras condiciones de vida que las que no acuden (Arcelus et al., 2016). Otra posible explicación es que una mejora en la situación de discriminación de las personas transexuales en la actualidad haya aumentado su percepción de apoyo por parte de su entorno. Se han encontrado mejoras en cuanto a la visibilidad en el periodo de 2009 a 2012 en países como Estados Unidos (James et al., 2016). También el hecho de que no existan diferencias entre la percepción de apoyo entre personas que acuden a una UTIG y personas cisgénero, podría replantearnos el papel de apoyo que tienen este tipo de unidades en las personas transexuales.

Los siguientes objetivos fueron analizar si atendiendo a distintas variables sociodemográficas se encontraban diferencias en los niveles de apoyo social percibido en el grupo experimental y posteriormente en el grupo control. En cuanto a las diferencias por sexo (denominada también en este estudio razón sexo/género) tampoco se han encontrado diferencias significativas en ambos grupos de población. Estudios anteriores sitúan que puede haber diferencias entre hombres y mujeres por las diferencias en la socialización de género, cuyo resultado es que los hombres perciben o tienen menor apoyo social que las mujeres (Davey et al., 2014; Ellis y Davis, 2017). Sin embargo, los resultados de este estudio no encuentran diferencias por sexo/género ni en la comparación de la población cis y trans ni en la población de personas transexuales, acorde a resultados de otras investigaciones (Basar et al., 2016). En población trans esta cuestión se hace de especial interés por una posible influencia cruzada del sexo asignado y el sexo sentido en la percepción y disponibilidad de apoyo social. Respecto a otras posibles características que podrían afectar al apoyo social, tampoco se han encontrado diferencias para variables como la convivencia, los estudios y el tiempo en la UTIGPA.

Otras variables sociodemográficas sí han mostrado diferencias significativas en dimensiones del apoyo social. Se han encontrado diferencias entre los grupos de edad (jóvenes y mayores), tener o no pareja y por la situación laboral. En primer lugar, los cambios teniendo en cuenta la edad se reflejan en el apoyo social instrumental, es decir, en la percepción que tienen sobre la disponibilidad de ayuda material, instrumental o asistencial. En este estudio, las personas más jóvenes perciben una mayor cantidad de apoyo social instrumental que las más mayores, solo en el caso de la población transexual. Literatura previa en población general comparte esta tendencia para el apoyo social, donde con la edad disminuye la percepción del mismo (Jensen et al., 2014). Esta dimensión concreta del apoyo social ha sido estudiada para poblaciones en situación de discriminación, pero no se ha encontrado concretamente en personas transexuales. Estudios de población con estigma social, como personas con VIH, encontraron una mayor percepción de ayuda material o asistencial se asociaba a una reducción del estrés por el estigma (Earnshaw et al., 2015). También se han encontrado diferencias en el apoyo social instrumental en función de la situación laboral. Teniendo en cuenta los grupos de: estudiantes, personas activas/empleadas y desempleadas (donde se incluyen

también jubilados/pensionistas), se han encontrado mayores niveles de apoyo social en personas activas que en desempleadas, y mayor en estudiantes que en personas desempleadas. Estas diferencias no se dan así en el apoyo social instrumental en personas cisgénero ni tampoco se encuentran diferencias en otros tipos de apoyo. No se ha encontrado literatura específica sobre el apoyo social instrumental en personas trans ni cómo la situación laboral o la edad pudieran afectar a su percepción. Investigación futura podría tener en cuenta estas características en sus estudios.

La variable pareja ha sido la que más cambios muestra en el apoyo social percibido en las personas trans. Se han encontrado mayores niveles de apoyo si se tiene pareja en la actualidad en comparación con no tener pareja, para dos escalas del apoyo social (emocional-informacional e interacción social positiva-apoyo afectivo) así como para el apoyo social total. El apoyo social emocional-informacional es un factor que incluye dos tipos de apoyo emocional (expresión positiva de afecto, comprensión empática y expresión de emociones) e informativo (recibir consejos, información y orientación). El segundo factor del cuestionario que muestra resultados significativos es la interacción social positiva (personas para ocio/diversión) y apoyo afectivo (expresión de amor y afecto) (Sherbourne y Stewart, 1991). En las personas cisgénero solamente hay diferencias en la interacción social positiva-apoyo afectivo pero no en el apoyo social total y apoyo emocional-informativo, como sucede en las personas trans. Aunque escasa, estos resultados concuerdan con investigación previa. Meier et al. (2013) también encontraron mayores niveles de apoyo social en personas trans con pareja que en personas solteras. La pareja se ha estudiado en otras minorías sexuales, como en parejas del mismo sexo, no así para parejas transexuales (Ellis y Davis, 2017; Kurdek, 2001). Una posible explicación de los resultados en estas dimensiones sería acorde a la socialización de género. En esta muestra se compone en su mayoría de hombres trans que han sido socializados como mujeres por la asociación de género con su sexo biológico; estos tipos de apoyo emocional y afectivo se han relacionado más con el estereotipo femenino (Lewins, 2002). Otra posibilidad es que el hecho de tener pareja afectiva se relacione intrínsecamente con estas dimensiones de apoyo por su contenido. Un ejemplo ilustrativo podría ser el ítem 20 del cuestionario aplicado: “Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido” (Véase Anexo B) que se puede relacionar fácilmente con afectos románticos. Estos resultados ponen de relieve el papel de la pareja en la

percepción de disponibilidad de apoyo en trans e instan a investigaciones futuras a tener en consideración esta figura en las experiencias y salud de este colectivo.

Finalmente, cabe destacar las limitaciones de esta investigación para la correcta interpretación de los resultados. En primer lugar, en este estudio el tamaño de la muestra es limitado debido a las dificultades de acceso a la población y de las condiciones de este trabajo en sí mismo. Además se trata de una población muy específica de personas que acuden a los servicios de la UTIGPA. Estas pueden compartir características de un entorno más estable, aceptación de su condición de transexualidad y menor rechazo que otra población que no recibe esta atención. Por otro lado, la población trans no está ampliamente representada ni investigada por su situación de discriminación u otras cuestiones en la literatura científica (Factor y Rothblum, 2015). Mientras que para otras partes del colectivo LGBT, como son gays, lesbianas principalmente, existen un mayor número de publicaciones (Russell y Fish, 2016) no se ha incluido demasiado a las personas trans hasta el momento. También señalar que el cuestionario aplicado ha sido ampliamente utilizado en enfermedades crónicas y en algunas poblaciones discriminadas, no así en personas trans (Barra, 2004). Estudios previos han tratado de situar de dónde proviene el apoyo social pero no en qué consiste ni a qué se pueden deber sus cambios (Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015). Analizar las dimensiones del apoyo social percibido sin el sustento de investigación anterior dificulta la interpretación e intento de generalización de los resultados.

Al tratarse de un estudio exploratorio y a la vista de los hallazgos pueden establecerse temas de interés para investigaciones posteriores. En primera lugar sería conveniente la ampliación de estudios sobre el apoyo social para este grupo de población y particularmente de sus diferentes dimensiones. También profundizar en características como la edad, la pareja y la situación laboral que en este estudio se han revelado de interés para diferentes percepciones del apoyo social. La medida en la que el sexo pueda informar sobre la percepción del apoyo es un reto en población en la que género y sexo son constantemente cuestionados. Considerando hallazgos anteriores sobre la influencia del apoyo social en la salud mental (depresión, ansiedad, suicidio o autolesiones) se insta a continuar en esta línea de investigación que pueda esclarecer y mejorar las condiciones actualmente vulnerables en personas trans. Otro punto importante sería incluir a personas transexuales en las investigaciones, bien del

colectivo LGBT o bien con la población general, que puedan aportar más conocimiento sobre sus características, formas de relación para finalmente una mejor atención de los y las profesionales en los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que no existen diferencias entre el apoyo social percibido en personas trans y población no trans, contrariamente a lo que cabría esperar por su situación de discriminación social. Destacar que se trata de población específica que acude a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias y que podría tener una situación personal más favorable que otras personas que no acuden a este servicio. Tampoco se han encontrado diferencias atendiendo al sexo, a la convivencia, nivel de estudios o tiempo que llevan en la UTIGPA para el apoyo social y sus dimensiones.

No obstante, se ha encontrado que la edad afecta al apoyo social instrumental, donde las personas jóvenes perciben más apoyo en esta dimensión que las personas más mayores. También el apoyo social instrumental muestra diferencias en el grupo transgénero, y no en el cisgénero, respecto a la situación laboral. Además, tener o no tener pareja se ha visto relevante varias dimensiones del apoyo social relacionadas con la expresión de afecto, disponibilidad para ocio y consejos, así como en su total para el grupo trans en comparación con la población no cisgénero. Cabría pensar que ser más jóvenes, tener pareja y estar en una situación laboral activa (trabajo o estudios) favorece mayores percepciones de apoyo para las personas trans.

En conclusión, desde este estudio se han podido explorar en cierta medida las dimensiones del apoyo social y sus posibles diferencias en la población transexual. La falta de investigación previa tanto transexualidad en general como en apoyo social en transexualidad dificulta el análisis de estos resultados. Se propone investigar en mayor medida y profundidad no solo el apoyo social sino también variables y características para conocer mejor a este grupo de población. Considerar a la población transgénero en la investigación científica podría aportar mayor conocimiento y diversidad a la misma, favorecer la atención adecuada y adaptada desde los servicios de salud y visibilizar realidades que, aunque presentes, todavía son desconocidas.

Referencias bibliográficas

- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G., Marshall, E., y Bouman, W. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 402-412. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.003
- Balsam, K., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., y Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: The LGBT people of color microaggressions scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 163-174. doi:10.1037/a0023244
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. doi: 10.4067/S0718-48082012000200002
- Basar, K., Gökhan, Ö., y Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133-1141. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.04.071
- Bauer, G. R., y Scheim, A. I. (2015). *Transgender people in Ontario, Canadá: Statistics from the trans PULSE project to inform human rights policy*. London, ON.
- Botcking, W., Huang, C., Robinson, B. y Rosser, S. (2005). Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks. *International Journal of Transgenderism*, 8(2), 123-131. doi: 10.1300/J485v08n02_11
- Boza, C., y Nicholson, K. (2014). Gender-related victimization, perceived social support, and predictors of depression among transgender australians. *International Journal of Transgenderism*, 15, 35-52. doi:10.1080/15532739.2014.890558
- Brown., N. (2010). The Sexual Relationships of Sexual-Minority Women Partnered with Trans Men: A Qualitative Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 561-572. doi: 10.1007/s10508-009-9511-9
- Budge, S., Adelson, J. L., y Howard, K. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545-557. doi:10.1037/a0031774

Claes, L., Bouman, W., Witcomb, G., Thurston, M., Fernandez-Aranda, F., y Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in trans people: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*, 168-179. doi:10.1111/jsm.12711

Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., y Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health and Social Care in the Community*, *24*(4), 485-494. doi:10.1111/hsc.12239

Davey, A., Bouman, W., Arcelus, J., y Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*, 2976-2985. doi:10.1111/jsm.12681

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, *8*(1), 41-67. doi:10.1300/J236v08n01_05

Earnshaw, V., Lang, S., Lippitt, M., Jin, H. y Chaudoir, S. (2014). HIV Stigma and Physical Health Symptoms: Do Social Support, Adaptive Coping, and/or Identity Centrality Act as Resilience Resources? *AIDS Behavior*, *19*(1), 41-49. doi: 10.1007/s10461-014-0758-3.

Ellis, L. y Davis, M. (2017). Intimate partner support. A comparasion gay, lesbian and heterosexual relationships. *Personal Relationships*, *24*(2), 1-20. doi: 10.1111/pere.12186

Factor, R., y Rothblum, E. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, *3*(3), 11-30. doi:10.1080/15574090802092879

Hepp, U., Kraemer, B., Schynder, U., Miller, N., y Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*, 259-261. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.08.010

Herrero, I., y Díaz, C. (2009). *La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi: Informe extraordinario de la institución del arateko al parlamento vasco*. País Vasco: Arateko.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., y Anafi, M. (2016). *Resumen Ejecutivo del Informe sobre el 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Jensen, M., Smith, A., Bombardier, C., Yorkston, K., Miró, J. y Molton, I. (2013). Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal*, 7(2), 164-172. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.11.001

Kurdek, L. A. (2006). Differences Between Partners From Heterosexual, Gay, and Lesbian Cohabiting Couples. *Journal of Marriage and Family*, 68, 509-528. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00268.x

Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76–88.

Lombardi, E., Wilchins, R. A., Priesing, D., y Malouf, D. (2002). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89-101. doi:10.1300/J082v42n01_05

Londoño, N., Rogers, H., Filadelfo, J., Posada, S., Ochoa, N.L., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J.E. y Camilo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

Mas, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional De Sociología*, 75(2). doi:10.3989/ris.2017.75.2.15.63

McConnell, E., Birkett, M., y Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. doi:10.1089/lgbt.2014.0051

Meier, S., Pardo, S., Labuski, C., y Babcock, J. (2013). Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 463-474. doi:10.1007/s10508-012-0052-2

Meier S., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. y Fitzgerald, K (2013). Romantic Relationships of Female-to-Male Trans Me: A Descriptive Study. *International Journal of Transgenderism*, 14, 75–85. doi: 10.1080/15532739.2013.791651

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. doi: 10.2307/2137286.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674

Moody, C., y Grant, N. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 739-752. doi:10.1007/s10508-013-0099-8

Nemoto, T., Bödeker, B., y Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, 101(10), 1980-1988. doi: 10.2105/AJPH.2010.197285

Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., y Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *The Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. doi:10.1080/00224490903062258

Pflum, S., Testa, R., Balsam, K., Goldblum, P., y Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281-286. doi:10.1037/sgd0000122

Polo, C., & Olivares, D. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 31(110), 285-302. doi:10.4321/S0211-57352011000200008

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention (2012). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Washington, DC.

Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.

Russell, S. y Fish, J. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 15.1-15.23. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153

Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., y Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 921-948. doi:10.1037/a0035754.

Sherbourne, C., y Stewart, A. (1991). The mos social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-B

Snapp, S., Watson, R., Russell, S., Díaz, R. y Ryan, C. (2015). Social Support Networks for LGBT Young Adults: Low Cost Strategies for Positive Adjustment. *Family Relations*, 64, 420-430. doi: 10.1111/fare.12124

Tebbe, E., y Moraldi, B. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 520-533. doi:10.1037/cou0000152

Trujillo, M., Perrin, P., Sutter, M., Tabaac, A., y Benotsch, E. (2016). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39-52. doi: 10.1080/15532739.2016.1247405

Walls, N.E, Laser, J., Nickels, S. y Wisneski, H. (2010). Correlates of Cutting Behavior among Sexual Minority Youths and Young Adults. *Social Work Research*, 34(4), 213-226. doi: 10.1093/swr/34.4.213

Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q. y Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22–29. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.051

ANEXOS

Anexo A.

Nº UTIGPA: _____

En esta unidad desde: _____

Edad: _____

Nacionalidad: _____

Razón sexo/género: M-H H-M

Actualmente con pareja: SÍ NO

Convivencia

1. Familia de origen
2. Familia extensa
3. Pareja
4. Otros: _____

Situación laboral:

1. Activa/trabajando
2. Desempleado/a
3. Estudiante
4. Jubilado/a

Estudios:

1. Primaria
2. Secundaria
3. FP1
4. FP2
5. Bachiller
6. Universitarios

Anexo B.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda: ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

En el presente centro estamos realizando un estudio cuyo objetivo es conocer en mayor profundidad lo que piensas acerca del apoyo social del que dispones.

La participación en el estudio es voluntaria y anónima. Tu participación o no el estudio no tienen ningún tipo de repercusión en la asistencia socio-sanitaria que recibes, ni tampoco en tu estado de salud o pautas de medicación. El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para tu salud.

Si decidieras participar, te pediremos que nos contestes a una serie de preguntas relativas a cuestiones relacionadas con el apoyo que recibes. La duración del estudio es aproximadamente entre 5-10 minutos. Si quisieras conocer los resultados del mismo o aclarar alguna otra duda, puedes dirigirte a la persona responsable del estudio.

He sido informado adecuadamente de los objetivos del estudio y he comprendido la finalidad del mismo. He tenido la oportunidad de aclarar cualquier tipo de duda sobre el estudio. Acepto voluntariamente a participar en el mismo, sabiendo que puedo abandonarlo en el momento que lo desee.

Nombre: _____

Firma

Fecha: