

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Conformidad con las normas de género femeninas y masculinas,
apoyos sociales, resiliencia y salud mental en mujeres trans en
exclusión social

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Miren Zuazua Ros

DIRECTORA

Marta Evelia Aparicio García

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Conformidad con las normas de género femeninas y masculinas,
apoyos sociales, resiliencia y salud mental en mujeres trans en
exclusión social**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Miren Zuazua Ros

DIRECTORA

Marta Evelia Aparicio García

INSTITUTO UNIVERSITARIO

Instituto de Estudios Feministas y de Género

PROGRAMA DE DOCTORADO

En Estudios Feministas y de Género

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi agradecimiento a mi directora, Marta Aparicio. Gracias por acogerme cuando llegué a la Universidad, por orientarme siempre que lo he necesitado y por el acompañamiento desde la cercanía y la confianza. Esta tesis no hubiese sido posible sin ti, muchas gracias por todo Marta.

Aita, Ama, Amaia y Edurne, gracias por vuestro apoyo, no sólo estos cuatro años, sino por haber estado siempre. Mila esker.

A mis amigas, por estar pendientes y apoyarme. Mila esker zuei ere.

Por supuesto, no me puedo olvidar de las mujeres trans que han participado en este trabajo, gracias por haber parado durante un tiempo de vuestras vidas para rellenar unos cuestionarios sin los cuales este trabajo no se hubiese realizado. Gracias también por enseñarme unas realidades que desconocía y que me han permitido ampliar la mirada social.

Por último, quería agradecer a la Asociación Imagina MÁS, por darme el espacio y la confianza para llevar a cabo esta tesis y el trabajo diario. En este punto, quiero agradecer especialmente a Barbi y a Tere. A nivel profesional, me siento muy afortunada por trabajar con vosotras, por poder absorber todo el conocimiento que tenéis sobre este colectivo y, a nivel personal, gracias por todos esos momentos que hemos vivido no sólo en el trabajo sino también fuera de él.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	VII
ÍNDICE	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
RESUMEN.....	15
LABURPENA (RESUMEN EN EUSKERA)	17
ABSTRACT (RESUMEN EN INGLÉS).....	19
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO.....	21

Primera parte: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. CONTEXTO ESTRUCTURAL DE LAS MUJERES TRANS EN EXCLUSIÓN SOCIAL.....	27
1.1. Sexo y género.	27
<i>1.1.1. Definiciones de sexo y género.....</i>	<i>27</i>
<i>1.1.2. Diversidad sexual y de género</i>	<i>29</i>
1.2. Normas de género.....	31
<i>1.2.1. Definición de las normas de género femeninas y masculinas.....</i>	<i>31</i>
<i>1.2.2. Cisnormatividad y transnormatividad</i>	<i>32</i>
<i>1.2.3. Interiorización del género.....</i>	<i>34</i>
1.3. Género y Estigma	36
<i>1.3.1. Definición de estigma.....</i>	<i>36</i>
<i>1.3.2. Estigma hacia las mujeres trans</i>	<i>37</i>
CAPÍTULO 2. ESTUDIOS DE GÉNERO Y SALUD	41
2.1. Género y salud	41
<i>2.1.1. Diferencias de salud entre hombres y mujeres</i>	<i>41</i>
<i>2.1.2. El género como determinante en las diferencias de salud.....</i>	<i>42</i>
2.1.2.1. Perspectivas de género y salud.....	43
2.1.2.1.1. Tipicidad del género.	44

2.1.2.1.2. Androginia.....	44
2.1.2.1.3. Multidimensionalidad del género.....	44
2.1.2.1.4. Desigualdades del género y la salud.....	45
2.1.2.1.5. Pertenencia, presión social, discriminación y salud.....	45
2.1.2.1.6. Flexibilidad y afirmación del género.....	46
2.1.2.2 Interseccionalidades, género y salud.....	48
2.2. Nivel Grupal: disconformidad de género como expresión y salud	50
2.2.1. <i>Definición de disconformidad de género</i>	50
2.2.2. <i>Disconformidad de género como expresión y salud</i>	51
2.3. Nivel Individual: conformidad con las normas de género y salud.....	54
2.3.1. <i>Instrumentos de medida del género</i>	54
2.3.2. <i>Conformidad con las normas de género y salud</i>	56
2.3.2.1. Disconformidad individual con las normas de género y salud.....	56
2.3.2.2. Feminidad, masculinidad y salud	57
2.3.2.3. Multidimensionalidad del género y salud	60
2.3.2.3.1. Dimensiones del CFNI y salud.....	60
2.3.2.3.2. Dimensiones del CMNI y salud.	63
 CAPÍTULO 3. ESTUDIOS LGTBIAQ+:	65
3.1. Salud en el colectivo trans	65
3.1.1. <i>Diferencias de salud en personas trans</i>	66
3.1.1.1. Ideación suicida.....	67
3.1.1.2. Ansiedad y depresión	67
3.1.1.3. Antes y después de la transición	68
3.1.2. <i>Modelos teóricos explicativos de la salud en personas trans</i>	69
3.1.2.1. Modelos de determinantes sociales y ecológicos	70
3.1.2.2. Modelos basados en los derechos humanos	70
3.1.2.3. Modelos sindémicos	70
3.1.2.4. Modelos de la promoción de la salud.....	71
3.1.2.5. Modelos de la afirmación del género	72
3.1.2.6. Modelos de estrés por minorías.....	72
3.2. Factores grupales.....	75
3.2.1. <i>Factores estresantes: transfobia</i>	75
3.2.1.1. Índices de transfobia.....	75
3.2.1.2. Transfobia y los modelos de salud	77

3.2.2. Factores protectores: apoyos sociales.....	79
3.2.2.1. Definición de apoyos sociales.....	80
3.2.2.1.1. Dimensiones de los apoyos sociales.....	80
3.2.2.1.2. El rol de la salud en la definición de los apoyos sociales.....	81
3.2.2.2. Instrumentos de medida del apoyo social.....	83
3.2.2.3. Mecanismos de funcionamiento de apoyo social en personas trans.....	86
3.2.2.3.1. Cuantía de los apoyos sociales en personas trans.....	86
3.2.2.3.2. Apoyos sociales como determinantes de la salud en personas trans.....	87
3.2.2.3.3. Apoyos sociales e interseccionalidades.....	90
3.3. Factores individuales.....	92
3.3.1. Factores estresantes: transfobia interiorizada, expectativas de rechazo y ocultamiento.....	93
3.3.2. Factores Protectores: resiliencia.....	95
3.3.2.1. Definición de la resiliencia.....	96
3.3.2.2. Instrumentos de medida de la resiliencia.....	99
3.3.2.3. Mecanismos de funcionamiento de la resiliencia.....	102
3.3.2.3.1. Perspectivas teóricas sobre la resiliencia.....	102
3.3.2.3.2. Resiliencia y personas trans.....	105
3.3.2.3.2.1 Modelos de salud y resiliencia en personas trans.....	106
3.3.2.3.2.2. Funcionamiento de la resiliencia en personas trans.....	107
3.3.2.3.3. Resiliencia e interseccionalidades.....	109
RESUMEN DEL MARCO TEÓRICO.....	111

Segunda parte: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 4. MÉTODO.....	117
4.1. Definición del problema y justificación de la investigación.....	117
4.2. Objetivos e hipótesis.....	119
4.3. Participantes.....	123
4.4. Instrumentos.....	124
4.4.1. Recogida de los datos sociodemográficos.....	124
4.4.2. Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI-45).....	125
4.4.3. Conformidad con las Normas de Género Masculinas CMNI-46.....	126
4.4.4. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).....	128

4.4.5. <i>Escala Resiliencia (ER-14)</i>	129
4.4.6. <i>Cuestionario de Salud General (GHQ12)</i>	131
4.5. Procedimiento	132
4.6. Análisis de los datos	133
4.7. Resumen del método	136
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	139
5.1. Análisis descriptivo	139
5.2. Conformidad de género y salud (Objetivo específico 1)	141
5.3. Apoyos sociales y salud (Objetivo específico 2)	144
5.4. Resiliencia y salud (Objetivo específico 3)	147
5.5. Género, resiliencia, apoyos y salud (objetivo específico 4)	149
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	155
6.1. Discusión	155
6.1.1. <i>Análisis descriptivos</i>	155
6.1.2. <i>Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Masculinas y la salud mental en mujeres trans en exclusión social.</i>	158
6.1.3. <i>Apoyos sociales percibidos y salud mental en mujeres trans en exclusión social</i>	163
6.1.4. <i>Resiliencia psicológica y salud mental en mujeres trans en exclusión social.</i>	167
6.1.5. <i>Conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, apoyos sociales, resiliencia y salud mental en mujeres trans en exclusión social.</i>	171
6.2. Conclusiones	175
6.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación.	177
6.4. Implicaciones en la intervención	179
REFERENCIAS	183
ANEXOS	221
ANEXO I: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	221
ANEXO II: ENCUESTA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS ..	222

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas
- Tabla 2.** Subescalas del CFNI-45 y sus definiciones
- Tabla 3.** Subescalas del CMNI-46 y sus definiciones
- Tabla 4.** Subescalas de la EMAS y sus definiciones
- Tabla 5.** Subescalas de la ER-14 y sus definiciones
- Tabla 6.** Subescalas del GHQ-12 y sus definiciones
- Tabla 7.** Estadísticos descriptivos y prueba de *Kolmogorov-Smirnov* del CFNI-45, CMNI-46, EMAS, ER-14 y GHQ-12
- Tabla 8.** Matriz de correlaciones del CFNI-45 y GHQ-12
- Tabla 9.** Matriz de correlaciones del CMNI-46 y GHQ-12
- Tabla 10.** Matriz de correlaciones de la EMAS y GHQ-12
- Tabla 11.** Modelos de regresión lineal simple entre las escalas EMAS y GHQ-12
- Tabla 12.** Matriz de correlaciones de la ER-14 y GHQ-12
- Tabla 13.** Modelos de regresión lineal simple entre las escalas ER-14 y GHQ-12
- Tabla 14.** Análisis de mediación con la variable GHQ-12-EA como variable dependiente
- Tabla 15.** Análisis de mediación con la variable GHQ-12-AU como variable dependiente
- Tabla 16.** Análisis de mediación con la variable GHQ-12-ES como variable dependiente
- Tabla 17.** Análisis de mediación con la variable GHQ-12-T como variable dependiente

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Resumen conceptual y relacional del marco teórico
- Figura 2.** Diagrama conceptual y estadístico de los análisis de mediación simple (Baron & Kenny, 1986)
- Figura 3.** Resumen conceptual y relacional del marco teórico y las hipótesis planteadas

RESUMEN

Las mujeres trans que han participado en este trabajo se encuentran en exclusión social, dado que diversas estructuras sociales las sitúa en posiciones de desigualdad ya sea por ser mujeres, por ser trans, por ser migrantes y/o por ejercer prostitución. Entre la discriminación que vivencian se encuentra la invisibilidad que se refleja en la falta de estudios referidos hacia este colectivo.

A su vez, si se consideran los estudios referidos a las personas trans, hasta hace poco muy escasos, lo cierto es que en los últimos años se ha asistido a un ligero aumento en el número de publicaciones, habiéndose constatado entre otras cosas las altas tasas de discriminación a la que se enfrentan estas personas en su vida diaria, si bien, también se empiezan a visibilizar determinados factores que pueden predecir resultados positivos en su salud.

A pesar de todo, se continúa observando un número reducido de estudios que aborden la problemática de las personas trans, y especialmente de las mujeres trans en exclusión social. Vista esta carencia de estudios, se plantea como objetivo analizar la relación entre la conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, el apoyo social, la resiliencia y salud mental en mujeres trans en situación de exclusión social.

Para ello, se ha contado con la participación voluntaria de 57 mujeres trans en exclusión social que residen en la ciudad de Madrid y que acuden a la Asociación Imagina MÁS. Para la obtención de los datos se administraron cuestionarios que evalúan la conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, la percepción de los apoyos sociales, la resiliencia psicológica y la salud mental.

Los resultados obtenidos permiten suponer que una determinada dimensión de la feminidad, ser Agradable en las relaciones, se relaciona con una mejor salud, mientras que dimensiones de la masculinidad como la Violencia y el Control emocional o la masculinidad

Total, se relacionan con una peor salud. Al mismo tiempo, tanto la resiliencia, así como la percepción de los apoyos sociales se relacionan con una mejor salud y, según los resultados obtenidos en el análisis de regresión lineal, se evidencia que pueden funcionar como factores protectores. En los análisis de mediación que se han llevado a cabo, se ha observado por otro lado que la relación entre la dimensión de la feminidad y la salud está mediada por los apoyos sociales, en tanto que la relación entre la dimensión de la masculinidad y la salud, está mediada por la resiliencia.

Para finalizar, se discuten los resultados, así como sus implicaciones en la intervención, si bien, es destacable que tanto la multidimensionalidad del género como los apoyos sociales y la resiliencia psicológica pueden influir en la salud de las mujeres trans en exclusión social. Asimismo, la utilización en este trabajo del análisis de mediación, no ha hecho sino corroborar lo ya comentado anteriormente de que estos tres constructos (género, apoyos sociales y resiliencia) parecen estar presentes y a la vez relacionados en alguna medida con la salud mental de este colectivo, bien directa o indirectamente.

LABURPENA (RESUMEN EN EUSKERA)

Lan honetan parte hartu duten trans emakumeak gizarte-bazterketa egoeran daude; izan ere, gizarteko hainbat egiturek, emakume izateagatik, trans izateagatik, migratzaile izateagatik eta/edo prostituzioan aritzeagatik desberdintasun egoeran jartzen dituzte. Bizi dituzten diskriminazioen artean, kolektibo horri buruzko azterlanen gabeziak islatzen duen ikusezintasuna dago.

Era berean, orain dela gutxira arte oso urriak izan diren trans pertsonen buruzko azterlanak kontuan hartuz gero, azken urteotan argitalpenen kopurua pixka bat igo dela esan beharra dago, eta, besteak beste, pertsona horiek egunerokotasunean aurre egin behar izaten dieten diskriminazio-tasa altuak ikusarazteaz gain, osasunean emaitza positiboak aurreikus ditzaketen zenbait faktore ere ikusarazten hasi direla egiaztatu da.

Hala eta guztiz ere, trans pertsonen eta, bereziki, gizarte-bazterkeria egoeran dauden emakume transen problematikari heltzen dioten azterlanen kopurua txikia da oraindik ere. Ikerketa falta honek bultzatuta, helburua da gizarte-bazterkeria egoeran dauden emakume transen eta genero-arauen onespeneraren, gizarte laguntzaren, erresilientziaren eta osasun mentalaren artean dagoen harremana aztertzea.

Hau burutzeko, Madrilen bizi diren eta Imagina MÁŠ elkartera joaten diren 57 emakume transek, euren borondatez, parte hartu dute. Datuak lortzeko, emakumeen eta gizonen genero-arauekiko adostasuna, gizarte laguntzen pertzepzioa, erresilientzia psikologikoa eta osasun mentala ebaluatzen dituzten galdetegiak baliatu dira.

Lortutako emaitzek pentsarazten dute feminitatearen dimentsio jakin bat, harremanetan atsegina izatea, osasun hobearekin lotzen dela, eta maskulinitatearen dimentsioak, berriz, hala nola indarkeria eta kontrol emozionala edo erabateko maskulinitatea, osasun okerragoarekin erlazionatzen direla. Era berean, erresilientzia eta gizarte-laguntzen pertzepzioa osasun hobearekin lotuta daude, eta erregresio linealaren analisisian lortutako

emaitzen arabera, agerian geratzen da faktore babesle gisa funtziona dezaketela. Egin diren bitartekaritza-azterketetan, bestalde, ikusi da feminitatearen eta osasunaren dimentsioaren arteko harremana gizarte-laguntzek baldintzatzen dutela, eta maskulinitatearen eta osasunaren dimentsioaren arteko harremana, berriz, erresilientziak.

Amaitzeko, emaitzak eztabaidatzen dira, baita esku-hartzean dituzten inplikazio mailak ere, baina generoaren dimentsio aniztasunak, gizarte-laguntzek eta erresilientzia psikologikoak gizarte-bazterketan dauden emakumeen osasunean eragina izan dezaketela azpimarratzekoa da. Era berean, lan honetan bitartekaritza-azterketa erabiltzeak lehen aipatu duguna berretsi baino ez du egin, hots, hiru eraikuntza horiek (generoa, gizarte-laguntzak eta erresilientzia), presente daudela eta, aldi berean, kolektibo horren osasun mentalarekin, zuzenean edo zeharka, lotuta daudela.

ABSTRACT (RESUMEN EN INGLÉS)

The trans women who have participated in this study are in social exclusion, given that various social structures place them in positions of inequality, either because they are women, because they are trans, because they are migrants and/or because they are sex workers. Among the discrimination they experience, the invisibility that is reflected in the lack of studies referred to this group is found.

At the same time, if the studies referring to trans people are considered, until recently very scarce, the truth is that in recent years, however, there has been a slight increase in the number of publications, having verified, among other things, the high rates of discrimination that these people face in their daily lives. Although it has also been observed that certain factors that can predict positive results in their health are becoming visible.

Despite everything, there is still a small number of studies that approach the problem of trans people, and especially trans women in social exclusion. Given this lack of studies, the objective of analysing the relationship between conformity to feminine and masculine gender norms, social support, resilience and mental health in trans women in social exclusion is proposed.

In order to do this, 57 socially excluded trans women who reside in the city of Madrid and who attend the Imagina MÁS Association have voluntarily participated. To obtain data, questionnaires that assess conformity to feminine and masculine gender norms, the perception of social support, psychological resilience and mental health were administered.

The results found allow us to assume that a dimension of femininity, being Nice in relationships, is related to better health, while aspects of masculinity such as Violence and Emotional Control or Total masculinity, are related to worse health. At the same time, both resilience and the perception of social support are related to better health and, according to the results obtained in the linear regression analysis, is evidenced that they can function as

protective factors. In the mediation analysis that has been carried out, it has been observed, on the other hand, that the relationship between the dimension of femininity and health is mediated by social supports, while the relationship between the dimension of masculinity and health, is mediated by resilience.

Finally, the results are discussed, as well as their implications for the intervention, although it should be noted that both the multidimensionality of gender and social support and psychological resilience can on trans woman in social exclusion health. Likewise, the use of mediation analysis in this work has only corroborated what has already been mentioned above, that these three constructs (gender, social support and resilience) seem to be present and at the same time related to some extent to the mental health of this collective, either directly or indirectly.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de un colectivo muy específico de mujeres trans¹ que acuden a la asociación Imagina MÁS, situada en Madrid, y que participan en diferentes programas de intervención centrados, entre otros, en “personas LGTBIAQ+² en exclusión social” y/o en “mujeres trans que ejercen prostitución en la ciudad de Madrid”.

En un informe publicado por la misma asociación y centrado en mujeres trans, Mainieri y colaboradoras (2022) analizan las necesidades psicosociales de dichas mujeres a modo exploratorio, concluyendo que es un colectivo olvidado institucional y socialmente, y leyendo literalmente las conclusiones del informe, consideran que “es necesario compensar en la mayor medida posible la evidente falta de datos sobre la situación de esta población” para desarrollar “acciones concretas que garanticen una vida digna para el colectivo.”

Sobre la base de lo expuesto, en este trabajo nos proponemos analizar la conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, los apoyos sociales y la resiliencia, y su papel en la salud mental, en una muestra de mujeres trans en exclusión social que acuden a la asociación Imagina MÁS. Para ello, el desarrollo de este trabajo se llevará a cabo con perspectiva de género y contemplando el punto de vista de las interseccionalidades.

Los motivos que nos han llevado a desarrollar esta tesis se podrían resumir de la siguiente forma.

En primer lugar, y como se mencionó en el informe desarrollado por Imagina MÁS, nos encontramos ante un colectivo olvidado, excluido, criminalizado y estigmatizado, por lo

1 El término trans se utiliza para describir a personas que se identifican con un sexo diferente al asignado al nacer. Así, una mujer trans es aquella a la que se le asignó como sexo varón y se identifica como mujer.

2 Pertenciente a personas Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Asexuales, Queer y todas aquellas personas no pertenecientes a la normatividad por orientación sexual y/o identidad de género.

que es importante empezar a situarlas en una posición social que garantice sus derechos y que promueva su dignidad como ciudadanas.

En segundo lugar, desde la intervención psicosocial que realizo como empleada en la Asociación de Imagina MÁS, hemos observado desde el equipo de trabajo, una clara ausencia de información que requiere ser obtenida desde la rigurosidad y que pueda servir como guía para llevar a cabo la intervención.

Finalmente, el tercer motivo se justifica porque se ha constatado que el género puede influir en el bienestar psicológico, lo que podría tener una repercusión en la intervención. En este sentido, se han aportado evidencias sobre la conformidad con las normas de género que permiten analizar la feminidad y la masculinidad desde una perspectiva más amplia y vinculada a la práctica de intervención. Sin embargo, dicha conformidad no está estudiada en personas trans, por lo que su estudio puede ser relevante para este colectivo, considerando al mismo tiempo las especificidades en la salud de estas personas.

Partiendo de lo que acabamos de exponer se plantea llevar a cabo esta investigación, para la cual el presente estudio se ha dividido en dos grandes apartados: el marco teórico y la investigación empírica.

Con respecto al marco teórico, se divide a su vez en tres capítulos (capítulos 1,2 y 3). El primero de ellos, se ha expuesto con el objeto de contextualizar las estructuras sociales que repercuten a las realidades trans, así como las estructuras específicas que influyen en las mujeres trans. El segundo, está centrado en exponer las perspectivas y los estudios teóricos que se han llevado a cabo desde la línea de investigación que se conoce como estudios de “Género y Salud”. El tercer capítulo, se refiere a las investigaciones que se incluyen dentro de lo denominado como “Estudios LGTBIAQ+”, los cuales han comenzado paulatinamente a ampliar el conocimiento sobre el funcionamiento de la salud en personas trans y específicamente en mujeres trans. En definitiva, en el marco teórico se consideran dos líneas

de investigación, que influyen en el colectivo que se considera en este trabajo y que se unen en el objetivo inicialmente planteado.

En cuanto al apartado de investigación empírica, se ha dividido en otros tres capítulos (capítulos 4,5 y 6). En el capítulo cuatro, se expone el método utilizado para el desarrollo de los análisis estadísticos que se registran en el capítulo 5, capítulo en el que se presentarán los resultados. Finalmente, en cuanto al capítulo 6, se discuten los resultados obtenidos en este trabajo comparativamente a otras investigaciones realizadas y publicadas hasta la fecha, al objeto de extraer las conclusiones más significativas del estudio, considerando también las limitaciones del mismo. Finalmente, se proponen las implicaciones que se extraen de los resultados en el ámbito de la intervención.

Primera parte:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. CONTEXTO ESTRUCTURAL DE LAS MUJERES TRANS EN EXCLUSIÓN SOCIAL

En este capítulo se realiza una breve revisión de las estructuras sociales específicas que articulan las realidades trans para poder limitar el contexto social en el que se encuentra el objeto de estudio. Asimismo, al mencionar estructuras sociales, se hará referencia a “los principios organizadores sobre los cuales se modelan sistemáticamente los conjuntos de relaciones sociales” (Bonilla-Silva, 1994).

Para ello, en primer lugar, se introducirán los conceptos de sexo y género. En segundo lugar, se realizará una aproximación teórica a la construcción social de las normas de género femeninas y masculinas. Finalmente, se mencionarán las estructuras estigmatizantes específicas que repercuten de manera más directa a las mujeres trans en exclusión social.

1.1. Sexo y género.

En este apartado, se hará una breve diferenciación entre los términos sexo y género a través de algunas de las publicaciones más relevante del feminismo del siglo XX. Más adelante, se introducirá la diversidad sexual y de género para poder entender y profundizar en el entendimiento del sexo y del género en las personas trans.

1.1.1. Definiciones de sexo y género

El concepto de género, su significado y sus implicaciones ha(n) sido objeto de debate político, social y académico desde el pasado siglo. Dentro de la terminología de género, destaca la diferenciación de éste con el concepto de sexo.

Al hablar de sexo y género, Stoller (1968) y Money (1955), a raíz de los primeros estudios que se realizaron con personas trans e intersexuales, empezaron a introducir el término “identidad genérica” para distinguirlo del sexo, dándole al género una construcción

social, y al sexo una determinación biológica (Aguilar García, 2008). La OMS (2018) describe lo siguiente “El género guarda relación con las categorías del sexo biológico (hombre y mujer), pero no se corresponde forzosamente con ellas”.

Así, para poder desarrollar qué es el género, una gran parte de la producción académica ha venido desde el feminismo, entendiéndolo, primeramente, como una categoría analítica (Scott, 2015). Su análisis ha supuesto un avance para poder abordar tanto los mecanismos de poder hacia las mujeres, como las diferencias de salud que se pueden dar entre hombres y mujeres, independientemente de la naturaleza biológica (Suzzi, 2016).

En este sentido, Kate Millet en su obra “Política Sexual” (1969) definió el sexo como “una categoría social impregnada de política”. La misma autora, al referirse al género, le añadió una dimensión social a la experiencia subjetiva y lo asoció con un conjunto de relaciones de poder estructurales en función de las cuales un grupo queda bajo el control de otro grupo, en este caso, las mujeres bajo el control de los hombres.

La inclusión de la construcción social se asimilaba a la tan divulgada cita de Simone de Beauvoir, que publicó en su obra “El segundo sexo” en 1949 “No se nace mujer: llega una a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en su conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino” (De Beauvoir, 1989).

Por otra parte, Gayle Rubin a raíz de su artículo “Tráfico de mujeres” (1975), definió que “el género es una división de los sexos socialmente impuesto. Es un producto de las relaciones sociales de la sexualidad”. Estableció lo que se conoce como sistema sexo-género y postuló que en base a unas características físicas se establece el binarismo de género.

Sin embargo, Judith Butler, a partir de la publicación de “El género en disputa” (1990, 2007), y a través de su teoría de la performatividad del género, rompe con la idea diferenciada

del sexo como un aspecto natural y el género como algo cultural y, a diferencia de Rubin, añade que el sexo (lo natural) se construye desde el género.

Además de las estructuras de poder que se establecen desde el sexo o el género, que se teorizaron desde el feminismo en el siglo XX, también fueron relevantes los postulados de Monique Wittig (1992) en su obra de “El pensamiento heterosexual y otros ensayos” (Wittig, 2005). Esta autora desarrolló una crítica a la normatividad política establecida por la heterosexualidad y trató de añadir otros focos de atención fuera de la identificación en la mujer-femenina, saliéndose de esta forma de la feminidad basada en el sexo.

En definitiva, desde algunos de los ensayos más relevantes dentro del feminismo, los conceptos de sexo y género han sido objeto de debate, si bien, en este trabajo no vamos a profundizar en ello, ya que no es el objeto de estudio. No obstante, es relevante para el presente trabajo entender el género como una construcción social que sirve como categoría analítica para los estudios de las estructuras de poder. Al mismo tiempo, algunas autoras introducen la imposición de la heterosexualidad como un requisito para el mantenimiento de un sistema creado sobre la base de la desigualdad de género. Sin embargo, con respecto a las identidades de género, la teoría que se ha desarrollado desde el feminismo ha sido más escasa.

1.1.2. Diversidad sexual y de género

Para poder adentrarnos en las realidades trans y en la diferenciación entre el sexo y el género, continuaremos con las aportaciones de Judith Butler (1990,2007). Esta autora teoriza que al nacer se asigna un sexo y, socialmente, la identidad de género y la expresión de género tienen que ir alineadas con ese sexo asignado al nacer. Sin embargo, esta asignación no es algo natural sino una idea construida culturalmente con la que crecemos. A la continuidad sexo asignado-identidad-expresión se le suma la presunción de la heterosexualidad como una complementariedad impuesta entre hombres y mujeres dentro de la normatividad del género.

Así, según Butler, nos construyen factores asociados con el género, el sexo y la sexualidad (vivencia como seres sexuados). Entre estos factores, intervienen cuatro procesos fundamentales dentro de la diversidad sexual y de género (Aparicio-García & García-Nieto, 2021): el primero, es el género asignado al nacer, el cual se establece en el nacimiento tras la observación de la genitalidad. El segundo, se refiere a la orientación del deseo, que hace referencia al género hacia el que se desarrolla la atracción afectivo sexual o la forma en la que se desarrolla dicha atracción. El tercero, hace referencia a la identidad de género, es decir, la vivencia subjetiva con respecto a la identificación con el género. El cuarto y último, se refiere a la expresión de género, es decir, la manifestación del género que la sociedad categoriza acorde a los comportamientos establecidos por las normas de género como masculinos o femeninos.

Científicamente, se ha comenzado a cuestionar la rigidez binaria establecida desde el género. De hecho, Hyde y colaboradoras (2019) realizaron un estudio con múltiples revisiones en el ámbito de la neurociencia, la neuroendocrinología y la psicología, observando que desde la neurociencia y la neuroendocrinología no se puede hablar de dos realidades de hombres y mujeres independientes y polares sino más bien de realidades diversas que se sobreponen entre sí. Lo mismo sucede en los resultados obtenidos en el ámbito de la psicología, donde parece existir un espectro con respecto a las conductas y actitudes divididas por el género, lo que se conoce como factores psicológicos (Hyde et al., 2019).

Teniendo en cuenta, por un lado, los diferentes procesos que se desarrollan dentro de las vivencias individuales de la sexualidad y considerando, por otro lado, que la dicotomía del género parece asemejarse más bien a un espectro multidimensional que a una polaridad lineal, parece evidenciarse una amplia diversidad sexual y de género. A su vez, los procesos psicológicos parecen estar compuestos por diferentes factores, y no se incluye exclusivamente

el género asignado al nacer, sino que también pueden incorporarse factores como la identidad de género (ser un género) o los roles de género (hacer un género) (Tate et al., 2014).

1.2. Normas de género

Las normas de género y la vivencia interna de las mismas son un pilar fundamental en este trabajo, ya que uno de los objetivos consistirá en estudiar la construcción individual de las normas de género en mujeres trans.

Por ello, este apartado estará centrado en conocer qué son las normas de género, qué normas de género influyen específicamente en las personas trans y cómo estas normas afectan a la construcción subjetiva de los individuos.

1.2.1. Definición de las normas de género femeninas y masculinas

Según la OMS (2018), el género hace referencia “a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres”. Esta definición coincide con otros autores que definen las normas de género como las conductas masculinas y femeninas apropiadas y que son aprendidas mediante procesos de socialización (Mahalik et al., 2003). Así, lo apropiado para las mujeres y lo apropiado para los hombres se considerarían las normas de género, y las funciones asignadas a cada género se situarían dentro de los roles de género (Aparicio-García & García-Nieto, 2021).

Por otro lado, Mahalik y colaboradoras (2003), desarrollan cuatro aspectos a tener en cuenta con respecto a las normas de género, y que se explican en lo que viene a continuación. En primer lugar, las normas de género se ven moldeadas en base a los grupos socioculturales dominantes. En segundo lugar, las normas se transmiten de formas descriptivas, prescriptivas y cohesivas. En tercer lugar, la construcción de las normas de género en un individuo puede

verse modificadas por aspectos grupales e individuales. Finalmente, el cumplimiento o no de las normas de género puede suponer beneficios o costes.

Así, las normas de género establecen qué es apropiado para los hombres (masculinidad) y qué para las mujeres (feminidad), con unas funciones a realizar impuestas (roles de género) y mediante relaciones de poder (desiguales). Al mismo tiempo, las normas de género se desarrollan en un contexto social que puede ser cambiante, de la misma forma que se puede modificar la construcción individual. Finalmente, las normas de género pueden suponer, en unas ocasiones, un beneficio y, en otras, un castigo.

1.2.2. Cisnormatividad y transnormatividad

Desde las normas de género se desprenden otras dos estructuras normativas que se han empezado a nombrar en los últimos años y que afectan directamente a las personas trans: cisnormatividad y transnormatividad.

En este contexto teórico, se entiende la cisnormatividad como una estructura social que nace de las normas de género y hace referencia a la creencia social de que las personas son cisgénero por norma (Lampe et al., 2019). De esta definición, se desprende otro término que es el cisexismo, que hace referencia a la desigualdad entre las identidades cis y las identidades trans (Sumerau & Grollman, 2018). Esta normatividad es el eje fundamental para entender la exclusión de la población trans, la cual muchas veces sucede sin ningún tipo de discriminación directa (Bauer et al., 2009).

Con respecto a la transnormatividad, se define como otra norma social, que en forma de imposición dirigida hacia las personas trans, hace referencia a cumplir con lo que se espera que sea y haga una personas trans (Johnson, 2015).

No obstante, para poder conocer cómo funcionan estas dos normas, especialmente la transnormatividad, vamos a ver en qué marco teórico se sitúan y cómo funcionan.

En 1987, West y Zimmerman, publicaron el Modelo Interaccional basado en su teoría *doing gender*. Según pudieron explicar, el género no es una estructura estática, ni tampoco es una característica interna de los individuos. Postularon que los actos, actitudes o expresiones individuales “rinden cuentas” con otros individuos en función del significado femenino o masculino en un contexto específico. Es decir, interiorizamos la construcción de género y la proyectamos y reproducimos en las interacciones sociales. En este contexto, podría introducirse la cisonormatividad y el cissexismo, dado que socialmente hemos interiorizado la creencia de que el sexo establece la identidad de género y que eso es una norma en la experiencia humana.

En 2009, West y Zimmerman, ampliaron su teoría *doing gender* y reflejaron los obstáculos vinculados a la opresión de género que no se basan exclusivamente en las diferencias, sino en las inferencias vinculadas a estas diferencias de las cuales están relacionadas con circunstancias históricas y estructurales. Por lo tanto, el género no es una construcción independiente que pueda variar fácilmente, dado que cualquier modificación que pudiese resultar del mismo, estaría sujeta a normas estructurales poco flexibles, y en un determinado contexto de interacciones sociales.

Así, las diferencias de género están vinculadas a las diferencias de poder y de recursos, y se ven reforzadas por los procesos de cumplimiento y adaptación a las normas de género femeninas y masculinas, por lo que no se pueden deshacer de forma libre e independiente. Debido a estas circunstancias para West y Zimmerman (2009) “el género no se deshace, sino que se rehace”.

A su vez, la teoría de West y Zimmerman fue ampliada a las experiencias trans por Connell (2009). Esta autora sugirió que el género “es corporal y la corporalidad es fundamental para el reconocimiento”, por lo que el ajuste de las personas trans en un modelo médico parece ser indispensable para poder ser reconocidas en los estándares cisonormativos.

Para Connell, esto puede conceptualizarse como *doing transgender* que incluye *doing gender* y *undoing gender* (Johnson, 2013), en un momento dado y en un contexto dado. Sin embargo, la visibilidad trans ha aumentado en los últimos años, lo que ha dado lugar a una idea social sobre lo que significa ser trans (Lampe et al., 2019). Esto obliga a las personas trans a adaptarse no solo a las normas de género femeninas y masculinas incluidas en los estándares cisnormativos, sino también a los “estándares sociales, médicos y legales de transfeminidad y transmasculinidad”, lo que se ha denominado transnormatividad (Johnson, 2015).

En resumen, la cisnormatividad y la transnormatividad parecen ser estructuras sociales que oprimen las experiencias trans. Sin embargo, parece que la cisnormatividad en vez de deconstruirse se ha rehecho y ampliado en la transnormatividad.

Ambas son estructuras que las personas interiorizamos y proyectamos. Por ello, vamos a ver a continuación la interiorización del género. Finalmente, se desarrollará la proyección de estas estructuras en forma de estigma.

1.2.3. Interiorización del género

La pregunta que nos hacemos en principio es la siguiente: ¿Qué implicaciones tienen en la psicología las teorías sociales que se han mencionado? Por una parte, las normas de género se pueden aplicar a todas las experiencias humanas y en todas las culturas alrededor del mundo (Mulvey & Killen, 2015). Por otra parte, las personas desarrollamos una interiorización de las normas de género en un espacio y tiempo concreto (West & Zimmerman 2009). No obstante, esta última afirmación no tiene una base científica demostrable (Aparicio-García & García-Nieto, 2021).

Así, desde la psicología se ha estudiado el género como una estructura social que asimilamos cognitivamente y se ha caracterizado por analizarlo desde dos enfoques principales (Wood & Eagly, 2015): por un lado, en la década de los 70 se empezó a estudiar el

género como un constructo que puede explicar las diferencias de personalidad (Fleming et al., 2017). En este sentido, se ha entendido que las normas de género se podían interiorizar en forma de personalidad, si bien, también se estableció la idea de que la masculinidad y la feminidad no son mutuamente excluyentes y no dependen del sexo biológico (Bem, 1974; Spence et al., 1974).

Por otro lado, se consideró el estudio del género desde una perspectiva más social, en la que destaca el sentido de pertenencia de las personas a la categoría social de mujeres u hombres (Wood & Eagly, 2015). Este enfoque se empezó a explorar cuando el constructo de género se fue paulatinamente ampliando hasta considerarse su desarrollo desde el punto de vista de que el género *se hace* (West & Zimmerman, 1987,2009). Así, se empezaron a contemplar los estudios sociales, dado que los estudios previos entendían el género como algo estático en vez de algo flexible que se modifica por los cambios sociales, por el tiempo y la cultura (Fleming et al., 2017). A su vez, desde el primer enfoque, se entienden la masculinidad y la feminidad como constructos unidimensionales y no contemplan la multidimensionalidad de ambos constructos, no reconociendo el aspecto relacional de los mismos (Mahalik et al., 2003, 2005).

Pero se debe subrayar también que las normas de género no sólo se unen a las experiencias individuales del ser, sino que también están relacionadas con experiencias interpersonales como los procesos estigmatizantes, la discriminación o los prejuicios (Mulvey & Killen, 2015). Por ello, a continuación, se van a analizar los castigos que se establecen al romper con las normas de género y que sitúan a las mujeres trans en la diana de múltiples discriminaciones.

1.3. Género y Estigma

1.3.1. Definición de estigma

Al hablar de estigma, es relevante mencionar la obra del sociólogo Erving Goffman *Estigma: la identidad deteriorada* (1963). Según este autor, el estigma es un fenómeno social que radica en las relaciones sociales, si bien, se moldea desde la cultura y las estructuras sociales. Siguiendo al mismo autor, quien mencionó por primera vez este término, el estigma es un atributo desacreditador que hace que la persona portadora o los miembros de un grupo reciban respuestas negativas y sean considerados como inferiores.

Desde las estructuras sociales del género, se da el contexto para que se generen unos estigmas específicos hacia las personas trans, que terminan traducándose en situaciones de discriminación en sus vidas diarias (Angermeyer et al., 2014). Hay autores que consideran que el estigma se vivencia principalmente de manera interpersonal en forma de violencia o discriminación, sin embargo, también puede funcionar desde estructuras sociales e instituciones (Pescosolido & Martin, 2015).

Por su parte, Hatzenbuehler y Link (2014) definen el estigma social como las “condicionantes sociales, normas culturales y políticas institucionales que restringen las oportunidades, los recursos y el bienestar de las personas estigmatizadas”. Según estos autores, el estigma estructural, al ejercer sus influencias sobre las personas estigmatizadas, no es unidireccional ni estático. Más bien, los estigmas pueden moldear los procesos grupales e individuales, aunque, al mismo tiempo, las estructuras pueden verse alteradas por factores individuales e interpersonales. Así, el estigma puede darse a nivel individual, relacional o grupal (discriminación directa) y a nivel estructural (políticas públicas), y, además, todos los niveles se pueden relacionar entre sí (Link & Phelan, 2001).

Asimismo, Link y Phelan (2001), profundizan en la conceptualización del estigma y lo desarrollan como una concurrencia de varios componentes: en primer lugar, la distinción y

etiquetado que las personas hacen de lo diferente. En segundo lugar, las personas etiquetadas tienen un juicio añadido para la sociedad de características indeseables. En tercer lugar, las personas etiquetadas se colocan en distintas categorías para lograr cierto grado de separación entre "nosotros" y "ellos". Finalmente, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación que conduce a resultados desiguales.

1.3.2. Estigma hacia las mujeres trans

Las personas sufren procesos estigmatizantes que se reflejan en situaciones de discriminación porque culturalmente se desarrollan y legitiman unos prejuicios sociales y un ideario social de cómo es un grupo de personas que portan algún atributo estigmatizado.

Butler (1990) señala que la norma gobierna la inteligibilidad y considera asimismo que históricamente sólo han sido “reales” dos identidades. El resto de las personas, se consideraban como ininteligibles y no reales. Es decir, existe un castigo social en forma de exclusión, violencia o patologización, no sólo para las mujeres debido a las relaciones de poder masculino-femenino, sino también para quienes transgreden las normas de género. En este contexto, Katleen E. Rands (2009), desarrolla “La matriz de opresión del género” para explicar dos formas mediante las cuales se puede oprimir o beneficiar dentro de este sistema binario de género: una por categoría y la segunda por transgresión. Respecto a la primera, hace referencia al sexismo según el cual el hombre es visto como un grupo de privilegio sistemático y la mujer como un grupo oprimido sistemáticamente. En esta forma de opresión, se puede situar el estigma específico relacionado con la feminidad y que se ha conceptualizado como *femmephobia*. Este término podría definirse como “la devaluación sistemática de la feminidad, así como la regulación de la feminidad patriarcal” (Hoskin, 2019).

En cuanto a la segunda forma de opresión marcada por Rands (2009), por categoría, hace referencia a aquellas personas que transgreden el sistema binario de macho-hombre-masculino y hembra-mujer-femenina.

En este sentido, y si nos centramos en personas trans, Broussard y Warner (2019) llevaron a cabo una investigación compuesta por tres estudios con el objeto de analizar las actitudes y los prejuicios contra las personas trans. Observaron que los altos índices de discriminación a los que se enfrentaban las personas trans estaban moderados por tres prejuicios generados desde la cultura y las estructuras sociales: el prejuicio anti-trans, las creencias tradicionales sobre roles de género y el esencialismo biológico del género. El prejuicio anti-trans, lo definieron como las ideas preconcebidas contra las personas trans por el hecho de serlo. En este punto cabe destacar que es más frecuente que las personas trans no puedan elegir su visibilidad y se las asocie con un grupo estigmatizado. Por su parte, las creencias tradicionales sobre roles y género hacen referencia a que las conductas y actitudes tienen que ir acorde con el género asignado al nacer. Finalmente, el esencialismo biológico hace referencia a la creencia profunda de que la biología es inamovible, existiendo la tendencia a explicarlo todo desde una única perspectiva: la biologicista.

Así, las mujeres trans pueden enfrentarse a procesos estigmatizantes por su feminidad y por su identidad trans. Pero, al mismo tiempo, se empieza a considerar otro término que une ambos estigmas y que es utilizado para poder explicar las posibles razones subyacentes del por qué las mujeres trans se enfrentan a unas altísimas tasas de violencia. Dicho término, es el constructo de “Transmisoginia” y se utiliza para referirse a la intersección entre la transfobia y la misoginia (Serano, 2016). Según Serano (2016), la transmisoginia puede ayudar a entender las razones subyacentes de que las mujeres trans sufran más violencia que los hombres trans o que las mujeres trans que ejercen prostitución sufran más violencia que las mujeres cisgénero que también la ejercen.

El término de transmisoginia coincide con la definición que Crenshaw (1991) estableció bajo el término de interseccionalidad. Según esta autora, la interseccionalidad se puede utilizar para describir “la interconectividad de las estructuras sociales e institucionales opresivas y su efecto en la experiencia individual y colectiva”. Así, las mujeres trans que han participado en este trabajo parecen estar atravesadas por múltiples interseccionalidades, ya que a las propias del género (sexismo, *femmephobia* y transmisoginia) habrá que añadir otros ejes de opresión por su raza, por ser migrantes, por ejercer prostitución o por encontrarse en exclusión social (Matsuzaka & Koch, 2019). Por ello, podemos encontrarnos ante un colectivo que parece situarse en la diana de las opresiones sociales, especialmente de aquellas desigualdades que se generan desde el género.

CAPÍTULO 2. ESTUDIOS DE GÉNERO Y SALUD

2.1. Género y salud

En este capítulo se abordarán, en primer lugar, las líneas de investigación que han estudiado y analizado el género como un factor explicativo en las diferencias de salud entre hombres y mujeres. Más adelante, se hará hincapié en los modelos explicativos que contemplan el género como determinantes de la salud.

Antes de desarrollar los dos subapartados que componen el apartado de género y salud, es de especial relevancia mencionar que en este trabajo se adoptará como definición de salud la establecida por la Organización Mundial de la Salud en 1998, que la define como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

2.1.1. *Diferencias de salud entre hombres y mujeres*

A través de la ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se estableció la obligatoriedad de desagregar los datos oficiales por sexo. Así, conforme a los informes del Gobierno de España o del Instituto Nacional de Estadística se pueden realizar estimaciones de prevalencia de la salud mental en España y observar las diferencias entre hombres y mujeres.

Con respecto a las diferencias de salud en base al sexo, según la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2020, el 79,3% de los varones respondió tener un buen estado de salud autopercebido, y en el caso de las mujeres se reducía a un 71,9% (INE, 2020). Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud de España, en el año 2017, un 23,4% de las mujeres refirieron tener una mala salud mental frente a un 15,6% en varones (ENSE, 2017). A su vez, dentro de esta misma encuesta, los diagnósticos de ansiedad o depresión fueron superiores en mujeres que en hombres, un 19,4% y un 8,5% respectivamente (Bacigalupe et

al., 2020), mientras que si se añadían variables interseccionales, la salud mental parecía ser aún peor en mujeres migrantes en comparación con mujeres nativas u hombres migrantes (Cayuela et al., 2015).

Al concretar sobre los diferentes problemas de salud mental, según la Subdirección General de Información Sanitaria (2021) la ansiedad era el trastorno más frecuente, afectando al 8,84% de las mujeres y al 4,5% de los hombres y la diferencia se mantiene en todas las edades. En cuanto a la depresión, las diferencias sí que parecían mucho más notables ya que pasaba de un 5,85% en mujeres a un 2,33% en hombres, es decir, casi tres veces más frecuente en aquellas. Sin embargo, en el caso de la esquizofrenia, los datos se invertían, siendo la frecuencia en mujeres de un 0,29% y un 0,45% en varones. En cuanto al suicidio, las cifras también parecen ser más elevadas en varones. En concreto, en 2020 se reportaron 983 suicidios realizados por hombres y 360 por mujeres (INE, 2021).

Sin embargo, de los datos observados en las encuestas, se deduce que no están representadas las personas trans. Al incluir exclusivamente dos géneros, existe una clara ausencia de datos generados desde las instituciones con respecto a las realidades trans, y más específicamente acerca de su salud. Consecuentemente, esta ausencia de información nos sugiere la necesidad de empezar a observar la salud de este colectivo para que nos ayude a dar luz y proponer intervenciones adecuadas sobre el mismo, tanto presentes como futuras.

2.1.2. El género como determinante en las diferencias de salud

Fue en la década de los 70, cuando la investigación médica, psicológica y sociológica puso en duda la presunción de que solo el sexo (biología) puede influir en las diferencias de salud entre hombres y mujeres (Annandale & Hunt, 1990). Posteriormente, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud en 2010, la Comisión Europea en 2014 y el Instituto

Nacional de Salud de EE. UU. en 2016, apoyaron la inclusión del sexo y el género en los estudios de salud (Nielsen et al., 2021).

Al mismo tiempo, parece que no todos los indicadores de salud afectan igual a hombres y mujeres. En función del área considerada (depresión, ansiedad, esquizofrenia etc.), en ocasiones los hombres parecen mostrar unos resultados más favorables con respecto a su salud mental, y en otras las mujeres. De ahí, que las investigaciones en este área pasaron de llamarse “mujeres y salud” a “género y salud”, ya que la construcción y el rol de la masculinidad y la feminidad en la salud puede ser más compleja, pues es probable que el género no actúe exclusivamente como protector para los hombres y como estresor para las mujeres (Annandale, 2010).

Según la OMS (2021), hay aspectos genéticos, celulares y/o fisiológicos que pueden afectar en la progresión de diferentes enfermedades. Sin embargo, parece que el género, a través de sus normas o de la socialización, puede tener una influencia a nivel conductual, emocional y cognitivo que afecta en el transcurso de una enfermedad (Annandale & Hunt, 1990; Annandale, 2010). En este sentido, además de modelos explicativos biológicos, también se han desarrollado modelos explicativos que desarrollan el rol del género desde la adherencia individual al mismo o desde las presiones externas por adherirse (Eagly & Wood, 2012).

2.1.2.1. Perspectivas de género y salud

En este apartado se desarrollan algunas de las perspectivas que se han utilizado para entender la adhesión o la vivencia del género y su impacto en la salud. Para ello, se han considerado, por un lado, los enfoques más centrados en la construcción interna del género y la salud y, por otro, se incluyen perspectivas de diferentes procesos de adhesión al género en el que comprenden aspectos sociales como las estructuras de desigualdad, la presión o discriminación por pertenecer a un grupo o no pertenecer. Finalmente, se verán un par de

perspectivas que explican la posible adhesión al género de las personas LGTBIAQ+ y su influencia en la salud.

2.1.2.1.1. Tipicidad del género. En la primera perspectiva en relación al género y la salud, se entendió que la masculinidad y la feminidad funcionaban como constructos mutuamente excluyentes situados en dos polos opuestos, y los resultados saludables estaban asociados cuando los roles de género se ajustaban más al sexo (Annandale, 2010).

Sin embargo, esta perspectiva de género tradicional fue criticada y sería Bem (1974) quien señalaría que cuando las personas están fuertemente tipificadas con el género pueden estar, al mismo tiempo, limitadas en el rango de comportamientos disponibles para diferentes situaciones.

2.1.2.1.2. Androginia. En 1974, Bem dividió cuatro perfiles de adhesión a la masculinidad y a la feminidad: altas puntuaciones en feminidad, altas puntuaciones en masculinidad, altas puntuaciones en masculinidad y feminidad (androginia) y bajas puntuaciones en masculinidad y feminidad (indiferenciados). Cada perfil puede tener una relación diferente con la salud (Vafaei et al., 2014).

En esta línea, la misma autora postula la hipótesis de la noción de la androginia psicológica y respalda que los rasgos masculinos y femeninos pueden funcionar de manera adaptativa, y una mezcla de ambos amplía las opciones de conducta, lo que llevaría a las personas a alcanzar un mejor ajuste psicológico (Bem, 1979). No obstante, también se teorizó que la androginia enmascaraba “el efecto de la masculinidad” (Annandale, 2010).

2.1.2.1.3. Multidimensionalidad del género. Más recientemente, Mahalik (2003, 2005), a través de los cuestionarios del CFNI y CMNI, destacó la multidimensionalidad de la masculinidad y de la feminidad. Es decir, tanto hombres como mujeres podían puntuar alto, medio o bajo no sólo en feminidad y masculinidad, sino también en dimensiones internas de los constructos.

Siguiendo esta línea, se propuso la perspectiva centrada en la variable para entender el género y la salud (Wong et al., 2017). Esta perspectiva expone que la conformidad varía en función del tipo de norma, es decir, la conformidad con algunas de las dimensiones puede ser desadaptativa y con otras normas, beneficiosa.

2.1.2.1.4. Desigualdades del género y la salud. Otra perspectiva relacionaba la masculinidad con una mejor salud mental y la feminidad con una peor salud mental, debido a las desigualdades sociales generadas, que afectaban en mayor medida a las mujeres (Lara, 1991).

Sin embargo, también se ha observado que los hombres realizan más conductas de riesgo (alcohol, tabaco etc.) que influye negativamente en la salud y se ha podido explicar por la masculinidad (Aparicio-García et al., 2011). A su vez, hay indicadores de la salud como el suicidio o la esperanza de vida que aconsejan tener precaución a la hora de determinar el funcionamiento de la masculinidad y de la feminidad, dado que quizá se comporten de una manera más compleja (Wong et al., 2017).

2.1.2.1.5. Pertenencia, presión social, discriminación y salud. Otras teorías han estado más centradas en las imposiciones sociales por adaptarse al género. Se ha teorizado que no todas las personas adquieren una misma adhesión al género y que las presiones externas por actuar de manera típica al género pueden tener un rol que afecte negativamente a la salud (Sánchez & Crocker, 2005). Esto se explica porque el adherirse a las normas por la presión externa, puede suponer el traspase del control interior al exterior lo que puede perjudicar a la salud (Sánchez & Crocker, 2005).

Por el contrario, también se ha desarrollado la “Teoría de la Autodeterminación” (Ryan & Deci, 2000). Según dicha teoría, si la motivación por adherirse a las normas sociales es interna, no dependiendo de la aprobación ajena, puede implicar un aumento del control

interno frente al externo. En este sentido, la adhesión al género sin presiones externas se relaciona con una mejor salud.

A las presiones por adherirse al género también se les ha dado una explicación social más allá de la psicológica. Desde la perspectiva social, la adhesión a las normas de género puede suponer un refuerzo social, mientras que el no cumplimiento de dichas normas puede implicar un castigo en forma de discriminación o violencia (Smith et al., 2017). Es decir, las normas de género pueden conllevar tanto costes como beneficios. Históricamente las mujeres han encontrado más barreras sociales respecto a la exclusión. Sin embargo, los hombres también pueden encontrar obstáculos debido a la rigidez de las normas de género masculinas y por la presión social por conformarse con la masculinidad tradicional (Mulvey & Killen, 2015; Smith et al., 2017).

No obstante, aquí es importante señalar una segunda perspectiva propuesta por Wong y colaboradoras (2017) en la que proponen el enfoque centrado en la persona. Esta perspectiva sugiere que las consecuencias en la salud de la conformidad con el género difieren según el grupo de personas que se trate. Según las normas culturales o las percepciones de diferencias de género que se asocian a cada grupo, se pueden experimentar diferentes procesos de castigo o recompensa por conformarse o no con las normas de género.

2.1.2.1.6. Flexibilidad y afirmación del género. Si nos centramos en colectivos de minorías sexuales, ya en los años 80 se habló de la flexibilidad del rol de género en mujeres lesbianas y hombres gais (Berger & Kelly, 1986). Según esta teoría, gais y lesbianas desarrollan diferentes recursos para afrontar la estigmatización social. Así, uno de los recursos es la flexibilidad de género que desarrollan tras rechazar los roles tradicionales del género para poder aceptarse. La flexibilidad de género tiene similitudes con la androginia propuesta por Sandra Bem, ya que ambas (androginia o flexibilidad de género) tienen una relación beneficiosa con la salud y complementan rasgos masculinos y femeninos.

Sin embargo, la teoría de la flexibilidad del rol de género está estudiada en personas con orientaciones no normativas y ninguna de las teorías anteriores han sido estudiadas en población trans, aunque recientemente se ha desarrollado un modelo en personas trans que incluía como factor estresante o protector la presión por ajustarse al género femenino en el caso de las mujeres trans o al género masculino en hombres trans (Sevelius, 2013).

Según este modelo, en un contexto de opresión social, se desarrolla una presión por ajustarse al *cispassing*³ que conlleva a una alta necesidad de afirmación de género. Esta necesidad si se acompaña con el acceso social y personal a la afirmación de género puede llevar a no realizar conductas de riesgo para la salud. Sin embargo, si no se acompaña, aumentaría la necesidad por buscar la afirmación mediante conductas perjudiciales para la salud. Así, las mujeres trans pueden recibir una presión por conformarse con las normas femeninas para, por una parte, evitar situaciones de violencia y, por otra, conseguir una afirmación de su identidad de género, beneficiando su salud. Al mismo tiempo, la masculinidad les puede llevar a una mayor exposición a la violencia así como a una no afirmación social y personal del género.

Continuando con la afirmación de género, Sevelius la define a nivel médico, social y psicológico. Este tercer nivel psicológico, hace referencia a la valoración interna de satisfacción o insatisfacción de la identidad, del cuerpo y de la propia expresión de género. Es decir, no se refiere a la conformidad con las normas de género sino a la vivencia afirmativa de la identidad. Sin embargo, aunque la conformidad de género y la afirmación sean conceptos diferentes, pueden ser constructos que en cierta medida se solapan, dado que ambos contemplan procesos psicológicos con respecto al género.

³ El término *cispassing* hace referencia a el hecho de ser percibida con el género con el que una se identifica, al punto de no ser percibida como trans (Blucher-martin, 2021).

Asimismo, el modelo de Sevelius (2013), es el único que incluye la vivencia del género en su análisis de salud en personas trans. Sin embargo, y a día de hoy, la falta de instrumentos de medida que ayuden a evaluar el constructo de afirmación de género supone una barrera en la utilización de dicho modelo (Gorman et al., 2022). A pesar de ello, la propuesta de Sevelius (2013) puede ser útil para este trabajo ya que, por una parte, la muestra utilizada para desarrollarlo está compuesta por mujeres trans racializadas y, por otra, tal y como se ha comentado, contempla la vivencia subjetiva del género.

Los resultados obtenidos por Sevelius son parcialmente congruentes con Meyer (2003), quien, en su modelo de estrés por minorías, enfatiza el rol de la pertenencia a un grupo minoritario, así como la visibilidad del género como factores protectores ante determinados estresores específicos. Es decir, la sensación de pertenencia a la feminidad y la visibilidad de la feminidad puede ser un factor protector para las mujeres trans.

2.1.2.2 Interseccionalidades, género y salud

En lo concerniente a las interseccionalidades, su efecto en la salud es aún desconocido, si bien, diferentes variables interseccionales empiezan a ser reconocidas para poder entender en profundidad los complejos mecanismos que funcionan en relación con la salud (Hankivsky, 2012). Asimismo, Meyer (2003) en su modelo de estrés por minorías también incluye la raza/etnia como factores estresantes distales.

Entre las investigaciones que apoyan el impacto de las interseccionalidades en la salud, Johnson y Wolinsky (1994), observan que, si se incluye la raza como mediador, ésta podría ser un factor explicativo en las diferencias de salud entre hombres y mujeres. Por su parte, Etherington (2015), evidencia que la autoestima es mayor en mujeres racializadas que en mujeres blancas, si bien, al incluir las variables de nivel de estudios y de empleo/desempleo, dicho resultado se invierte. En definitiva, en este estudio se concluye que las diferencias de salud están fuertemente vinculadas al género y a la raza. Siguiendo la línea

de Etherington (2015), Everett y colaboradoras (2019) también se observan que la raza puede actuar de moderador en la salud de mujeres LBT. Del mismo modo, un estudio llevado a cabo por Gee y colaboradoras (2006), que incluye a mexicanos y otros latinos migrantes en Estados Unidos y no pertenecientes al colectivo LGTBIAQ+, ponen de manifiesto que el origen étnico parece moderar la relación con la salud mental (Gee et al., 2006).

Si se considera la interseccionalidad de ser latina y migrante, se ha constatado que soportan cargas adicionales que se convierten en determinantes para la salud, como son el estatus migratorio y las conexiones con las personas migrantes en situación irregular (Guadamuz et al., 2022). En una investigación en la que estudiaron la salud mental en mujeres latinas y migrantes (Collins et al., 2008), los resultados obtenidos eran mucho más complejos al introducir las variables entre género, estatus migratorio, raza/etnia, clase social y estigma de la salud mental, observándose que las conductas sexuales de riesgo estaban relacionadas con dichas variables. En este estudio se concluye que cuando las mujeres vivencian un conflicto con las normas de género de su comunidad cultural, disminuye su estatus social y el poder, lo que les lleva a una vulnerabilidad en las relaciones y a realizar conductas de riesgo. Asimismo, el efecto de las interacciones no siempre tiene que actuar de manera negativa hacia la salud mental, dado que se podrían liberar de parejas masculinas abusivas accediendo a los derechos y apoyos del gobierno, encontrando una mayor autonomía (Collins et al., 2008).

Continuando con las interseccionalidades, esta vez ser mujer y latina, se ha evidenciado que en estas mujeres se generan expectativas de ser domésticas y cumplir con roles tradicionales del género, si bien, fuera de las familias se les exige la autonomía y se les sexualiza (Slater, 2016). Por otro lado, depende de sus madres la enseñanza de “cómo ser mujeres”, es decir, qué deben hacer y qué no deben hacer como mujeres (Castañeda, 2008). De ahí se llega a un punto en el que cada mujer latina decide si adherirse a las enseñanzas normativas de género tradicional de sus familias o, por el contrario, criticar estas enseñanzas y

los dictados de la cultura dominante, arriesgándose a alejarse de sus familias (Castañeda, 2008). Es decir, se pueden dar dos polos opuestos en la educación del género en mujeres latinas.

En definitiva, para explicar las diferencias de salud por sexo, desde hace años se han desarrollado diferentes perspectivas teóricas que estudian el efecto del género en la salud. Sin embargo, apenas se han estudiado en personas trans. El único modelo que incluye la presión del género en la vivencia subjetiva del mismo es el de Sevelius (2013) que sitúa la adherencia al género masculino o al género femenino como vías para lograr una afirmación social del género y evitar así situaciones de discriminación.

En los últimos años también se han incluido variables de raza, etnia o estatus migratorio como factores que pueden relacionarse e incluso moderar en la salud. Así, los resultados de salud pueden variar en un mismo grupo social (mujeres) en función de las interseccionalidades que las atraviesa, mostrándose, en ocasiones, resultados opuestos.

2.2. Nivel Grupal: disconformidad de género como expresión y salud

En este apartado se va a exponer el funcionamiento de la disconformidad de género desde un nivel grupal, comunitario y/o relacional. Para ello, es importante especificar a qué hacemos referencia cuando utilizamos el término (dis)conformidad de género.

2.2.1. Definición de disconformidad de género

El término de disconformidad de género en la población trans es complejo, especialmente en el ámbito académico. En su definición, en primer lugar, es importante aclarar que la conformidad variará según las normas de género culturales en las que nos encontremos, es decir, en una determinada cultura, una conducta puede considerarse conformista hacia las normas y en otra disconforme (Westbrook & Schilt, 2014).

En segundo lugar, en esta definición se podría distinguir si se hace referencia a la evaluación interna o externa, es decir, una persona se puede considerar a sí misma conformista, pero otra persona externa considerarla disconforme (Anderson, 2020; Vidal-Ortiz, 2009).

En tercer lugar, la conformidad podría variar en función a qué constructo del género se hace referencia. Tate y colaboradoras (2014) categorizan cinco facetas del género dentro del estudio psicológico: evaluaciones de género (que pueden ser internas y externas), género asignado al nacer, identidad de género actual, roles de género y expectativas y presentación social del género. A estas cinco facetas se podría añadir también la orientación sexual o del deseo (Keng & Liew, 2017). Así, una mujer trans puede ser disconforme con el género asignado al nacer, pero conforme con la expresión de género que se asigna a su identidad y disconforme con respecto a la orientación normativa, es decir, ser lesbiana. En consecuencia, la construcción social del género y la diversidad de experiencias de género, hacen difícil determinar este concepto. De hecho, con el término de conformidad de género, especialmente en personas trans, se puede hacer referencia a múltiples opciones en función de las normas culturales del lugar, en función de si es una evaluación interna o externa y en función de la faceta de género a la que se hace referencia.

En este apartado del capítulo, se hará referencia al juicio externo hacia la disconformidad por expresión dentro de las normas de género occidentales, ya que estamos en el apartado de factores estresantes en los que la expresión de género parece tener un rol clave en las realidades trans.

2.2.2. Disconformidad de género como expresión y salud

En los estudios que han medido la disconformidad en relación con la discriminación en personas trans, destacan los conceptos de visibilidad del estigma (Miller & Grollman,

2015) o estigma visible (Martin-Storey, 2016). Esos términos son utilizados para referirse a la disconformidad por expresión en las personas trans que no tienen lo que socialmente se considera como *cispassing*. Por ello, terminan siendo leídas como personas trans y enfrentándose a la discriminación por pertenecer a lo que se denomina como estatus de minoría sexual o por manifestar una expresión disconforme con las normas de género (Martin-Storey, 2016; Miller & Grollman, 2015).

Desde esta perspectiva, se ha observado que manifestar una expresión disconforme con las normas de género puede relacionarse con varios aspectos como sufrir mayor discriminación y/o estrés (Gartner & Sterzing, 2016; Grossman & D'Augelli, 2006), como un predictor de sufrir bullying en el colegio (Buchanan & McDougall, 2017), como predictor de la exclusión entre iguales en personas jóvenes (Heinze & Horn, 2014), y finalmente con mayores agresiones sexuales en mujeres trans (Cense et al., 2017). Es decir, se ha visto que manifestar una expresión de género disconforme es un factor de riesgo ante algún tipo de psicopatología en población trans, pero también en población LGTBIAQ+ y población general (Oost et al., 2016).

Por otro lado, puede que la disconformidad no sólo evidencie una relación lineal con la salud, sino que también puede actuar a través de mediadores o siendo la propia disconformidad la mediadora en estudios con muestras compuestas por personas trans. Se ha observado que puede existir una relación entre la disconformidad de género de las personas trans con una peor salud general, lo que puede estar mediado por una alta discriminación diaria (Miller & Grollman, 2015). En personas LGTBIAQ+ también se ha observado que una alta disconformidad con las normas de género se relacionaba con una peor salud psicológica en su adultez, y principalmente con mayores índices de depresión. Mediando esta relación se encontraban las experiencias de discriminación en la infancia y la adolescencia, las cuales eran mayores en hombres con una expresión de género más femenina (Toomey et al., 2010).

También se ha observado una relación determinada entre la expresión de género disconforme con una mayor discriminación y el estrés, donde los apoyos sociales parecían moderar esta relación (Evans-Polce et al., 2020). Asimismo, la disconformidad predecía niveles más bajos de bienestar psicológico y estaba mediado por experiencias percibidas de estigmatización (Baams, 2018). En otra investigación, parece que la disconformidad mediaba a través de mayores índices de acoso entre el estatus de minoría sexual y la sintomatología depresiva (Martin-Storey & August, 2016).

Por otra parte, al profundizar en la disconformidad en relación con la expresión, se observa que hay diferencias de género. Se ha visto que la expresión de género disconforme parecía estar más censurada en hombres, ya fuesen gais, bisexuales o heterosexuales, entre otras orientaciones (Heinze & Horn, 2014). De hecho, se ha observado que pueden sufrir más discriminación quienes muestran una expresión femenina (Martin-Storey, 2016) incluido también en menores (Mulvey & Killen, 2015). A su vez, en otro estudio con hombres cisgénero, se observó que la disconformidad de género, es decir, la expresión femenina en hombres era el principal factor de riesgo ante las agresiones (Sloan et al., 2015). A pesar de estos datos que parecen mostrar un juicio específico hacia la feminidad en hombres y que podrían quizá relacionarse con la ya mencionada *femmephobia*, también se ha demostrado en otro estudio desarrollado en Holanda que estas diferencias no se daban (Van Lisdonk et al., 2015).

En conclusión, se debería destacar en primer lugar que la disconformidad de género puede tener múltiples definiciones en función a qué se hace referencia en las personas trans. Por otra parte, manifestar una expresión de género disconforme puede ser un factor de riesgo ante la discriminación, especialmente en personas trans que tienen un juicio específico a la expresión disconforme cuando ésta es femenina, como es el caso de las mujeres trans que se encuentren en contextos de alta discriminación. Finalmente, la relación entre la

disconformidad y el malestar psicológico o el estrés, podría estar mediada o moderada por procesos estigmatizantes.

2.3. Nivel Individual: conformidad con las normas de género y salud

En lo que concierne a la conformidad con las normas de género y salud a nivel individual, se hace referencia a la vivencia interna (cognitivo, conductual y emocional) de las normas de género (Mahalik et al., 2003). Esta definición encajaría en el factor de género de evaluación interna hacia las expectativas y roles de género de Tate y colaboradoras (2014).

En los siguientes apartados, se expondrán los instrumentos de medida utilizados para medir el género y los seleccionados para este trabajo, así como la relación entre la conformidad de género y la salud mental.

2.3.1. Instrumentos de medida del género

Tal y como se ha explicado anteriormente, en los años 70 se iniciaron los estudios de género y salud para explicar las diferencias de salud entre hombres y mujeres. En paralelo a estas investigaciones, también se llevaron a cabo estudios sobre cómo evaluar el género y poder cuantificar sus posibles efectos en la salud (Fleming et al., 2017).

Los cuestionarios que se han desarrollado están agrupados en tres tipos (Smiler & Epstein, 2010): el primero se centra en evaluar hasta qué punto los individuos se ajustan a las normas de género. Para ello, se suelen examinar los rasgos de personalidad, las creencias y las actitudes ideológicas y el comportamiento. El segundo tipo de cuestionarios se centra en analizar la tensión asociada con el cumplimiento de las normas de género. El tercero y último, evalúa las relaciones entre los géneros.

En este trabajo nos centraremos en los cuestionarios del primer tipo, ya que nos interesa estudiar y medir procesos psicológicos. Así, ante el reto de cuantificar el género a nivel psicológico, en 1974, Sandra Bem desarrolló un cuestionario que ha sido ampliamente

utilizado, llamado *Bem Sex Role Inventory (BSRI)*, en el que se medían rasgos masculinos y femeninos como dos dimensiones independientes. Sin embargo, algunos autores criticaron este cuestionario ya que entendían el género como un constructo estático y se evaluaba mediante la autopercepción de los rasgos de personalidad (Diamond et al., 2011; Fleming et al., 2017). Otro de los cuestionarios más usados ha sido el *Personal Attributes Questionnaire (PAQ)* (Spence et al., 1975). Al igual que el BSRI, asigna a los individuos una puntuación de feminidad y masculinidad basada en las características de personalidad que se percibieron en un momento determinado. Este cuestionario, recibió las mismas críticas que el cuestionario desarrollado por Bem.

En 1987, tras la publicación del Modelo Interaccional basado en la teoría *doing gender* de West y Zimmerman, se cambió la perspectiva más estática del género. Según este modelo, interiorizamos la construcción del género y la proyectamos y reproducimos en interacciones sociales. Tras la inclusión de un nuevo paradigma del género, se desarrollaron nuevos instrumentos de medida entre los que se encuentran los cuestionarios de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI) (Mahalik et al., 2003) y los de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI) (Mahalik et al., 2005). Se miden la masculinidad y la feminidad como constructos multidimensionales e independientes y se contemplan asimismo las normas socioculturales y las expectativas dirigidas hacia mujeres y hombres respectivamente (Hyde et al., 2019). Son dos cuestionarios en los que se trata de medir la vivencia interna con respecto a las normas de género a un nivel cognitivo, conductual y emocional (Mahalik et al., 2003). En este sentido, mediante los cuestionarios de Mahalik se puede conocer el efecto que los diferentes grados y dimensiones de la feminidad y de la masculinidad podrían tener en mujeres trans en exclusión social. Además, al medir la interiorización del género, se podría explorar cómo se da esa construcción del género en el individuo.

Al mismo tiempo, Brown y colaboradoras (2020), validan el CFNI en una muestra de mujeres LBT, si bien, las mujeres trans que componen la muestra son minoría. A pesar de ello, y según los resultados obtenidos, el CFNI es válido para administrarlo en estas poblaciones de mujeres, observando que las mujeres trans muestran puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de Modestia y Agradable en las relaciones en comparación con las mujeres cisgénero (Brown et al., 2020).

2.3.2. Conformidad con las normas de género y salud

En los estudios que se han analizado en este apartado, se han observado tres tipos de resultados en los que se demuestra empíricamente el papel que tiene el género en la salud: aquellos que hablan de disconformidad y salud, los más específicos que mencionan la feminidad, la masculinidad y la salud y finalmente, los que indagan en la multidimensionalidad de la feminidad y de la masculinidad a través del CFNI y/o el CMNI.

2.3.2.1. Disconformidad individual con las normas de género y salud

Con respecto a los estudios de disconformidad y salud, Gordon y colaboradoras (2017) estudian la vivencia interna del género a través de una escala que mide la expresión de género, observando tres patrones de conformidad entre las personas participantes, quienes muestran una alta conformidad, una moderada conformidad y una disconformidad con el género. Observan también que la disconformidad de género se relaciona con un mayor riesgo de problemas de ansiedad y depresión en la población general, y esta relación es significativamente mayor en hombres que en mujeres.

En otra investigación, compuesta por estudiantes, evaluaron el grado de conformidad con respecto a las conductas asociadas a cada género, observando que una mayor disconformidad con conductas asociadas a su identidad de género, se relacionaba con una peor salud psicológica (Rieger & Savin-Williams, 2012).

En otro estudio con una muestra de personas LGTBIAQ+ menores de edad, midieron la conformidad de género a través de una escala que evaluaba la frecuencia de comportamientos tipificados culturalmente como masculinos y femeninos, concluyendo que la disconformidad de sus conductas con respecto a su género podía suponer un predictor significativo de autolesionarse (Liu & Mustanski, 2012). Keng y Liew (2017) miden la evaluación subjetiva sobre su masculinidad o feminidad en una muestra de personas LGTBIAQ+, evidenciando que la disconformidad con las normas de género se relaciona positivamente con síntomas depresivos y negativamente con la percepción de bienestar subjetivo. En este estudio, observan además que la autocompasión moderaba de manera protectora la relación entre la disconformidad de género y el bienestar subjetivo.

Al hablar de disconformidad desde un punto de vista global, parece existir una peor salud, si bien, esta relación puede estar mediada o moderada principalmente por el estigma y también por la autocompasión, como ya se ha visto antes. Sin embargo, estos autores consideran la conformidad de género en relación con la identidad de género o la expresión de género. En otros estudios, desgranar algo más el género y lo miden desde las vivencias subjetivas con respecto a los roles y normas femeninas y masculinas.

2.3.2.2. Feminidad, masculinidad y salud

Curtin y colaboradoras (2011) miden las actitudes de aceptación hacia la feminidad en mujeres cisgénero y constatan que altas puntuaciones en feminidad se relacionan con un menor conocimiento del riesgo sexual y una disminución de la autoestima corporal durante las relaciones sexuales. Resultados similares encuentra George (2016) observando que una alta feminidad se relaciona con una menor autoestima y una mayor ansiedad en mujeres cisgénero.

A su vez, utiliza el análisis de mediación dando como resultado que la confianza emocional media entre la conformidad con las normas femeninas y los síntomas de ansiedad

cuando se incorpora en el análisis la pertenencia a la cultura latina. George (2016) explica los resultados obtenidos desde las especificidades de la feminidad interiorizada por las mujeres en culturas latinas. En dichas culturas, y tras los estudios realizados, parece que la socialización del género es de extremos, interiorizándose un rol femenino muy extremo y tradicional, caracterizado por la complacencia a otros. En este sentido, según George (2016), mediante la complacencia se puede llegar a perder la autenticidad, lo que podría perjudicar a la salud, si bien, si no existen altos índices de feminidad, las mujeres latinas pueden encontrar sensaciones de bienestar a través de otras personas, y en estos casos el cumplimiento de las normas femeninas pueden ser un medio para asegurarse esas relaciones y un mayor bienestar psicosocial.

Siguiendo la misma línea, en un estudio cualitativo en el que participaron mujeres lesbianas y bisexuales, asociaron la disconformidad con el género femenino, con sentimientos de libertad personal y autenticidad (Clarke & Spence, 2013).

En otro estudio realizado sobre una muestra compuesta por personas que se identificaban como minorías sexuales (Budge & Katz-Wise, 2019), se trató el rol de la feminidad y también el de la masculinidad. Se utilizaron los dos cuestionarios de Mahalik (2003;2005), si bien, no se analizaron sus dimensiones. Los resultados obtenidos permitían suponer que una alta puntuación en feminidad implicaba una menor satisfacción sexual, si bien, hay que resaltar que el estigma interiorizado mediaba esta relación. En el caso de la masculinidad, no se correlacionaba con ninguna variable de salud.

En lo que respecta exclusivamente a la masculinidad, Lowry y colaboradoras (2018), en un trabajo de investigación en el que participan estudiantes, evidencian que hay índices significativos de ideación suicida y de abuso de sustancias en hombres con una alta disconformidad con la masculinidad y con una alta conformidad con el género masculino.

Kimmel y Mahalik (2005) estudian si el estrés minoritario y el grado de conformidad con las normas de género masculinas pueden estar relacionadas en la imagen corporal en hombres gais, constatando que un alto grado de conformidad se relaciona con mayores problemas de salud psicológica cuando responden que su cuerpo no se ajusta al cuerpo ideal marcado por la masculinidad. Asimismo, los autores explican la alta conformidad con el género masculino, que puede llevar a peores resultados en salud mental, como una contrarreacción que se muestra ante el estigma vivido por ser considerados más “femeninos”.

En hombres cisgénero racializados, también se ha observado la relación entre una alta conformidad con la masculinidad e ideaciones suicidas (Goodwill et al., 2020; Herreen et al., 2021).

Finalmente, Everett y colaboradoras (2019) estudian la conformidad con la masculinidad y la feminidad en mujeres LBT de diversas etnias o razas. En los resultados de dicho estudio, se constata que la raza/etnia modera la relación entre los roles de género masculinos y femeninos, y los estresores por pertenecer a estatus minoritarios (discriminación). A su vez, Everett y colaboradoras (2019), evidencian también que la masculinidad se relaciona de manera negativa y significativa con la discriminación, mientras que la conciencia de estigma entre las mujeres latinas y racializadas correlaciona de manera positiva con la homofobia interiorizada. Del mismo modo, la feminidad parece funcionar como elemento protector ante la discriminación con las mujeres, independientemente de su raza.

En resumen, y en cuanto a la feminidad, se destaca que un alto grado de conformidad sobre la misma puede ser perjudicial para la salud, mientras que la disconformidad en mujeres LBT puede ser beneficiosa para la salud. En lo que respecta a la masculinidad, una alta conformidad con la misma también se relaciona con peores resultados en salud mental, si bien, en uno de los estudios que se han revisado, la masculinidad no se ha relacionado con

ninguna variable de salud. Finalmente, es importante tener en consideración las variables de etnia o raza, las cuales podrían moderar la relación entre el género y la salud.

2.3.2.3. Multidimensionalidad del género y salud

En lo que concierne a la multidimensionalidad de la masculinidad y la feminidad, algunos estudios han evidenciado la relación del género y la salud, mediante el uso de los cuestionarios CFNI y/o CMNI, pudiendo explorar con mayor precisión las dimensiones que componen ambos géneros.

2.3.2.3.1. Dimensiones del CFNI y salud. En el estudio de desarrollo y validación del CFNI, se comprobó que todas las subescalas del cuestionario correlacionaban de manera significativa con los trastornos de alimentación, excepto las subescalas de Agradable en las relaciones, Doméstica y Fidelidad sexual (Mahalik et al., 2005).

En otro estudio con mujeres cisgénero estudiantes y atletas, demuestran que aquellas que puntúan más alto en las dimensiones de Relacional y Agradable en las relaciones, tenían la sensación de mayor satisfacción con su imagen corporal; por el contrario, quienes más tiempo invertían en su Apariencia mostraban una peor imagen corporal (Steinfeldt et al., 2011).

Por otra parte, en una investigación en la que participaron enfermeras residentes en España, se observó que las normas femeninas de Modestia se relacionaban con una peor salud autopercebida. Por su parte, la Delgadez, la Apariencia y las ideas Románticas, con un mayor consumo de alcohol. Sin embargo, la Modestia, el Cuidado de niños y niñas y la puntuación Total de conformidad con la feminidad se relacionaban con un menor consumo de alcohol o tabaco (Sánchez-López et al., 2014). En relación con el consumo de alcohol y tabaco, se encontró que la mayoría de las subescalas del CFNI se relacionaban con un menor consumo

de alcohol y tabaco, concluyendo que la feminidad puede ser beneficiosa para la salud con respecto a tomar menos riesgos (ej.: consumo de sustancias) y una mayor conciencia de la salud (Sánchez-López et al., 2014).

Por otra parte, la dimensión de Agradable en las relaciones del CFNI se asoció con un menor riesgo de sufrir depresión en mujeres cisgénero durante el embarazo (Esteban-Gonzalo et al., 2019); mientras que las subescalas de Delgadez y Fidelidad sexual correlacionaron de manera significativa y positiva con la ansiedad cognitiva, siendo la Delgadez la subescala que mejor predecía la ansiedad (Aparicio-García et al., 2018).

En otra investigación llevada a cabo en España, se separaron en cuatro grupos a las mujeres cisgénero participantes en función de su grado de conformidad con la feminidad. En todos los grupos se observaron relaciones con el estado civil, el nivel de estudios y el consumo de alcohol (Esteban-Gonzalo et al., 2020). Sin embargo, el consumo de alcohol variaba según los grupos: el grupo que mostraba una conformidad inconsistente era el que más alto puntuaba en consumo de alcohol. A continuación, se situaba el grupo que puntuaba en conformidad de forma moderada, seguido del grupo de disconformes. Finalmente, las que menos puntuaron en consumo de alcohol, fueron las más conformistas. En este sentido, también se ha visto que quienes tenían una conformidad media-alta a las normas femeninas tenían una mayor probabilidad de reportar síntomas psicológicos (Esteban-Gonzalo et al., 2018).

Budge y colaboradoras (2018) realizan uno de los dos estudios encontrados en el que se administra el cuestionario CFNI a una muestra en la que hay participantes trans, si bien, solo 3 de 149 se identifican como hombres trans y 2 como mujeres trans. En realidad, la muestra de participantes está compuesta por personas que se identifican dentro del estatus de minorías sexuales. Así, dividen la muestra en cuatro grupos en función del grado de conformidad. En el primer grupo se incluyen los participantes que se caracterizan por

relacionarse desde la igualdad y el cuidado, registrando puntuaciones bajas tanto en masculinidad como en feminidad. Las personas de este grupo destacan por sus altas puntuaciones en el Cuidado de niños y niñas, ser Agradables en las relaciones, Fidelidad sexual y ser Domésticas, así como por poder estar satisfechas y satisfechos por su orientación, lo que les moviliza a relacionarse de manera más íntima. En el segundo grupo se consideran las personas que destacan por relacionarse desde la evitación y la misoginia. Este grupo puntúa especialmente bajo en realizar conductas de riesgo y ser Agradable en las relaciones mientras las puntuaciones en el Poder sobre las mujeres y el Desprecio hacia la homosexualidad son altas. Podría concluirse que en este grupo quizá se mantengan alejadas de espacios visibles por una posible sensación de vergüenza hacia una misma. El tercer grupo, se denomina como aquél cuyos integrantes se relacionan desde el poder, puntuando alto tanto en normas masculinas como femeninas. En este grupo destacan dimensiones externalizantes como la Delgadez, la Apariencia, la Modestia o la Primacía sobre el trabajo. Según los autores del estudio, es probable que las personas de este grupo utilicen estrategias de afrontamiento externalizantes. El cuarto y último grupo, lo conforman personas que se relacionan a través del sexo con puntuaciones altas en *Donjuanismo* y bajas en las normas de Ganar, Desprecio a la homosexualidad, relaciones Románticas y Fidelidad sexual. Las personas de este grupo podrían, según las conclusiones de la investigación, buscar relaciones esporádicas sin querer una mayor intimidad.

En definitiva, hay dimensiones de la feminidad que pueden actuar en beneficio de la salud o perjudicando la misma, en función de la muestra utilizada. En términos generales, la feminidad quizá tenga una función protectora ante el consumo, si bien, según cual sea el perfil de conformidad que se asocie a la feminidad, puede dejar de tener esa función, de la misma forma que hay normas aparentemente protectoras ante la depresión y, por contra, perjudiciales ante la ansiedad.

2.3.2.3.2. Dimensiones del CMNI y salud. En cuanto a los resultados de masculinidad obtenidos del cuestionario de Mahalik (2003), el autor concluye, utilizando un estudio de caso, la posibilidad de que los hombres que se ajusten a las normas de Independencia y Control emocional puedan tener dificultades en relacionarse y, consecuentemente, afectarles en su salud. Sin embargo, la conformidad con las normas masculinas de Primacía sobre el trabajo y de Ganar, puede aportar una sensación de identidad y propósito en la vida que podría ser beneficiosa (Mahalik et al., 2005).

En hombres jóvenes, se ha constatado que una alta conformidad hacia la Violencia y la Independencia estaba relacionada con altos índices en ideación suicida (King et al., 2020). Del mismo modo, puntuaciones altas en *Donjuanismo*, Independencia y Violencia predecían más conductas de riesgo para la salud y menos conductas de promoción de la salud (Mahalik et al., 2007).

En hombres gais, la masculinidad (Control emocional e Independencia) se ha relacionado con síntomas depresivos y con baja autoestima y estaba moderado por situaciones de discriminación (Modrakovic et al., 2021).

A su vez, también se ha utilizado (o administrado) el cuestionario CMNI en muestras compuestas por mujeres, exclusivamente. Algunos de los resultados obtenidos señalan que altos índices en masculinidad e Independencia se han relacionado con depresión durante el embarazo en mujeres cisgénero (Esteban-Gonzalo et al., 2019). En una muestra compuesta por enfermeras, se observó que el Control emocional se relacionaba con mejor salud autopercebida, y el Desprecio por la homosexualidad con menos problemas de salud. Al mismo tiempo, comportamientos tradicionalmente masculinos como el Autocontrol, el *Donjuanismo* y la Violencia, se relacionaban con un mayor uso del alcohol (Sánchez-López et al., 2014). En mujeres atletas vieron que a mayor Control emocional e Independencia, peor salud, y a mayor Toma de Riesgos mejor salud (Steinfeldt et al., 2011).

Wong y colaboradoras (2017) realizan un metaanálisis para analizar la relación entre la masculinidad y la salud mental. Concluyen que la masculinidad se asocia con una peor salud mental y con la búsqueda de apoyo psicológico. Las subescalas de Independencia, Poder sobre las mujeres y Donjunismo se relacionan de manera significativa y desfavorable con los resultados relacionados con la salud mental, mientras que la conformidad con la norma masculina de Primacía del trabajo no se relaciona significativamente con ningún resultado relacionado con la salud mental.

En resumen, la disconformidad con el género puede parecer en líneas generales perjudicial para la salud, si bien, si se profundiza en la feminidad y la masculinidad, los resultados obtenidos a veces puede que no sean los que en principio cabrían esperar.

Es evidente que los estudios basados en la multidimensionalidad del género están aportando resultados interesantes para la intervención terapéutica en el trabajo del propio género. Sin embargo, sólo se han encontrado dos estudios en los que se hayan administrado el CFNI y/o CMNI a personas trans, siendo la participación del colectivo de mujeres trans puramente anecdótica. En el estudio de Brown y colaboradoras, el 12% de la muestra eran mujeres trans (no había hombres trans). Por su parte, en la investigación de Budge y colaboradoras (2018), tan solo un 1,37% eran mujeres trans y un 2,06% hombres trans.

Ante la escasez de datos disponibles sobre la población trans, y dados los escasos estudios publicados en base a los cuestionarios CFNI/CMNI, existe una necesidad creciente en analizar la multidimensionalidad del género en población trans a través de esta herramienta de análisis.

CAPÍTULO 3. ESTUDIOS LGTBIAQ+: SALUD, FACTORES ESTRESANTES Y PROTECTORES

En este capítulo se analizarán aquellos estudios que se han centrado en examinar la salud en las personas LGTBIAQ+ y específicamente en personas trans.

Para ello, se han clasificado las investigaciones en tres grupos. En el primer grupo, se encuentran aquellos estudios que han desarrollado modelos explicativos que permiten analizar e intervenir en las diferencias de salud que se pueden dar entre personas trans y personas cisgénero.

En el segundo grupo, se incluyen los estudios que han analizado el desarrollo de los factores grupales que puedan influir en la salud de las personas trans. Entre los factores grupales se diferenciarán aquellos que pueden perjudicar a su salud, los estresantes, y los que, por el contrario, pueden beneficiar a su salud, los protectores.

Finalmente, se contemplan los estudios que analizan los factores protectores individuales, los cuales, y al igual que los factores grupales, se dividen en estresantes y protectores. Hay que señalar, no obstante, que los factores individuales no se establecen a nivel grupal o comunitario, sino más bien a nivel personal.

3.1. Salud en el colectivo trans

En este apartado, se volverá a adoptar la definición de salud que se ha expuesto en el capítulo 2. No obstante, es importante destacar que, a diferencia de la patologización que se ha establecido históricamente desde varios sectores institucionales y culturales normativos, el hecho de ser trans no implica tener ninguna enfermedad, es decir, ser trans y tener salud es compatible (Aparicio-García y García-Nieto, 2021). A pesar de esta aclaración, y como se podrá observar a continuación, existen numerosos estudios cuyos resultados sostienen que, en líneas generales, la salud de las personas trans está más afectada que la salud de la población

cisgénero. Sin embargo, y tal y como se ha comentado antes y se verá más adelante, ello no se debe tanto a un problema patológico o de enfermedad, sino más bien al problema de discriminación social al que se enfrentan las personas trans y, por consiguiente, a la falta de reconocimiento y legitimidad social de su identidad.

3.1.1. Diferencias de salud en personas trans

Durante la última década, la producción académica sobre la salud de las personas trans ha aumentado considerablemente, y en especial los estudios centrados en la salud mental y aquellos desarrollados desde Estados Unidos (Sweileh, 2018).

De hecho, en 2015 se realizó un estudio con una muestra representativa de la población trans en EEUU, siendo hasta la fecha la mayor muestra que se ha utilizado en estudios de personas trans a nivel mundial. Uno de los resultados obtenidos en dicho estudio destacaba que un 39% de este colectivo vivenció estrés psicológico grave mientras que en la población general este porcentaje se reducía al 5%. Asimismo, el 40% había intentado suicidarse en alguna ocasión a lo largo de su vida y el 7% durante el último año, mientras en la población general esos porcentajes se situaban muy por debajo, en concreto, en el 4,6% y en el 0,7% respectivamente (James et al., 2015). En esta misma macroencuesta, observaron que, si incluían las variables de raza, migrante o el ejercicio de la prostitución, todos los índices de salud empeoraban considerablemente.

Por otro lado, según *Transgender Europe*, las personas trans de la Unión Europea están menos satisfechas con sus vidas (5,6 sobre 10) en comparación con la población cisgénero (7,3 sobre 10) (Calderón-Cifuentes, 2021). En esta línea, varios estudios respaldan los altos índices en depresión, ansiedad, ideación suicida, de peor salud física y de malestar psicológico en general de las personas trans en comparación con las personas cisgénero (Keng & Liew, 2017; Liu & Mustanski, 2012; Rodríguez et al., 2019; Toomey et al., 2010).

Si se analizan aspectos específicos de la salud mental, encontramos que los principales estados psicológicos que se han estudiado son acerca de la ideación suicida, la depresión o ansiedad y el bienestar psicológico antes o después de la transición. En los tres siguientes puntos se comentan estos aspectos.

3.1.1.1. Ideación suicida

Una de las áreas de la salud más estudiadas en el colectivo trans ha sido la referida a la ideación suicida, ya que la prevalencia parece ser bastante más alta en comparación con otros grupos sociales (James et al., 2015). En un estudio realizado con una muestra de 360 personas trans, casi las tres cuartas partes tuvieron ideaciones suicidas en algún momento de su vida, y casi la mitad tuvieron al menos un intento de suicidio, prevalencias superiores a la mayoría de los estudios realizados con personas cisgénero (Reisner et al., 2015).

Además de poder identificar las altas tasas de ideación suicida, también se ha visto que los factores de riesgo específicos a los que se enfrentan las personas LGTBIAQ+ por el hecho de pertenecer a una minoría sexual, contribuyen y predicen las altas tasas de ideación e intentos suicidas (Liu & Mustanski, 2012; Mustanski & Liu, 2013).

3.1.1.2. Ansiedad y depresión

Al hablar de ansiedad, se estima que la prevalencia puede rondar entre el 26% y 38% en personas trans, mientras que las ratios de depresión pueden situarse entre un 48% y 62% (Aparicio-García, 2017). Al igual que sucede con la ideación suicida, los índices de ansiedad y depresión también parecen ser más altos en personas trans en comparación con las personas cisgénero (James et al., 2015).

De hecho, se han constatado diferencias significativas entre personas trans y personas cisgénero en diagnósticos de depresión y de ansiedad, siendo un 35,6% mayor en depresión y un 18,3% en ansiedad (Reisner et al., 2015). Una vez más, parecen estar mediando o

moderando factores estresantes específicos como la transfobia (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017).

3.1.1.3. Antes y después de la transición

Otro aspecto importante respecto a la salud mental es que ésta puede variar de diferente forma en las personas trans en función de que hayan realizado o no la transición. De hecho, se han observado menores tasas de ansiedad y depresión, así como mayor satisfacción corporal y disposición a la participación social, en personas trans que ya han realizado la transición (Durwood et al., 2017). Por otro lado, en una revisión realizada para analizar la calidad de vida de las personas trans después de la transición, se observó que el 80% del colectivo trans analizado, mostró una mejoría de la calidad de vida después de haber llevado a cabo la terapia hormonal y la transición, concretándose en unas relaciones más estables, en un mejor ajuste psicosocial y en definitiva en una mayor felicidad y satisfacción general (Bockting et al., 2016).

Las explicaciones que se han postulado para entender la mejoría tras la transición se dividen principalmente en dos. Por una parte, tras la transición pueden reducirse los factores estresantes distales (discriminación, rechazo etc.) al ajustarse a las normas binarias. Por otra, la explicación habría que situarla en la propia etapa de transición, antes de su finalización. En este sentido, se considera que las primeras fases de la transición pueden ir acompañadas por mayores obstáculos y malestar psicológico, y probablemente también por un mayor rechazo de las personas del entorno al visibilizar la identidad. Al mismo tiempo, puede que en las primeras etapas de la transición aún no conozcan o se relacionen en círculos sociales compuestos por otras personas trans o sensibles con la diversidad, lo que dificulta la sensación de pertenencia (Butler et al., 2019).

En resumen, las personas trans parecen presentar peor salud mental o mayor malestar psicológico en comparación con las personas cisgénero. Ello se debe en alguna medida a las

múltiples interseccionalidades que les transitan, lo que les lleva a ostentar una posición de mayor vulnerabilidad. Esta situación nos hace suponer que este colectivo requiere de un conocimiento más específico para poder intervenir sobre el mismo de una manera más eficaz.

Sin embargo, los datos con los que contamos son limitados, principalmente por dos razones: una de ellas, se debe a que la mayoría de los datos académicos e institucionales están divididos en varones y mujeres. Así, se invisibilizan las realidades trans y no se permite acceder a datos representativos sobre las prevalencias en salud mental en este colectivo (Conron et al., 2014; Geist et al., 2017). Otra de las razones, reside en que los estudios LGTBIAQ+ han investigado las realidades de las minorías sexuales como si fueran un grupo homogéneo y con una infrarrepresentación de las vivencias trans. Pero no todo el colectivo LGTBIAQ+ se enfrenta a las mismas situaciones (Worthen, 2013).

Por ello, además de los preocupantes índices de salud, el colectivo trans se encuentra académicamente invisibilizado por la división entre varones y mujeres o por estudiar al colectivo LGTBIAQ+ en su conjunto. Como ya se ha dicho antes, se evidencia la necesidad de seguir indagando sobre la salud mental de las personas trans con objeto de estudiar el desarrollo de intervenciones más eficaces y ajustadas a sus necesidades. El estudio de las personas trans vinculado al género y a la salud mental, es un campo inagotable de mejora.

3.1.2. Modelos teóricos explicativos de la salud en personas trans

Para ayudar a entender mejor las diferencias de salud que se dan en las personas trans, se han desarrollado diferentes modelos explicativos. Tal y como se observará más adelante, los modelos están desarrollados desde diferentes perspectivas, que abarcan distintos niveles sociales, que pueden estar implicados en la salud del colectivo trans. A su vez, no todos los modelos están basados en muestras trans, ya que la producción académica es muy limitada, si bien, todos ellos están centrados en personas LGTBIAQ+.

3.1.2.1. Modelos de determinantes sociales y ecológicos

Los primeros tipos de modelos que se van a estudiar son los denominados modelos sobre los determinantes sociales y ecológicos. Estos modelos se caracterizan por situar los factores económicos, organizativos y políticos como determinantes de la inequidad social y causantes de la vulnerabilidad a padecer una peor salud (Baral et al., 2013). Es decir, tratan de explicar las asociaciones entre los factores estructurales, sociales e individuales que influyen en la salud trans.

En un principio, son un tipo de modelos muy completos porque afrontan la complejidad de la salud de las personas trans a todos los niveles estructurales, grupales e individuales. Sin embargo, uno de los problemas que pueden mostrar es que carecen de un amplio desarrollo sobre especificidades a nivel individual que puedan ayudar a afrontar o plantear necesidades en la intervención. Por ello, este modelo no es útil para este trabajo que se está realizando ya que, a pesar de contemplar factores estructurales como contexto del tema a tratar, la meta es poder ofrecer una aportación dirigida a la intervención y específicamente a la práctica psicológica.

3.1.2.2. Modelos basados en los derechos humanos

El modelo basado en los derechos humanos tiene por objetivo básico implementar desde las estructuras sociales (Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales) los derechos humanos en la salud pública (Gruskin et al., 2010). Este modelo, al igual que el anterior, se queda en unos niveles poco operativos dirigidos a la práctica psicológica.

3.1.2.3. Modelos sindémicos

Otros tipos de modelos que también están enfocados al tema de la salud son los modelos sindémicos. Estos modelos hacen referencia al término sindemia, lo cual significa la

concentración de múltiples epidemias en una población específica que interactúan y se refuerzan entre sí dando lugar a otros problemas de salud (Operario & Nemoto, 2010).

Este marco de estudio podría en principio ser interesante para abordar la muestra de personas trans que estamos considerando, teniendo en cuenta que la violencia que sufren dichas personas se podría considerar como una epidemia, y unido a los problemas de salud mental y a la alta prevalencia de VIH, podría concluirse que existen múltiples epidemias interactuando. Sin embargo, este modelo se ha utilizado principalmente para estudiar el VIH en poblaciones trans y específicamente en mujeres trans, donde la prevalencia es especialmente alta. Sin embargo, este trabajo no está centrado en el VIH, sino en la salud mental, razón por la cual también se descarta este modelo.

3.1.2.4. Modelos de la promoción de la salud

Por otro lado, se encuentran los modelos centrados en la promoción de la salud. Estos modelos han cambiado el foco de atención sobre las personas LTBIQ+ y plantean modelos de promoción de la salud que explicarían por qué no todas las personas LTBIQ+ tienen peor salud que la población general. Se basan en cuatro mecanismos que intervienen en los efectos del contexto individual y estructural de la persona en la salud: mecanismos conductuales (ejercicio físico, dieta, cuidados preventivos de salud, consumo de tabaco), mecanismos sociales y comunitarios (estructura familiar, apoyo social, redes sociales, integración en una comunidad LGBT), mecanismos psicológicos (manejo de la propia identidad, afrontamiento, normas, expectativas) y mecanismos biológicos (niveles elevados de cortisol, carga alostática) (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Este modelo ha aportado una perspectiva muy útil para la práctica psicológica, al contemplar diferentes niveles sociales que pueden influir en la salud, sin embargo, a diferencia de los modelos que se van a explicar a continuación, le falta por explorar en mayor medida las realidades trans, debido a que el modelo está basado en poblaciones LGTBIAQ+.

3.1.2.5. Modelos de la afirmación del género

Por otro lado, se han desarrollado también otros modelos basados en la afirmación del género (Sevelius, 2013). Como este modelo ya ha sido desarrollado en el capítulo anterior, sólo cabe matizar que, a diferencia de los modelos anteriores, incluye el término de afirmación del género y se estudió en mujeres trans racializadas, es decir, sí que es más específico para población trans. Sin embargo, tal y como se ha comentado, no existen escalas de medida precisas para evaluar el eje del modelo, que es la afirmación de género.

3.1.2.6. Modelos de estrés por minorías

Finalmente, existen también los modelos basados en el estrés por minorías de género, en cuyos inicios se sustentaron en el llamado modelo de “Estrés por minorías sexuales” de Meyer (2003), uno de los más utilizados en personas LGTBIAQ+. Según este modelo, las personas que pertenecen a minorías sexuales vivencian más problemas de salud mental debido a los estresores específicos a los que se enfrentan, como puede ser la discriminación por homofobia, la homofobia interiorizada o el ocultamiento. A su vez, pueden desarrollar estrategias de afrontamiento que pueden amortiguar el impacto del estresor ante la salud. Sin embargo, este modelo no mostró especificidades de las personas trans y tampoco desarrolló ni especificó qué factores pueden funcionar como protectores.

Así, en 2012 Hendricks y Testa, adaptaron el modelo de estrés por minorías de Meyer (2003) a personas trans. Como factores estresantes distales, incluyeron el acoso, la discriminación, el rechazo por razones de género y la no afirmación de género, incluyendo esta última como específica en personas trans. Asimismo, en los estresores proximales, se mantenían las expectativas negativas y el ocultamiento y se sustituyó la homofobia interiorizada por la transfobia interiorizada.

Más adelante, Matsuno e Israel (2018), basándose en el modelo de Meyer (2003) y Hendricks y Testa (2012), desarrollan un tercer modelo: *Transgender Resilience Intervention*

Model. Este modelo está centrado en la intervención desde la resiliencia con personas trans. Incluye los factores estresores del modelo de Hendricks y Testa, (2012) y subdivide los factores protectores en grupales e individuales. En los factores grupales se incluyen aspectos como el ser un modelo a seguir, tener referentes positivos, la pertenencia a una comunidad, la aceptación familiar, el apoyo social y el activismo trans. En los factores individuales se integran la esperanza, la autoaceptación, el orgullo, la autoestima, la autoidentificación y la transición.

En este modelo, Matsuno e Israel (2018) señalan posibles intervenciones a aplicar en los factores resilientes grupales mediante intervenciones comunitarias (abogacía y educación) e intervenciones grupales (terapia familiar y de pareja, grupos de apoyo y programas de mentores) y otras intervenciones en los factores resilientes individuales (intervenciones médicas, recursos *online* y terapia).

El modelo de Matsuno e Israel (2018), parece ser útil a la hora de identificar los factores que pueden promover o ayudar a la salud mental de las personas trans, ya que tiene ampliamente desarrollados los diferentes factores protectores para la salud a nivel individual y grupal. Asimismo, está orientado a futuras intervenciones con este colectivo, proponiendo focos de necesidades y propuestas de intervención.

Otro modelo que amplía el modelo de Meyer (2003) es el *Marco de Mediación Psicológica* (Hatzenbuehler, 2009). Este modelo aporta la idea de que entre los factores estresantes elevados y los resultados psicopatológicos pueden estar mediando procesos psicológicos (Afrontamiento/Regulación emocional - social/interpersonal – Cognitivo) o estresores proximales, en personas pertenecientes a minorías sexuales.

En resumen, para analizar la relación y el valor predictivo entre los factores protectores y la salud, en este trabajo se selecciona el modelo de Matsuno e Israel, por dos motivos fundamentales: en primer lugar, porque dicho modelo ha tenido un amplio desarrollo

en la identificación de factores protectores, individuales y grupales, y, en segundo lugar, por su especificidad en situar la atención directa en el foco del modelo.

Sin embargo, Matsuno e Israel (2018) mencionan que existe una ausencia en el conocimiento de los posibles mecanismos de funcionamiento de los factores protectores. En este sentido, mediante el modelo de mediación psicológica (Hatzenbuehler, 2009), se puede ahondar en el funcionamiento de los mecanismos resilientes. Según este autor, los factores mediadores pueden ayudar a explicar la relación entre un predictor y su resultado, ya que pueden activarse o desencadenarse por un factor causal. Sin embargo, en un proceso de moderación se analizan características o redes de apoyo previas al factor causante. Por ello, al analizar el funcionamiento de la relación mediador o moderador se utilizará el modelo de Hatzenbuehler (2009) como contexto teórico, basado en la mediación.

Finalmente, se han desarrollado varios modelos explicativos de la salud en las personas trans. Sin embargo, de la misma forma que en el capítulo segundo se ha mencionado la no representatividad de personas trans en los estudios de género y salud, en este caso parece haber una ausencia de modelos que incorporen el análisis del género (Reisner et al., 2016). No obstante, en el estudio llevado a cabo por Sevelius (2013) sobre el modelo de la afirmación del género, se incluye la vivencia de la identidad del género, pero tal y como se ha comentado, no hace referencia a la vivencia con las normas de género o a las diferencias que se pueden subrayar con respecto al género. Resumiendo, no se encuentra apenas información que incorpore el género en los modelos de personas trans ni, viceversa, que se contemple a personas trans dentro de los modelos de género y salud.

En definitiva, existe por un lado una clara ausencia de datos disponibles y, por otro, una necesidad de ir incorporando las dos perspectivas, de género y salud, en personas trans, sin obviar las especificidades ya expuestas de los factores protectores y estresores que influyen en la salud de las personas trans.

3.2. Factores grupales

En este apartado se analizarán los factores que influyen en la salud de las personas trans a nivel grupal, comunitario y/o relacional. Para ello, se desarrollará un primer apartado centrado en los factores estresores (transfobia) y un segundo relacionado con los factores protectores (apoyos sociales).

3.2.1. Factores estresantes: transfobia

Desde que existen informes publicados por organizaciones internacionales acerca de la violencia que afecta específicamente a las personas trans, se han podido visibilizar las alarmantes situaciones de violencias a las que se enfrentan las personas pertenecientes a este colectivo. Si tenemos en cuenta además las interseccionalidades que concurren en las mujeres trans que han participado en este trabajo, las cuales hacen que se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia social, institucional y relacional, la violencia adopta para este colectivo un problema de primer orden.

La transfobia y los factores estresantes no son objeto de estudio en este trabajo. Sin embargo, es importante desarrollar este concepto porque en la literatura especializada hay cierto consenso en afirmar que la transfobia es el factor principal que promueve el trauma y el estrés en las personas trans (Rood et al., 2016), es decir, es un contexto diario en las vivencias trans que es importante contemplar.

3.2.1.1. Índices de transfobia

El término de transfobia se refiere a los estereotipos, prejuicios y discriminación dirigidos hacia personas que son o se perciben como trans y van asociados a un miedo irracional y odio hacia las personas trans (Morrison et al., 2017).

En una macroencuesta publicada en Estados Unidos, *Transgender Survey* (James et al., 2015), destacaron que el 46% de las personas participantes habían sufrido acoso verbal el

último año, el 9% fue atacada físicamente por ser trans, el 47% fueron asaltadas sexualmente a lo largo de su vida y el 10% el último año, mientras que el 54% sufrió alguna forma de violencia por parte de su pareja.

Una de las conclusiones que aparecía en el estudio *Trans Discrimination in Europe* (Calderon-Cifuentes, 2021) hacía referencia a que dentro del colectivo LGTBIAQ+, las personas que más violencia habían sufrido eran las pertenecientes a la población trans. A su vez, la Unión Europea publicó en el 2019 que en España el segundo colectivo que más discriminación sufría era el compuesto por las personas trans, sólo por detrás de las personas gitanas (Comisión Europea, 2019).

Además, si se incluyen las interseccionalidades, en *Transgender survey* publicaron que entre las participantes que fuesen mujeres trans y ejerciesen prostitución, eran las que más violencia sufrían dentro de la población trans. Según los datos publicados, el 77% habían sufrido violencia por la pareja íntima, el 72% sufrieron violencia sexual, el 41% fueron atacadas físicamente durante el último año y el 36% fueron atacadas sexualmente durante ese mismo año. Todos estos porcentajes eran más elevados en comparación con el resto de personas trans y con las personas cisgénero consideradas en la encuesta (James et al., 2015).

Asimismo, a nivel europeo, desde el “Observatorio de Personas Trans Asesinadas” perteneciente al proyecto “Transrespeto vs Transfobia en el Mundo” iniciado por *Transgender Europe*, informaron que 375 personas trans y de género-diversas, habían sido asesinadas durante el 2020 en el mundo o al menos en los países en los que existen registros. De las personas asesinadas, el 96% fueron mujeres trans o personas trans femeninas y el 58%, al menos que se sepa, ejercían prostitución. Según el proyecto mencionado, en 2018 se publicó un informe que se denominó “Perspectivas trans globales en salud y bienestar: Informe comunitario”, en el que se incluía la intersección de raza o migrante en el análisis de los datos obtenidos por el Observatorio de Personas Trans Asesinadas, observando que en EE.

UU. el 85% de los asesinatos fueron de mujeres trans racializadas y en Europa del Este el 46% eran personas migrantes (Berredo et al., 2018).

En resumen, el ejercicio de la violencia contra las mujeres trans y especialmente contra aquellas que ejercen prostitución se da en un contexto estructural (capítulo 1) desde donde se desarrollan procesos estigmatizantes que legitiman lo que se empieza a entrever en los datos recogidos desde organizaciones internacionales.

Así, parece que se confirma lo que algunos estudios han denominado formas interpersonales de estigma que se reflejan en forma de violencia o discriminación directa o indirecta, es decir, pueden ser procesos de interacción entre persona(s) estigmatizada(s) y no estigmatizada(s) en un contexto específico (Hatzenbuehler, 2016).

La fuente de esta información sobre la violencia que sufre el colectivo trans procede de algunas organizaciones con mayor impacto europeo e incluso mundial. Sin embargo, se siguen encontrando limitaciones a este tipo de estudios. Se destacan dos: en primer lugar, el gran porcentaje, desconocido, de violencias que no se denuncian; en segundo lugar, y como ya se ha repetido en varias ocasiones, insuficiencia a la hora de contabilizar la transfobia en los libros de registro, dado que su evaluación hace referencia al sexo en función de varón o mujer, exclusivamente, sin contemplar otras identidades.

3.2.1.2. Transfobia y los modelos de salud

Los modelos de estrés por minorías (Hendricks & Testa, 2012; Matsuno & Israel, 2018; Meyer, 2003) describen los procesos de miedo y rechazo (transfobia) hacia las minorías sexuales bajo el denominador de factores estresantes distales. Según los modelos, estos factores (violencia y discriminación) influyen de manera negativa sobre la salud y son aquellos actos dirigidos desde la sociedad hacia las personas LGTBIAQ+. Los modelos de estrés por minorías sitúan los estresores con una posición minoritaria asignada, y han sido de los más utilizados al analizar la transfobia y la salud en las personas trans (Hwahng et al.,

2019). Tal y como se ha comentado, se incluyen la discriminación, el acoso, el rechazo y la no afirmación de la identidad como transfobia.

Entre los estudios que se integran en estos modelos de estrés, destaca una investigación con una muestra de 1093 personas trans, en el que se encontraron resultados que seguían la misma línea que los modelos de estrés por minorías, es decir, que el estigma por ser trans se asociaba con mayores índices de depresión, ansiedad y malestar psicológico. Además, la discriminación diaria era mayor en las mujeres trans (Bockting et al., 2013).

Asimismo, en otro estudio en el que participaron 149 personas trans residentes en Italia, observaron que la discriminación diaria podía explicar los malos resultados que mostraban en depresión, ansiedad y la ideación suicida. A su vez, al igual que el estudio anterior, las mujeres trans se enfrentaban a mayores tasas de discriminación (Scandurra et al., 2017).

En un estudio con una muestra de 695 personas trans se observó que la ansiedad y la depresión correlacionan significativamente con la discriminación, si bien, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres trans (Puckett et al., 2021). Asimismo, se observaron determinados niveles de relación entre la discriminación, el rechazo, el acoso y la no afirmación del género con una mayor ideación suicida (Testa et al., 2017).

También se ha estudiado el papel de los factores estresantes de los modelos de estrés por minorías en mujeres trans que ejercen prostitución. En un estudio que abarcaba una muestra de 204 mujeres trans que ejercían prostitución (She et al., 2021), se relacionó, por el hecho de ser trans, la discriminación y el rechazo con relaciones sexuales de riesgo. Asimismo, Gamarel y colaboradoras (2016), constatan, sobre la base de una muestra de mujeres trans de las cuales la mayoría habían ejercido prostitución los últimos 6 meses, que la transfobia puede funcionar como predictor de mayores conductas de riesgo para la salud como el alcohol o el tabaco (Gamarel et al., 2016)

Con respecto a la no afirmación de la identidad de género, se ha relacionado con conductas de riesgo como pueden ser las operaciones de riesgo, practicar sexo (con o sin intercambio económico) bajo la influencia de sustancias u ofrecer ciertos servicios sexuales de riesgo por necesidad económica o por deudas en mujeres trans que ejercen prostitución (Decker et al., 2012; Dunkle & Decker, 2013; Reed et al., 2010).

En resumen, las personas trans se enfrentan a altas tasas de transfobia en forma de discriminación, rechazo, acoso o de no afirmación de su identidad, que afecta negativamente a su salud. Asimismo, estos actos de violencias parecen actuar como factores estresantes distales dentro de los modelos de estrés por minorías y podrían explicar las razones subyacentes en los resultados negativos de salud que se observan en esta población.

Finalmente, dentro del colectivo trans, se observa que las mujeres se enfrentan a más situaciones de transfobia, y al añadir las interseccionalidades pueden situarse en posiciones de mayor vulnerabilidad. Por este motivo, y a pesar de que este trabajo no está centrado en factores estresantes, se hace necesario considerar este aspecto para un mejor estudio y análisis de su salud.

3.2.2. Factores protectores: apoyos sociales

Un gran número de investigaciones centradas en las personas trans han estado dirigidas a estudiar la transfobia o los procesos estigmatizantes (Hwahng et al., 2019). Sin embargo, en los últimos años también se ha puesto el foco en factores grupales que puedan funcionar como protectores ante la salud, como son los apoyos sociales, y que pueden arrojar luz en la intervención con este colectivo.

Por ello, en este apartado se desarrollará el concepto de apoyos sociales junto con sus instrumentos de medida, así como el funcionamiento de los mismos y la influencia de las interseccionalidades en dichos apoyos.

3.2.2.1. Definición de apoyos sociales

Los apoyos sociales se empezaron a estudiar en los años 70 por su posible relación frente al estrés o como promotor de la salud (Zimet et al., 1988). Los apoyos sociales se han caracterizado por las múltiples definiciones que se han desarrollado, si bien, en términos generales se acepta la explicación de que consiste en la implicación de algún tipo de transacción relacional entre individuos (Zimet et al., 1988). Otra definición, más desarrollada, define los apoyos sociales como un intercambio de recursos psicológicos y materiales entre al menos dos personas o por parte de una red social que pueden beneficiar la capacidad de enfrentar el estrés (Cohen et al., 2004; Shumaker & Brownell, 1984). Esta última definición, incorpora el rol de los apoyos sociales a la salud, otorgándole un valor de manera explícita a su funcionalidad en relación con la salud.

No obstante, para comprender el significado de apoyos sociales, es importante considerar las clasificaciones que se han hecho al respecto, ya que, según la clasificación que se considere, los apoyos sociales pueden referirse a diferentes aspectos o funciones.

A continuación se van a desarrollar dos tipos de clasificaciones, una de ellas referida a las dimensiones de los apoyos sociales y la otra entendiendo los apoyos desde su relación con la salud.

3.2.2.1.1. Dimensiones de los apoyos sociales. Una de las clasificaciones más aceptadas es aquella que entiende los apoyos sociales como un constructo multidimensional que se compone por aspectos estructurales y funcionales (Del-Pino-Casado et al., 2018).

Por su parte, Tardy (1985), distinguió cinco dimensiones dentro de los apoyos sociales de las cuales cuatro estaban relacionados con aspectos funcionales y una con aspectos estructurales.

La primera dimensión se centra en las diferencias entre los apoyos sociales recibidos y percibidos. El apoyo recibido, hace referencia a la naturaleza y frecuencia del apoyo (Del-

Pino-Casado et al., 2018), mientras que el percibido, refleja las creencias generales de una persona sobre la disponibilidad de apoyo y su satisfacción con el apoyo (Barrera, 1986).

La segunda dimensión se refiere a la disposición del apoyo, la cual puede ser disponible o real. El apoyo disponible hace referencia al posible apoyo que se pueda tener en una situación hipotética y el apoyo real es el que se está dando o se ha dado (Terol et al., 2004).

La tercera hace referencia a la dimensión de descripción/evaluación. En esta dimensión se diferencia entre el tipo de apoyo (descripción) y la satisfacción con el mismo (evaluación) (Tardy, 1985).

La cuarta dimensión se refiere al tipo de apoyo, y se divide en cuatro categorías: emocional (afectividad, escucha, cuidado etc.), instrumental (dinero, tiempo etc.) e informativa (consejos y sugerencias) (Cohen, 1984; House, 1983). Algunos autores también incluyen la pertenencia a un grupo o comunidad como el cuarto tipo de apoyo (Cobb, 1976).

Finalmente, la quinta dimensión es estructural y se refiere al tamaño o a la composición de la red social, es decir, el apoyo que se pueda recibir o dar desde o hacia diferentes personas y en diferentes cantidades (Ford et al., 2007). Dentro de la composición de las redes, se han clasificado y diferenciado las siguientes: familia, amistades, vecindario, compañeros, profesionales y/o comunidad (Terol et al., 2004)

3.2.2.1.2. El rol de la salud en la definición de los apoyos sociales. Tal y como se ha comentado, la gran mayoría de los estudios acerca del apoyo social están centrados en la relación de los apoyos sociales y la salud. Por ello, Zimet y colaboradoras (1988), realizaron otra clasificación en función del tipo de estudios que había sobre el funcionamiento de los apoyos en la salud y distinguió cuatro grupos.

En primer lugar, existe evidencia de que el apoyo social puede ayudar de manera directa ante eventos estresantes y, al mismo tiempo, puede tener un efecto amortiguador

contra el estrés. Es decir, un grupo de estudios han estado centrados en evaluar el rol directo sobre la salud o el rol moderador (Zimet et al., 1988).

En segundo lugar, otros estudios han estado centrados en conocer la naturaleza del propio apoyo. Según estas líneas de investigación, a través del apoyo se puede cambiar el significado en sí de una situación estresante o la respuesta afectiva ante el evento. Es decir, la interpretación del propio estímulo estresante o la reacción ante el mismo puede depender de los apoyos sociales que se tengan y pueden actuar reduciendo los efectos negativos del estrés (Zimet et al., 1988).

En tercer lugar, se han estudiado los apoyos sociales centrándolos en su posible efecto curativo, es decir, como un factor positivo por la promoción de la salud y ante la recuperación de una enfermedad (Zimet et al., 1988).

Finalmente, se ha descrito otra forma de operar de los apoyos sociales muy unida al anterior grupo (efecto curativo). Se ha evidenciado que los apoyos sociales pueden relacionarse con la reducción de estrés y la promoción de la salud de manera indirecta. No se refieren a este efecto en términos de curación, sino, más bien, en términos de mediación. Así, puede que indirectamente los apoyos puedan estar reduciendo el estrés (Zimet et al., 1988).

A pesar de los diferentes mecanismos de funcionamiento que se han descrito para explicar cómo pueden operar los apoyos sociales, Zimet y colaboradoras (1988) explican que ninguno de ellos es mutuamente excluyente y que según las circunstancias todos o algunos pueden ser válidos.

En resumen, está bastante aceptado el considerar los apoyos sociales como una transacción relacional o un intercambio de recursos psicológicos o materiales entre personas. Además, se puede añadir en la definición su rol en la salud y su protección ante eventos estresantes de la vida.

Por otra parte, al encontrarnos ante un término multidimensional y muy diverso, es muy difícil acotar su definición. Así, en función de la dimensión que se considere, puede que lo que entendamos por apoyos sociales se vea modificado, lo que a su vez podría conllevar a plantear otras líneas de estudio diferentes en cuanto a su influencia en la salud.

Aun siendo conscientes de que ninguna de las cuatro descripciones mencionadas sobre los apoyos sociales esté de sobra o subordinada a otra, en este trabajo se ha optado por considerar a los apoyos sociales como el intercambio psicológico o material percibido entre personas, y como un constructo que puede tener una relación beneficiosa con la salud.

3.2.2.2. Instrumentos de medida del apoyo social

En las últimas décadas se han desarrollado un gran número de cuestionarios para evaluar los apoyos sociales y se han caracterizado por su heterogeneidad, aspecto que puede deberse a la complejidad por fijar la definición del término y por la falta de unanimidad en los criterios de la investigación (De La Fuente et al., 2018). Sin embargo, habría que destacar el hecho de que entre todas las dimensiones del apoyo social, el apoyo social percibido parece ser la dimensión más estudiada en la literatura (Barrera, 1986; Gracia Fuster et al., 2002; De La Fuente et al., 2018).

Así, los instrumentos de medida de los apoyos sociales, y al igual que sucede con su definición, han estado caracterizados por la diversidad de instrumentos que se han desarrollado, si bien, se establecieron tres recomendaciones en la medida de este constructo (Terol et al., 2004). La primera, y debido a la multidimensionalidad, es importante que los instrumentos de medida evalúen como mínimo dos dimensiones de los apoyos sociales (redes, cantidad relacional, cualidad relacional etc.) (House & Kahn, 1985). La segunda recomendación se refiere a que, al medir las redes de apoyo, deben de ser selectivas en cuanto a la cantidad y tipo de público objetivo que se evalúa. Si se evalúa una cantidad por encima de

5 – 10 personas, no parece ser relevante en la salud. Por su parte, el impacto es diferente cuando se evalúa el apoyo familiar o el apoyo comunitario (House & Kahn, 1985).

Finalmente, es importante incluir la calidad del apoyo, como por ejemplo el apoyo emocional el cual parece ser de los más significativos con respecto a la salud (House & Kahn, 1985).

Al haber un gran número de cuestionarios que se han utilizado para medir el apoyo social percibido, en este apartado nos centraremos en aquellos cuestionarios que se han encontrado validados en castellano y que cumplan con algunas de las dimensiones de Tardy (1985) y las recomendaciones de House y Kahn (1985).

Así, se encuentran cinco cuestionarios que se adaptan a estos criterios (Ruiz-Jiménez et al., 2017). No obstante, cabe mencionar que ninguno de ellos cumple al completo las cinco dimensiones de Tardy, si bien, todos cumplen como mínimo dos dimensiones, que es lo recomendado por House y Kahn (1985).

Los cuestionarios seleccionados son los siguientes: El cuestionario de Red Social (CURES; García-cubillana et al., 2006), el cuestionario de Apoyo Social en Atención Primaria (MOS; De la revilla & Muñoz, 2014), el cuestionario de Apoyo Social (CAS; Alemán Ruiz & Calvo Francés, 2006), el cuestionario de Apoyo Social Percibido (CASP; Gracia Fuster et al., 2002) y la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta & Calvete, 2002).

Todos los cuestionarios mencionados tienen unas propiedades psicométricas adecuadas. Sin embargo, el primero (CURES), está validado en muestras de personas con trastorno mental grave y no se ha administrado ni validado en más poblaciones. Por otra parte, el segundo cuestionario (MOS), ha sido de los más utilizados y validados en otras muestras, si bien, está muy centrado en el ámbito clínico y la atención primaria. A su vez, el tercer cuestionario (CAS), y al igual que el primero, no ha sido validado en diversas muestras,

habiendo sido muy poco utilizado. Con respecto al cuarto cuestionario, el CASP, se ha validado en diferentes poblaciones, incluida una muestra étnicamente diversa, en Chile (Gallardo-Peralta, 2017). Sin embargo, este cuestionario está muy centrado en la familia, entendiéndola como padre o madre, hermanos o hermanas, hijos o hijas etc. y, en el caso de las mujeres trans que han participado en este trabajo, la mayoría de origen latinoamericano, con familias compuestas por otros perfiles como amistades, parejas y en algunas ocasiones su madre y alguna hermana o hermano.

Finalmente, el quinto cuestionario (EMAS), está centrado principalmente en el apoyo emocional y no mide los otros tipos de apoyos, como el instrumental o informativo. Sin embargo, es uno de los más utilizados por sus propiedades psicométricas. Por otro lado, y, como se verá más adelante, se ha validado y utilizado en diferentes culturas y en muestras compuestas por personas LGTBIAQ+ (Budge et al., 2013; Fuller & Riggs, 2018; Tebbe & Moradi, 2016). Asimismo, House y Kahn (1985) recomendaban las mediciones en apoyos emocionales, dado que es el tipo de apoyo social más estudiado con respecto a la salud. Por ello, y teniendo en cuenta que en este trabajo vamos a medir índices de salud mental, este cuestionario puede adaptarse a nuestros objetivos.

En resumen, siguiendo las recomendaciones de House y Kahn (1985) y contemplando las 5 dimensiones de Tardy (1985), podemos encontrarnos ante diferentes cuestionarios válidos para este trabajo. Sin embargo, finalmente se escogerá el cuestionario EMAS, ya que mide parte de la multidimensionalidad de los apoyos sociales, tiene unas propiedades psicométricas adecuadas y ha estado, en definitiva, validado en diferentes países y muestras. A su vez, es una escala centrada en la percepción de los apoyos, contemplando la parte emocional, es decir, dos categorías que pueden ser favorecedoras para la detección de necesidades psicológicas que aporten luz en futuras intervenciones.

3.2.2.3. Mecanismos de funcionamiento de apoyo social en personas trans

Una vez desarrollados la definición y la clasificación de los apoyos sociales, y tras explicar algunos de los instrumentos de medida establecidos para evaluarlos, nos proponemos continuar estudiando los mecanismos de funcionamiento de dichos apoyos en población trans.

En los tres puntos siguientes se realizará un repaso somero a algunos estudios que han analizado los apoyos sociales en personas trans desde el punto de vista de la cuantía de sus efectos, de la relación con la salud y, finalmente, teniendo en cuenta las interseccionalidades que concurren en este colectivo.

3.2.2.3.1. Cuantía de los apoyos sociales en personas trans. Se pueden encontrar estudios que coinciden en señalar sobre la existencia de diferencias significativas entre el apoyo social percibido por parte de las personas trans en comparación con la población cisgénero, existiendo un mayor déficit de apoyos sociales en personas trans (Boza & Nicholson Perry, 2014; Fuller & Riggs, 2018; Johnson, 2015). Lo mismo se ha observado cuando se ha medido específicamente el apoyo familiar (Bradford & Catalpa, 2019; Davey et al., 2014; Johnson, 2015) o el apoyo social percibido general. En este sentido, también se ha constatado un menor apoyo social percibido en mujeres trans en comparación con mujeres cisgénero (Davey et al., 2014; Johnson, 2015).

Riley y colaboradoras (2013), desarrollan un estudio cualitativo compuesto por personas trans y concluyen desde sus relatos que se enfrentan desde la infancia, y de forma continua, a situaciones hostiles por parte de las familias, las escuelas y las comunidades, generándoles sentimientos de miedo y ansiedad, si bien, otras participantes relatan haberse sentido apoyadas y valoradas en la infancia por parte de sus familias. No obstante, manifiestan que esta aceptación no compensa el miedo continuo al acoso y la presión social.

En comparación con otras poblaciones, quizá las personas trans se encuentren ante un mayor aislamiento social, por el rechazo social al que se enfrentan. De hecho, en una encuesta

realizada en Estados Unidos con una muestra representativa de la población trans, observaron que la probabilidad de que esta población se encuentre en situación de calle dobla a la probabilidad de la población cisgénero (James et al., 2015). Sin embargo, a pesar de lo negativo que puede suponer para la salud estas situaciones de discriminación, también pueden vivenciar apoyos que funcionan de manera protectora y beneficiosa con respecto a su salud (Grant et al., 2016). Por ello, vamos a repasar algunos de los estudios que relacionan los apoyos sociales con la salud en esta población trans.

3.2.2.3.2. Apoyos sociales como determinantes de la salud en personas trans. Meyer (2003), en su modelo de estrés por minorías sexuales, observa que la identidad LGB también puede ser un factor positivo para la salud cuando se asocia con los apoyos sociales, concluyendo que estos podrían aliviar el impacto del estrés por minorías. Sin embargo, en este modelo no se profundiza especialmente en los apoyos.

Matsuno e Israel (2018), en un modelo más enfocado en la intervención, sitúan los apoyos sociales como factores resilientes grupales junto con otros factores. Según este modelo, los apoyos sociales pueden relacionarse directamente con unos menores índices de estrés y también pueden actuar como amortiguadores ante el estrés por minorías.

Se han publicado diversos estudios basados en los modelos de estrés por minorías que demuestran la existencia de relaciones causales entre los apoyos sociales y la salud. En una revisión bibliográfica realizada en EE. UU. sobre personas trans, una de las conclusiones relevantes era que los apoyos sociales, incluidos los percibidos, actuaban como factores protectores cruciales para la salud en poblaciones trans (Bockting et al., 2013; James et al., 2015).

El apoyo por parte de padres y/o madres y miembros de la familia se ha relacionado con una mejor calidad de vida y una menor depresión (Simons et al., 2013). A su vez, el apoyo maternal se ha asociado con menores ratios de ideación suicida en menores trans (Jin et

al., 2020). Parece que la aceptación familiar puede ser un elemento crucial en la promoción de las estrategias resilientes en personas jóvenes trans (Malpas et al., 2018).

Asimismo, más allá de los apoyos familiares, se ha relacionado significativamente el apoyo social (amistades y entre iguales) con menores índices de ansiedad y depresión en personas trans adultas (Budge et al., 2013). Fuller y Riggs (2018) constatan que el apoyo familiar y el apoyo general percibido se correlacionan negativamente con el estrés psicológico en una muestra de personas trans adultas. Igualmente, Tebbe y Moradi (2016) observan que los apoyos de amistades percibidos pueden funcionar como un factor protector ante el riesgo de suicidio.

En otro estudio longitudinal (cuatro años) en el que participaron 493 mujeres trans negras de las cuales 202 habían estado en situación de calle el último año, observaron que el apoyo social percibido disminuía la probabilidad de que se produjese un aumento en la sintomatología depresiva (Bukowski et al., 2019). En otra investigación, esta vez cualitativa, en la que participaron mujeres pertenecientes a minorías sexuales en exclusión social, describieron el apoyo mutuo entre ellas como un aspecto fundamental a lo largo de su vida para poder afrontar los continuos eventos estresantes (Braine, 2014). Asimismo, en otro estudio compuesto exclusivamente por 280 mujeres trans residentes en Bangkok, evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social y la ideación suicida, en el sentido de que, ante un aumento del apoyo social, suponía un descenso en la ideación suicida (Tantirattanakulchai & Hounnaklang, 2022).

Por otra parte, si se intenta profundizar en los mecanismos de funcionamiento de los apoyos sociales en personas trans, se ha observado que puede existir, más allá de una correlación o una relación predictora, una relación mediadora o moderadora entre los apoyos sociales y la salud.

En los modelos de estrés por minorías (Hendricks & Testa, 2012; Matsuno & Israel, 2018; Meyer, 2003), se señala que los apoyos sociales pueden funcionar como un rol amortiguador.

De hecho, diversos estudios han observado el efecto moderador de los apoyos sociales mejorando los resultados de salud mental en personas trans (Pflum et al., 2015; Trujillo et al., 2017). También se ha comprobado que el apoyo recibido específicamente por la familia puede ostentar un papel moderador entre el estigma y la depresión (Puckett et al., 2016).

Sin embargo, tal y como se ha comentado previamente, el modelo de mediación psicológica (Hatzenbuehler, 2009) plantea una funcionalidad diferente a los apoyos sociales y en lugar de un rol moderador, los analiza desde un papel mediador.

Entre los estudios que han seguido esta línea mediadora en población trans, se encuentra el trabajo de Budge y colaboradoras (2013), que relacionan los apoyos sociales con menores estrategias de afrontamiento, conllevando indirectamente a un empeoramiento en la salud mental.

Por otra parte, también se ha observado que los apoyos sociales pueden mediar entre la identidad de género y la actividad física, actuando de manera positiva con respecto a la salud física (Muchicko et al., 2014). Logie y colaboradoras (2020), ponen de manifiesto que la cantidad de apoyos sociales parecen mediar la relación entre el estigma y la depresión, favoreciendo indirectamente la salud mental (Logie et al., 2020).

En definitiva, los modelos teóricos del estrés por minorías postulan que los apoyos sociales se relacionan con una mejor salud mental, habiendo estudios que avalan estos modelos. Al mismo tiempo, también se ha empezado a evidenciar que los apoyos pueden funcionar como amortiguadores o mediadores en la población trans.

Finalmente, al analizar el funcionamiento de los apoyos sociales, es importante dirigir una mirada específica a las interseccionalidades, ya que no nos relacionamos igual en función

de la cultura, el género o las normas establecidas en cada lugar (French et al., 2018). Es decir, la percepción y la disponibilidad de los apoyos sociales pueden depender de las normas o expectativas culturales (Taylor et al., 2004, 2007). Por ello, a continuación, se van a explorar algunos de los estudios encontrados en la literatura especializada que analizan el apoyo social y algunas interseccionalidades que experimentan las mujeres trans participantes en este estudio.

3.2.2.3.3. Apoyos sociales e interseccionalidades. Contemplando, en primer lugar, la interseccionalidad desde el punto de vista de la raza, en el metaanálisis llevado a cabo por Zalta y colaboradoras (2020), en el que las muestras consideradas son personas cisgénero, se demuestra que la raza puede funcionar como un factor moderador entre los apoyos y el estrés. No obstante, a pesar de jugar este rol favorable, se concluye que existe muy poca bibliografía, observándose resultados muy inconsistentes (Zalta et al., 2020). En este sentido, también parece interesante analizar las diferencias de raza. Stone y colaboradoras (2020) observan que las personas trans latinas, negras y nativas americanas tenían diferentes formas de hacer comunidad y de relacionarse (Stone et al., 2020). Este resultado diferenciador se constata también en otro estudio de los que se han seleccionado, en el que participaron mujeres trans de diferentes países de origen y que habían ejercido prostitución en algún momento de su vida. Así, demostraron que las participantes blancas y latinas mostraban más necesidades por recibir apoyo social, menores muestras de haber recibido apoyos y mayores índices de insatisfacción con el apoyo recibido en comparación con mujeres afroamericanas y asiáticas (Nemoto et al., 2011).

A su vez, en algunos de los pocos estudios que contemplan a las mujeres trans y latinas en el contexto del apoyo social, se ha constatado el importante papel que juegan los apoyos sociales en este colectivo, materializándose dichos apoyos como un rol resiliente para su salud, así como la colectividad entre ellas, la participación en organizaciones, la religión y

la acción política (Hwahng et al., 2019; Pinto et al., 2011; Singh & McKleroy, 2011). Al parecer, las mujeres trans latinas y migrantes, tienen que tomar caminos alternativos para recibir un apoyo social y comunitario significativos (Cerezo et al., 2014). En algunos estudios cualitativos sobre las mujeres trans latinas, y según sus relatos, manifiestan no sólo haber sentido un rechazo continuo por ser migrantes, sino que también, y por el hecho de ser trans, haber sufrido rechazo incluso por los propios círculos latinos, los cuales lo relacionan con normas de género muy rígidos (Cerezo et al., 2014). Esto les ha llevado a establecer comunidades de apoyos compuestas por ellas mismas (Abreu et al., 2021; Cerezo et al., 2014). Es decir, parecen desarrollar apoyos significativos en las comunidades homogéneas que están compuestas por mujeres trans, latinas y migrantes. En otro estudio cualitativo que se ha examinado, compuesto por personas trans racializadas, observaron cómo funcionaron los apoyos en sus historias vitales. Concluyeron como aspecto clave las relaciones familiares, las cuales podían funcionar en favor de su resiliencia cuando hacían referencia a su identidad étnica/racial o como un espacio de experiencias traumáticas asociadas a su identidad de género, lo que les llevó, a algunas participantes, a dejar su hogar siendo jóvenes por el rechazo familiar recibido (Singh & McKleroy, 2011).

A pesar de los trabajos mencionados, los estudios académicos sobre mujeres trans y latinas son escasos y la mayoría están desarrollados desde grandes áreas metropolitanas como Nueva York y San Francisco principalmente, o son artículos elaborados desde Latinoamérica. Muchos de ellos están centrados en el VIH, en el acceso sanitario o en servicios sociales. Desde nuestro punto de vista, no se han encontrado estudios suficientes que permitan analizar los apoyos sociales y la salud mental en una muestra con tantas interseccionalidades como las que atraviesan las participantes en este trabajo.

En resumen, las personas trans se enfrentan a altas tasas de aislamiento social por todos los procesos estigmatizantes, por lo que los apoyos sociales se sitúan como una

necesidad en la población trans. De hecho, se ha demostrado, mediante modelos teóricos y otros estudios, que los apoyos sociales pueden funcionar como un factor que se relaciona de manera directa, indirecta, o como amortiguador, con una mejor salud mental.

Sin embargo, estas funcionalidades han sido más estudiadas, principalmente, en relación con el estigma y a la salud, en menores, o bien centrándose en el apoyo familiar. Por ello, existe una necesidad, ante la escasez de estudios publicados, en conocer si los apoyos sociales pueden continuar funcionando con ese rol moderador o mediador dentro de otros postulados al objeto de ampliar el conocimiento del efecto de los apoyos sociales en el colectivo trans. Dentro de la academia, existe unanimidad por visibilizar que aún queda por conocer el funcionamiento de la multidimensionalidad de los apoyos en la población trans (Matsuno & Israel, 2018). A su vez, y a pesar de contar con estudios de apoyos sociales en mujeres trans en situaciones de mayor vulnerabilidad o en exclusión por diversas interseccionalidades, las investigaciones continúan siendo muy reducidas.

3.3. Factores individuales

Al igual que en los factores grupales se ha mencionado la transfobia como un factor estresante y los apoyos sociales como un factor protector ante la salud, en el modelo de Matsuno e Israel (2018) se desarrollan también factores individuales. Así, y como sucede con los factores grupales, entre los factores individuales también hay algunos que perjudican la salud de las personas trans y otros que la benefician.

En este apartado se desarrollarán los factores que actúan a nivel individual. Para ello, primero se explicarán brevemente los conceptos que se incluyen en los factores estresantes, ya que ante estos estresores las minorías de género moldean estrategias de afrontamiento al estrés (Bockting et al., 2016). Sin embargo, no se profundizará en las especificidades de estos factores ya que su desarrollo se justifica exclusivamente para contextualizar las vivencias trans y su salud a nivel individual, pero sin profundizar en ellos como instrumentos, porque

no son objeto de estudio en este trabajo. Más adelante, se analizarán los factores protectores, se ahondará en su definición y en sus mecanismos de funcionamiento.

3.3.1. Factores estresantes: transfobia interiorizada, expectativas de rechazo y ocultamiento

Al adaptar el modelo de estrés por minorías (Meyer, 2003) a las personas trans, se marcaron tres factores estresantes proximales: transfobia interiorizada, expectativas de rechazo y ocultamiento (Hendricks & Testa, 2012). A su vez, tal y como se ha planteado en el apartado de los modelos de salud en personas trans, estos tres estresores individuales se mantienen en *Transgender Resilience Intervention Model* (Matsuno & Israel, 2018).

La transfobia interiorizada hace referencia a las creencias negativas interiorizadas sobre la propia identidad (Matsuno & Israel, 2018) y sucede como resultado de la interiorización de las expectativas de género normativas de la sociedad (Bockting et al., 2020). Asimismo, se ha dividido el término transfobia interiorizada en cuatro dimensiones: orgullo por la identidad trans, invertir tiempo en ajustarse al *cispassing*, alienación de otras personas trans y vergüenza (Bockting et al., 2020).

Hay estudios que demuestran que la transfobia interiorizada puede funcionar de diferentes modos, basándose en los modelos de estrés por minorías. Por una parte, se ha constatado que existe una relación directa entre la transfobia interiorizada y la ideación suicida (Testa et al., 2017). Asimismo, en el mismo estudio también se ha comprobado que la propia transfobia podría funcionar como mediadora entre el rechazo y la ideación suicida. Por otra parte, Scandurra y colaboradoras (2017), observan que entre las dimensiones que integran la transfobia interiorizada, la vergüenza funciona como predictor con la ansiedad, la depresión y la ideación suicida y el no tener orgullo por la identidad con la depresión.

El segundo componente de los factores proximales es, como se ha dicho al principio de este apartado, el de las expectativas de rechazo. Este constructo se refiere al miedo que

desarrollan las personas por volver a ser víctimas de discriminación, y se produce como consecuencia de las altas tasas de transfobia social a la que se enfrentan (Matsuno & Israel, 2018). En el mismo estudio en el que se observaron las diferentes funcionalidades de la transfobia interiorizada, también midieron las expectativas de rechazo, observándose resultados muy similares (Testa et al., 2017). Por una parte, dichas expectativas estaban relacionadas directamente con la victimización y con la ideación suicida. A su vez, igual que sucede con la transfobia interiorizada, entre las expectativas de rechazo y la ideación suicida podía encontrarse la experiencia frustrada a la pertenencia a un grupo, o bien que las expectativas de rechazo podían estar actuando indirectamente entre el rechazo y la ideación suicida (Testa et al., 2017). Rood y colaboradoras (2016), en un estudio cualitativo compuesto por personas trans, evidencian que las expectativas de rechazo y de discriminación se relacionan significativamente con estados de hipervigilancia, ansiedad y depresión, lo que les llevaba a utilizar estrategias evitativas en ciertos espacios, principalmente en el espacio público.

Finalmente, entre los factores estresantes se halla el ocultamiento, cuya magnitud parece depender de la fase del proceso de transición en el que se encuentren las personas trans. En este sentido, el ocultamiento puede ser mayor en la fase previa a la transición que en la fase post transición, por lo que la ansiedad que acompaña al miedo por visibilizar el estatus puede ir variando (Matsuno & Israel, 2018). Al igual que con los factores anteriores, hay estudios que se han acercado al funcionamiento del ocultamiento con los modelos de estrés por minorías como base teórica. En otro estudio cualitativo que se ha examinado, las personas trans participantes describieron el ocultamiento como una herramienta desarrollada desde el miedo a ser perseguidas o por no ser discriminadas, si bien, en este estudio se concluía que el ocultamiento no está tan relacionado con esconderse, sino, más bien, con el ser aceptadas y evitar discriminaciones (Rood et al., 2017)

En resumen, internamente se producen procesos psicosociales dañinos para la salud como respuesta al estigma social y que al mismo tiempo parecen generar el desarrollo de futuras estrategias de afrontamiento. Sin embargo, en este apartado se ha comprobado que la producción académica es más escasa en comparación con los estudios asociados con la discriminación social, por lo que aún queda mucho por conocer con respecto a los factores estresantes individuales.

3.3.2. Factores Protectores: resiliencia

Tras examinar los factores grupales y los individuales estresantes que afectan a la salud de las personas trans, en este último apartado vamos a analizar los factores resilientes proximales.

Al igual que sucede con los apoyos sociales, los factores resilientes individuales han estado algo olvidados en los estudios trans hasta los últimos años, en los que se ha fomentado su reutilización como posibles herramientas individuales que podrían favorecer la salud mental (Hwahng et al., 2019).

En este apartado se explicará en primer lugar el concepto de resiliencia, término que podría destacarse por la complejidad en su definición. Asimismo, y partiendo de las propias definiciones de resiliencia, se han desarrollado instrumentos de medida que permiten cuantificar y analizar el funcionamiento de la misma, aspecto que se examinará en segundo lugar.

Finalmente, se indagará en los mecanismos de funcionamiento de la resiliencia en personas trans, incorporando el papel de las interseccionalidades que concurren en este colectivo.

3.3.2.1. Definición de la resiliencia

La resiliencia es un constructo que ha sido utilizado en múltiples contextos, sin bien, en este trabajo se acotará su utilización, centrándonos exclusivamente a nivel psicológico.

El término de resiliencia continúa siendo un término complejo de definir. Para poder contextualizar y acotar su significado, se han clasificado tres perspectivas que marcan las cualidades de la resiliencia: la resiliencia entendida como un rasgo de personalidad, como un resultado y como un proceso (Fletcher & Sarkar, 2013). La primera perspectiva, considera la resiliencia como un rasgo de personalidad que ayuda a los individuos a enfrentarse al impacto que generan las adversidades (Hu et al., 2015). La segunda perspectiva, centrada en los resultados, contempla a la resiliencia como un resultado conductual positivo o de adaptación ante eventos adversos (Hu et al., 2015). Finalmente, la tercera perspectiva, entiende la resiliencia como un proceso dinámico de adaptación y recuperación ante las adversidades (Hu et al., 2015).

De los tres enfoques que se han mencionado, en los últimos años han aparecido estudios que consideran que la resiliencia se vincula más a un proceso que a un rasgo, aun admitiendo que se desarrolla dentro del individuo (Shaw et al., 2016). Según Van Breda (2018), la resiliencia es un proceso que conduce a un resultado, y por lo tanto el enfoque central de su investigación habría que buscarlo en los procesos de mediación. En este sentido, la misma autora propone (Van Breda, 2018) que la resiliencia como proceso podría encuadrarse en los modelos de mediación, la resiliencia como resultado se refiere a un individuo resiliente (persona que supera la adversidad), mientras que la resiliencia como rasgo puede hacer referencia a los factores resilientes innatos. Es decir, quizá los tres enfoques conjuntamente sirvan para entender el funcionamiento de la resiliencia y expliquen características diferentes que son parte de ella.

A pesar de la falta de consenso por definir el término de resiliencia, existen dos características funcionales centrales de la misma en la que se basan la mayoría de los estudios: la adversidad y la adaptación (Fletcher & Sarkar, 2013). Así, Luthar y colaboradoras (2000), señalan que la adversidad incluye circunstancias de vida negativas que están estadísticamente relacionadas con dificultades de adaptación. Sin embargo, hay autores que amplían y flexibilizan el concepto de adversidad más allá de traumas o desastres específicos y lo definen como cualquier dificultad o sufrimiento asociados a la vida diaria (Davis et al., 2009). Por ello, la resiliencia podría verse modificada en función de la menor o mayor gravedad de los contextos adversos. Dicha modificación podría extenderse desde los problemas típicos cotidianos, que sería una adversidad leve, hasta adversidades severas en situaciones de estrés más graves como el duelo o la violencia.

La resiliencia entendida como adaptación positiva, se podría interpretar como el individuo que mantiene, recupera o supera su nivel previo de funcionamiento antes de la exposición al riesgo o a la adversidad (Vella & Pai, 2019). Luthar y colaboradoras (2000) lo definen como una competencia social que se manifiesta conductualmente en el cumplimiento de tareas de desarrollo destacadas en cada etapa vital. También se ha definido como un conjunto de estrategias de afrontamiento que permiten un ajuste positivo de crecimiento, y un aumento de la capacidad de recuperación emocional (Fletcher & Sarkar, 2013). En términos generales, la resiliencia entendida como adaptación positiva, se define como el conjunto de habilidades, competencias o estrategias psicológicas que permiten al individuo alcanzar un ajuste mental positivo.

Haciendo un resumen de todo lo comentado hasta ahora sobre resiliencia, cabe pensar que la resiliencia se podría contemplar, en primer lugar, desde tres enfoques diferenciados: rasgos, resultados o conductas y procesos, los cuales hacen referencia a aspectos cualitativos de la misma, y en segundo lugar se podría abordar también desde la vertiente de dos

constructos que parecen ser innatos en el término (adaptación y adversidad) y explican su funcionalidad.

Si se consideran las definiciones que se han aportado desde los estudios trans, Meyer (2015) define la resiliencia como una cualidad ante la adversidad, que pretende identificar el funcionamiento adaptativo frente al estrés, es decir, incluye cualquier aspecto que pueda llevar a una adaptación positiva del estrés por minorías, mitigando el impacto en la salud. Meyer (2015) incluye en su definición la adversidad, la adaptación y su efecto en la salud, aunque no menciona ninguno de los enfoques descritos anteriormente, al no definir si es un rasgo, conducta o proceso, manteniéndose en un término genérico como es “cualquier aspecto”.

Por otra parte, Singh y colaboradoras (2011) llevan a cabo un estudio cualitativo con personas trans, en el cual ellas mismas describen la resiliencia como un conjunto de comportamientos aprendidos que influyen en su capacidad para hacer frente a la adversidad. En esta definición, vuelve a parecer el término adversidad, y la “capacidad para hacer frente” podría asimilarse a la adaptación, pero una vez más se queda en la funcionalidad de la resiliencia y no en sus cualidades.

Desde la literatura especializada sobre la resiliencia, se han encontrado dos definiciones que incluyen tanto la adversidad como la adaptación, así como al menos uno de los tres enfoques que describen las cualidades de la resiliencia.

Por una parte, Luthar y colaboradoras (2000) definen la resiliencia como “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de una adversidad significativa”. En esta definición, se vuelve a mencionar la adaptación y la adversidad y, al mismo tiempo, se señala que es un proceso dinámico, es decir, centrado en uno de los tres enfoques arriba mencionados.

Por otra parte, Windle (2011), y tras realizar una revisión bibliográfica sobre el término de resiliencia, la define como un “proceso de negociación, de manejo y de adaptación ante factores significativos de estrés o trauma. Los activos y recursos dentro del individuo, su vida y su entorno facilitan esta capacidad de adaptación y recuperación frente a la adversidad. A lo largo del curso de la vida, la experiencia de resiliencia variará”. Esta última definición es más completa que la anterior, debido, por una parte, a que incluye la adaptación y la adversidad y, por otra, incorpora los tres enfoques repetidamente mencionados, como son, de forma expresa, el proceso, y de forma tácita, los otros dos: el rasgo, asimilándolo al concepto “dentro del individuo” y el resultado, asemejándolo con la “recuperación”.

Para finalizar, debemos matizar que en este trabajo se entenderá como resiliencia aquella definición ofrecida por Windle (2011) que contempla diferentes cualidades y funciones. No obstante, y tal y como se verá más adelante, el proceso de aproximación y acoplamiento de estas definiciones a los instrumentos de medida de la resiliencia no es tan sencillo como en un principio cabría esperar, razón por la cual nos hace pensar sobre la necesidad y conveniencia de avanzar en la investigación, para poder lograr de esta manera instrumentos de medida que contemplen de la mejor forma posible estos aspectos de la resiliencia.

3.3.2.2. Instrumentos de medida de la resiliencia

Sobre la base del conjunto de definiciones que se han ido publicando en torno a la resiliencia, se han desarrollado instrumentos de medida con objeto de cuantificar la resiliencia en personas adultas y menores. No obstante, entre las escalas que se han publicado hasta la fecha, continúan apareciendo dos limitaciones principales que reflejan la necesidad de seguir investigando para poder desarrollar más instrumentos de medida (Windle et al., 2011). Estas dos limitaciones son, por una parte, que aún existe la ausencia de una escala que contemple el marco conceptual que se ha explicado anteriormente y abarque todos los campos que, de

momento, se considera que ocupa la resiliencia. Por otra, entre los instrumentos utilizados hasta la fecha, en todos ellos falta algún dato en referencia a sus propiedades psicométricas (Salisu & Hashim, 2017).

No obstante, y a pesar de estas dos limitaciones, en una revisión bibliográfica, se analizaron los marcos conceptuales y las propiedades psicométricas de las escalas de resiliencia, concluyendo en que sí existen instrumentos válidos para medir la resiliencia (Windle et al., 2011).

Realizada la correspondiente revisión, se identificaron quince escalas de medida de la resiliencia, destacando cinco escalas que obtuvieron una mayor puntuación de calidad en el marco conceptual y en las propiedades psicométricas. Estas escalas son: *The Resilience Scale for Adults* (Friborg et al., 2003), *The Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003), *The Brief Resilience Scale* (Smith et al., 2008), *Psychological Resilience* (Windle et al., 2008) y *Resilience Scale* (Wagnild & Collins, 2009). Las tres primeras muestran unas mejores propiedades psicométricas, en tanto que las dos últimas escalas, y aun ostentando una menor puntuación en la consistencia interna, destacaban por la justificación teórica en la que se basaron para seleccionar los ítems (Windle et al., 2011).

Sin embargo, en otra revisión en la que estudiaron la validez y la fiabilidad de las escalas para medir la resiliencia, concluyeron lo siguiente: por una parte, observaron que *Resilience Scale* era la escala de medida más validada, así como la escala de resiliencia más robusta psicométricamente para su uso con adultos mayores (Cosco et al., 2016). Por otra parte, *The Brief Resilience Scale* también parecía presentar unas propiedades psicométricas adecuadas y debido a su brevedad podría ser útil y sencilla su administración. No obstante, los autores subrayaron que esta escala aún estaba sujeta a un proceso de investigación psicométrica más amplio. Finalmente, la otra escala que pusieron de manifiesto en esta

revisión fue *The Connor-Davidson Resilience Scale*, la cual se soporta en unos estudios de validación sólidos y en una versión abreviada (Cosco et al., 2016).

En otra de las revisiones que se han estudiado, se incluyeron algunas de las escalas que ya se han mencionado en los estudios anteriores. Estas eran: *Connor-Davidson Resilience Scale*, *Resilience Scale for Adults*, *Adolescent Resilience Scale*, *Brief-Resilient Coping Scale* y *Resilience Scale*. No obstante, el objetivo era seleccionar escalas con una credibilidad adecuada para estudiar la resiliencia en adolescentes. De las escalas señaladas, la *Brief-Resilient Coping Scale* fue la que menor puntuación alcanzó. *Connor-Davidson Resilience Scale*, *Resilience Scale for Adults*, *Adolescent Resilience Scale* obtuvieron una puntuación media y *Resilience Scale* obtuvo la mejor puntuación (Ahern et al., 2006).

En definitiva, y según los estudios (revisiones) analizados, existen cinco escalas de medida de la resiliencia con propiedades psicométricas adecuadas. Estas escalas son: *The Resilience Scale for Adults*, *The Connor-Davidson Resilience Scale*, *The Brief Resilience Scale*, *Psychological Resilience* y *Resilience Scale*. Sin embargo, si nos basamos en las revisiones que han analizado los instrumentos de medida de la resiliencia, parecen destacar dos escalas tanto por su uso y validez en diferentes muestras, así como por las propiedades psicométricas: *The Connor-Davidson Resilience Scale* y *Resilience Scale*. Además, ambas están traducidas al castellano y validadas en este idioma (Manzano-García & Ayala Calvo, 2013; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015) y, a su vez, han sido utilizadas tanto en muestras compuestas por mujeres como por personas trans (Cejudo et al., 2019; Rouhani et al., 2021).

Es importante señalar la existencia de otra nueva escala de medida del estrés y resiliencia en minorías de género (GMSR) (Testa et al., 2015). Esta escala se desarrolló específicamente para personas trans e incluye situaciones de estrés por minorías y factores resilientes. Sin embargo, no se ha seleccionado esta escala por dos razones fundamentales:

por un lado, por estar muy centrada en factores estresantes, cuando uno de los cometidos en este trabajo es analizar factores protectores. Por otro lado, el cuestionario mide exclusivamente como factor resiliente proximal el orgullo, cuando lo que se pretende es analizar el constructo de resiliencia con mayor profundidad, y sólo el orgullo sería insuficiente.

Descartada definitivamente esta última escala, y ante la disyuntiva de optar por uno de los dos cuestionarios señalados anteriormente, *The Connor-Davidson Resilience Scale* y *Resilience Scale*, se ha decidido finalmente utilizar *Resilience Scale*, que en castellano se denomina Escala Resiliencia (ER-14). La principal razón de esta elección se debe a que *Resilience Scale* contiene un apartado específico que mide en una de sus subescalas “la aceptación a una misma”. En este sentido, el rechazo que se observa a la identidad por la transfobia en las mujeres trans consideradas en este trabajo, les podría llevar al rechazo a una misma (transfobia interiorizada), razón por la cual se considera interesante contemplar y medir este factor de aceptación. Otra razón que justifica la medición de este factor (Aceptación a una misma), se debe a que se trata de uno de los factores resilientes proximales en el modelo de Matsuno e Israel (2018). Finalmente, hay que señalar también que el cuestionario Escala de Resiliencia, además de medir la autoaceptación, ofrece también una medida completa del constructo de resiliencia, aspectos que no los recogen los otros dos cuestionarios (*The Connor-Davidson Resilience Scale* y GMSR).

3.3.2.3. Mecanismos de funcionamiento de la resiliencia

3.3.2.3.1. Perspectivas teóricas sobre la resiliencia. Al igual que los apoyos sociales, los estudios sobre la resiliencia se iniciaron en los años 70 cuando se empezó a observar que la relación entre vulnerabilidad y resultados negativos en salud no era algo universal en personas que se encontraban en una misma situación. Había personas que se recuperaban,

otras mostraban poco o ningún deterioro en el funcionamiento y otras parecían alcanzar niveles de adaptación más altos que los que tenían antes (Van Breda, 2018).

Desde entonces, se reiniciaron los estudios de resiliencia y salud, y las investigaciones han asistido a cuatro olas diferenciadas (Wright et al., 2013).

En la primera ola, se partía de la premisa de que las personas podían tener o no tener resiliencia, y de esta forma estudiaron rasgos de personalidad y factores ambientales que se relacionasen con mejores resultados de salud ante situaciones adversas (Vella & Pai, 2019). Entre los factores protectores se encontraban rasgos personales (temperamento, habilidades cognitivas, habilidades sociales, regulación emocional, autoestima, esperanza, sentido en la vida, talentos, sentido del humor y atracción para los demás), características familiares (ambiente familiar, involucración parental en la educación, educación padre/madre y estatus socioeconómico), comunitarias (vecindario, centro educativo, empleo padre/madre, acceso sanitario y servicios de emergencia y sociales) y culturales (política, gestión de recursos, prevención y protección contra la opresión o la violencia política y baja aceptación de la violencia física).

En la segunda ola, se pasó del “¿Qué?”, característico de la primera ola, al “¿Cómo?”, es decir, la búsqueda se centró principalmente en conocer cómo fomentar factores que promoviesen la resiliencia (identificados en estudios previos) y ofreciesen una determinada protección contra el riesgo o la adversidad, observando que dichos factores funcionaban tanto en entornos de alto como de bajo riesgo (Vella & Pai, 2019).

En esta ola, se ha teorizado que la resiliencia podría funcionar como si fuese un modelo continuo lineal, en el que los individuos, y ante las adversidades, responderían desde la reintegración resiliente, la más positiva, hasta la reintegración disfuncional, la más negativa, pasando por un estado intermedio en el que se situaría la homeostasis o la interrupción (Richardson et al., 1990). Asimismo, también se le ha otorgado a la resiliencia un

rol amortiguador ante el estrés (Wheaton, 1983). Según esta teoría pueden presentarse dos modelos predictores diferentes ante el estrés. Por una parte, se puede dar un efecto supresor donde el factor estresante activa el amortiguador y éste a la vez reduce el impacto del factor estresante. Por otra, se puede dar un efecto moderador donde los niveles del amortiguador que no están activados por el estresor podrían alterar el impacto del estrés en los resultados de salud.

En la tercera ola, se centraron en el fomento de la resiliencia cuando no sucedía de manera natural y estuvieron más enfocados en la intervención y prevención. Se concluyó que para que la resiliencia se desarrollara de la manera más efectiva posible se requería la exposición a la adversidad (Vella & Pai, 2019; Wright et al., 2013). Es decir, el funcionamiento de la resiliencia carece de significado sin la presencia de la adversidad, por lo que puede ser una relación cíclica o bidireccional (Cohen et al., 2004; Johnson, 2015; Shaw et al., 2016). Sin embargo, en este punto, también se ha planteado que la resiliencia no sólo funciona ante situaciones de adversidad que requieren un cambio, sino también como un factor preventivo, es decir, previo a esas situaciones de adversidad (Rutter, 2013). Así, en esta ola, se planteó como una intervención preventiva el poder mantener situaciones de afrontamiento al estrés cotidianas con éxito.

A su vez, en estas líneas de investigación sobre la resiliencia, la definen como una fuerza motivacional que nos empuja hacia la reintegración y la asimilación después de la interrupción por un evento o situación adversa. Dicho de otro modo, se considera la resiliencia como una fuerza innata (Vella & Pai, 2019). Por ello, en esta tercera ola, se ha investigado la parte innata de la resiliencia, poniendo el foco en la creación de experiencias que fomentan la activación y utilización de las fuerzas motivacionales para explorar y aplicar la fuerza que impulsa a una persona hacia la autorrealización y la reintegración resiliente de las adversidades (Richardson, 2002).

Finalmente, en la cuarta y última ola, probablemente la actual, se está iniciando un proceso de renovación y ampliación del concepto de resiliencia y su funcionamiento, destacando su multidimensionalidad y funcionalidad en múltiples niveles (Shaw et al., 2016; Vella & Pai, 2019).

En definitiva, los estudios de la primera ola, centrados en el “¿Qué?”, han sido de utilidad para poder cuantificar la resiliencia y poder desarrollar escalas de medida (Wagnild & Collins, 2009). Asimismo, el conocimiento del “¿Cómo?”, ha permitido el desarrollo de diversas teorías y modelos explicativos del funcionamiento de la resiliencia. Finalmente, en las olas siguientes, se han aportado perspectivas preventivas, multinivel y multidimensionales, relativas a la resiliencia.

Para la realización de este trabajo es importante contextualizar las líneas de investigación y las perspectivas que se han marcado en referencia a la resiliencia y la salud. En el siguiente apartado, se acotarán y adaptarán los conceptos y aspectos técnicos de la resiliencia al colectivo trans.

3.3.2.3.2. Resiliencia y personas trans. Tal y como se ha explicado antes, históricamente los estudios LGTBIAQ+ han estado muy centrados en analizar los procesos estigmatizantes. Sin embargo, en los últimos trabajos que han aparecido derivados del estudio de la resiliencia en el colectivo LGTBIAQ+, y especialmente en las personas trans, se constata que la resiliencia puede ser útil en la comprensión y en la medida de la salud de esta población (Colpitts & Gahagan, 2016).

Por este motivo, en el presente apartado se tomarán como referencia los factores protectores proximales de Matsuno e Israel (2018), así como algunos de los estudios que evidencian dicho modelo. Más adelante, se abordará el funcionamiento de la resiliencia en personas trans.

3.3.2.3.2.1 Modelos de salud y resiliencia en personas trans. En el modelo de Matsuno e Israel (2018), se incluyen como estrategias resilientes individuales en las personas trans, la esperanza, el orgullo, la autoestima, la autoidentificación, la transición y la autoaceptación. Algunos estudios han demostrado que estos factores que identifican Matsuno e Israel, actúan como factores proximales en la salud trans, como por ejemplo el orgullo de identidad, la autoestima y la autoaceptación. Dentro de los modelos de estrés por minorías, el orgullo de identidad es probablemente el factor resiliente más estudiado en muestras trans. Como referencia, hay que señalar que se trata del único factor medido en el cuestionario GMSR. Centrándonos, por tanto, en este factor, Chavanduka y colaboradoras (2020), en un estudio compuesto por 200 personas trans y no binarias, evidencian puntuaciones significativamente altas en la subescala de orgullo. A su vez, el orgullo se ha correlacionado negativamente con el estrés y la ansiedad (Bockting et al., 2013; Brennan et al., 2017; Todd et al., 2019).

Con respecto a los factores de autoestima y autoidentificación, Matsuno e Israel (2018) consideran que dichos factores se integran en el factor de orgullo por la identidad, si bien, en múltiples estudios se ha relacionado la autoestima con un menor estrés en personas trans (Reisner et al., 2014).

Por otro lado, Matsuno e Israel (2018) contemplan como otro factor proximal a la transición. Tal y como se ha comentado al inicio de este mismo capítulo, la transición puede relacionarse con mejores índices de salud y hay personas trans, incluidas mujeres trans, que relatan la transición como un proceso fundamental para continuar con la vida (Logie et al., 2022).

Otro de los factores proximales incluidos en el modelo de Matsuno e Israel (2018), es la esperanza. En un estudio cualitativo con mujeres trans racializadas, relataron la esperanza como el motor motivacional para iniciar la transición, para continuar con el día a día tras un

acto de discriminación o cómo el empuje a marcarse objetivos a pesar de los obstáculos sociales (Ruff et al., 2019). En otro estudio cualitativo en el que participaron también mujeres trans racializadas, observaron que desarrollaban narrativas acerca de la esperanza como una fuente de optimismo hacia el futuro y la sitúan, otra vez, como un motor ante situaciones de adversidad (Logie et al., 2022).

Finalmente, en este último estudio, también se analizó la autoaceptación, factor proximal considerado asimismo en el modelo de Matsuno e Israel (2018). Logie y colaboradoras (2022), en el estudio cualitativo arriba mencionado, las participantes relataron la autoaceptación como un modo de ayudar a otras compañeras trans, lo que les supuso una sensación de bienestar (Logie et al., 2022). Su y colaboradoras (2016), en otro estudio cuantitativo de una muestra de personas trans, ponen de manifiesto que la autoaceptación se relaciona significativamente con una menor depresión (Su et al., 2016).

3.3.2.3.2.2. Funcionamiento de la resiliencia en personas trans. Los estudios que se han mencionado hasta ahora se han centrado en los trabajos publicados en referencia a los factores proximales específicos que postularon en su modelo Matsuno e Israel (2018). Sin embargo, las investigaciones que se van a presentar a continuación miden la resiliencia como un constructo psicológico más general y no están centradas en los factores resilientes específicos del colectivo trans.

Akhtar y Bilour (2020), en un estudio que comprende una muestra de 100 personas trans, constata la existencia de una correlación positiva y significativa entre la resiliencia psicológica y la autoestima. A su vez, Buttram y colaboradoras (2014), observan que existen correlaciones inversas, y por tanto favorables para la salud, entre la resiliencia psicológica y la dependencia a sustancias, así como también con la angustia psicológica en mujeres que ejercen prostitución.

Rouhani y colaboradoras (2021), demuestran que la resiliencia psicológica se relaciona significativamente con un menor consumo de sustancias, en referencia a una muestra de mujeres trans que también ejercen prostitución. En la misma línea, Lacombe-Duncan y colaboradoras (2021), relacionan una mayor resiliencia psicológica con menores síntomas depresivos y menores probabilidades de desarrollar estrés postraumático en mujeres trans con VIH.

En líneas generales, y tras los resultados observados, cabe decir que existe una relación directa entre la resiliencia y la salud. Al profundizar algo más sobre su funcionamiento, encontramos que Matsuno e Israel (2018), al igual que con los apoyos sociales, mencionan el posible efecto amortiguador o moderador de la resiliencia en relación con los estresores y la salud. Este efecto moderador se ha podido constatar en otro estudio examinado con una muestra de personas trans residentes en Italia, en el cual uno de los principales moderadores entre el estigma y la salud eran los altos niveles de resiliencia, referida a la resiliencia total medida mediante la ER-14 (Scandurra et al., 2017).

Sin embargo, estos modelos de estrés por minorías, tal y como se ha comentado, no especifican ni explican lo suficiente el funcionamiento de los factores resilientes. De hecho, Matsuno e Israel (2018), dejan un espacio a la duda aclarando que aún queda por conocer la resiliencia en estas poblaciones.

Llegados a este punto, nos proponemos una vez más considerar el modelo de Hatzenbuehler (2009). Este autor, como ya se ha dicho, desarrolla el modelo de mediación psicológica. Con respecto a la resiliencia, considera que algunos factores estresantes asociados al estigma pueden producir respuestas que hacen que los esfuerzos de afrontamiento posteriores sean más efectivos para manejar los factores estresantes. Además, sitúa los factores resilientes como procesos psicológicos (Afrontamiento/Regulación emocional y cognitivo) que median entre los estresores y la salud mental.

En este sentido, y tras analizar una determinada muestra de personas trans, se ha demostrado que el afrontamiento evitativo sirvió como mediador entre el estado de transición y la depresión/ansiedad (Budge et al., 2013). En esta misma línea, el afrontamiento resiliente media entre el estigma sexual y la depresión y la ansiedad en mujeres trans racializadas (Logie et al., 2020). Asimismo, Woodford y colaboradoras (2014) demuestran que la autoaceptación podría mediar entre la discriminación y el estrés, si bien, se trata de un estudio compuesto por una muestra LGB.

Como resumen, cabe decir que el modelo de salud de Matsuno e Israel (2018) incorpora especificidades en las vivencias trans como son los factores resilientes proximales (Orgullo de identidad, autoestima, autoidentificación, esperanza, autoaceptación y el proceso de transición). Estos factores han sido estudiados individualmente en diversos estudios que confirman su incorporación a los modelos. Sin embargo, si de lo que se trata es explorar los factores proximales que se ajustan a una muestra de las características de este trabajo, el número de estudios que han medido estos factores es escaso, prácticamente inexistente.

A su vez, en los procesos trans, se ha comprobado que la resiliencia psicológica, y no sólo aquellos factores específicos de los modelos de salud trans (Matsuno & Israel, 2018), puede estar relacionada directamente con su salud, o a través de los procesos de moderación o mediación, según los casos. Sin embargo, una vez más debemos insistir sobre la insuficiencia de estudios que puedan abordar una muestra de participantes como la que está presentes en este trabajo.

3.3.2.3.3. Resiliencia e interseccionalidades. Finalmente, en este apartado se analizará cómo pueden influir las interseccionalidades de la presente muestra de participantes en el desarrollo de estrategias de resiliencia psicológica.

Hay muy pocos estudios sobre mujeres trans que contemplen alguna interseccionalidad como la raza, el lugar de nacimiento o el ejercicio de la prostitución y que

exploren, a la vez, su resiliencia (Follins et al., 2014). Sin embargo, ateniéndonos a una muestra de mujeres trans en India, Virupaksha y Muralidhar (2018), comprueban que los niveles de resiliencia dependen del nivel de educación, empleo (aparte del ejercicio de la prostitución) y de vivir en la familia de origen.

En otro estudio que se ha examinado sobre mujeres trans racializadas y/o latinas, la edad parecía ser un elemento potenciador de la resiliencia, ya que, parecían desarrollar una capacidad resiliente mejorada para hacer frente al abuso psicológico, pero no físico, a medida que envejecían (Nuttbrock et al., 2014). Rouhani y colaboradoras (2012) observan que la resiliencia en mujeres trans correlaciona con un mayor nivel educativo, la seguridad de tener alimentos y la estabilidad habitacional. Asimismo, Pérez-Brumer y colaboradoras (2017) realizan un estudio cualitativo con mujeres trans en Perú en el que casi la mitad de ellas ejercen prostitución, concluyendo que el acceso a servicios sanitarios y el sentirse parte de una comunidad pueden funcionar como estrategias resilientes. En otro estudio con jóvenes trans racializadas, observaron que la afirmación del género en el sistema sanitario potenciaba la resiliencia para poder acceder de nuevo a servicios sanitarios. Sin embargo, cuando esto no se daba, perdían la motivación por acudir a dichos servicios y consecuentemente, se daba una reducción de su cuidado sanitario (Goldenberg et al., 2021).

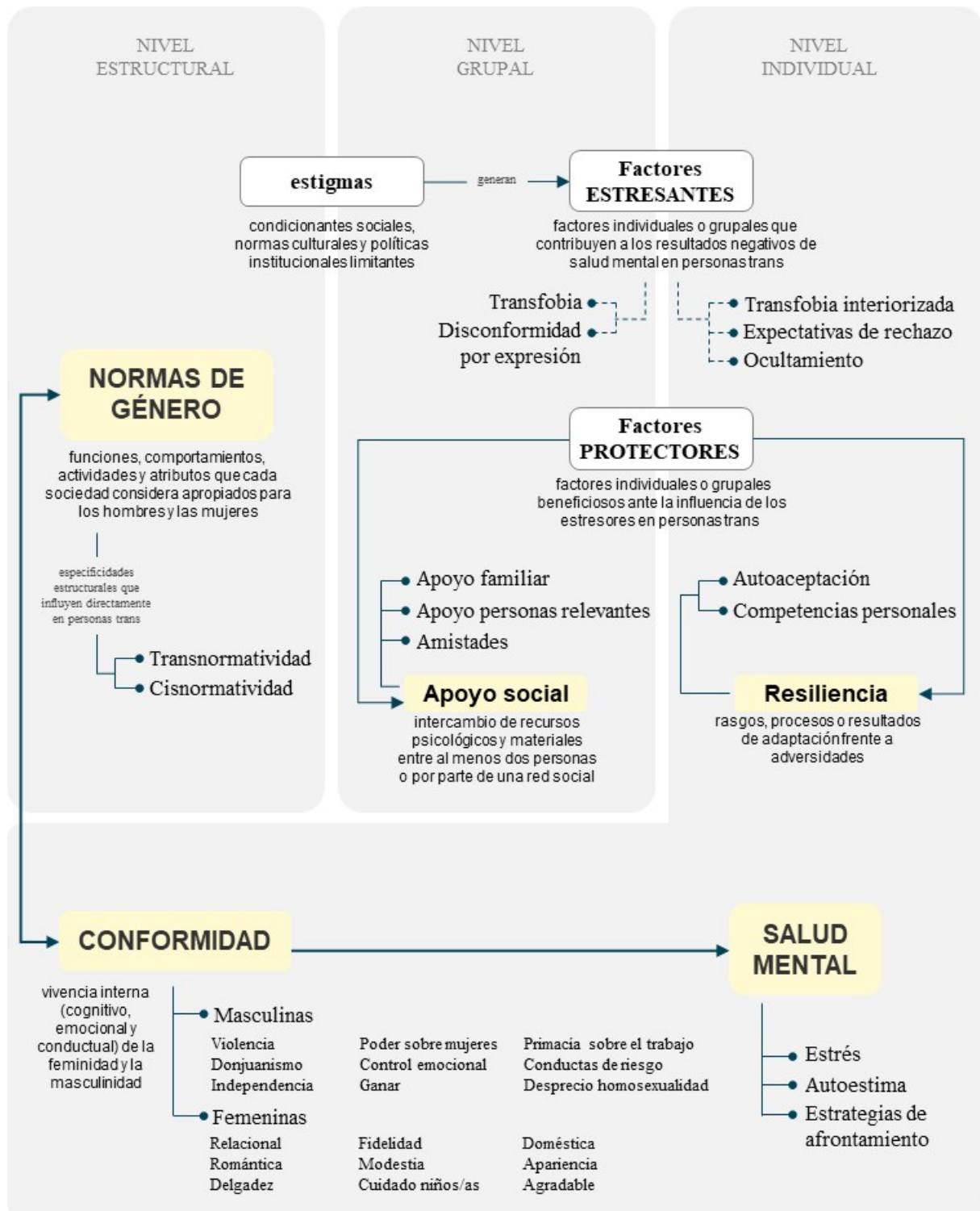
En resumen, una vez más, los estudios disponibles son muy escasos y no hay modelos que expliquen la influencia de algunas interseccionalidades en la salud de mujeres trans, más allá de situar la raza/etnia como un posible factor moderador (Meyer, 2003). Por ello, en este trabajo se contemplan las interseccionalidades en este marco teórico, pero no se incluirán en los objetivos, ya que nos encontramos ante una muestra muy homogénea en la que es prácticamente imposible conocer las diferencias que pueden suponer el ser migrante o racializada en los resultados de salud.

RESUMEN DEL MARCO TEÓRICO

En la Figura 1, se resumen los conceptos y las relaciones principales extraídas de los tres capítulos del marco teórico.

Figura 1

Resumen conceptual y relacional del marco teórico.



Tal y como se observa en la Figura 1, al analizar las vivencias trans, éstas se dividen en tres niveles (Baral et al., 2013; Link & Phelan, 2001): el nivel estructural, el grupal y el individual.

El nivel estructural se ha desarrollado con el objetivo de contextualizar aspectos sociales que repercuten directamente en las realidades de las mujeres trans. Para ello, en primer lugar, se ha ubicado el constructo de normas de género, desde el cual parece haber una relación cíclica con la conformidad, dado que las normas de género pueden construir las subjetividades del individuo y los individuos construyen a la vez las normas de género (Mahalik et al., 2003, 2005; West y Zimmerman, 2009). A su vez, desde las normas de género, se desprenden dos normas específicas que influyen a las personas trans que son la cisnormatividad (Bauer et al., 2009; Lampe et al., 2019; Sumerau & Grollman, 2018) y la transnormatividad (Johnson, 2015). Sin embargo, este aspecto se desarrollará más adelante. Con respecto a la relación que se da entre las normas de género y la conformidad, se desprende de aquellos estudios del ámbito académico denominado “género y salud” (Annandale, 2010). A su vez, se han postulado diferentes perspectivas teóricas para entender el funcionamiento del género y la salud, y se han desarrollado diversos instrumentos de medida del género (Annandale, 1990; Bem, 1974; Eagly & Wood, 2012). Sin embargo, tal y como se observa en la Figura 1, en este trabajo se han seleccionado los cuestionarios CFNI y CMNI, los cuales están compuestos por diferentes dimensiones, reflejadas en la Figura 1. Estos cuestionarios han sido utilizados para estudiar si el género puede influir en los resultados de salud mental, demostrando que diferentes dimensiones de los cuestionarios tienen resultados estadísticamente significativos con la salud (Aparicio-García et al., 2018; Budge & Katz-Wise, 2019; Esteban-Gonzalo et al., 2020; Kimmel & Mahalik, 2005; Mahalik, 2003;2005).

Por otra parte, continuando con la Figura 1, desde el constructo de normas de género se han expuesto dos normas específicas como la cisonormatividad y la transnormatividad. En este sentido, desde las estructuras normativas también se establecen relaciones interpersonales que pueden transformarse en procesos estigmatizantes (Hatzenbuehler & Link, 2014), que se reflejan a nivel grupal o interpersonal (Angermeyer et al., 2014; Mulvey & Killen, 2015; Pescosolido & Martin, 2015).

Dentro de las estructuras sociales, se desarrollan ideas sociales que podrían incluirse en lo que se conoce como *femmephobia* (Hoskin, 2019), transmisoginia (Serano, 2016), los prejuicios anti-trans, las creencias tradicionales sobre roles de género y el esencialismo biológico (Broussard & Warner, 2019).

A nivel grupal, los procesos estigmatizantes se traducen en actitudes y conductas transfobas en forma de discriminación, rechazo, acoso o no afirmando su identidad (Matsuno & Israel, 2018). En este nivel, puede existir otro factor como la disconformidad por expresión que hace referencia a la manifestación de una expresión de género no conforme con lo esperado según las normas de género (Martin-Storey, 2016; Miller & Grollman, 2015). Así, tanto los factores transfobos como la disconformidad de género por expresión pueden funcionar como estresores hacia la salud mental (Hendricks & Testa, 2012; Gartner & Sterzing, 2016; Grossman & D'Augelli, 2006; Matsuno, 2018; Oost et al., 2016).

También aparecen a nivel grupal, factores que puedan funcionar en beneficio para la salud mental, entre los que se encuentran los apoyos sociales percibidos (Hendrick & Testa, 2012; Matsuno & Israel, 2018), los cuales, en este trabajo, serán evaluados mediante la escala EMAS.

A nivel individual, destacan algunos factores que pueden funcionar como estresores como la transfobia interiorizada, las expectativas de rechazo y el ocultamiento (Hendrick & Testa, 2012; Matsuno & Israel, 2018). Sin embargo, al igual que en los factores grupales,

también se encuentran factores protectores ante la salud como es la resiliencia psicológica (Hendrick & Testa, 2012; Matsuno & Israel, 2018), la cual se medirá mediante la ER-14.

Segunda parte:

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1. Definición del problema y justificación de la investigación

En la revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo se observan muchos avances científicos en relación con el género y la salud y en relación con la salud de las personas trans. Sin embargo, al unir estas dos líneas de investigación nos encontramos ante una ausencia de datos. Al mismo tiempo, si nos centramos en una muestra compuesta por mujeres trans en exclusión social, la mayoría migrantes y que ejercen la prostitución, la necesidad de obtener datos que ayuden a producir un marco teórico más amplio y diverso en el que estén presentes, es aún mayor. Por ello, desde un principio este trabajo parte desde una perspectiva más exploratoria, ya que algunos de los objetivos establecidos no cuentan con una alta producción académica detrás de la población trans, o aun contando, faltaría por explorar a personas trans sobre las que fluyen numerosas interseccionalidades excluyentes.

No obstante, a lo largo del marco teórico se ha descrito cómo desde la década de los 70 la investigación médica, psicológica y sociológica empezó a incluir el género dentro de los estudios para conocer las diferencias de salud entre hombres y mujeres (Annandale & Hunt, 1990). Se han desarrollado múltiples teorías que ayudan a explicar los mecanismos de funcionamiento del género como determinante para la salud. Sin embargo, estos modelos no han contemplado a las personas trans. El único modelo que incorpora la vivencia interna del género en personas trans es el modelo de afirmación de Sevelius (2013). Tal y como se ha explicado en el marco teórico, la afirmación de género puede solaparse con el constructo de conformidad con las normas de género, el cual es también una vivencia subjetiva con respecto al género.

En paralelo a las teorías sobre el género y la salud, se fueron desarrollando múltiples cuestionarios al objeto de evaluar el género. En el año 2003, Mahalik y colaboradoras desarrollaron el cuestionario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas, y en el

año 2005, centrado en las Normas Femeninas. Este cuestionario situaba la masculinidad y la feminidad como constructos independientes y multidimensionales, lo que ha podido ayudar en la profundización del funcionamiento del género. Mediante este cuestionario se ha visto que tanto las mujeres como los hombres pueden puntuar de maneras muy diversas en ambos géneros y que en función de la dimensión a analizar puede tener una relación dispar con la salud (Aparicio-García & Nieto, 2021). A su vez, dicho cuestionario ha sido utilizado en diferentes países y poblaciones, si bien, al menos en la revisión realizada hasta el momento, sólo se han encontrado dos estudios que lo hayan administrado en población trans. Sin embargo, la representación de las personas trans en dichas investigaciones era anecdótico.

Al mismo tiempo, según el informe publicado por *US Transgender Survey* (2015), el único informe realizado hasta la fecha con una muestra representativa de toda la población trans de EE.UU., las mujeres trans se enfrentan a unos niveles de violencia mayores que el resto de población LGBT y, por supuesto, que el resto de las personas que no son LGTBIAQ+. A raíz de estos procesos de violencia, se ha constatado que las personas trans, y específicamente las mujeres trans, padecen una peor salud general en comparación con personas cisgénero e incluso con personas LBT (Aparicio-García, 2017; Baams et al., 2013; Keng & Liew, 2017; Liu & Mustanski, 2012; Mustanski & Liu, 2013). Desde que en el año 2003 (Meyer), presentara su modelo de estrés por minorías se han desarrollado diferentes modelos acerca de la salud en personas LGTBIAQ+ y se han ido adaptando a personas trans y a la intervención psicológica (Matsuno & Israel, 2018). Dentro de estos modelos se incluyen factores estresantes (transfobia) y también factores protectores distales como los apoyos sociales o proximales como la resiliencia, por lo que cabría esperar que, en esta muestra de mujeres trans, los factores protectores pueden funcionar como beneficiosos para la salud. En este punto es importante señalar que este trabajo no está centrado en los factores estresores, dado que se intenta aportar información sobre actitudes que pueden ser beneficiosas y que

puedan utilizarse en la intervención, si bien, es relevante mencionar y contextualizar las discriminaciones específicas y frecuentes a las que se enfrentan las mujeres trans en exclusión social.

Asimismo, faltaría por explorar y profundizar en el funcionamiento de la resiliencia y de los apoyos sociales en las personas trans (Mastuno & Israel, 2018). El modelo de mediación de Hatzenbuehler (2009) postula que procesos psicológicos y grupales (como los apoyos sociales) podrían actuar como mediadores en los resultados de salud, permitiendo de esta forma aproximarnos a la explicación del por qué se registran estas relaciones.

Con todo ello, en este trabajo se plantea en primer lugar explorar el género, medido de manera multidimensional, y su relación con la salud mental, contemplando el posible rol mediador de la resiliencia y los apoyos sociales en esta muestra específica de mujeres. En segundo lugar, tomar como referencia los modelos de salud existentes para examinar la relación entre la resiliencia y los apoyos sociales, como factores protectores, con la salud mental de las personas trans.

4.2. Objetivos e hipótesis

A raíz de los datos aportados en el marco teórico, en esta investigación se plantea como objetivo general **analizar la relación entre la conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, los apoyos sociales, la resiliencia y salud mental en mujeres trans en situación de exclusión social**. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos e hipótesis:

Objetivo específico 1: Explorar la relación entre conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, y la salud en mujeres trans en exclusión social.

Se ha estudiado hasta ahora el género y la salud en diferentes poblaciones, si bien, el cuestionario de conformidad con las normas de género en personas trans ha sido utilizado de

manera marginal y en el caso de las mujeres trans, al menos en esta revisión, su administración es inexistente. Por ello, se plantea este objetivo a nivel exploratorio. Al mismo tiempo, estos cuestionarios aportan una multidimensionalidad que ofrece una mayor amplitud y posible profundidad al entendimiento del género.

- ***Hipótesis 1.1:*** *Existe correlación negativa entre la conformidad con las normas de género femeninas y la salud en mujeres trans en exclusión social.*
- ***Hipótesis 1.2:*** *existe una correlación positiva entre la conformidad con las normas de género masculinas y la salud en mujeres trans en exclusión social.*

A pesar de no haber estudios de conformidad con las normas de género y la salud en personas trans, sí se ha demostrado que el género tiene una relación con la salud, lo cual nos puede ayudar a entender las diferencias de salud entre hombres y mujeres.

Al mismo tiempo, y si utilizamos el modelo de Sevelius (2013) como marco teórico en este objetivo, cabría esperar que la feminidad se relacionase con una mejor salud (a menor puntuación en el GHQ-12, mejor salud), dado que iría acompañada con la afirmación del género y con una menor exposición a las situaciones de discriminación. La masculinidad, sin embargo, estaría asociada a una peor salud (a mayor puntuación en el GHQ-12, peor salud), dado que podría estar acompañada por la no afirmación del género, lo que llevaría a este colectivo a buscar la afirmación de su género a través de conductas de riesgo y a exponerse a mayores índices de violencia por visibilizar la identidad trans (Miller & Grollman, 2015).

Objetivo específico 2: Analizar la relación entre el apoyo social y la salud en mujeres trans en exclusión social.

Hasta la fecha se ha estudiado ampliamente en los estudios LGTBIAQ+, que existe una relación entre los apoyos sociales y la salud. Sin embargo, falta por conocer esta posible relación en mujeres trans en exclusión social.

- **Hipótesis 2.1:** *a mayor puntuación en apoyo social, mejor salud en mujeres trans en exclusión social*

Para llevar a cabo el análisis de esta hipótesis, nos hemos basado fundamentalmente en el modelo de Matsuno e Israel (2018) y en otras investigaciones que corroboran dicho modelo. Estos estudios constatan la existencia de una relación entre los apoyos sociales como factor distal y salud mental, en el sentido de que, a mayor puntuación en apoyos sociales, mejor salud mental.

- **Hipótesis 2.2:** *los apoyos sociales explicarán parte de las puntuaciones de salud en mujeres trans en exclusión social*

En la segunda hipótesis del segundo objetivo, y continuando con el modelo de Matsuno e Israel (2018), se postulará como hipótesis que podrá existir una relación predictora entre los apoyos sociales y la salud mental, siendo los apoyos sociales los que tengan un efecto sobre la salud en mujeres trans en exclusión social.

Objetivo específico 3: Analizar la relación entre resiliencia psicológica y la salud mental en mujeres trans en exclusión social.

La resiliencia se ha estudiado como un factor protector relacionado con la salud en personas trans, si bien, los estudios académicos en general en mujeres trans en exclusión social y específicamente acerca de la resiliencia y la salud, son escasos.

- **Hipótesis 3.1:** *a mayor puntuación en resiliencia, mejor salud en mujeres trans en exclusión social.*

Para llevar a cabo el análisis de esta hipótesis, nos hemos basado también en el modelo de Matsuno e Israel (2018) y en otras investigaciones que corroboran dicho modelo. Estos estudios constatan la existencia de una relación entre resiliencia como factor proximal y salud mental, en el sentido de que a mayor puntuación en resiliencia mejor salud mental.

- **Hipótesis 3.2:** *la resiliencia explicará parte de las puntuaciones de salud en mujeres trans en exclusión social.*

Por otro lado, en la segunda hipótesis del tercer objetivo, y continuando con el modelo de Matsuno e Israel (2018), se postulará como hipótesis que podrá existir una relación predictora entre la resiliencia y la salud mental, siendo la resiliencia la que tenga un efecto sobre la salud en mujeres trans en exclusión social.

Objetivo específico 4: Examinar el rol mediador de los apoyos sociales y la resiliencia psicológica en la relación entre la conformidad con las normas de género y la salud mental.

- **Hipótesis 4.1:** *el apoyo social percibido mediará la relación entre el género y la salud en mujeres trans en exclusión social*
- **Hipótesis 4.2:** *la resiliencia mediará la relación entre el género y la salud en mujeres trans en exclusión social*

Con respecto a estas dos hipótesis una vez más no encontramos bibliografía específica que contemple una muestra de estas características, aunque existen estudios de acercamiento.

Por una parte, en el análisis de estas dos hipótesis se considerará la conformidad de género como variable independiente, debido a que la mayoría de los estudios encontrados en la revisión bibliográfica, que estudian la conformidad de género y la salud en base a modelos de mediación o moderación, sitúan la conformidad o disconformidad como variable independiente (Baams et al., 2013; Brennan et al., 2017; Budge & Katz-Wise, 2019; Kcomt et al., 2020; Miller & Grollman, 2015; Modrakovic et al., 2020; Toomey et al., 2010).

Al mismo tiempo, los modelos de salud que incluyen la resiliencia y los apoyos sociales consideran estas escalas como variables mediadoras o moderadoras según los casos (Everett et al., 2019; Hatchel et al., 2018; Matsuno & Israel, 2018; Meyer, 2003).

En este objetivo, se tomará como referencia el modelo de mediación para minorías sexuales de Hatzenbuehler (2009), dado que dicho modelo profundiza en el “por qué” (mediación) en lugar de en el “cómo” (moderación) lo que puede facilitar el llevar a cabo procesos de identificación en la intervención.

Por todo ello, se utilizarán los Cuestionario de Conformidad con las Normas de Género masculinas y femeninas como variables independientes, la salud como variable dependiente y los apoyos sociales y la resiliencia se incluirán como variables mediadoras.

4.3. Participantes

La muestra está compuesta por 57 mujeres trans en situación de exclusión social con una edad media de 39,66 años (D.T.= 9,48) siendo la edad máxima de 65 y la mínima de 19.

En la tabla 1 se muestran los resultados sociodemográficos de las participantes:

Tabla 1

Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Lugar de nacimiento	Ecuador	20	35,1%
	Perú	6	10,5%
	Colombia	4	7,1%
	Cuba	4	7,1%
	España	4	7,1%
	Honduras	4	7,1%
	Venezuela	4	7,1%
	Argentina	3	5,4%
	Panamá	2	3,6%
	Paraguay	2	3,6%
	Costa Rica	1	1,8%
	México	1	1,8%
	Nicaragua	1	1,8%
	Nivel de estudios	Sin estudios	7
Primaria		15	26,3%

	Secundaria	18	31,6%
	Bachillerato/FP	10	17,5%
	Titulación superior	6	10,5%
Situación Laboral	Prostitución	49	86%
	Limpieza	3	5,3%
	Barrendera	1	1,8%
	Camarrera	1	1,8%
	Cuidadora	1	1,8%
	Peluquería	1	1,8%
	Desempleo	1	1,8%

Con respecto a las variables demográficas, el 100% reside en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, el 96,9% es de Latinoamérica y especialmente de Ecuador con un 35,7% (N=20), seguido de Perú con un 10,7% (N=6), en menor medida Colombia, Cuba, Honduras y Venezuela con un 7,1% (N=4), Argentina con un 5,4% (N=3) y con tan solo una representación (N=1) Costa Rica, México y Nicaragua, lo que representa un 1,7% en cada país.

En lo referido al nivel de estudios, el 12,3% (N=7) no tiene estudios, el 26,3% (N=15) ha completado estudios primarios, 31,6% (N=18) estudios secundarios, el 17,5% (N=10) estudios de bachillerato o formación profesional y, finalmente, el 10,5% (N=6) estudios superiores.

Con respecto a la situación laboral, el 86% (N=49), es decir, la mayoría, se dedica al ejercicio de la prostitución, un 5,3% (N=3) al sector de la limpieza y con una frecuencia de uno han referido dedicarse como cuidadora, barrendera, camarera, peluquera o en situación de desempleo.

4.4. Instrumentos

4.4.1. Recogida de los datos sociodemográficos

Para la recogida de los datos sociodemográficos, se preguntó a las participantes por su edad, lugar de residencia, lugar de nacimiento, identidad de género, situación laboral y nivel de estudios.

Al realizar este trabajo de forma presencial, las preguntas tenían respuestas cerradas, a excepción de la pregunta referida al nivel de estudios, ya que, dada la heterogeneidad de los diferentes sistemas educativos que existen en los países de procedencia, al marcar la opción de respuesta se trató de asociar la edad con el nivel de estudios concreto, es decir, se les explicó a qué edades hacían referencia cada nivel de estudios. De esta forma, se pudo llevar a cabo una equivalencia razonable entre sus estudios y las opciones de respuesta.

4.4.2. Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI-45)

El instrumento del CFNI se desarrolló en el 2005 por Mahalik y colaboradoras y contaba con 84 ítems. Sin embargo, en el presente estudio se utilizará el cuestionario resumido y adaptado a la población española CFNI-45 (Aparicio-García y Alvarado-Izquierdo, 2019).

Tabla 2

Subescalas del CFNI-45 y sus definiciones

Nombre completo de la subescala	Definición de la subescala
Apariencia del CFNI-45	Comprometer recursos para mantener y mejorar la apariencia física. Ejemplo ítem: “Me maquillo regularmente”
Relacional del CFNI-45	Poner en valor “al otro” a nivel relacional Ejemplo ítem: “Me siento bien conmigo misma cuando otras personas saben que me importan”
Cuidado niñas/os del CFNI-45	Cuidar y estar con los niñas Ejemplo ítem: “Me gusta estar cerca de niños/as”
Delgadez del CFNI-45	Perseguir un ideal de cuerpo delgado. Ejemplo ítem: “Sería más feliz si fuese más delgada”

Fidelidad sexual del CFNI-45	Mantener la intimidad sexual dentro de una relación comprometida Ejemplo ítem: “Me sentiría extremadamente avergonzada si tuviera muchas parejas sexuales”
Modestia del CFNI-45	Abstenerse de llamar la atención sobre los propios talentos o habilidades. Ejemplo ítem: “Odio contar mis logros a la gente”
Doméstica del CFNI-45	Mantener la casa Ejemplo ítem: “Limpio mi casa regularmente”
Agradable en las relaciones del CFNI-45	Desarrollar un estilo relacional dulce y agradable Ejemplo ítem: “Intento ser dulce y amable”
Romántica del CFNI-45	Invertir en una relación romántica. Ejemplo ítem: “Es importante tener una relación romántica”
Escala global del CFNI-45	-

El CFNI-45 tiene 45 ítems que se evalúan mediante una escala Likert de 4 puntos que va desde 0 (Totalmente en Desacuerdo) a 3 (Totalmente de Acuerdo), y separados en 9 factores: Apariencia, Cuidado de Niños/as, Doméstica, Modestia, Agradable en las relaciones, Romántica, Fidelidad sexual, Delgadez y Relacional.

La fiabilidad del CFNI-45 parece adecuada, ya que, el valor más bajo del índice de fiabilidad es el de la subescala Relacional con un .68 y el más alto el de la subescala de Cuidado de hijos con un .90. Al calcular las propiedades psicométricas de las subescalas en esta muestra mediante el alfa de Cronbach, se han obtenido datos algo más bajos: Apariencia ($\alpha = .46$), Cuidado de Niños/as ($\alpha = .55$), Doméstica ($\alpha = .594$), Modestia ($\alpha = .57$), Agradable en las relaciones ($\alpha = .721$), Romántica ($\alpha = .466$), Fidelidad sexual ($\alpha = .068$), Delgadez ($\alpha = .677$), Relacional ($\alpha = .143$) y Total ($\alpha = .710$). De las subescalas destacan por sus bajos índices en alfa de Cronbach la Relacional y Fidelidad sexual. Por ello, se decide eliminarlas para los futuros análisis estadísticos (Amón, 2009).

4.4.3. Conformidad con las Normas de Género Masculinas CMNI-46

El instrumento del CMNI se desarrolló en el 2003 también por Mahalik y colaboradoras y contaba con 94 ítems. Sin embargo, en el presente estudio se utilizará el

cuestionario resumido a 46 ítems (Parent & Moradi, 2009) y adaptado a la población española (Cuéllar-Flores et al., 2011).

Los 46 ítems se evalúan mediante una escala Likert de 4 puntos que va desde 0 (Totalmente en Desacuerdo) a 3 (Totalmente de Acuerdo), y agrupados en 9 factores: Ganar, Control emocional, Primacía sobre el trabajo, Conductas de riesgo, Violencia, Desprecio hacia la homosexualidad, *Donjuanismo*, Independencia y Poder sobre las mujeres. En la escala resumida, los índices de fiabilidad oscilan entre Primacía sobre el trabajo .76 y Desprecio a la homosexualidad .91. Mientras tanto, en la adaptación española, los índices de Cronbach se sitúan entre $\alpha = .67$ en la subescala de Conductas de riesgo y $\alpha = .81$ en la subescala de Desprecio a la homosexualidad.

Las propiedades psicométricas del CMNI-46 en la muestra de este estudio son las siguientes: Ganar ($\alpha = .65$), Control emocional ($\alpha = .79$) Primacía sobre el trabajo ($\alpha = .536$), Conductas de riesgo ($\alpha = .45$), Violencia ($\alpha = .47$), Desprecio hacia la homosexualidad ($\alpha = .73$), *Donjuanismo* ($\alpha = .59$), Independencia ($\alpha = .56$), Poder sobre las mujeres ($\alpha = .70$) y Total ($\alpha = .82$).

Tabla 3

Subescalas del CMNI-46 y sus definiciones

Nombre completo de la subescala	Definición de la subescala
Ganar del CMNI-46	Deseo por ganar. Ejemplo ítem: “En general, hago cualquier cosa por ganar”
Control emocional del CMNI-46	Restricción emocional, tendencia a “guardarse los sentimientos” Ejemplo ítem: “Jamás comparto mis sentimientos”
Conductas de riesgo del CMNI-46	Predilección por comportamientos de alto riesgo. Ejemplo ítem: “A menudo me expongo a situaciones arriesgadas”
Violencia del CMNI-46	Propensión a la violencia física Ejemplo ítem: “La acción violenta es necesaria a veces”
Poder sobre las mujeres del CMNI-46	Control percibido sobre las mujeres tanto a nivel personal como social.

	Ejemplo ítem: “Las mujeres deberían subordinarse a los hombres”
<i>Donjuanismo</i> del CMNI-46	Deseo de relaciones sexuales múltiples o sin compromiso. Ejemplo ítem: “Si pudiera, cambiaría a menudo de pareja sexual”
Independencia del CMNI-46	Aversión a pedir ayuda Ejemplo de ítem: “Odio pedir ayuda”
Primacía sobre el trabajo del CMNI-46	Ver el trabajo como un foco principal de la vida. Ejemplo ítem: “Mi trabajo es la parte más importante de mi vida”
Desprecio homosexualidad del CMNI-46	Aversión a la perspectiva de ser gay o de ser considerado gay. Ejemplo ítem: “Sería horrible si la gente pensase que soy gay”
Escala global del CMNI-46	-

4.4.4. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)

La EMAS (Zimet et al., 1988) es una escala adaptada al castellano (Landeta & Calvete, 2002) y autoadministrada, que tiene como objetivo medir la procedencia de los apoyos sociales (Amistades, Familia o Personas Relevantes) y la percepción de los mismos.

Está conformada por 12 ítems y el formato de respuesta es de tipo Likert. En un principio constaba de 4 opciones de respuesta, si bien, en esta investigación se utilizó el cuestionario desarrollado tras la adaptación al castellano (Landeta & Calvete, 2002) y en el que las alternativas de respuesta se ampliaron a 7 (el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 7 “Estar totalmente de acuerdo”). A mayor puntuación, se estima una mayor percepción de apoyo social.

A su vez, la propia escala contiene subescalas que miden el apoyo percibido por Amistades (6,7,9 y 12), por Familia (3,4,8 y 11) y por Personas Relevantes (1,2,5,10).

Tabla 4

Subescalas de la EMAS y sus definiciones

Nombre completo de la subescala	Definición de la subescala
Amistades de la EMAS	Apoyo percibido por amistades Ejemplo ítem: “Mis amigos realmente tratan de

	ayudarme”
Familia de la EMAS	Apoyo percibido por familia Ejemplo ítem: “Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil”
Personas Relevantes de la EMAS	Apoyo percibido por personas significativas Ejemplo ítem: “Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia”
Escala global de la EMAS	-

Con respecto a las propiedades psicométricas, en la adaptación que se hizo en 2002, se observó una consistencia interna alta tanto en la escala global ($\alpha = .89$) como en cada una de las subescalas (Amistades $\alpha = .92$, Familia $\alpha = .89$ y Personas Relevantes $\alpha = .89$). Asimismo, se puede considerar que posee validez convergente, ya que, se han observado correlaciones significativas de todas las subescalas con la puntuación total de la escala de Apoyo Social Funcional Duke-UNK (Ruiz-Jiménez et al., 2017).

En la muestra que se ha considerado en esta investigación, la fiabilidad global es $\alpha = .90$ y la de cada una de las subescalas: Amistades $\alpha = .91$, Familia $\alpha = .92$ y Personas Relevantes $\alpha = .78$. En términos generales, se han obtenido índices de fiabilidad altos (Amón, 2009).

4.4.5. Escala Resiliencia (ER-14)

La ER-14 (Wagnild, 2009), adaptada al castellano por (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015) es una escala autoadministrada que se utiliza para evaluar el grado de resiliencia individual.

Consta de 14 ítems que miden dos factores: Competencia Personal (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14) y Aceptación de una misma y de la vida (3, 4, 8). El formato de respuesta es también tipo Likert y consta de 7 tipos de respuesta, siendo el valor 1 “Totalmente desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, se

estima una mayor capacidad resiliente por parte de la persona participante. Además, la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia: 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja y 30-14=Muy baja.

Por su parte, la versión en castellano de la ER-14 muestra una adecuada consistencia interna medida por el alfa de Cronbach ($\alpha = .79$).

Con respecto a la validez convergente calculada con otras medidas de resiliencia general, se ha observado una alta correlación entre la escala global y subescalas de la ER-14 en español y la Escala de Resiliencia de *Connor-Davidson* (CD-RISC) (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015).

Al calcular la fiabilidad de la escala en la muestra utilizada en este estudio, se han obtenido los siguientes resultados: escala global $\alpha = .83$, Competencia Personal $\alpha = .79$ y Aceptación de una misma $\alpha = .69$. La fiabilidad en la escala global es alta, si bien, en las subescalas se va reduciendo, aunque se mantiene con valores adecuados (Amón, 2009).

Tabla 5

Subescalas de la ER-14 y sus definiciones

Nombre completo de la subescala	Definición de la subescala
Competencia Personal de la ER-14	Se refiere a la auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia Ejemplo ítem: “Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez”
Aceptación de una misma y la vida de la ER-14	Se refiere a la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable: Ejemplo ítem: “En general, me tomo las cosas con calma”
Escala global de la ER-14	-

4.4.6. Cuestionario de Salud General (GHQ12)

El cuestionario GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988), adaptado a población española por (Sánchez-López & Dresch, 2008), es un instrumento autoadministrado que mide el bienestar general y posibles trastornos psiquiátricos no psicóticos. Para ello, se valoran posibles problemas de salud mental durante las últimas semanas.

El cuestionario contiene 12 ítems y en la adaptación española se han observado tres factores: Estrategias de Afrontamiento (1,3,4,7,8 y 12), Autoestima (6,9,10 y 11) y estrés (2, 5 y 9). El formato de respuesta vuelve a ser tipo Likert y tiene 4 opciones de respuesta del 0 al 3. A mayor puntuación, peor bienestar con respecto a la salud mental en general.

La consistencia interna, medida mediante el alfa de Cronbach, del cuestionario adaptado a la población española fue de $\alpha = .76$ (Sánchez-López & Dresch, 2008). A su vez, los resultados han evidenciado correlaciones significativas entre la escala global y los factores internos con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Sánchez-López & Dresch, 2008).

La fiabilidad obtenida en la muestra de este estudio fue alta, obteniéndose los siguientes valores: escala global $\alpha = .87$, Estrategias de Afrontamiento $\alpha = .78$, Autoestima $\alpha = .82$ y estrés $\alpha = .80$.

Tabla 6

Subescalas del GHQ-12 y sus definiciones

Nombre completo de la subescala	Definición de la subescala
Estrategias de Afrontamiento del GHQ-12	“¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?”
Autoestima del GHQ-12	“¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?”
Estrés del GHQ-12	“¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?”
Escala global del GHQ-12	-

4.5. Procedimiento

El presente estudio cuenta con una muestra incidental de mujeres trans en exclusión social que acuden como usuarias beneficiarias a la asociación Imagina MÁS, que desarrolla en Madrid, desde hace más de 10 años, programas dirigidos a mujeres trans en exclusión social o en contexto de prostitución. Para la obtención de la muestra se ha utilizado la propia sede de la entidad y se ha administrado el cuestionario a las mujeres trans que han acudido presencialmente a dicha sede.

Por otra parte, como criterios de inclusión se utilizaron los siguientes: que aceptasen participar, que participasen en el Programa de personas LGTBIAQ+ en exclusión social de la Asociación Imagina MÁS y que se identificasen como mujer trans. Asimismo, se han excluido del estudio a las siguientes mujeres: aquellas que no tuviesen un nivel adecuado de comprensión del castellano y quienes no supiesen leer ni escribir.

Al administrar el cuestionario, tal y como se ha comentado, siempre se ha realizado de manera presencial, debido a que, por un lado, es un colectivo difícil de acceder a través de plataformas de internet y, por otro, al hacerlo presencial, se podía aclarar alguna pregunta determinada, pero sin incidir en su respuesta.

Una vez que aceptaban participar, se les administraba una hoja de consentimiento explicando el objetivo del estudio y garantizando que los resultados fuesen anónimos. Tardaron en responder el cuestionario entre un mínimo de 30 y un máximo 45 minutos, facilitándoles a su vez una plantilla en la que tenían siempre visible la escala de respuestas para evitar olvidos en la dirección de su respuesta. Cabe señalar que durante la pandemia de la COVID-19 se paralizó la administración de los cuestionarios por motivos sanitarios. Cinco meses después de la declaración del estado de alarma, se retomó el proceso de administración de las escalas.

4.6. Análisis de los datos

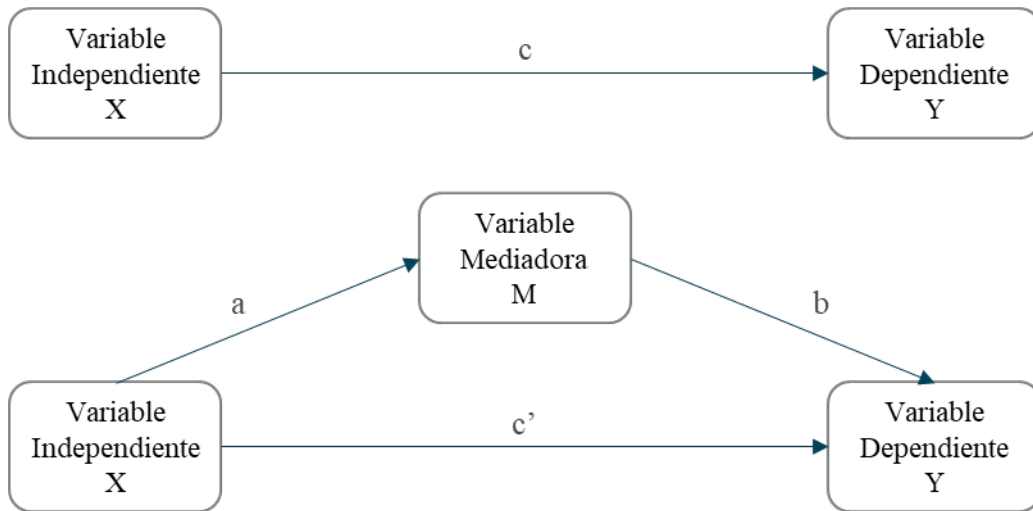
Tras la recogida de los datos, se introdujeron las puntuaciones de las escalas en el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 21 para Windows.

Una vez introducidos los datos en dicho programa, algunos ítems inversos de las escalas CFNI-45 y CMNI-46 se transformaron y adaptaron a los ítems directos de las mismas para obtener una adecuada homogeneización entre ítems. De esta forma, se pudo calcular la consistencia interna de las diferentes subescalas utilizadas en la muestra, realizándose un análisis de fiabilidad mediante el coeficiente de Cronbach. A su vez, antes de realizar los análisis relacionales, se estudió el grado de normalidad de cada una de las variables mediante el coeficiente de Kolmogorov Smirnov (K-S).

Por otro lado, para estudiar los tres primeros objetivos, interesaba estimar a priori el grado de correlación que presentaban entre sí el conjunto de variables consideradas, para lo cual se ha utilizado la Matriz de Correlación de Pearson. Por su parte, en el análisis de los objetivos segundo y tercero, se han utilizado además modelos de regresión lineal simple para explicar, primero, el comportamiento de una variable (dependiente) a partir de otra variable (independiente), segundo, interpretar los coeficientes del modelo elaborado, tercero, determinar si el modelo es lo suficientemente explicativo (bondad del ajuste) y, cuarto, interpretar los resultados que subyacen al análisis. En la consecución del cuarto objetivo, se ha utilizado la estrategia de pasos causales para analizar el modelo de mediación simple que se muestra en la Figura 2 (Baron & Kenny, 1986), el cual se apoya en el modelo de regresión lineal simple. Asimismo, fue necesario instalar la macro PROCESS en el programa SPSS (Hayes, 2009), para poder realizar el análisis de mediación.

Figura 2

Diagrama conceptual y estadístico de los análisis de mediación simple (Baron & Kenny, 1986)



- Nota.
- a = efecto de la variable independiente (X) sobre la variable mediadora (M)
 - b = efecto de la variable mediadora (M) sobre la variable dependiente (Y)
 - c = efecto directo de "X" sobre "Y", sin incluir M (efecto total)
 - c' = efecto directo de "X" sobre "Y" cuando se incluye "M"
1. Efecto total: $c = ab + c'$
 2. Efecto directo: $c' = c - ab$
 3. Efecto indirecto: $c - c' = ab$ (efecto mediación)

Básicamente, el análisis de la mediación lo que pretende es explicar *por qué* se produce una determinada relación entre una variable independiente y una variable dependiente. Como se puede apreciar en la Figura 2, la mediación supone una relación entre tres o más variables. En el caso más simple, como es el nuestro, entre tres variables. Así, entre la variable independiente X y la variable dependiente Y, nos encontraríamos con una variable mediadora, que se relacionaría tanto con la variable independiente como con la dependiente. En nuestro caso, las variables mediadoras consideradas son el apoyo y la resiliencia.

En base a la técnica *Bootstrapping* utilizada en el análisis de mediación (Hayes, 2013), se encontrará efecto de mediación cuando el efecto indirecto de la regresión es diferente de cero. El efecto indirecto parte a su vez de otros dos coeficientes, el coeficiente "a" que cuantifica la relación entre la variable independiente y la mediadora, y el coeficiente "b" que cuantifica la relación entre la variable mediadora y la dependiente (Hayes, 2013). Se

considera que el efecto indirecto es estadísticamente significativo si el intervalo de confianza establecido (IC al 95%), no incluye el valor 0. Si el valor 0 está incluido dentro de dicho intervalo, no se puede rechazar la hipótesis nula que plantea que el efecto indirecto es igual a 0, es decir, que no existe relación entre las variables implicadas (independiente, mediadora y dependiente) (Hayes, 2013).

Por otro lado, los criterios de selección de variables para llevar a cabo el análisis de mediación eran en principio los mismos que los utilizados en los objetivos anteriores, es decir, eligiendo a priori las subescalas de salud como variables dependientes y seleccionando las variables independientes y mediadoras de mayor magnitud y/o cuyos coeficientes de correlación eran significativos ($p < .05$) al ponerlas en relación con las variables dependientes. Por las características propias de las subescalas de género (feminidad y masculinidad), se consideraron éstas como variables independientes y las de resiliencia y apoyos como mediadoras.

Para finalizar, debemos señalar que, si bien se está trabajando con una muestra estadística de conveniencia de tamaño ($n=57$), basar el criterio de selección de relaciones de este amplio abanico de correlaciones y regresiones en referencia exclusiva al concepto de *significatividad estadística* es probablemente insuficiente. Para complementar el análisis, en este trabajo se utilizará también el criterio de *tamaño del efecto*, que es una cuantificación de la importancia que tiene una diferencia o un coeficiente, después de haber obtenido un resultado significativo en la prueba del contraste de hipótesis. En nuestro caso, y teniendo en cuenta que no se ha realizado ninguna intervención en las participantes de la muestra, el tamaño del efecto no se medirá por diferencias de medias entre el grupo control y el grupo experimental, sino a partir de unas medidas estandarizadas basadas en los coeficientes de correlación r en las matrices de correlación y en los coeficientes de determinación R^2 en las regresiones lineales, según las siguientes medidas (Cohen, 1988):

- Correlaciones: Cohen considera un efecto grande si $r=0,50$, mediano si $r=0,30$ y pequeño si $r=0,10$.
- Regresiones lineales: La medida estandarizada para evaluar el tamaño del efecto se lleva a cabo a través de la siguiente expresión:

$$f^2 = R^2 / (1 - R^2)$$

Cohen establece en 0,02, 0,15 y 0,35 los criterios de pequeño, mediano y gran efecto.

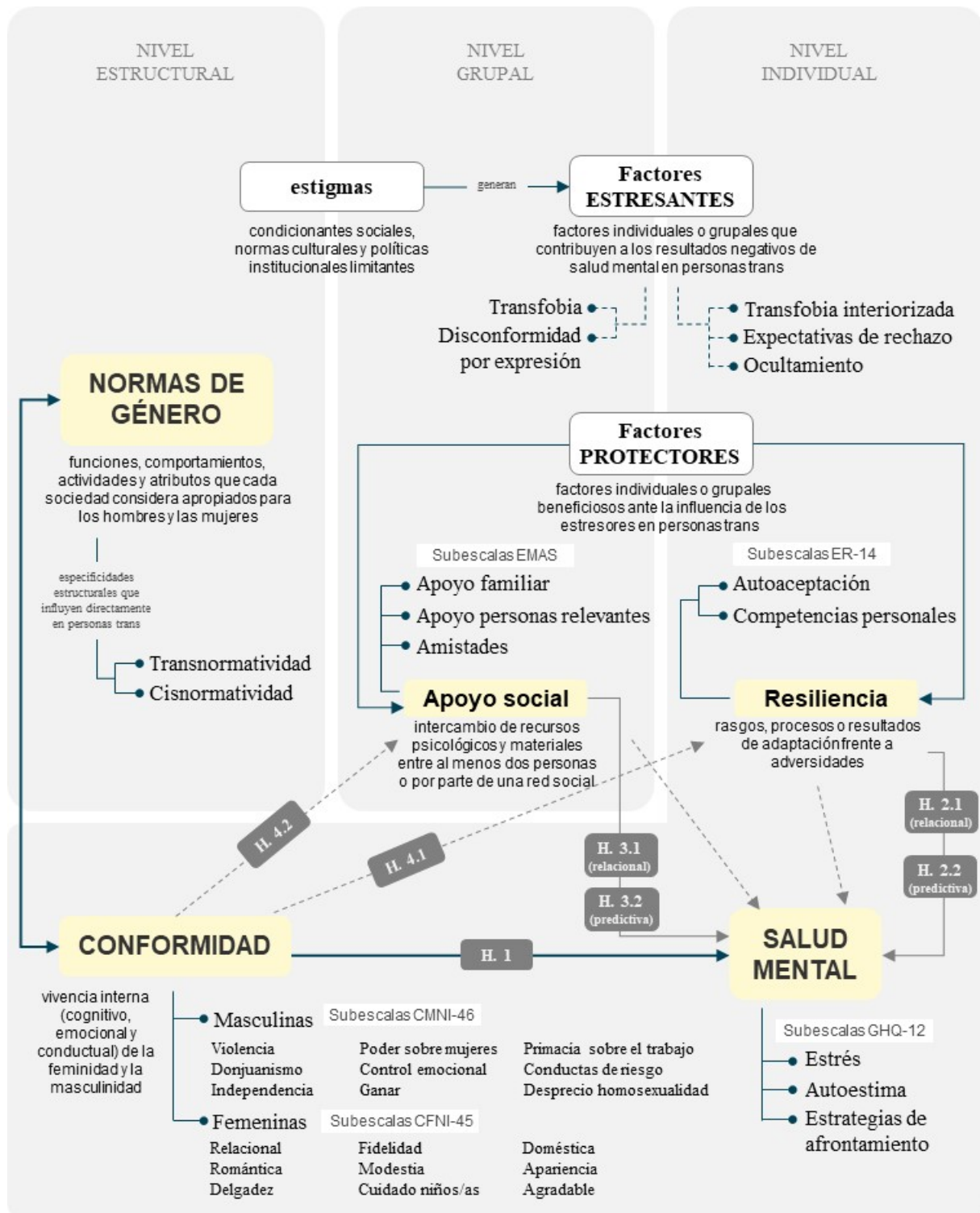
En el presente estudio, se ha considerado que dos variables están relacionadas entre sí, si sus respectivos coeficientes r o B , según casos, son estadísticamente significativos (al menos, $p < .05$) y el tamaño del efecto medido por los coeficientes r o f^2 , según cada caso, sea superior al pequeño. Habría que matizar que estos criterios los utilizamos en los objetivos 1, 2 y 3 del estudio y no así en el objetivo 4 de mediación, dada la singularidad del contraste estadístico que se ha realizado, a partir del efecto indirecto de la variable mediadora, tal y como se verá más adelante.

4.7. Resumen del método

En la Figura 3, se añade al contenido de la Figura 1 las líneas que reflejan las hipótesis establecidas en este trabajo, junto con el análisis estadístico correspondiente en cada relación.

Figura 3

Resumen conceptual y relacional del marco teórico y las hipótesis planteadas



CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior en el que se describía el método, se han calculado los índices de fiabilidad de cada subescala y se ha decidido excluir de los siguientes análisis las subescalas Relacional y Fidelidad sexual del CFNI. Al mismo tiempo, para comprobar si las puntuaciones obtenidas por las participantes en las escalas que se administraron seguían una distribución normal, se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), a un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 7 se observan las medias, desviaciones típicas y los resultados de la prueba de normalidad de todas las subescalas administradas a las participantes.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos y prueba de Kolmogorov-Smirnov del CFNI-45, CMNI-46, ER-14, EMAS y GHQ-12

Variable	Media	D.T.	Varianza	K-S
CFNI-45				
CFNI-A	9.42	2.44	5.99	.292
CFNI-CN	8.8	2.48	6.16	.191
CFNI-DE	9.89	3.61	13.07	.089
CFNI-M	6.05	2.54	6.45	.443
CFNI-DO	13.19	61	6.81	.090
CFNI-AG	11.62	2.87	8.27	.183
CFNI-RO	10.21	2.76	7.66	.439
CFNI-T	88.03	11.5	132.43	.938
CMNI-46				
CMNI-G	8.33	2.99	8.99	.433
CMNI-CE	8.58	4.08	16.71	.272
CMNI-CR	10.83	2.79	7.81	.134
CMNI-V	6.46	2.68	7.23	.123
CMNI-CM	6.19	2.63	6.96	.014* (Ln= .038*)
CMNI-DJ	6.23	2.79	7.81	.078
CMNI-I	7.19	3.16	10.01	.290
CMNI-PT	9.19	2.73	7.47	.155

	CMNI-DH	8.89	4.03	16.31	.473
	CMNI-T	71.94	11.77	138.56	.870
EMAS	EMAS-A	17.12	7.47	55.93	.364
	EMAS-F	17.48	8.95	80.10	.231
	EMAS-PR	18.73	7.22	52.16	.634
	EMAS-T	53.33	19.06	363.61	.879
ER-14	ER-CP	65.35	10.24	105.03	.123
	ER-AC	16.26	3.97	15.83	.111
	ER-T	81.62	13.28	15.83	.212
GHQ-12	GHQ-12-EA	6.33	3.65	13.35	.330
	GHQ-12-AU	4.89	3.25	10.60	.079
	GHQ-12-ES	4.30	2.50	6.28	.335
	GHQ-12-T	14.19	7.32	53.61	.241

Nota. * $p < .05$, no siguen una distribución normal. La denominación de las variables consideradas es la siguiente:

1. Variables de feminidad: CFNI-A (Apariencia), CFNI-CN (Cuidado niñas/os), CFNI-DE (Delgadez), CFNI-M (Modestia), CFNI-DO (Doméstica), CFNI-AG (Agradable en las relaciones), CFNI_RO (Romántica), CFNI-T (Escala global). 2. Variables de masculinidad: CMNI-G (Ganar), CMNI-CE (Control emocional), CMNI-CR (Conductas de riesgo), CMNI-V (Violencia), CMNI-CM (Poder sobre las mujeres), CMNI-DJ (*Donjuanismo*), CMNI-I (Independencia), CMNI-PT (Primacía sobre el trabajo), CMNI-DH (Desprecio hacia la homosexualidad), CMNI-T (Escala global). 3. Variables de Apoyos sociales: EMAS-A (Amistades), EMAS-F (Familia), EMAS-PR (Personas Relevantes), EMAS-T (Escala global). 4. Variables de Resiliencia: ER-CP (Competencia personal), ER-AC (Aceptación de una misma y de la vida), ER-T (Escala global). 5. Variables de salud: GHQ-12-EA (Estrategias de Afrontamiento), GHQ-12-AU (Autoestima), GHQ-12-ES (Estrés), GHQ-12-T (Escala global).

En la columna de los resultados obtenidos en la prueba de Kolmogorov Smirnov se ha observado que todas las variables se ajustaban a una distribución normal ($p > .05$), excepto la subescala de Poder sobre las mujeres. Por ello, al tener esta subescala un valor $p < .05$ en el Test de Kolmogorov, se ha transformado a logaritmos neperianos, si bien, tampoco se ha logrado el ajuste a una distribución normal. A pesar de ello, se trata de una sola subescala, que junto con otras 9 conforman la variable CMNI-46. El conjunto de estas 10 subescalas, y tras realizar la prueba de Kolmogorov Smirnov se ajustan razonablemente a una distribución normal ($p > .05$), luego hemos supuesto que en este modelo no se produce una pérdida de generalidad por este motivo.

5.2. Conformidad de género y salud (Objetivo específico 1)

En el primer objetivo se plantea explorar la relación entre conformidad con las normas de género masculinas y femeninas y la salud en mujeres trans en exclusión social. Para ello, tal y como se ha mencionado en el método, se ha llevado a cabo el cálculo de la matriz de correlaciones de Pearson. En la Tabla 8 se muestran los resultados de la conformidad con el género femenino y la salud. Por su parte, en la Tabla 9 los resultados de la conformidad de género masculino y la salud.

Así, en la Tabla 8 se puede observar que los coeficientes de correlación entre la subescala Agradable en las relaciones de la feminidad (CFNI-AG) y las subescalas de salud de Estrategias de Afrontamiento (CHQ-12-EA) y Autoestima (CHQ-12-AU) son significativos a un nivel de confianza del 95% ($p < .05$) e incluso a un nivel del 99% ($p < .01$) respecto a la subescala de Estrés (CHQ-12-ES) y a la escala global del GHQ-12-T. Asimismo, el signo de estos coeficientes es negativo, lo que implica que a mayor puntuación en Agradable en las relaciones, menor puntuación en todas las subescalas de salud. Dicho de otra forma, a mayor conformidad en Agradable en las relaciones, mejor salud. Por otro lado, y siguiendo los criterios de Cohen (Cohen, 1988), los cuatro coeficientes r alcanzan una puntuación en torno a 0,35, lo que implica un tamaño del efecto mediano. Se cumple, por tanto, los criterios de selección de variables relacionadas que se han propuesto anteriormente.

En la Tabla 9, por otro lado, se observa que los coeficientes de correlación de tres subescalas de la masculinidad son positivos, y estadísticamente significativos, con subescalas de salud. En concreto, a un nivel de confianza del 95% ($p < .05$), los coeficientes de correlación de las variables Control emocional (CMNI-CE), Violencia (CMNI-V) y la escala total del CMNI-T, son significativos respecto a la variable Estrés del GHQ-12. Por otro lado,

Tabla 8

Matriz de correlaciones del CFNI-45 y GHQ-12

	CFNI-A CN	CFNI- DE	CFNI- M	CFNI- DO	CFNI- AG	CFNI- RO	GHQ- 12-EA	GHQ- 12-AU	GHQ- 12-ES	GHQ- 12-T		
CFNI-A (Apariencia)	1											
CFNI-CN (Cuidado niñas/os)	.029	1										
CFNI-DE (Delgadez)	.426**	-.183	1									
CFNI-M (Modestia)	-.188	-.119	.066	1								
CFNI-DO (Doméstica)	.328*	.118	.099	.045	1							
CFNI-AG (Agradable en las Romántica)	.351**	.272*	-.013	.097	.579**	1						
CFNI-RO (Romántica)	.244	.091	.213	-.131	.200	.323*	1					
CFNI-T (Escala Global)	.558**	.302*	.481**	.203	.607**	.725**	.534**	1				
GHQ-12-EA (Estrategias de Autoestima)	.046	-.110	.061	-.061	-.093	-.324*	-.036	-.155	1			
GHQ-12-AU (Autoestima)	-.024	.028	.074	-.222	-.057	-.312*	.118	-.079	.622**	1		
GHQ-12-ES (Estrés)	-.005	-.124	.108	-.023	-.254	-.394**	-.089	-.196	.525**	.659**	1	
GHQ-12-T (Escala global)	.003	-.070	.084	-.120	-.147	-.396**	.002	-.169	.884**	.878**	.789**	1

Nota. * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Tabla 9

Matriz de correlaciones del CMNI-46 y GHQ-12

	CMNI-G	CMNI-CE	CMNI-CR	CMNI-V	CMNI-CM	CMNI-DJ	CMNI-I	CMNI-PT	CMNI-DH	CMNI-T	GHQ-12-EA	GHQ-12-AU	GHQ-12-ES	GHQ-12-T
CMNI-G (Ganar)	1													
CMNI-CE (Control emocional)	.216	1												
CMNI-CR (Conductas de riesgo)	-.126	.225	1											
CMNI-V (Violencias)	-.020	.193	.054	1										
CMNI-CM (Poder sobre las mujeres)	-.027	.168	-.097	.446**	1									
CMNI-DJ (Donjuanismo)	-.153	-.122	.033	.321*	.282*	1								
CMNI-I (Independencia)	-.174	.234	.053	.288*	.156	.087	1							
CMNI-PT (Primacía sobre el trabajo)	.344**	.167	.102	-.183	-.061	-.180	-.444**	1						
CMNI-DH (Desprecio hacia la homosexualidad)	.042	-.043	-.118	.140	.418**	.120	.229	-.146	1					
CMNI-T (Escala global)	.301*	.595**	.279*	.562**	.593**	.324*	.416**	.134	.493**	1				
GHQ-12-EA (Estrategias de Afrontamiento)	-.227	.156	.031	.238	.126	-.092	.261	-.098	-.024	.104	1			
GHQ-12-AU (Autoestima)	-.048	.160	.100	.237	.193	.036	.132	.049	.072	.245	.622**	1		
GHQ-12-ES (Estrés)	-.058	.290*	.078	.314*	.229	-.026	.058	-.015	.113	.272*	.525**	.659**	1	
GHQ-12-T (Escala global)	-.146	.223	.055	.303*	.196	-.029	.206	-.047	.052	.222	.884**	.878**	.789**	1

Nota. * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

el coeficiente de correlación de la variable Violencia (CMNI-V) es también positivo, y estadísticamente significativo, respecto a la escala global del GHQ-12. Esto quiere decir que, a mayor puntuación en Control emocional (CMNI-CE), Violencia (CMNI-V) o en la escala global de la masculinidad (CMNI-T), mayor puntuación en Estrés (GHQ-12-ES), lo que implica peor salud, y a mayores índices de Violencia, peor salud global dentro de la escala del GHQ-12. En este caso, también se observa que los cuatro coeficientes r considerados cumplen asimismo el criterio del tamaño del efecto, en la medida que se sitúan por encima del tamaño mínimo establecido en este trabajo de 0,10.

5.3. Apoyos sociales y salud (Objetivo específico 2)

En el segundo objetivo se ha planteado analizar la relación entre el apoyo social y la salud en mujeres trans en exclusión social. Para ello, se ha vuelto a calcular la matriz de correlaciones de Pearson con las puntuaciones de todas las variables de la EMAS y del GHQ-12.

Tabla 10

Matriz de correlaciones de la EMAS y GHQ-12

	EMAS -A	EMAS -F	EMAS -PR	EMAS -T	GHQ- 12-EA	GHQ- 12-AU	GHQ- 12-ES	GHQ- 12-T
EMAS-A (Amistades)	1							
EMAS-F (Familia)	.454**	1						
EMAS-PR (Personas Relevantes)	.505**	.457**	1					
EMAS-T	.797**	.822**	.792**	1				
GHQ-12-EA	-.197	-.076	-.270*	-.215	1			
GHQ-12-AU	-.304*	-.118	-.297*	-.287*	.622**	1		
GHQ-12-ES	-.408**	-.155	-.429**	-.396**	.525**	.659**	1	
GHQ-12-T	-.312*	-.129	-.364**	-.321*	.884**	.878**	.789**	1

Nota. * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

En la Tabla 10 de la matriz de correlaciones se observa que los coeficientes de correlación de las cuatro subescalas de salud son negativos y estadísticamente significativos en relación con las subescalas de apoyo EMAS, excepto la de Familia (EMAS-F), que no cumple los criterios de contraste de los coeficientes de correlación. Otro aspecto a destacar es la subescala Estrés (GHQ-12-ES) cuyos coeficientes de correlación destacan sobre el resto, tanto en magnitud como en nivel de significación. Por otro lado, el tamaño del efecto estimado a través del coeficiente de correlación r se sitúa, en los casos de correlaciones significativas, claramente por encima del tamaño mínimo fijado de 0,10.

Una vez calculadas las correspondientes matrices de correlaciones de Pearson, nos proponemos, en segundo lugar, llevar a cabo el análisis de regresión para el conjunto de variables que se consideran más significativas según los coeficientes de correlación ya calculados. El objetivo es estudiar si una variable dependiente cuantitativa puede ser expresada como función de una variable o de una combinación de variables independientes. Como criterio de selección de variables a la hora de desarrollar el análisis de regresión, se seleccionan como variables dependientes, tanto en este objetivo como en los dos siguientes, las cuatro variables de salud GHQ-12. En cuanto a las variables independientes, se seleccionan aquellas cuyos coeficientes de correlación son estadísticamente significativos, al menos en el punto crítico $p < .05$, respecto a las variables dependientes mencionadas. En este objetivo serían concretamente las variables de apoyos EMAS-A, EMAS-PR y EMAS-T. Ahora bien, teniendo en cuenta el alto grado de correlación que presentan estas tres variables entre sí (Tabla 10), se utilizará en el análisis de regresión, para cada variable dependiente, una única variable independiente, la de mayor magnitud. De esta forma, se desarrollará en lo sucesivo el modelo de regresión lineal simple para explicar el comportamiento de cada

variable dependiente de salud, a partir de otra independiente (en este objetivo, o bien EMAS-A o bien EMAS-PR, según cada caso).

En resumen, y según se desprende de la Tabla 11, las tres variables dependientes de salud GHQ-12-EA, GHQ-12-ES, y GHQ-12-T se expresarán en función de la variable independiente de apoyos EMAS-PR, en tanto que la variable GHQ-12-AU se expresará en función de la variable independiente EMAS-A.

Tabla 11

Modelos de regresión lineal simple entre las escalas EMAS y GHQ-12

Variables Dependientes	Variables Independientes	R²	Tamaño efecto (f²)	B	D.E	t	p
GHQ-12-EA	EMAS-PR	.073	0,079**	-.091	.044	-2,06	.044*
GHQ-12-AU	EMAS-A	.009	0,009	-.414	.110	-3,77	.073
GHQ-12-ES	EMAS-PR	.184	0,225**	-.199	.057	-3,48	.001*
GHQ-12-T	EMAS-PR	.133	0,153**	-.123	.043	-2,87	.006*

Nota. * la pendiente B es estadísticamente significativa para un nivel crítico $p < .05$. ** el tamaño del efecto es pequeño si $f^2 = 0,02$, mediano si $f^2 = 0,15$ y grande si $f^2 = 0,35$

En la Tabla 11 se observa que uno de los coeficientes de regresión (B) no es significativo ($p = .009 > .05$) ni tampoco cumple el criterio fijado en este trabajo en cuanto al tamaño del efecto, ya que f^2 se sitúa por debajo de 0,02, en concreto, en 0,009. Nos estamos refiriendo al coeficiente B asociado a la variable independiente EMAS-A. Los asociados al resto de variables, sin embargo, sí son significativos y de tamaño del efecto $> 0,02$, si bien, el referido a la primera ecuación, EMAS-PR vs GHQ-12-EA, se aproxima a los niveles del 5% de significación y de 0,02 de f^2 de tamaño de efecto de Cohen (Cohen, 1988).

5.4. Resiliencia y salud (Objetivo específico 3)

Respecto al tercer objetivo, se ha estudiado en primer lugar la relación entre resiliencia y la salud en mujeres trans en exclusión social. En concreto, se han estimado los coeficientes de correlación entre cada una de las variables de la escala de resiliencia ER-14 y la escala de salud GHQ-12. Para ello, se ha utilizado nuevamente la matriz de correlaciones de Pearson, habiendo obtenido los resultados que aparecen en la Tabla 12.

Tabla 12

Matriz de correlaciones de la ER-14 y GHQ-12

	ER-CP	ER-AC	ER-T	GHQ-12-EA	GHQ-12-AU	GHQ-12-ES	GHQ-12-T
ER-CP (Competencia Personal)	1						
ER-AC (Aceptación de una misma y de la vida)	.107	1					
ER-T (Escala global)	.845**	.623**	1				
GHQ-12-EA	-.434**	-.085	-.387**	1			
GHQ-12-AU	-.457**	-.129	-.428**	.622**	1		
GHQ-12-ES	-.395**	-.182	-.409**	.525**	.659**	1	
GHQ-12-T	-.498**	-.144	-.469**	.884**	.878**	.789**	1

Nota. * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Tal y como se puede observar en la Tabla 12, existe una correlación negativa entre las variables de salud de Estrategias de Afrontamiento (GHQ-12-EA), Autoestima (GHQ-12-AU), Estrés (GHQ-12-ES) y la escala global (GHQ-12-T) respecto a las variables resilientes de Competencia Personal (ER-CP) y escala global (ER-T), con un nivel de confianza del 99% ($p < .01$) en todos los casos, es decir, se puede suponer que a mayor puntuación en estas dos variables de resiliencia, mejor salud general dentro de la escala GHQ-12. Además, los coeficientes de correlación r superan en todos los casos el criterio de Cohen de tamaño del

efecto mediano ($r=0,35$), e incluso las correlaciones asociadas a la variable GHQ-12-T se aproximan al tamaño de efecto grande de Cohen de $r=0,50$ (Cohen, 1988).

A continuación, se han calculado 4 regresiones lineales simples siguiendo los mismos criterios de selección de variables del objetivo 2, es decir, se han seleccionado las mismas variables dependientes de salud (GHQ-12-EA, GHQ-12-AU, GHQ-12-ES y GHQ-12-T) y como variables independientes se asignan las variables de resiliencia ER-CP, ER-CP, ER-T y ER-CP respectivamente.

Tabla 13

Modelos de regresión lineal simple entre las escalas ER-14 y GHQ-12

Variables dependientes	Variables Independientes	R²	Tamaño efecto (f²)	B	D.E	t	p
GHQ-12-EA	ER-CP	.188	0,232**	-.298	.084	-3,53	.001*
GHQ-12-AU	ER-CP	.209	0,264**	-.414	.110	-3,77	.000*
GHQ-12-ES	ER-T	.152	0,179**	-.385	.117	-3,29	.002*
GHQ-12-T	ER-CP	.248	0,330**	-.342	.081	-4,22	.000*

Nota. * la pendiente B es estadísticamente significativa para un nivel crítico $p < .05$. ** el tamaño del efecto es pequeño si $f^2=0,02$, mediano si $f^2=0,15$ y grande si $f^2=0,35$

De la observación de la Tabla 13, se desprende que hay evidencia empírica de que los cuatro coeficientes de regresión B (pendientes) considerados son diferentes de cero y, por tanto, estadísticamente significativos, después del contraste realizado y, además, y en consonancia con los coeficientes de correlación que muestra la Tabla 13, son también negativos, por lo que cabe decir en términos generales que a mayores niveles de resiliencia mejor salud (menor estrés). Asimismo, el tamaño del efecto f^2 de Cohen cumple, en las cuatro regresiones, el criterio fijado anteriormente de superar el tamaño pequeño de $f^2=0,02$.

5.5. Género, resiliencia, apoyos y salud (objetivo específico 4)

En el objetivo 4, y último, se ha tratado de examinar la relación entre la conformidad de género, los apoyos, la resiliencia, y la salud en mujeres trans en exclusión social, pero incluyendo, en cada ecuación de regresión simple, una variable mediadora.

Después de visualizar las matrices de correlaciones de Pearson anteriores, se han seleccionado las 16 ecuaciones que se señalan en las Tablas 14 a 17, considerando como variables dependientes a las de salud GHQ-12-EA, GHQ-12-AU, GHQ-12-ES y GHQ-12-T. Como variables independientes se incluyen CFNI-AG (la única de feminidad) y las de masculinidad CMNI-V, CMNI-CE y CMNI-T. Finalmente, las variables mediadoras de resiliencia son ER-CP y ER-T y las de apoyo EMAS-PR y EMAS-A.

Tabla 14

Análisis de mediación con la variable GHQ-12-EA como variable dependiente.

Variable independiente	Variables mediadoras	Efecto total			Efecto indirecto IC 95%		
		BETA 1	D.T.	p	BETA 2	Límite inferior	Límite superior
CFNI-AG	EMAS-PR	-.068	.027	.015*	-.014	-.056	.016
	ER-CP	-.068	.027	.015*	-.011	-.044	.016

Tabla 15

Análisis de mediación con la variable GHQ-12-AU como variable dependiente.

Variable independiente	Variables mediadoras	Efecto total			Efecto indirecto IC 95%		
		BETA 1	D.T.	p	BETA 2	Límite inferior	Límite superior
CFNI-AG	EMAS-A	-.087	.036	.019*	-.021	-.068	.024
	ER-CP	-.087	.036	.019*	-.015	-.058	.022

Tabla 16

Análisis de mediación con la variable GHQ-12-ES como variable dependiente.

Variable independiente	Variables mediadoras	Efecto total			Efecto indirecto IC 95%		
		BETA 1	D.T.	<i>p</i>	BETA 2	Límite inferior	Límite superior
CFNI-AG							
Regresión 1	EMAS-PR	-.114	.036	.002*	-.040	-.091	-.007
Regresión 2	ER-T	-.114	.036	.002*	-.026	-.070	.000
CMNI-V							
Regresión 3	EMAS-PR	.097	.040	.018*	.021	-.001	.061
Regresión 4	ER-T	.097	.040	.018*	.035	.002	.076
CMNI-CE							
Regresión 5	EMAS-PR	.059	.026	.030*	.008	-.014	.040
Regresión 6	ER-T	.059	.026	.030*	.015	.0008	.039
CMNI-T							
Regresión 7	EMAS-PR	.019	.009	.042*	.007	-.000	.017
Regresión 8	ER-T	.019	.009	.042*	.005	-.000	.014

Tabla 17

Análisis de mediación con la variable GHQ-12-T como variable dependiente.

Variable independiente	Variables mediadoras	Efecto total			Efecto indirecto IC 95%		
		BETA 1	D.T.	<i>p</i>	BETA 2	Límite inferior	Límite superior
CFNI-AG							
Regresión 1	EMAS-PR	-.083	.026	.002*	-.021	-.062	.004
Regresión 2	ER-CP	-.083	.026	.002*	-.012	-.049	.017
CMNI-V							
Regresión 3	EMAS-PR	.068	.029	.023*	.012	-.002	.037
Regresión 4	ER-CP	.068	.029	.023*	.033	.007	.072

En la Tabla 14 se analizan dos ecuaciones. En ambas, la variable dependiente es GHQ-12-EA, de salud (Estrategias de Afrontamiento) y la independiente CFNI-AG, de feminidad (Agradable en las relaciones). Como variables mediadoras se han considerado, para

cada ecuación, la variable EMAS-PR, de apoyo (Personas Relevantes), por un lado, y por otro, la ER-CP, de resiliencia (Competencia Personal). Los resultados obtenidos para el efecto indirecto de mediación (BETA 2), no superan el nivel de confianza fijado de 95%, en ninguna de las dos regresiones, dado que el intervalo de confianza incluye el valor 0. El hecho de que el coeficiente BETA 1 (que cuantifica el efecto total entre la variable independiente y la dependiente, sin considerar la variable mediadora), sea significativo, no es requisito en el análisis de la mediación. Es decir, aun concluyendo que la relación entre la variable independiente y la dependiente es estadísticamente significativa (efecto total), no se considera relevante este resultado en un contexto de análisis de mediación simple.

En la tabla 15 se analizan también dos ecuaciones o regresiones simples. En ambas, la variable dependiente es GHQ-12-AU, de salud (Autoestima) y la independiente CFNI-AG, de feminidad (Agradable en las relaciones), como en la Tabla 14 anterior. Como variables mediadoras se han considerado, para cada ecuación, la variable EMAS-A, de apoyo (Amistades), por un lado, y ER-CP, de resiliencia (Competencia Personal), por otro. Los resultados obtenidos son similares a los de Tabla 14: efecto indirecto de mediación (BETA 2) no significativo a un nivel de confianza del 95% (por estar incluido el 0 en el intervalo de confianza) y efecto total BETA 1 significativo, aunque, como ya se ha dicho, no sería relevante en los análisis de mediación.

En la tabla 16 se analizan 8 regresiones simples diferentes, agrupadas dos a dos. En todas ellas, la variable dependiente es GHQ-12-ES, de salud (Estrés). Las variables independientes son CFNI-AG, de feminidad (Agradable en las relaciones), CMNI-V, de masculinidad (Violencia), CMNI-CE, de masculinidad (Control emocional) y CMNI-T, de masculinidad (escala global). Se utilizan, cada una de ellas, en dos regresiones. Finalmente, las variables mediadoras son solamente dos, pero aparecen cada una de ellas en cuatro ecuaciones: EMAS-PR, de apoyo (Personas Relevantes) y ER-T, de resiliencia (escala

global). Según se observa en la Tabla 16, el efecto indirecto de mediación, BETA 2, de las regresiones 2, 3, 5, 7 y 8 no es significativo, por lo que todos los comentarios hechos hasta ahora son válidos para estas 5 regresiones.

La novedad son los resultados obtenidos en las regresiones 1, 4 y 6, ya que los coeficientes BETA 2 del efecto indirecto de mediación son estadísticamente significativos al 95% de confianza, en la medida que los intervalos establecidos no contienen el valor 0.

Es decir, en primer lugar, en la Regresión 1 de la Tabla 16, la variable dependiente es GHQ-12-ES, la variable independiente CFNI-AG y la variable mediadora EMAS-PR. En esta ecuación el coeficiente BETA 2 es estadísticamente significativo y a la vez de signo negativo, por ello, se podría pensar que una mayor conformidad en ser Agradable en las relaciones supone para las mujeres trans en exclusión social un menor Estrés (mejor salud). Asimismo, el modelo nos dice que este efecto indirecto se explica por la influencia de una variable mediadora como es el Apoyo de Personas Relevantes.

En segundo lugar, en la regresión 4 de la Tabla 16, la variable dependiente es GHQ-12-ES, la variable independiente CMNI-V y la variable mediadora ER-T. El efecto indirecto BETA 2 es estadísticamente significativo y de signo positivo, por lo que se podría pensar que la conformidad con la Violencia en mujeres trans en exclusión social les supone un mayor Estrés (peor salud). A su vez, este efecto indirecto de Estrés parece estar condicionado por variables mediadoras de Resiliencia.

En tercer lugar, en la regresión 6 de la Tabla 16, la Variable dependiente es GHQ-12-ES, la variable independiente CMNI-CE y la variable mediadora ER-T. El coeficiente BETA 2 vuelve a ser estadísticamente significativo y de signo positivo, por lo que se podría pensar que una mayor puntuación en la subescala de conformidad con el Control emocional en mujeres trans en exclusión social puede suponer un mayor Estrés (peor salud). Al mismo

tiempo, esta relación parece estar afectada, una vez más, por la resiliencia como variable mediadora.

Finalmente, en la tabla 17, se analizan 4 regresiones simples diferentes, agrupadas dos a dos. En todas ellas, la variable dependiente es GHQ-12-T, de salud (escala global). Las variables independientes son CFNI-AG, de feminidad (Agradable en las relaciones) y CMNI-V, de masculinidad (Violencia). Se utilizan, cada una de ellas, en dos regresiones. A su vez, las variables mediadoras EMAS-PR, de apoyo (Personas Relevantes) y ER-CP, de resiliencia (Competencia Personal) aparecen cada una de ellas en dos ecuaciones. Según se observa en la Tabla 17, el efecto indirecto de mediación, BETA 2, de las regresiones 1, 2 y 3 no es estadísticamente significativo, por lo que sirven los comentarios realizados en la Tabla 14 para este tipo de situaciones de no cumplimiento.

La única regresión en la que el efecto indirecto de mediación BETA 2, de signo positivo, es estadísticamente significativo al 95% de nivel de confianza es la regresión 4, dado que el intervalo de confianza establecido no contiene el valor 0. Se podría suponer, por tanto, que una mayor Violencia para las mujeres trans en exclusión social supone la percepción de una peor salud en términos generales. Además, la regresión nos hace suponer que este efecto indirecto se explica por la influencia de una variable mediadora como es la variable de resiliencia de la subescala Competencia Personal.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. Discusión

6.1.1. *Análisis descriptivos*

De la observación de los resultados obtenidos tras el análisis descriptivo de la muestra y de las escalas suministradas en esta investigación, se ha constatado, en primer lugar, que la mayoría de las subescalas consideradas, tanto en el CFNI como en el CMNI, han registrado índices de fiabilidad aceptables, con excepción de dos subescalas del CFNI-45: la de Fidelidad sexual y la Relacional, que se han situado en índices de fiabilidad muy bajos. Con respecto a la Fidelidad sexual, es probable que se deba al hecho de que la mayoría de las mujeres trans participantes en esta encuesta ejercen prostitución. En cuanto a la subescala Relacional, quizá por falta de bibliografía, no se ha encontrado una explicación clara para comprender los bajos índices de fiabilidad, por ello se decidió eliminarla de los análisis.

En cuanto a los análisis descriptivos, se han calculado las medias y desviaciones típicas de cada escala administrada que se analizarán a continuación.

En lo concerniente al CFNI, y basándonos en las medias (promedios) obtenidas, observamos, por un lado, que nos encontramos con una conformidad con la feminidad aparentemente baja, comparativamente a las medias estimadas en otros trabajos publicados de poblaciones de mujeres residentes en España. De hecho, en el estudio de adaptación del CFNI a la población española (Sánchez-López et al., 2014), todas las medias estimadas para cada subescala de feminidad, incluyendo la subescala total CFNI-T, son mayores en comparación con las medias obtenidas en esta muestra de mujeres trans.

Igualmente, tomando como referencia el análisis clúster realizado con mujeres residentes en España (Esteban-Gonzalo et al., 2018), las participantes de este trabajo se situarían en el grupo más disconforme, con las puntuaciones medias más bajas en todas las subescalas del CFNI. Pero incluso la inferioridad de estas puntuaciones es evidente si se

comparan con uno de los únicos estudios encontrados en el que se administró el cuestionario CFNI en mujeres LBT (Brown et al., 2020).

Con respecto a las puntuaciones medias obtenidas en el CMNI, si se comparan con las medias de una muestra de enfermeras residentes en España (Sánchez-López et al., 2014), se vuelve a constatar la baja conformidad de las mujeres trans en exclusión social en comparación con las enfermeras de dicho estudio, excepto en la conformidad con las normas de Independencia y Primacía sobre el trabajo. Asimismo, la puntuación media del CMNI en las participantes de este trabajo es bastante menor en relación con hombres gays y minorías sexuales (Budge et al., 2018; Kimmel & Mahalik, 2005).

Las bajas puntuaciones estimadas en masculinidad y en feminidad pueden sorprender si se tiene en cuenta la presión social a la que las mujeres trans están sometidas por cumplir con el género binario y evitar situaciones de violencia. Así, estos resultados, y a pesar de las presiones a las que se ven sometidas las mujeres participantes de la muestra por adaptarse a la normatividad de género, podrían cuestionar los modelos teóricos binarios tradicionales del género como el de *Tipicidad del género*, que estima alta feminidad en mujeres y alta masculinidad en hombres. Del mismo modo, los resultados tampoco parecen coincidir con aquellas teorías que estiman una alta feminidad en mujeres trans por la presión social o por evitar situaciones de violencia (Johnson, 2015; Sevelius, 2013). Sin embargo, parecen ser resultados con una posible explicación dentro de las teorías que mencionan la flexibilidad dentro de la construcción del género o que entienden el género como un espectro y no tanto como un constructo binario y excluyente entre sí (Berger y Kelly, 1986; Hyde et al., 2019).

Así, los resultados pueden deberse, en primer lugar, a que normalmente cuando se hace referencia a la “presión por conformarse”, nos referimos a la expresión de género y a la identidad (Sevelius, 2013), pero no a las normas de género. En segundo lugar, la cultura latina de la mayoría de las participantes también puede aportar alguna explicación. De hecho, se ha

teorizado que en la cultura latina parece haber una educación de género muy polarizada entre el cumplimiento estricto de la normatividad o la crítica de la misma (Castañeda, 2008). Muchas de las mujeres de este estudio rechazaron esos mandatos desde jóvenes, lo que las llevó a ser rechazadas por la familia (Mainieri et al., 2022). Así, al medir la conformidad con las normas de género puede que, desde sus experiencias vitales, como mujeres latinas, hayan construido desde muy jóvenes una crítica a las normas de género. En este sentido, estas consideraciones sobre las mujeres trans podrían asociarse con los resultados obtenidos en mujeres lesbianas y bisexuales para quienes la disconformidad con el género ha podido relacionarse con sentimientos de libertad personal y autenticidad (Clarke & Spence, 2013; Everett et al., 2019). Finalmente, la tercera explicación puede encontrarse en el modelo de Flexibilidad con el rol de género de Berger y Kelly (1986), quienes postulan que los hombres gays y las mujeres lesbianas presentan resultados muy flexibles en cuanto a los roles de género y no despuntan ni en masculinidad ni en feminidad.

En cuanto a los apoyos sociales percibidos medidos mediante la EMAS, los resultados en la escala global y en las subescalas son parecidos a otros estudios que se han llevado a cabo en personas trans y en mujeres trans (Johnson, 2015).

Con respecto a la escala de Resiliencia, se observa que las puntuaciones medias estimadas en este trabajo se encuentran algo por encima respecto a las puntuaciones medias obtenidas en la validación de la escala en población española (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015). A su vez, si comparamos los resultados de este trabajo con los niveles que propusieron en la escala original (Wagnild & Collins, 2009), las mujeres que han respondido al cuestionario se encontrarían cerca de la máxima puntuación, entre una alta y muy alta resiliencia. En este sentido, los datos ofrecidos por Chavanduka y colaboradoras (2020), apoyan esto último.

En el GHQ-12 (salud mental), las puntuaciones registradas parecen altas, principalmente si comparamos con el estudio de validación del cuestionario en población española (Cuéllar-Flores et al., 2011), en el cual la media en mujeres fue de 9,30 y en hombres de 7,34, mientras en este trabajo la media estimada del GHQ-12-T (escala total) se ha situado en 14,19. Teniendo en cuenta que una mayor puntuación en esta escala se asocia con una peor salud mental, este resultado sería congruente con la bibliografía que postula que las personas trans tienen una peor salud mental en comparación con las personas cisgénero (Calderón-Cifuentes, 2021; James et al., 2015; Keng & Liew, 2017; Liu & Mustanski, 2012; Rodríguez et al., 2019; Toomey et al., 2010).

No obstante, estas comparaciones se realizan desde la prudencia ya que no se han realizado análisis estadísticos comparativos, sino descriptivos, en el sentido de que las comparaciones se han realizado en términos observacionales. A su vez, la mayoría de las escalas (excepto ER-14) no ofrecen un baremo de corrección que permita estandarizar los resultados al objeto de facilitar las comparaciones.

6.1.2. Conformidad con las Normas de Género Femeninas y Masculinas y la salud mental en mujeres trans en exclusión social.

Como se ha dicho en el capítulo cuatro, el primer objetivo de esta investigación es: explorar la relación entre conformidad con las normas de género masculinas y femeninas y la salud en mujeres trans en exclusión social. Para ello se han propuesto las siguientes hipótesis.

- 1.1** Existe correlación negativa entre la conformidad con las normas de género femeninas y la salud en mujeres trans en exclusión social.
- 1.2** Existe una correlación positiva entre la conformidad con las normas de género masculinas y la salud en mujeres trans en exclusión social.

En relación con las normas de conformidad en género y salud, se observa, en primer lugar, que de las dos puntuaciones totales obtenidas en los cuestionarios CFNI y CMNI, sólo la masculinidad parece tener una relación significativa con la salud, y específicamente con el estrés.

Este resultado, no parece ser congruente con lo que cabría esperar según lo observado en algunas investigaciones en las que se han estimado relaciones significativas entre la feminidad y la salud (Budge et al., 2018; Curtin et al., 2011; George, 2016; Lowry et al., 2018). También se ponen de manifiesto marcadas diferencias con los modelos de Matsuno e Israel (2018) y de Sevelius (2013), los cuales teorizan que cuando las mujeres trans se adhieren a una mayor feminidad, podrían enfrentarse a menores tasas de discriminación, beneficiando su salud. Al menos en la muestra considerada en este trabajo, por tanto, la conformidad con la feminidad total no se correlaciona con la salud.

Con respecto al resultado de la masculinidad total, la puntuación total se relaciona positivamente con el Estrés (o negativamente con la salud). Este resultado, a diferencia de la feminidad total, coincide en cierta medida con el modelo de Sevelius (2013) quien postula que las personas trans sufren una presión por la afirmación de género. En este sentido, en el caso de las mujeres trans, la conformidad con la masculinidad puede suponer un mayor estrés por la no afirmación de su género, exponiéndose a procesos estigmatizantes, por no ajustarse al *cispassing*. Al mismo tiempo, el resultado es congruente con otros estudios que relacionan la masculinidad con una peor salud psicológica (Esteban-Gonzalo et al., 2019; Herreen et al., 2021; Kimmel & Mahalik, 2005; Lowry et al., 2018; Modrakovic et al., 2021).

No obstante, hay que señalar que, al aglutinar una serie de subescalas dentro de una sola variable como la masculinidad o feminidad, se requiere actuar con cierta prudencia a la hora de interpretar los resultados logrados. De hecho, al profundizar en la multidimensionalidad del CFNI (variable feminidad), se observa que una subescala

(Agradable en las relaciones) registra relaciones significativas con todas las variables de salud, especialmente con el estrés, mientras que el conjunto de las subescalas que conforman la feminidad no lo registran.

En cuanto a la masculinidad (CMNI), ya se ha señalado que la variable total se relaciona significativamente con la salud, si bien, cuando se desciende a las subescalas que la componen, aparecen las subescalas de Control emocional y conformidad hacia la Violencia como variables estadísticamente relacionadas con la salud mental.

Así, en términos generales se podría decir que las dos hipótesis planteadas en el primer objetivo se cumplen, si bien, parcialmente, ya que solo la escala total de la masculinidad ha mostrado resultados significativos, y entre las subescalas se encuentran la conformidad por ser Agradable en las relaciones en la feminidad, y el Control emocional y la conformidad por la Violencia en la masculinidad.

En la medida en que algunas dimensiones no tienen relación alguna con la salud y otras sí, los resultados alcanzados, aparentemente desiguales, permiten suponer sobre la importancia que tiene llevar a cabo el análisis del género en términos de multidimensionalidad (Sánchez-López et al., 2012) .Esta idea general, está en consonancia con la perspectiva centrada en la variable de Wong y colaboradoras (2017), que propone que no todas las dimensiones del género funcionan igual, razón por la cual se debe ser prudente a la hora de nombrar el género, así como los términos genéricos de feminidad y masculinidad, dado que un mismo constructo puede repercutir en la salud de formas diferentes.

La segunda aproximación que se destaca respecto a la conformidad con las normas de género y salud es que, y según los resultados obtenidos en este trabajo, parece que la norma femenina de ser Agradable en las relaciones registra una relación estadísticamente significativa, y negativa, con la salud, lo que significa que a mayor puntuación en esta norma femenina, mejor salud mental general, mayores Estrategias de Afrontamiento, mayor

Autoestima y menor Estrés, es decir, una mejor salud mental acorde a todos los factores de salud que se han evaluado. Los resultados coinciden con otros estudios que también consideran que esta subescala correlaciona con una mejor salud mental (Esteban-Gonzalo et al., 2019; Mahalik et al., 2005). Una de las razones que pueden explicar la función de la subescala Agradable en las relaciones, se podría deber a la estrategia utilizada por las personas trans de mostrarse Agradables en las relaciones para enfrentarse a menos situaciones conflictivas, al objeto de buscar una mayor seguridad ante la discriminación (Brown et al., 2020).

Sin embargo, es sorprendente que la norma femenina de invertir en Apariencia no haya salido en este trabajo estadísticamente significativa con la salud, cuando en otros estudios realizados anteriormente sí lo era (Aparicio-García et al., 2018; Sánchez-López et al., 2014; Steinfeldt et al., 2011). Se podría pensar en principio que ni teniendo en cuenta las presiones sociales que sufren estas mujeres trans por mostrarse femeninas (Sevelius, 2013), ni los castigos que se pueden dar por ello (Mustanski & Liu, 2013; Toomey et al., 2010), ni con el hecho de que mayoría de las participantes en la muestra ejercen la prostitución, donde la corporalidad es primordial, ni con todo ello, para este colectivo concreto, el invertir en Apariencia no parece reportarles beneficios significativos en términos de salud.

Como posibles explicaciones pueden existir dos. Por una parte, quizá el invertir tiempo en una misma ya no es tan significativo como en los inicios de la transición. En este sentido, hay que tener presente que la mayoría de las participantes realizaron la transición hace ya tiempo (Butler et al., 2019).

Otra explicación puede encontrarse en el ejercicio de la prostitución. Al igual que en la explicación anterior sobre la transición, la mayoría de las mujeres trans en exclusión social contempladas en este trabajo, llevan muchos años en la prostitución, y aunque el cuerpo y la Apariencia continúan siendo importantes para ellas dado que lo relacionan con tener una

mayor cantidad de clientes, en el fondo quizá ya tengan interiorizado y normalizado como una rutina esta inversión en Apariencia antes de ir a trabajar, por lo que es posible que lo asocien exclusivamente para realizar su trabajo y no para su vida personal.

Con respecto a las dimensiones de la masculinidad, igual que con la feminidad, hay dos subescalas que muestran relaciones significativas con el Estrés: el Control emocional y la Violencia. En cuanto a la primera de ellas, es una variable que se ha repetido en varios estudios como un factor que afecta negativamente a la salud mental e impulsa Conductas de riesgo incluso en mujeres (King et al., 2020; Mahalik, Talmadge, et al., 2005; Mahalik et al., 2007; Sánchez-López et al., 2012; Steinfeldt et al., 2011).

La posible explicación subyacente en esta variable de Control emocional y su coste en la salud mental, puede encontrarse en que dicho control podría estar relacionado con la no aceptación del malestar emocional y la no toma de conciencia (Del Sánchez-López et al., 2012; Mahalik et al., 2007). Por otra parte, otra explicación puede residir en aspectos culturales. Las culturas latinas al ser más colectivistas promueven menos el Control emocional. De esta forma, el no expresar emociones puede implicar un menor ajuste a las normas culturales y afectar negativamente a nivel psicológico (Levant et al., 2015). De hecho, Everett y colaboradoras (2019) relacionan la no expresión emocional con una mayor homofobia interiorizada en mujeres LBT latinas, lo que se contradecía con los mandatos culturales en sociedades latinas.

Otra norma masculina que se ha relacionado de manera significativa y positiva con el Estrés ha sido la Violencia, resultado que también coincide con otros estudios que han administrado el CMNI (King et al., 2020; Mahalik et al., 2007; Sánchez-López et al., 2014). Estos resultados pueden parecer lógicos, ya que desde los modelos de estrés por minorías (Meyer, 2003) la violencia parece funcionar como estresor. Quizá, como posible explicación, podría ser que la violencia se utilice en ocasiones como una estrategia para afrontar

situaciones conflictivas o estresantes (Belloch et al., 2008), lo que podría llevar a este colectivo de mujeres a aumentar el estrés, al no obtener resultados saludables, esperados o agradables.

Lo llamativo en los resultados de las dimensiones de masculinidad, es que en muchos estudios se ha observado que la Independencia es perjudicial para la salud (Herreen et al., 2021; Wong et al., 2012), aspecto que no se ha constatado en este trabajo.

Como posible explicación, hay que tener presente que las muestras de participantes que se consideraron en estos estudios estaban compuestas por hombres, mientras que en este trabajo la muestra está compuesta por mujeres que, además, acuden a una ONG. Por este motivo, probablemente, el rasgo de Independencia por no pedir ayuda no es característico de estas mujeres que han respondido a los cuestionarios.

6.1.3. Apoyos sociales percibidos y salud mental en mujeres trans en exclusión social

El segundo objetivo que se ha planteado en esta investigación es analizar la relación entre el apoyo social y la salud en mujeres trans en exclusión social. Para alcanzar este objetivo, se han considerado las siguientes hipótesis:

- 2.1** A mayor puntuación en apoyo social, mejor salud en mujeres trans en exclusión social.
- 2.2** Los apoyos sociales explicarán parte de las puntuaciones de salud en mujeres trans en exclusión social.

Con respecto a la primera hipótesis, y según se ha observado en los resultados obtenidos, el Apoyo Social total, el Apoyo Social percibido por Personas Relevantes y el Apoyo Social percibido por Amistades, correlacionan negativamente con la Autoestima, con el Estrés y con la salud mental General (GHQ-12-T). Asimismo, sólo el apoyo percibido por Personas Relevantes ha correlacionado con la subescala de Estrategias de Afrontamiento de la

salud mental. Por ello, en términos generales se puede decir que hay un considerable grado de cumplimiento de la primera hipótesis.

Estos resultados coinciden con la teoría de los apoyos sociales de Zimet y colaboradoras (1988) que postulan que los apoyos sociales pueden tener una relación directa hacia la salud. Asimismo, también coinciden con la cuarta ola de las investigaciones acerca de la resiliencia, según la cual, existen factores resilientes hacia la salud considerados multinivel, es decir, grupales (Wright et al., 2013).

En relación con estudios con muestras cuyas características son similares a las de esta investigación, también se ha constatado que los apoyos percibidos por Personas Relevantes, Amistades o el Apoyo Social General pueden actuar en beneficio de la salud mental (Budge et al., 2013; Fuller & Riggs, 2018; Tebbe, & Moradi, 2016).

No obstante, algunos de los resultados que se han comprobado difieren de otras investigaciones anteriores sobre la salud mental y los apoyos sociales en población trans. En este sentido, y a pesar de haberse confirmado globalmente la hipótesis planteada en cuanto a los apoyos sociales, específicamente el hecho de que los apoyos sociales percibidos por parte de la familia no hayan registrado correlación significativa alguna con la salud en ninguna de las subescalas familiares, no ha sido de ningún modo el resultado esperado en parte de la bibliografía consultada.

De hecho, los apoyos familiares han sido un eje de estudio en población trans (Ehrensaft, 2011) y se ha demostrado que el apoyo familiar percibido puede funcionar como un factor protector que se relaciona de manera beneficiosa con la salud (Jin et al., 2020; Malpas et al., 2018; Simons et al., 2013).

Una explicación a esta discrepancia en los resultados se podría encontrar en lo que se conoce como “familia elegida”, una realidad no contemplada en la EMAS y que se da en la población LGTBIAQ+ en general, y específicamente en la población trans (Budge et al.,

2013). Ante el rechazo familiar desde la infancia, las personas LGTBIAQ+, especialmente las personas trans adultas, se han podido desvincular de las familias y crear ellas mismas sus propias comunidades (Singh & McKleroy, 2011), algo que es más característico aún en mujeres trans latinas, quienes son educadas en la colectividad, pero por su identidad, pueden ser rechazadas en las propias comunidades latinas, generando entre ellas sus propios lazos (Cerezo et al., 2014).

Por ello, el apoyo familiar en mujeres trans quizá tenga unas connotaciones diferentes y lo que se denomina socialmente como familia (tradicional), ellas lo vivencias como círculos sociales formados por Personas Relevantes o Amistades. A su vez, otra explicación, puede residir en el hecho de que el apoyo familiar ha estado ampliamente estudiado en personas jóvenes porque es una época vital en la que el apoyo familiar puede ser fundamental en el proceso de afirmación o de transición (Grossman & D'Augelli, 2006). Sin embargo, la edad media de las participantes en este estudio es adulta y, además, la mayoría realizaron la transición hace años.

Sin embargo, no es este el único trabajo en el que los apoyos sociales no experimentan una relación significativa con la salud, como se ha podido observar en un estudio de Tebbe y Moradi, (2016). Por ello, habría que señalar que llevar a cabo un estudio de la multidimensionalidad de los apoyos sociales podría ser primordial, debido a que no todas sus dimensiones parecen actuar del mismo modo (House & Kahn, 1985; Tardy, 1985; Terol et al., 2004).

Con respecto a la segunda hipótesis, se escogieron los apoyos de Personas Relevantes y de Amistades como variables independientes. Entre estas variables, parece que las Amistades, y a pesar de registrar correlaciones significativas, en el análisis de regresión lineal, no se ha constatado un valor predictivo. Pero, sin embargo, el apoyo social percibido por parte de las Personas Relevantes, sí parece que explica una parte de los resultados de salud en

mujeres trans en exclusión social, especialmente los resultados de estrés, que se han podido estimar en torno a un 20%. Probablemente este resultado se explique por lo que ya se ha comentado anteriormente sobre la familia elegida y la comunidad que crean entre ellas. Así, dentro de sus círculos sociales terminan encontrando personas con quienes desarrollan un gran vínculo, pudiendo estar reflejado este perfil de apoyo en los ítems de la subescala de Personas Relevantes de la EMAS, que utilizan los siguientes términos: “las personas especiales”, “personas que están cerca de mí” o “existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí”.

En definitiva, los resultados podrían confirmar que los apoyos sociales, y especialmente aquel percibido por parte de Personas Relevantes, pueden funcionar en beneficio de la salud como factores protectores grupales del modelo de Matsuno e Israel (2018). Es decir, en la muestra que se ha utilizado, se puede confirmar que los modelos de estrés por minorías (Meyer, 2003; Hendricks & Testa, 2012) y específicamente el modelo de Matsuno e Israel (2018), podrían ser útiles para su aplicación dentro del análisis de los apoyos sociales en mujeres trans en exclusión social.

Sin embargo, para la interpretación de alguno de los resultados en relación con los apoyos sociales, especialmente aquellos asociados al apoyo familiar, se ha necesitado ampliar el modelo de Matsuno e Israel (2018) e incluir estudios que contemplan especificidades culturales en mujeres latinas. Así, se puede plantear una posible necesidad de ampliar los modelos de salud para que se contemplen las interseccionalidades y poder encontrar en los modelos las diferentes estructuras sociales que pueden atravesar a las personas trans. Así, el contemplar las interseccionalidades puede facilitar la interpretación de los resultados o la propia intervención con el colectivo, dado que cuando se interconectan diferentes estructuras sociales en una misma persona, como es el caso de las mujeres participantes en este trabajo,

puede que sus necesidades o resultados estén explicados por factores culturales, por el género, por ejercer prostitución etc.

En definitiva, se puede confirmar el rol protector de los apoyos sociales percibidos en estas mujeres, y especialmente el apoyo percibido por parte de Personas Relevantes, el cual parece experimentar no sólo un determinado grado de relación, sino también un valor predictivo. A su vez, no es de extrañar el alto valor asignado a las Personas Relevantes en cuanto a apoyos sociales percibidos, comparativamente al asignado a las familias, pues hay que tener en cuenta que la forma de socializar por excelencia de las mujeres trans latinas en exclusión social es creando comunidades entre ellas mismas y, normalmente, comunidades latinas, en lugar de recurrir a las familias. Para estas mujeres, la relación con personas relevantes en este contexto es un factor prioritario.

6.1.4. Resiliencia psicológica y salud mental en mujeres trans en exclusión social

Como se ha señalado en el capítulo dos, el tercer objetivo planteado es analizar la relación analizar la relación entre la resiliencia psicológica y la salud en mujeres trans en exclusión social. Para ello, se establecieron las siguientes hipótesis:

- 3.1** A mayor puntuación en resiliencia, mejor salud en mujeres trans en exclusión social.
- 3.2** La resiliencia explicará parte de las puntuaciones de salud en mujeres trans en exclusión social.

Con respecto a la primera hipótesis, y según los resultados obtenidos en este trabajo, la subescala resiliente de Competencia Personal y la escala total de resiliencia han correlacionado de manera significativa con todas las subescalas de salud mental de la GHQ-12. Además, la correlación ha sido de signo negativo, lo que significa que a mayor resiliencia mejor salud mental (menor estrés) en mujeres trans en exclusión social. Así, y como primera

aproximación, cabría decir que el grado de cumplimiento de la primera hipótesis ha sido favorable.

Además, los resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones que han estudiado la relación entre la resiliencia y la salud mental, concluyendo que, a mayor puntuación en escalas de resiliencia, mejores resultados en la salud mental de personas trans o de mujeres trans (Akhtar & Bilour, 2020; Buttram et al., 2014; Lacombe-Duncan et al., 2021; Scandurra et al., 2017), salvo en lo referente al factor resiliente autoaceptación.

Matsuno e Israel (2018), señalan la autoaceptación como un factor resiliente individual específico en personas trans y que tiene una relación beneficiosa para la salud, por lo que cabría esperar, en un principio, que esta subescala, y en sintonía con el resto de las subescalas resilientes, registrase una correlación significativa con la salud mental. Pero no ha sido así, siendo la única subescala de las tres consideradas que no lo ha registrado. Este resultado, tampoco coincide con los estudios que relacionan la autoaceptación en personas trans y LGB con mejores índices en salud mental (Camp et al., 2020; Logie et al., 2022; Su et al., 2016). En definitiva, se podría decir en principio y en términos generales, que existe una relación estadísticamente significativa entre resiliencia psicológica y salud mental, pero al descender a cada una de las subescalas que componen la resiliencia, los resultados no son en su totalidad los esperados.

Las razones de esta falta de correlación entre la autoaceptación y la salud se podrían buscar, en primer lugar, en la propia construcción del cuestionario que se ha utilizado (ER-14), pues esta subescala, aun teniendo propiedades psicométricas aceptables, no hace referencia explícita a la aceptación individual por la identidad o la orientación. En este sentido, la autoaceptación en referencia a la identidad de género es la contemplada por Matsuno e Israel (2018) y quizá tenga unas características específicas en las personas trans (Logie et al., 2022), las cuales, no se han contemplado en la subescala ER-14, donde se

entiende la autoaceptación como la aceptación a la vida desde la adaptabilidad y estabilidad (Wagnild & Collins, 2009).

En segundo lugar, otra de las razones que podría explicar la falta de correlación, hace referencia a las especificidades de las mujeres que han participado en este trabajo, pudiendo encontrar a este respecto dos explicaciones. Por un lado, la autoaceptación quizá sea un factor fundamental en los primeros años de la transición (Logie et al., 2022; Matsuno & Israel, 2018), pero, sin embargo, las mujeres consideradas en nuestra muestra realizaron la transición hace años y llevan mucho tiempo viviendo, visiblemente, como mujeres.

Por otro lado, los modelos de estrés por minorías están muy centrados en procesos estigmatizantes por el hecho de ser trans. Sin embargo, las personas aquí consideradas se encuentran en una situación de vulnerabilidad por diversos motivos: por ser mujeres trans, algunas por ejercer prostitución y la mayoría por ser migrantes y latinas. Por ello, pueden enfrentarse a múltiples adversidades severas, incluso diarias, que podrían influir en las estrategias resilientes que adquieran (Cohen et al., 2004; Davis et al., 2009; Johnson, 2015; Shaw et al., 2016). Así, al incluir las interseccionalidades, se detectan múltiples adversidades que podrían generar otras estrategias resilientes (Follins et al., 2014). Entre los factores estresantes (adversos) pueden encontrarse la educación, el empleo (aparte del ejercicio de la prostitución), tener cubiertas las necesidades básicas como la alimentación o la vivienda o el acceso sanitario (Nuttbrock et al., 2014; Perez-Brumer et al., 2017; Rouhani et al., 2021; Virupaksha & Muralidhar, 2018). Es decir, al tratar de clasificar e identificar factores resilientes en las mujeres trans que se han considerado en esta muestra, caracterizada por su alta vulnerabilidad y por estar atravesadas por numerosas interseccionalidades, quizá se visibilicen otros factores resilientes más básicos como tener cubiertas las necesidades básicas, como la vivienda y la alimentación.

Con respecto a la segunda hipótesis, se seleccionaron la Competencia Personal y la resiliencia total como variables independientes. En la regresión lineal llevada a cabo, los coeficientes estimados para las dos escalas resilientes registraron con cada una de las subescalas de la GHQ-12 resultados significativos, es decir, la Competencia Personal y la resiliencia total parecen explicar parte de los resultados de salud mental. Por tanto, y al igual que sucedía en la hipótesis anterior, el grado de cumplimiento de la segunda hipótesis ha sido también parcialmente favorable.

Al mismo tiempo, el valor predictivo de la resiliencia encaja dentro de los postulados establecidos desde los modelos de estrés por minorías (Matsuno e Israel, 2018), que establecieron los factores resilientes psicológicos a nivel individual como factores protectores de la salud. Es decir, los modelos de estrés por minorías, al igual que lo explicado en el objetivo anterior con los apoyos sociales, pueden ser útiles para situar la resiliencia psicológica como un factor predictor ante la salud mental.

A su vez, dentro de los modelos de regresión, destaca un factor con un alto valor predictivo, la Competencia Personal. Ya se ha explicado y considerado a la Competencia Personal en los manuales de intervención como una herramienta útil ante situaciones de opresión en población general y recomendada en población trans (Lewis et al., 2002; Singh et al., 2011). Es decir, parece ser que en esta muestra la autoaceptación ni siquiera tiene una relación significativa con la salud mental, a diferencia de la Competencia Personal, que parece ser un factor de gran valor. Por ello, quizá la Competencia Personal pueda ser una herramienta de utilidad no solo ante estresores como la transfobia, sino también ante adversidades diarias como las que viven las mujeres que han participado en este trabajo, como puede ser el no tener cubiertas las necesidades básicas.

En definitiva, tal y como establecen los modelos de estrés por minorías (Hendrick & Testa, 2012; Matsuno & Israel, 2018; Meyer, 2003;), la resiliencia parece ser un factor

protector también en mujeres trans en exclusión social. Sin embargo, al identificar “Qué” factores son los resilientes, no coinciden con los factores específicos propuestos por el modelo de Matsuno e Israel (2018), si bien, existe un factor que destaca sobre el resto: la Competencia Personal.

Por lo comentado hasta ahora, se podría señalar que quizá se necesite ampliar los modelos de salud trans cuando se unen varias interseccionalidades, dado que en colectivos en exclusión social en ocasiones hay adversidades más asociadas con la supervivencia. No obstante, en la muestra utilizada, al especificar los factores resilientes, la Competencia Personal parece ser un factor específico beneficioso para la salud mental. Sin embargo, existe una insuficiente aportación de estudios sobre la resiliencia psicológica en los colectivos trans en exclusión social. Esta circunstancia, limita en gran medida la posibilidad de profundizar aún más y especificar qué factores resilientes pueden estar operando. Así, y tal y como se ha comentado en el objetivo anterior, algunas explicaciones de los resultados los hemos valorado fuera del modelo de salud de Matsuno e Israel (2018) e incorporando la situación de exclusión social en la que se encuentran. Por ello, a raíz de este trabajo con una muestra de mujeres atravesadas por múltiples interseccionalidades, una vez más se observa una necesidad por ampliar los modelos de salud y anteriormente se ha planteado la inclusión de factores culturales, sin embargo, en este objetivo se observa la necesidad por incorporar la exclusión social como un factor relacionado con la salud.

6.1.5. Conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, apoyos sociales, resiliencia y salud mental en mujeres trans en exclusión social.

En el cuarto y último objetivo, se ha planteado examinar el rol mediador de los apoyos sociales y la resiliencia psicológica en la relación entre la conformidad con las normas de género y la salud mental. Para ello, se han propuesto las siguientes hipótesis:

4.1 El apoyo social percibido mediará la relación entre el género y la salud en mujeres trans en exclusión social.

4.2 La resiliencia mediará la relación entre el género y la salud en mujeres trans en exclusión social.

En cuanto a la primera hipótesis, se podría decir que se cumple parcialmente. En esta hipótesis, la relación entre la masculinidad y la salud mental no está mediada por el apoyo social, en tanto que entre la feminidad y la salud mental sí parece estarlo. Así, la dimensión femenina de Agradable en las relaciones y su relación con el estrés está mediada por los apoyos sociales percibidos por parte de Personas Relevantes.

Estos resultados obtenidos desde los análisis de mediación utilizando los apoyos sociales como variable mediadora, coinciden con el modelo de Hatzenbuehler (2009), en el que sitúa procesos psicológicos grupales, como pueden ser los apoyos sociales, como factores mediadores con la salud en personas pertenecientes a minorías sexuales. También coincide con el modelo de Matsuno e Israel (2018) que ubica los apoyos sociales entre los factores estresantes distales y proximales, si bien, y tal y como se ha comentado, analiza el papel moderador de los apoyos, cuando en este trabajo se ha estudiado su rol mediador.

Este rol mediador de los apoyos sociales, también se ha observado en otros estudios con muestras de personas trans (Budge et al., 2013; Logie et al., 2020; Muchicko et al., 2014). A su vez, la feminidad se ha considerado como variable independiente en este modelo, del mismo modo que lo han considerado en otros estudios, en los que se utilizaron muestras de mujeres de minorías sexuales (Budge & Katz-Wise, 2019). Pero a pesar de ello, en el proceso de búsqueda de información bibliográfica para llevar a cabo este trabajo, no se ha encontrado estudio alguno que relacione la feminidad y la salud mental en mujeres trans en exclusión social, utilizando los apoyos sociales como variable mediadora.

Una de las explicaciones probables que justifica el papel mediador de los apoyos sociales en este trabajo podría encontrarse en la propia construcción de las normas femeninas, debido a que la feminidad se asocia con la promoción de las relaciones sociales, lo que puede llevar a optar por conductas de cuidado y a buscar amistades bajo condiciones de estrés (Levant et al., 2015; Mahalik et al., 2005; Taylor et al., 2004). Igualmente, en las culturas latinas, se promueve la colectividad y, en consonancia con las normas de género femeninas, se promueve la sensación de bienestar a través de las relaciones sociales (George, 2016). Por el contrario, es probable que la construcción de las normas masculinas pueda ayudar a entender las razones por las que los apoyos sociales no aparecen como mediadores entre la masculinidad y la salud, dado que dichas normas se asocian con procesos más individualizados en el momento de afrontar situaciones cotidianas (Hammer & Good, 2010; Mahalik et al., 2003; Wagnild & Young, 1993).

En relación con la segunda hipótesis, y al contrario de lo que sucede con la hipótesis anterior, se ha podido observar que la relación entre la feminidad y la salud mental no está mediada por la resiliencia, en tanto que sí lo está entre la masculinidad y la salud mental. En concreto, este resultado se ha constatado cuando la variable de resiliencia total se ha situado como mediadora entre las dimensiones de Violencia y Control emocional de la escala de masculinidad y el estrés, de la escala de salud, y cuando la variable de la escala de resiliencia, Competencia Personal, se ubica como mediadora entre la Violencia y la salud mental general. En resumen, cabe destacar que la resiliencia, al menos en este trabajo, ha ejercido como variable mediadora entre la masculinidad y la salud mental, pero no así entre ésta y la feminidad.

Al igual que sucedía en la hipótesis anterior, los resultados obtenidos con la resiliencia como variable mediadora también se ajustan en alguna medida a los que se evidencian en el modelo de mediación de Hatzenbuehler (2009), o a los observados, por otro lado, en otros

estudios de mediación realizados con población trans (Budge et al., 2013; Logie et al., 2020 Woodford et al., 2014).

Igualmente, en otros estudios de mediación o moderación realizados también con minorías sexuales, se ha utilizado asimismo la masculinidad como variable independiente, registrando, al igual que en este trabajo, resultados significativos con respecto a la salud (Herreen et al., 2021; Modrakovic et al., 2021; Wong et al., 2017). Sin embargo, si algo cabría destacar en esta investigación de mediación sobre resiliencia, es que, en una muestra de estas características tan singulares de mujeres trans en exclusión social, se ha comprobado por primera vez, que tanto la Competencia Personal, como la resiliencia psicológica pueden funcionar como variables mediadoras entre dimensiones de la masculinidad (Control emocional y Violencia) y la salud mental. Al menos en la literatura que se ha consultado no se ha encontrado un resultado con estas particularidades.

Una de las explicaciones que se podrían considerar para entender este efecto mediador de la resiliencia psicológica entre la masculinidad y la salud, y como se ha explicado en la hipótesis anterior, puede residir en las características intrínsecas de la propia masculinidad, ya que ésta puede relacionarse con conductas más individualistas y con una gestión emocional más interiorizada, y no exteriorizada (Hammer & Good, 2010; Mahalik et al., 2003; Wagnild & Young, 1993).

Sin embargo, llama la atención que la resiliencia haya evidenciado una relación con la masculinidad en lugar de la feminidad, cuando ésta se ha comprobado que puede estar relacionada con la resiliencia (Vantieghem & Van Houtte, 2015). No obstante, a pesar de existir algún estudio sobre género y resiliencia, al menos en este trabajo, no se ha encontrado bibliografía que pueda explicar esta diferenciación en modelos de mediación.

A pesar de ello, se podría encontrar una explicación, sobre la base de la bibliografía seleccionada, de por qué este modelo sí se cumple en la masculinidad y no en la feminidad.

Se parte del supuesto de que la resiliencia tiene una relación cíclica con las adversidades (el estrés), por lo que la resiliencia necesita del estrés para ser explicada, y éste de la resiliencia (Cohen et al., 2004; Johnson, 2015; Shaw et al., 2016). En este sentido, por tanto, cabe la posibilidad de que no se haya observado efecto mediador alguno de la resiliencia con la feminidad, ya que las dimensiones de la feminidad seleccionadas en el modelo de mediación ya han registrado un efecto directo beneficioso y significativo en la salud. Por el contrario, la Violencia y el Control emocional, característicos de la escala de masculinidad, tienen costes negativos para la salud, luego en este contexto adverso estaría justificada la mediación de la resiliencia, al tener un mayor margen de mejora en la salud. Dicho en otras palabras, al estar funcionando las dimensiones de masculinidad como factores estresores (adversidades), la propensión a la activación de la resiliencia es relevante, aspecto que no sucede en la feminidad, dado que no requiere dicha activación.

En definitiva, tanto los apoyos sociales como la resiliencia pueden mediar entre el género y la salud. Sin embargo, esta es una afirmación incompleta. Por una parte, se ha comprobado que una dimensión de la feminidad (Agradable en las relaciones) estaría mediada por los apoyos sociales, mientras que las dimensiones masculinas de Control emocional y Violencia estarían mediadas por la resiliencia, lo cual todo ello parece, en principio, llamativo. Esto hace suponer que aspectos interpersonales como los apoyos sociales podrían estar implícitos en la relación entre la feminidad y la salud mental, en tanto que aspectos intrapersonales como la resiliencia psicológica, lo podrían estar entre la masculinidad y la salud.

6.2. Conclusiones

A continuación, se exponen las principales conclusiones que a nuestro entender se podrían extraer de la presente investigación:

1. *Conformidad con las normas de género y salud:* los cuestionarios CFNI y CMNI son adecuados para utilizarlos en este colectivo desde el punto de vista de la fiabilidad. Se han identificado cuatro dimensiones que tienen una relación estadísticamente significativa con la salud: ser Agradable en las relaciones, Control emocional, conformidad con la Violencia y la Masculinidad Total, siendo la primera beneficiosa para la salud (Norma de género femenina) y las tres siguientes perjudiciales (Normas de género masculinas).
2. *Apoyos sociales y salud:* los apoyos sociales percibidos por Amistades y por Personas Relevantes son significativamente favorables para la salud, teniendo estos últimos un nivel predictivo aceptable hacia la salud. Los apoyos de las participantes en esta investigación parecen funcionar de una manera específica, construyendo comunidades compuestas por otras mujeres trans y latinas.
3. *Resiliencia y salud:* la Competencia Personal y la resiliencia Total se relacionan significativamente y de forma beneficiosa con la salud. La Competencia Personal parece ser una estrategia resiliente que destaca por su valor predictivo sobre el resto de las variables resilientes.
4. *Feminidad, apoyos sociales y salud:* los apoyos sociales percibidos por personas relevantes tienen un efecto indirecto (mediador) entre la norma de género femenina de Agradable en las relaciones y el Estrés. Esto supone que aspectos interpersonales como los apoyos sociales podrían estar implícitos en la relación entre la feminidad y la salud mental.
5. *Masculinidad, resiliencia y salud:* la variable de resiliencia Total ha mediado entre las dimensiones de Violencia y Estrés, y el Control emocional y Estrés, en tanto que la Competencia Personal, se ubica como mediadora entre la Violencia y la salud General.

Aspectos intrapersonales como la resiliencia psicológica, podrían estar implícitos entre la masculinidad y la salud.

6.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación.

1. Grupo homogéneo:

La primera limitación, probablemente la más relevante, hace referencia al hecho de que en el desarrollo de este trabajo nos hemos encontrado con un colectivo de participantes excesivamente homogéneo, poco diverso, lo que ha limitado el desarrollo del análisis estadístico a efectos de obtener unos resultados estándar acorde a los resultados que se hubiesen obtenido con una muestra más heterogénea. Por este motivo, es importante analizar los resultados con cierta precaución y no inferir los mismos a nivel de población trans, dado que son específicos de esta población concreta.

En este sentido, el hecho de estudiar un grupo homogéneo ha limitado principalmente el desarrollo del análisis de conformidad con las normas de género y la salud. Así, en otros estudios se realizaron perfiles de conformidad, observando que, en función del mayor o menor grado de conformidad de cada perfil, una misma dimensión de masculinidad o feminidad se puede relacionar de manera diferente con la salud (Budge et al., 2018; Esteban-Gonzalo et al., 2018). Este aspecto no ha sido posible analizarlo en este trabajo y por ello sería interesante ampliar la muestra de participantes compuesta por mujeres trans, lo que posibilitaría en alguna medida la utilización de la técnica del análisis clúster al objeto de clasificar el grupo en subgrupos homogéneos.

2. “Las familias elegidas” no contempladas como variable de medida:

La escala EMAS no contempla si las personas reciben apoyo por lo que se conoce como “familias elegidas”, es decir, familias que se construyen fuera de lo que se conoce como familia tradicional, y pudiendo estar compuestas, por ejemplo, por amistades. Esta forma de

socializar puede ser frecuente en las realidades LGTBIAQ+ y consecuentemente en mujeres trans.

Como futura línea de investigación que permita afrontar esta limitación, sería interesante estudiar la posibilidad de incorporar la evaluación no sólo de la “la familia de origen”, sino también de “la familia elegida”.

3. *Años ejerciendo prostitución y edad de inicio en la prostitución:*

Esta limitación aflora desde lo observado en la intervención. En el presente trabajo no se han controlado las variables de “años de ejercicio de prostitución” y “edad de inicio en la prostitución”, dado que no se han encontrado estudios que consideren estos dos aspectos. Sin embargo, desde la intervención se observa que son variables que podrían influir en su salud. A estos efectos, no es lo mismo llevar 5 que 30 años ejerciendo la prostitución, ni haberse iniciado con 15 o con 25 años.

Así pues, para futuras investigaciones, sería interesante poder controlar estos dos aspectos, al objeto de analizar aún mejor la información referida a los datos sociodemográficos y utilizarlos posteriormente para estimar sus efectos en la salud.

4. *Tamaño del efecto:*

Si bien a lo largo del estudio se han observado numerosas correlaciones entre variables altamente significativas desde el punto de vista estadístico, incluso para un $p < .01$, lo cierto es que a efectos prácticos el tamaño del efecto de dichas correlaciones así como de las regresiones ha sido moderado. En la mayor parte de las relaciones, los coeficientes r y f^2 que estiman el tamaño del efecto se han situado en cotas cercanas a lo que se considera tamaño mediano. Tan solo en las escalas de resiliencia ER-CP y ER-T que correlacionan significativamente con la escala de salud global GHQ-12-T se ha observado un tamaño del efecto cercano al grande.

Aunque se está trabajando con una muestra estadística de conveniencia de tamaño (n=56), lo cierto es que a efectos prácticos esta limitación en cuanto al tamaño del efecto habría que tenerla en cuenta al valorar los resultados obtenidos en el estudio.

6.4. Implicaciones en la intervención

Los resultados que se han obtenido en esta investigación pueden ser útiles para entender algunos aspectos que podrían ser relevantes en la intervención psicológica con mujeres trans en exclusión social. En base a la información extraída, afloran dos áreas de la intervención en la que se podrían aportar una serie de actuaciones adecuadas: la identificación y la prevención.

El proceso de identificar y nombrar las subjetividades es una fase importante en las intervenciones psicológicas, independientemente de la corriente terapéutica (Mahalik et al., 2005). Los cuestionarios del CFNI y CMNI (Mahalik et al., 2003, 2005), aportan resultados interesantes para identificar el funcionamiento del género en mujeres trans en exclusión. Sobre la base de los resultados que se han obtenido en este trabajo, se aportan dimensiones que podrían ser perjudiciales como la masculinidad Total, la conformidad hacia la Violencia o el Control emocional. En este sentido, para favorecer la intervención, los resultados de este trabajo podrían ser referentes en las siguientes acciones: en primer lugar, para facilitar a las profesionales susceptibles de intervenir con este colectivo la identificación de las tres dimensiones específicas mencionadas, al objeto de que sean consideradas en la intervención psicosocial como posibles elementos estresores relevantes. En segundo lugar, para explorar las emociones que acompañan a la conformidad de las mujeres trans con estas dimensiones, al objeto de que la usuaria pueda identificar y explorar, mediante acompañamiento psicosocial, si dichas dimensiones están afectando o no a su salud (George, 2016; Kimmel & Mahalik, 2005).

No obstante, es importante señalar que el objetivo en la intervención no estaría dirigida a cambiar la conformidad con respecto a la masculinidad, sino a identificar y explorar esos grados de conformidad que permitan a las usuarias replantearse la mayor o menor rigidez con la que pueden asociarse a esas normas de género y así reducir los costes de estas (Mahalik et al., 2005).

Al igual que es importante identificar los estresores, también puede ser relevante identificar factores beneficiosos para la salud. En este trabajo se visibilizan otras dimensiones favorables para la salud: Agradable en las relaciones, el Apoyos Social percibido por Amistades y por Personas Relevantes y la Competencia Personal. En este sentido, al igual que lo comentado en la masculinidad, sería relevante en la intervención, que las personas profesionales considerasen estas dimensiones como beneficiosas, así como también facilitar en el acompañamiento a las mujeres trans, la identificación de dichas dimensiones.

Una vez identificados los estresores y los protectores relacionados con la salud, con respecto al proceso de prevención, sería relevante también tener en cuenta, además de los constructos identificados anteriormente, las dimensiones beneficiosas para la salud al objeto de promover desde la intervención su mantenimiento y refuerzo (Singh, 2013).

En este sentido, la conformidad con ser Agradable en las relaciones parece ser favorable para la salud y a su vez está mediada por los apoyos sociales por parte de Personas Relevantes. Por ello, la promoción de grupos terapéuticos, de ayuda o incluso de ocio, podría ser beneficiosa para su salud mental, si bien, en el caso de la muestra utilizada en esta investigación quizá se necesitarían grupos compuestos por otras mujeres trans y latinas (Abreu et al., 2021; Cerezo et al., 2014), debido a los rechazos vividos en otros grupos sociales.

También cabría a nivel preventivo, contemplar la promoción de la Competencia Personal (resiliencia) mediante, por ejemplo, la exploración de los mensajes internos que se

da la persona usuaria a sí misma sobre sus capacidades, para fomentar la idea de una misma en base, entre otros aspectos, a sus competencias personales, reforzando los relatos sobre las vivencias positivas que hayan experimentado en referencia a su autonomía (Singh et al., 2011).

La resiliencia tiene un doble valor añadido en este trabajo, dado que también puede funcionar como un factor mediador entre la masculinidad y la salud mental. Si se trasladase el análisis de mediación a la intervención, podría traducirse en que la resiliencia psicológica puede funcionar como una herramienta intrínseca en la masculinidad para poder afrontar el estrés. Así, en los procesos de identificación, exploración y deconstrucción de la masculinidad, la resiliencia puede ser una herramienta a tener en cuenta por parte de la persona técnica.

En definitiva, estos resultados pueden ayudar a conocer qué dimensiones de género pueden estar perjudicando o beneficiando en la salud mental de las mujeres trans en exclusión social, así como qué factores resilientes individuales o grupales estarían funcionando con respecto a su salud. En la intervención psicosocial, todo ello se traduciría en un acompañamiento en los procesos de identificación de las dimensiones que afectan en la salud mental, ya sea para promoverlas o replantearlas por su efecto en su salud.

REFERENCIAS

- Abreu, R. L., Gonzalez, K. A., Capielo Rosario, C., Lockett, G. M., Lindley, L., & Lane, S. (2021). "We are our own community": Immigrant Latinx transgender people community experiences. *Journal of Counseling Psychology*, 68(4), 390–403. <https://doi.org/10.1037/cou0000546>
- Aguilar García, T. (2008). "El sistema sexo-género en los movimientos feministas." *Amnis*, 8, 1–11.
- Ahern, N., Kiehl, E., Lou Sole, M., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. In *Comprehensive Child and Adolescent Nursing* (Vol. 29, Issue 2, pp. 103–125). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/01460860600677643>
- Akhtar, M., & Bilour, N. (2020). State of Mental Health Among Transgender Individuals in Pakistan: Psychological Resilience and Self-esteem. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 626–634. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00522-5>
- Alanko, K., Santtila, P., Harlaar, N., Witting, K., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B., & Sandnabba, N. K. (2008). The association between childhood gender atypical behavior and adult psychiatric symptoms is moderated by parenting style. *Sex Roles*, 58(11–12), 837–847. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9395-5>
- Alemán Ruiz, I., & Calvo Francés, F. (2006). Validación del Cuestionario de Apoyo Social (CAS): estudio preliminar. *Ansiedad y Estrés*.
- Amón, J. (2009). *Estadística para psicólogos*. Madrid: Pirámide, 1990
- Anderson, S. M. (2020). Gender Matters: The Perceived Role of Gender Expression in Discrimination Against Cisgender and Transgender LGBTQ Individuals. *Psychology of Women Quarterly*, 44(3), 323–341. <https://doi.org/10.1177/0361684320929354>

- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Link, B. G., & Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin? *Social Science and Medicine*, *103*, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014>
- Annandale, E. (2010). Health status and gender. In *Medical Sociology* (pp. 97–112). The new Blackwell companion to medical sociology.
- Annandale, E., & Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, *12*(1), 24–46.
- Aparicio-García, M. E. (2017). Transgender, Sexual Orientation, and Health. In *The Psychology of Gender and Health: Conceptual and Applied Global Concerns*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803864-2.00005-5>
- Aparicio-García, M. E., & Alvarado-Izquierdo, J. M. (2019). Is there a “Conformity to Feminine Norms” Construct? A Bifactor Analysis of two Short Versions of Conformity to Feminine Norms Inventory. *Current Psychology*, *38*(5), 1110–1120. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9815-9>
- Aparicio-García, M. E., Fernández-Castilla, B., Giménez-Páez, M. A., Piris-Cava, E., & Fernández-Quijano, I. (2018). Influence of feminine gender norms in symptoms of anxiety in the Spanish context. In *Ansiedad y Estrés* (Vol. 24, Issues 2–3, pp. 60–66). <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.001>
- Aparicio-García, M. E. & García-Nieto, I., (2021). “Identidades trans: una aproximación psicosocial: una aproximación psicosocial al conocimiento sobre lo trans”. Egales. Editorial gay y lesbiana
- Aparicio-García, M. E., & Nieto, M. D. (2021). Explorando diferentes perfiles de (no) conformidad de género en mujeres y su relación con la orientación sexual y la salud mental. *Cuidado de la Salud para Mujeres Internacional* *42* (12), 1393-1413.

- Aparicio-García, M. E., Sanz-Blasco, R., & Ramos-Cejudo, J. (2011). Relaciones entre masculinidad y conductas de salud en estudiantes universitarios españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, *1*(31), 59–71.
- Baams, L. (2018). Disparities for LGBTQ and gender nonconforming adolescents. *Pediatrics*, *141*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3004>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020. *Gaceta Sanitaria*, *34*, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Baral, S., Logie, C., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. (2013). Modified Social Ecological Model: A tool to visually represent the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, *13*, 482. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/482>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, *51*(6), 1173.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, *14*(4), 413–445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *20*(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Belloch, A., Bonifacio, S., & Francisco, R. (2008). Manual de psicopatología.

- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 42, Issue 2, pp. 155–162).
<https://doi.org/10.1037/h0036215>
- Bem, S. L. (1979). Theory and measurement of androgyny: A reply to the Pedhazur-Tetenbaum and Locksley-Colten critiques. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(6), 1047–1054. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.6.1047>
- Berger, R. M., & Kelly, J. (1986). Working with Homosexuals of the older population. *The Journal Of Contemporary Social Work*, 3(May 1980), 203–210.
- Berredo, L., Arcon, A., Regalado, A. G., Honorée, C., McLean, N., Mejri, I., Shaikh, S., Shenker, T., & Toelupe, V. (2018). *Perspectivas trans globales en salud y bienestar: Informe comunitario TvT. Transrespeto versus Transfobia en el Mundo. TGEU.*
https://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/12/TvT-PS-Vol20-2018_ES.pdf
- Blucher-Martin, H. (2021). Phonetic variation in transgender speech: the role of speaker agency in gender speech styles. *University of Western Ontario*, 1–34.
- Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer, W., Reisner, S., Sevelius, J., & Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. In *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* (Vol. 23, Issue 2, pp. 188–197). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000232>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Dolezal, C., Robinson, B. B. E., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (2020). The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT Health*, 7(1), 15–27.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0265>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US

- transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bonilla-Silva, E. (1997). Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *American sociological review*, 465-480. <https://doi.org/10.4324/9780429497896-42>
- Boza, C., & Nicholson Perry, K. (2014). Gender-Related Victimization, Perceived Social Support, and Predictors of Depression Among Transgender Australians. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 35–52.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890558>
- Bradford, N. J., & Catalpa, J. M. (2019). Social and psychological heterogeneity among binary transgender, non-binary transgender and cisgender individuals. *Psychology and Sexuality*, 10(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1552185>
- Braine, N. (2014). Sexual minority women who use drugs: Prejudice, poverty, and access to care. *Sexuality Research and Social Policy*, 11(3), 199–210.
<https://doi.org/10.1007/s13178-014-0155-8>
- Brennan, S. L., Irwin, J., Drincic, A., Amoura, N. J., Randall, A., & Smith-Sallans, M. (2017). Relationship among gender-related stress, resilience factors, and mental health in a Midwestern U.S. transgender and gender-nonconforming population. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 433–445.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1365034>
- Broussard, K. A., & Warner, R. H. (2019). Gender Nonconformity Is Perceived Differently for Cisgender and Transgender Targets. *Sex Roles*, 80(7–8), 409–428.
<https://doi.org/10.1007/s11199-018-0947-z>
- Brown, E. L., Ovrebo, E., Emery, H. E., & Stenersen, M. (2020). The Validity of the Conformity to Feminine Norms Inventory with Sexual and Gender Minority Women.

Journal of LGBT Issues in Counseling, 14(1), 56–68.

<https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1711289>

Buchanan, C. M., & McDougall, P. (2017). Retrospective Accounts of Sexual Peer Victimization in Adolescence: Do Social Status and Gender-Conformity Play a Role? *Sex Roles*, 76(7–8), 485–497. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0672-4>

Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (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.

<https://doi.org/10.1037/a0031774>

Budge, S. L., & Katz-Wise, S. L. (2019). Sexual Minorities' Gender Norm Conformity and Sexual Satisfaction: The Mediating Effects of Sexual Communication, Internalized Stigma, and Sexual Narcissism. *International Journal of Sexual Health*, 31(1), 36–49.

<https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1564411>

Budge, S. L., Orovecz, J. J., Owen, J. J., & Sherry, A. R. (2018). The relationship between conformity to gender norms, sexual orientation, and gender identity for sexual minorities. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(1), 79–97.

<https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1214558>

Bukowski, L. A., Hampton, M. C., Escobar-Viera, C. G., Sang, J. M., Chandler, C. J., Henderson, E., Creasy, S. L., & Stall, R. D. (2019). Intimate Partner Violence and Depression among Black Transgender Women in the USA: The Potential Suppressive Effect of Perceived Social Support. *Journal of Urban Health*, 96(5), 760–771.

<https://doi.org/10.1007/s11524-019-00355-3>

Butler, J. (2007). *El género en disputa el feminismo y la subversión de la identidad* (Paidós (ed.)).

- Butler, J. (1990) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós, 2001.
- Butler, R. M., Horenstein, A., Gitlin, M., Testa, R. J., Kaplan, S. C., Swee, M. B., & Heimberg, R. G. (2019). Social anxiety among transgender and gender nonconforming individuals: The role of gender-affirming medical interventions. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(1), 25–31. <https://doi.org/10.1037/abn0000399>
- Buttram, M. E., Surratt, H. L., & Kurtz, S. P. (2014). Resilience and syndemic risk factors among African-American female sex workers. *Psychology, Health and Medicine, 19*(4), 442–452. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.824595>
- Calderon-Cifuentes, P. A. (2021). *Trans Discrimination in Europe. A TGEU analysis of the FRA LGBTI Survey 2019*. TGEU. <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2021/12/TGEU-trans-discrimination-report-2021.pdf>
- Camp, J., Vitoratou, S., & Rimes, K. A. (2020). LGBTQ+ Self-Acceptance and Its Relationship with Minority Stressors and Mental Health: A Systematic Literature Review. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2353–2373. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01755-2>
- Castañeda, D. (2008). Gender issues among Latinas. In J.C. Chrisler, C. Golden, & P.D. Rozee. (Eds.), *Lectures on the psychology of women* (pp. 251-267). New York, NY. McGraw-Hill.
- Cayuela, A., Malmusi, D., López-Jacob, M. J., Gotsens, M., & Ronda, E. (2015). The Impact of Education and Socioeconomic and Occupational Conditions on Self-Perceived and Mental Health Inequalities Among Immigrants and Native Workers in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(6), 1906–1910. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0219-8>
- Cejudo, J., García-Castillo, F. J., Luna, P., Rodrigo-Ruiz, D., Feltrero, R., & Moreno-Gómez, A. (2019). Using a Mindfulness-Based Intervention to Promote Subjective Well-

- Being, Trait Emotional Intelligence, Mental Health, and Resilience in Women With Fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 10(November), 1–11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02541>
- Cense, M., de Haas, S., & Doorduyn, T. (2017). Sexual victimisation of transgender people in the Netherlands: Prevalence, risk factors and health consequences. *Journal of Gender-Based Violence*, 1(2), 235–252. <https://doi.org/10.1332/239868017X15009036473945>
- Cerezo, A., Quintero, D., Morales, A., & Rothman, S. (2014). Trans Migrations: Exploring Life at the Intersection of Transgender Identity and Immigration. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/sgd0000031>
- Chavanduka, T. M. D., Gamarel, K. E., Todd, K. P., & Stephenson, R. (2020). Responses to the gender minority stress and resilience scales among transgender and nonbinary youth. *Journal of LGBT Youth*. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1719257>
- Clarke, V., & Spence, K. (2013). “I am who I am”? Navigating norms and the importance of authenticity in lesbian and bisexual women’s accounts of their appearance practices. *Psychology & Sexuality*, 4(1), 25–33.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/19419899.2013.748240>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, NJ, 20-26.
- Cohen, S. (1984). Interpersonal relationships as buffer of the impact of psychological stress on health. *Handbook of psychology and health*, 253-267.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2004). Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. In *American psychologist* (Vol. 17, Issue 2).

Collins, P. Y., Von Unger, H., & Armbrister, A. (2008). Church ladies, good girls and locas:

Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk. *Soc Sci Med*, 67(3), 389–397.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.013.Church>

Colpitts, E., & Gahagan, J. (2016). The utility of resilience as a conceptual framework for

understanding and measuring LGBTQ health. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0349-1>

Comisión Europea (2019). Eurobarómetro especial 493: Discriminación en la UE (incluidas las personas LGBTI).

https://data.europa.eu/data/datasets/s2251_91_4_493_eng?locale=es

Connell, R. (2009). Accountable conduct: “Doing gender” in transsexual and political retrospect. *Gender and Society*, 23(1), 104–111.

<https://doi.org/10.1177/0891243208327175>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

<https://doi.org/10.1002/da.10113>

Conron, K. J., Landers, S. J., Reisner, S. L., & Sell, R. L. (2014). Sex and gender in the US health surveillance system: A call to action. In *American Journal of Public Health* (Vol. 104, Issue 6, pp. 970–976). American Public Health Association Inc.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301831>

Cosco, T. D., Kaushal, A., Richards, M., Kuh, D., & Stafford, M. (2016). Resilience measurement in later life: A systematic review and psychometric analysis. In *Health and Quality of Life Outcomes* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd.

<https://doi.org/10.1186/s12955-016-0418-6>

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Identity politics, intersectionality, and violence against women. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. del P., & Dresch, V. (2011). El inventario de conformidad con las normas de género masculinas (CMNI) en la población española. *Anales de Psicología*, 27(1), 170–178.
- Curtin, N., Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. (2011). Femininity ideology and sexual health in young women: A focus on sexual knowledge, embodiment, and agency. *International Journal of Sexual Health*, 23(1), 48–62.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2010.524694>
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985. <https://doi.org/10.1111/jsm.12681>
- Davis, M. C., Luecken, L., & Lemery-Chalfant, K. (2009). Resilience in common life: Introduction to the special issue. *Journal of Personality*, 77(6), 1637–1644.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00595.x>
- De Beauvoir, S. (1949). El segundo sexo. *La experiencia vivida*, 2.
- De Beauvoir, S. (1989). El segundo sexo. Mexico, Alianza/Siglo XXI.
- De La Fuente, I., Rodríguez-Fernández, A. y Escalante, N. (2018). Revisión de instrumentos de medida de apoyo social XXV Jornadas de Investigación en Psicodidáctica. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco
- De la revilla, L., & Muñoz, E. B. (2014). El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social. *Comunidad*, 1–3.
<https://comunidad.semfyec.es/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos/>
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martínez, M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of

- adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *13*(1), 1–18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189874>
- Del Sánchez-López, M. P., Cuellar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The Impact of Gender Roles on Health. *Women and Health*, *52*(2), 182–196.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2011.652352>
- Decker, M. R., Wirtz, A. L., Baral, S. D., Peryshkina, A., Mogilnyi, V., Weber, R. A., Stachowiak, J., Go, V., & Beyrer, C. (2012). Injection Drug Use, Sexual Risk, Violence, and STI/HIV among Moscow FSWs. *Sex Transm Infect*, *23*(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050171.Injection>
- Diamond, L. M., Pardo, S. T., & Butterworth, M. R. (2011). Transgender Experience and Identity. In *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 629–647). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_26
- Dunkle, K. L., & Decker, M. R. (2013). Gender-Based Violence and HIV: Reviewing the Evidence for Links and Causal Pathways in the General Population and High-risk Groups. *American Journal of Reproductive Immunology*, *69*(SUPPL.1), 20–26.
<https://doi.org/10.1111/aji.12039>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(2), 116-123.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
- Eagly, A. H., & Wood, W. (2012). Social role theory. *Handbook of Theories of Social Psychology*, January 2012, 458–476. <https://doi.org/10.4135/9781446249222.n49>
- Ehrensaft, D. (2011). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity. *Psychoanalytic Psychology*, *28*(4), 528–548.
<https://doi.org/10.1037/a0023828>

ENSE, Encuesta Nacional de Salud de España (2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Esteban-Gonzalo, L., Manso-Martínez, M. E., Botín-González, P., Manchado-Simal, B., Rodrigo-de-Frutos, R. M., & González-Pascual, J. L. (2019). The relationship between conformity to male and female gender norms and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 809–815. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01003-0>

Esteban-Gonzalo, S., Aparicio, M., & Estaban-Gonzalo, L. (2018). Employment status, gender and health in Spanish women. *Women and Health*, 58(7), 744–758. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1353574>

Esteban-Gonzalo, S., Ho, P. S. Y., Aparicio-García, M. E., & Esteban-Gonzalo, L. (2020). Understanding the meaning of conformity to feminine norms in lifestyle habits and health: A cluster analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph17041370>

Etherington, N. (2015). Race, Gender, and the Resources That Matter: An Investigation of Intersectionality and Health. *Women and Health*, 55(7), 754–777. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1050544>

Evans-Polce, R. J., Kcomt, L., Veliz, P. T., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2020). Alcohol, Tobacco, and Comorbid Psychiatric Disorders and Associations with Sexual Identity and Stress-Related Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 177(11), 1073–1081. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010005>

Everett, B. G., Steele, S. M., Matthews, A. K., & Hughes, T. L. (2019). Gender, Race, and Minority Stress Among Sexual Minority Women: An Intersectional Approach.

- Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1505–1517. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1421-x>.
- Fleming, P. J., Harris, K. M., & Halpern, C. T. (2017). Description and Evaluation of a Measurement Technique for Assessment of Performing Gender. *Sex Roles*, 76(11–12), 731–746. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0657-3>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Follins, L. D., Walker, J. J., & Lewis, M. K. (2014). Resilience in Black Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals: A Critical Review of the Literature. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 18(2), 190–212. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.828343>
- Ford, M. T., Heinen, B. A., & Langkamer, K. L. (2007). Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 57–80. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.1.57>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H. J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Hoy-Ellis, C. P., & Muraco, A. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- French, K. A., Dumani, S., Allen, T. D., & Shockley, K. M. (2018). A meta-analysis of work-family conflict and social support. *Psychological Bulletin*, 144(3), 284–314. <https://doi.org/10.1037/bul0000120>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy

- adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76.
<https://doi.org/10.1002/mpr.143>
- Fuller, K. A., & Riggs, D. W. (2018). Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 379–388.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1500966>
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Iglesias, I., Galdós, J. S., López de Roda, A. B., & Sánchez-Moreno, E. (2021). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Percibido en una Muestra Multiétnica de Personas Mayores Chilenas = Validation of the perceived social support questionnaire for a multi-ethnic population of Chilean older adults. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 58(1), 79–91.
<http://proxy.lib.umich.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-28778-007&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://esteban.sanchez@cps.ucm.es%0Ahttp://abarronl@ucm.es%0Ahttp://jesus.saiz@psi.ucm.es%0Ahttp://i.sanchez@ps>
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings From a Community-Sample of Transgender Women in the San Francisco Bay Area. *Nicotine and Tobacco Research*, 18(3), 306–313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>
- García-cubillana, P., Luna, J. D. D., Laviana, M., Fernández, L., Sulla, Q., & Sociale, R. (2006). *De Red Social , Versión Española Del a Personas Con Trastorno Mental Severo Spanish Version and Reliability of the « Social Network Questionnaire », Applied To People With Severe Mental Illness*. XXVI(135), 135–150.
- Gartner, R. E., & Sterzing, P. R. (2016). Gender Microaggressions as a Gateway to Sexual Harassment and Sexual Assault: Expanding the Conceptualization of Youth Sexual

- Violence. *Affilia - Journal of Women and Social Work*, 31(4), 491–503.
<https://doi.org/10.1177/0886109916654732>
- Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D. J., & Holt, J. (2006). Self reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: The added dimension of immigration. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1821–1828.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.080085>
- Geist, C., Reynolds, M. M., & Gaytán, M. S. (2017). Unfinished Business: Disentangling Sex, Gender, and Sexuality in Sociological Research on Gender Stratification. *Sociology Compass*, 11(4), 1–16. <https://doi.org/10.1111/soc4.12470>
- George, A. (2016). *Feminine Ideology, Relational Self-Concept, and Internalizing Symptoms in Women*.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*.
<https://books.google.com/books?id=lua3cQAACAAJ&pgis=1>
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson
- Goldenberg, T., Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Jadwin-Cakmak, L., & Harper, G. W. (2021). Gender Affirmation as a Source of Resilience for Addressing Stigmatizing Healthcare Experiences of Transgender Youth of Color. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(12), 1168–1183. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab011>
- Goodwill, J. R., Johnson, N. C., & Watkins, D. C. (2020). Adherence to masculine norms and depressive symptoms in young Black men. *Social Work*, 65(3), 235–244.
<https://doi.org/10.1093/sw/swaa029>
- Gordon, A. R., Krieger, N., Okechukwu, C. A., Haneuse, S., Samnaliev, M., Charlton, B. M., & Austin, S. B. (2017). Decrements in health-related quality of life associated with

- gender nonconformity among U.S. adolescents and young adults. *Quality of Life Research*, 26(8), 2129–2138. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1545-1>
- Gorman, K. R., Shipherd, J. C., Collins, K. M., Gunn, H. A., Rubin, R. O., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2022). Coping, resilience, and social support among transgender and gender diverse individuals experiencing gender-related stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(1), 37–48. <https://doi.org/10.1037/sgd0000455>
- Gracia Fuster, E., Herrero Olaizola, J. B., & Musitu Ochoa, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Síntesis.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). Injustice at every turn: a report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Comparing Gender Expression, Gender Nonconformity, and Parents' Responses of Female- to-Male and Male-to-Female Transgender Youth. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 1(1), 41–59. <https://doi.org/10.1300/J462v01n01>
- Gruskin, S., Bogecho, D., & Ferguson, L. (2010). Rights-based approaches to health policies and programs: Articulations, ambiguities, and assessment. *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 129–145. <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.7>
- Guadamuz, J. S., Kapoor, K., Lazo, M., Eleazar, A., Yahya, T., Kanaya, A. M., Cainzos-Achirica, M., & Bilal, U. (2022). Understanding Immigration as a Social Determinant of Health: Cardiovascular Disease in Hispanics/Latinos and South Asians in the United States. *Curr Atheroscler Rep*, 23(6), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s11883-021-00920-9.Understanding>

- Hammer, J. H., & Good, G. E. (2010). Positive Psychology: An Empirical Examination of Beneficial Aspects of Endorsement of Masculine Norms. *Psychology of Men and Masculinity, 11*(4), 303–318. <https://doi.org/10.1037/a0019056>
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science and Medicine, 74*(11), 1712–1720.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Hatchel, T., Valido, A., De Pedro, K. T., Huang, Y., & Espelage, D. L. (2019). Minority Stress Among Transgender Adolescents: The Role of Peer Victimization, School Belonging, and Ethnicity. *Journal of Child and Family Studies, 28*(9), 2467–2476.
<https://doi.org/10.1007/s10826-018-1168-3>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psychological Bulletin, 135*(5), 707–730.
<https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *Physiology & Behavior, 71*(8), 742–751.
<https://doi.org/10.1037/amp0000068>.Structural
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science and Medicine, 103*, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.017>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication monographs, 76*(4), 408-420.
<http://dx.doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: Methodology in the Social Sciences. *Kindle Edition, 193*.

- Heinze, J. E., & Horn, S. S. (2014). Do Adolescents' Evaluations of Exclusion Differ Based on Gender Expression and Sexual Orientation? *Journal of Social Issues*, 70(1), 63–80. <https://doi.org/10.1111/josi.12047>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Herreen, D., Rice, S., Currier, D., Schlichthorst, M., & Zajac, I. (2021). Associations between conformity to masculine norms and depression: age effects from a population study of Australian men. *BMC Psychology*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00533-6>
- Hoskin, R. A. (2019). Femmephobia: the role of anti-femininity and gender policing in LGBTQ+ people's experiences of discrimination. *Sex Roles*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11199-019-01021-3>
- House, J. S. (1983). Work stress and social support. *Addison-Wesley series on occupational stress*.
- House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen & L. S. Syme. *Social Support and Health*. London: Academic Press
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression Among Transgender Older Adults: General and Minority Stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3–4), 295–305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76(April), 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>

- Hwahng, S. J., Allen, B., Zadoretzky, C., Barber, H., McKnight, C., & Des Jarlais, D. (2019). Alternative kinship structures, resilience and social support among immigrant trans Latinas in the USA. *Culture, Health and Sexuality*, 21(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1440323>
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Tate, C. C., & Anders, S. M. Van. (2019). The Future of Sex and Gender in Psychology : Five Challenges to the Gender Binary. *American Psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/amp0000307>
- INE, Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta Europea de Salud en España (EESA). https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
- INE, Instituto Nacional de Estadística (2021). La salud mental en la pandemia: lo que dicen las encuestas. <https://www.ine.es/ss/Satellite>
[L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE)
- James, Sandy E., Herman, Jody, Keisling, Mara, Mottet, Lisa, and Anafi, Ma'ayan. 2015 U.S. Transgender Survey (USTS). Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2019-05-22. <https://doi.org/10.3886/ICPSR37229.v1>
- Jin, H., Restar, A., Goedel, W. C., Ogunbajo, A., Biello, K., Operario, D., Kuhns, L., Reisner, S. L., Garofalo, R., & Mimiaga, M. J. (2020). Maternal support is protective against suicidal ideation among a diverse cohort of young transgender women. *LGBT Health*, 7(7), 349–357. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0219>
- Johnson, A. H. (2013). DOING CISGENDER VS . DOING TRANSGENDER : AN EXTENSION OF ‘ DOING GENDER ’ USING DOCUMENTARY FILM A thesis submitted to Kent State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts by. In *Proquest*. Kent State University.

- Johnson, A. H. (2015). Normative Accountability: How the Medical Model Influences Transgender Identities and Experiences. *Sociology Compass*, 9(9), 803–813.
<https://doi.org/10.1111/soc4.12297>
- Johnson, Q. R. (2015). Transgender community inequalities and the importance of perceived social support (Issue May).
<http://search.proquest.com/docview/1682266969/abstract/4E4D4432AE35466DPQ/11>
- Johnson, R. J., & Wolinsky, F. D. (1994). Gender, race, and health: The structure of health status among older adults. *Gerontologist*, 34(1), 24–35.
<https://doi.org/10.1093/geront/34.1.24>
- Kcomt, L., Evans-Polce, R. J., Veliz, P. T., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2020). Use of cigarettes and e-cigarettes/vaping among transgender people: results from the 2015 US Transgender Survey. *American journal of preventive medicine*, 59(4), 538-547.
[10.1016/j.amepre.2020.03.027](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.03.027)
- Keng, S. L., & Liew, K. W. L. (2017). Trait Mindfulness and Self-Compassion as Moderators of the Association Between Gender Nonconformity and Psychological Health. *Mindfulness*, 8(3), 615–626. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0639-0>
- Kimmel, S. B., & Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1185–1190. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1185>
- King, T., Shields, M., Sojo, V., Daraganova, G., Currier, D., O’Neil, A., King, K., & Milner, A. (2020). Expression of masculinity and associations with suicidality among adolescent males. *BMC Psychiatry*, 20(228), 1–10.
- Lacombe-Duncan, A., Warren, L., Kay, E. S., Persad, Y., Soor, J., Kia, H., Underhill, A., Logie, C. H., Kazemi, M., Kaida, A., de Pokomandy, A., & Loutfy, M. (2021). Mental health among transgender women living with HIV in Canada: findings from a national

- community-based research study. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 33(2), 192–200.
- <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1737640>
- Lampe, N. M., Carter, S. K., & Sumerau, J. E. (2019). Continuity and Change in Gender Frames: The Case of Transgender Reproduction. *Gender and Society*, 33(6), 865–887.
- <https://doi.org/10.1177/0891243219857979>
- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 8(2/3), 173-182.
- Lara, M. A. (1991). Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. In *Salud mental* (Vol. 14, Issue 1, pp. 12–18).
- Levant, R. F., Joel Wong, Y., Karakis, E. N., & Welsh, M. M. (2015). Mediated moderation of the relationship between the endorsement of restrictive emotionality and alexithymia. *Psychology of Men and Masculinity*, 16(4), 459–467.
- <https://doi.org/10.1037/a0039739>
- Lewis, J. A., Arnold, M. S., House, R., & Toporek, R. L. (2002). ACA advocacy competencies.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, 22 de marzo de 2015, núm. 71, pp. 12611 a 12645.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(2001), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221–228.
- <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>

- Logie, C. H., Kinitz, D. J., Gittings, L., Persad, Y., Lacombe-Duncan, A., & Poteat, T. (2022). Eliciting critical hope in community-based HIV research with transgender women in Toronto, Canada: methodological insights. *Health Promotion International*, 37(February), II37–II47. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac017>
- Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Wang, Y., Levermore, K., Jones, N., Ellis, T., Bryan, N., & Grace, D. (2020). Adapting the psychological mediation framework for cisgender and transgender sexual minorities in Jamaica: Implications from latent versus observed variable approaches to sexual stigma. *Social Science and Medicine*, 245. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112663>
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming Gender Expression and Associated Mental Distress and Substance Use among High School Students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020–1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *NIH Public Access*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Mahalik, J. R., Levi-Minzi, M., & Walker, G. (2007). Masculinity and Health Behaviors in Australian Men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(4), 240–249. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.4.240>
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>

- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles, 52*(7–8), 417–435. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3709-7>
- Mahalik, J. R., Talmadge, W. T., Locke, B. D., & Scott, R. P. J. (2005). Using the conformity to masculine norms inventory to work with men in a clinical setting. In *Journal of Clinical Psychology* (Vol. 61, Issue 6, pp. 661–674).
<https://doi.org/10.1002/jclp.20101>
- Mainieri, B., Zuazua-Ros, M. & Navazo, T. (2022). La voz de las olvidadas. Asociación Imagina MÁS. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141–156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- Manzano-García, G., & Ayala Calvo, J. C. (2013). *Connor–Davidson Resilience Scale--Spanish Version (CD-RISC)* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t71949-000>
- Martin-Storey, A. (2016). Gender, Sexuality, and Gender Nonconformity: Understanding Variation in Functioning. *Child Development Perspectives, 10*(4), 257–262.
<https://doi.org/10.1111/cdep.12194>
- Martin-Storey, A., & August, E. G. (2016). Harassment Due to Gender Nonconformity Mediates the Association Between Sexual Minority Identity and Depressive

Symptoms. *Journal of Sex Research*, 53(1), 85–97.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2014.980497>

Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A., & Faulín Fajardo, F. J.

(2006). *Bioestadística amigable* (No. Sirsi) i9788479787912).

Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological Interventions Promoting Resilience Among Transgender Individuals: Transgender Resilience Intervention Model (TRIM).

Counseling Psychologist, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>

Matsuzaka, S., & Koch, D. E. (2019). Trans Feminine Sexual Violence Experiences: The Intersection of Transphobia and Misogyny. *Affilia - Journal of Women and Social Work*, 34(1), 28–47. <https://doi.org/10.1177/0886109918790929>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.262>

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

Miller, L. R., & Grollman, E. A. (2015). The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: Implications for Discrimination and Health. *Sociological Forum*, 30(3), 809–831. <https://doi.org/10.1111/socf.12193>

Millet, K. "Políticas sexuales." (1969).

Modrakovic, D., Way, N., Forssell, S., & Calabrese, S. K. (2021). Moderating effects of minority stress on the association between adherence to norms of masculinity and psychological well-being in a diverse sample of gay male emerging adults. *Psychology of Men and Masculinity*, 22(2), 412–421. <https://doi.org/10.1037/men0000339>

[Money, J. \(1955\). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 253-264.](#)

- Morrison, M. A., Bishop, C. J., Gazzola, S. B., McCutcheon, J. M., Parker, K., & Morrison, T. G. (2017). Systematic review of the psychometric properties of transphobia scales. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 395–410.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1332535>
- Muchicko, M. M., Lepp, A., & Barkley, J. E. (2014). Peer victimization, social support and leisure-time physical activity in transgender and cisgender individuals. *Leisure/Loisir*, 38(3–4), 295–308. <https://doi.org/10.1080/14927713.2015.1048088>
- Mulvey, K. L., & Killen, M. (2015). Challenging gender stereotypes: Resistance and exclusion. *Child Development*, 86(3), 681–694. <https://doi.org/10.1111/cdev.12317>
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437–448. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0013-9>
- Nemoto, T., Bödeker, B., & 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.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197285>
- Nielsen, M. W., Stefanick, M. L., Peragine, D., Neilands, T. B., Ioannidis, J. P. A., Pilote, L., Prochaska, J. J., Cullen, M. R., Einstein, G., Klinge, I., LeBlanc, H., Paik, H. Y., & Schiebinger, L. (2021). Gender-related variables for health research. *Biology of Sex Differences*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-021-00366-3>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender Abuse and Major Depression Among Transgender Women: A Prospective Study of Vulnerability and Resilience. *American Journal of Public Health* *Nuttbrock et Al. | Peer Reviewed | Research and Practice*, 104(11), 2191.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013>

OMS, Organización Mundial de la Salud (2021). Gender and Health.

<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>

OMS, Organización Mundial de la Salud (2018). Género y Salud.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Oost, K. M., Livingston, N. A., Gleason, H. A., & Cochran, B. N. (2016). Gender performance stress and risk for psychopathology: Looking beyond sexual orientation. *Journal of LGBT Youth, 13*(3), 231–248.

<https://doi.org/10.1080/19361653.2015.1089807>

Operario, D., & Nemoto, T. (2010). HIV in transgender communities: Syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 55*. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181fbc9ec>

Parent, M. C., & Moradi, B. (2009). Confirmatory factor analysis of the Conformity to Masculine Norms Inventory and development of the Conformity to Masculine Norms Inventory-46. *Psychology of Men & Masculinity, 10*(3), 175.

Perez-Brumer, A. G., Reisner, S. L., McLean, S. A., Silva-Santisteban, A., Huerta, L., Mayer, K. H., Sanchez, J., Clark, J. L., Mimiaga, M. J., & Lama, J. R. (2017). Leveraging social capital: Multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *Journal of the International AIDS Society, 20*(1). <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21462>

Pescosolido, B., & Martin, J. (2015). The Stigma Complex. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 12*(3), 141–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>.The

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & 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. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>
- Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2011). Male-to-Female Transgender Individuals Building Social Support and Capital From Within a Gender-Focused Network. *J Gay Lesbian Soc Serv*, 12(4), 237–251. <https://doi.org/10.1080/10538720802235179>.
- Puckett, J. A., Maroney, M. R., Wadsworth, L. P., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2021). Coping with Discrimination: The Insidious Effects of Gender Minority Stigma on Depression and Anxiety in Transgender Individuals. *Journal Clinical Psychology*, 76(1), 176–194. <https://doi.org/10.1002/jclp.22865>.Coping
- Rands, K. E. (2009). Considering transgender people in education: A gender-complex approach. *Journal of Teacher Education*, 60(4), 419–431. <https://doi.org/10.1177/0022487109341475>
- Reed, E., Gupta, J., Biradavolu, M., Devireddy, V., & Blankenship, K. M. (2010). The context of economic insecurity and its relation to violence and risk factors for HIV among female sex workers in Andhra Pradesh, India. *Public Health Reports*, 125(SUPPL. 4), 81–89. <https://doi.org/10.1177/00333549101250s412>
- Reguera-García, M. M., Liébana-Presa, C., Álvarez-Barrio, L., Alves Gomes, L., & Fernández-Martínez, E. (2020). Actividad física, resiliencia, sentido de coherencia y afrontamiento en personas con esclerosis múltiple en la situación derivada de COVID-19. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 13. <https://www.facalem.es/wp-content/uploads/2020/11/Estudio-Grupo-SABIS-Traducido-ES.pdf> www.mdpi.com/journal/ijerph
- [Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Mauro, C., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. \(2016\). Global Health Burden and Needs of Transgender](https://doi.org/10.1037/sgd0000122)

[Populations: A Review. *The Lancet*, 388\(10042\), 412–436.](#)

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).Global

- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*., 56(3), 274–279. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health education*, 21(6), 33-39. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614589>
- Rieger, G., & Savin-Williams, R. C. (2012). Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 611–621. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9738-0>
- Riley, E. A., Clemson, L., Sitharthan, G., & Diamond, M. (2013). Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(3), 241–263. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.628439>
- Rodríguez, A. J. S., García, M. E. A., & Gras, R. M. L. (2019). The health of transgender adolescents and adults: A systematic review from a gender perspective. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 51(1), 5–20. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.01>
- Rood, B. A., Maroney, M. R., Puckett, J. A., Berman, A. K., Reisner, S. L., & Pantalone, D. W. (2017). Identity concealment in transgender adults: A qualitative assessment of minority stress and gender affirmation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 704–713. <https://doi.org/10.1037/ort0000303>

- Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W. (2016). Expecting Rejection: Understanding the Minority Stress Experiences of Transgender and Gender-Nonconforming Individuals. *Transgender Health, 1*(1), 151–164. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0012>
- Rouhani, S., Decker, M. R., Tomko, C., Silberzahn, B., Allen, S. T., Park, J. N., Footer, K. H. A., & Sherman, S. G. (2021). Resilience among Cisgender and Transgender Women in Street-Based Sex Work in Baltimore, Maryland. *Women's Health Issues, 31*(2), 148–156. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.11.002>
- Rubin, G. (1975): The traffic in Women : The Political Economy of Sex, “Toward an Anthropology of Women”, R. R. Reiter ed., New York, Monthly Review Press.
- Ruiz-Jiménez, M. T., Saiz-Galdós, J., Montero-Arredondo, M. T., & Navarro-Bayón, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Asoc. Esp. Neuropsiq, 37*(132), 415–437. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200006>
- [Ruff, N., Smoyer, A. B., & Breny, J. \(2019\). Hope, Courage, and Resilience in the Lives of Transgender Women of Color. *Qualitative Report, 24*\(8\), 1990–2008. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3729>](#)
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience-clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 474–487. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca , el Desarrollo Social , y el Bienestar Teoría de la Autodeterminación. *American Psychologist, 55*, 68–78. <https://doi.org/10.1037110003-066X.55.1.68>

Salisu, I., & Hashim, N. (2017). A Critical Review of Scales Used in Resilience Research.

IOSR Journal of Business and Management, 19(04), 23–33.

<https://doi.org/10.9790/487x-1904032333>

Sánchez, D. T., & Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being:

The role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*,

29(1), 63–77. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00169.x>

Sánchez-López, M. del P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population.

Psicothema, 20(4), 839–843.

Sánchez-López, M. del P., Saavedra, A. I., Dresch, V., & Limiñana-Gras, R. M. (2014).

Conformity to Traditional Gender Norms in a Feminized Occupation: The Influence on Health Behaviors. *Health*, 06(20), 2775–2789.

<https://doi.org/10.4236/health.2014.620317>

Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2015). 14-item resilience scale (RS-14):

Psychometric properties of the Spanish version. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 1(40).

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority

Stress, Resilience, and Mental Health: A Study of Italian Transgender People. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563–585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>

Serano, J. (2016). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Hachette UK.

Sevelius, J. M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. *Sex Roles*, 68(11–12), 675–689.

<https://doi.org/10.1007/s11199-012-0216-5>

- Sevelius, J., Chakravarty, D., Neilands, TB, Keatley, J., Shade, SB, Johnson, MO y Rebhook, G. (2021). Evidencia del modelo de afirmación de género: el papel de la afirmación de género y el empoderamiento de la atención médica en la supresión viral entre las mujeres transgénero de color que viven con el VIH. *SIDA y Comportamiento*, 25 (1), 64-71.
- Shaw, J., McLean, K. C., Taylor, B., Swartout, K., & Querna, K. (2016). Beyond resilience: Why we need to look at systems too. In *Psychology of Violence* (Vol. 6, Issue 1, pp. 34–41). American Psychological Association Inc. <https://doi.org/10.1037/vio0000020>
- She, R., Mo, P. K. han, Ma, T., Liu, Y., & Lau, J. T. fai. (2021). Impact of Minority Stress and Poor Mental Health on Sexual Risk Behaviors among Transgender Women Sex Workers in Shenyang, China. *AIDS and Behavior*, 25(6), 1790–1799. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03108-5>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental Support and Mental Health Among Transgender Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791–793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>. Parental
- Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act”: The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 17(2), 34–44. <https://doi.org/10.1177/1534765610369261>
- Singh, A., Hays, D., & Watson, L. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling and Development*, 89(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x>

- Slater, S. V. (2016). An exploration of gender identity and gender roles within the context of Latinas' military service. In *ProQuest Dissertations and Theses*.
<https://search.proquest.com/docview/1817616441?accountid=14542%0Ahttp://dn3nh3eq7d.search.serialssolutions.com/?genre=article&sid=ProQ:&atitle=An+exploration+of+gender+identity+and+gender+roles+within+the+context+of+Latinas%27+military+service&title=An+ex>
- Sloan, C. A., Berke, D. S., & Zeichner, A. (2015). Bias-motivated Aggression against Men: Gender Expression and Sexual Orientation as Risk Factors for Victimization. *Sex Roles, 72*(3–4), 140–149. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0443-z>
- Smiler, A. P., & Epstein, M. (2010). Measuring Gender: Options and Issues. In *Handbook of Gender Research in Psychology* (pp. 133–157). Springer New York.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1465-17>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Smith, D. S., Schacter, H. L., Enders, C., & Juvonen, J. (2017). Gender Norm Salience Across Middle Schools: Contextual Variations in Associations Between Gender Typicality and Socioemotional Distress. *Journal Youth Adolescence*.
<https://doi.org/10.1007/s10964-017-0732-2>
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology, 32*(1), 29–39.
<https://doi.org/10.1037/h0076857>
- Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Stapp, J. (1974). *The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity*. University of Texas.

- Steinfeldt, J. A., Zakrajsek, R., Carter, H., & Steinfeldt, M. C. (2011). Conformity to gender norms among female student-athletes: Implications for body image. *Psychology of Men and Masculinity, 12*(4), 401–416. <https://doi.org/10.1037/a0023634>
- Stoller, R. J. (1968). A further contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis, 49*, 364-368.
- Stone, A. L., Nimmons, E. A., Salcido, R., & Schnarrs, P. W. (2020). “Multiplicity, Race, and Resilience: Transgender and Non-Binary People Building Community.” *Sociological Inquiry, 90*(2), 226–248. <https://doi.org/10.1111/soin.12341>
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental Health Disparities Within the LGBT Population: A Comparison between Transgender and Nontransgender Individuals. *Transgender Health, 1*(1), 12–20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>
- Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Sumerau, J. E., & Grollman, E. A. (2018). Obscuring Oppression: Racism, Cissexism, and the Persistence of Social Inequality. *Sociology of Race and Ethnicity, 4*(3), 322–337. <https://doi.org/10.1177/2332649218755179>
- Suzzi, G. S. (2016). Gayle Rubin y Judith Butler. Interlocuciones psicoanalíticas para el desmontaje del sistema sexo/género. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en P. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de*

Investigadores En Psicología Del MERCOSUR. <https://www.academica.org/000-044/52>

Sweileh, W. M. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900 - 2017). *BMC International Health and Human Rights*, *18*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0155-5>

Tantirattanakulchai, P., & Hounnaklang, N. (2022). Perceived social support and its relationship with depression among Bangkok's trans women. *Journal of Health Research*, *36*(2), 365–375. <https://doi.org/10.1108/JHR-05-2020-0165>

Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American journal of community psychology*, *13*(2), 187.

Tate, C. C., Youssef, C. P., & Bettergarcia, J. N. (2014). Integrating the study of transgender spectrum and cisgender experiences of self-categorization from a personality perspective. *Review of General Psychology*, *18*(4), 302–312. <https://doi.org/10.1037/gpr0000019>

Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, *87*(3), 354–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.354>

Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science*, *18*(9), 831–837. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x>

Tebbe, E. A., & Moradi, B. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(5), 520–533. <https://doi.org/10.1037/cou0000152>

- Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, J., Pastor, M. A., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23–45.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal Ideation in Transgender People: Gender Minority Stress and Interpersonal Theory Factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125–136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>
- Todd, K., Peitzmeier, S. M., Kattari, S. K., Miller-Perusse, M., Sharma, A., & Stephenson, R. (2019). Demographic and Behavioral Profiles of Nonbinary and Binary Transgender Youth. *Transgender Health*, 4(1), 254–261. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0068>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). 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. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
- Vafaei, A., Alvarado, B., Tomás, C., Muro, C., Martinez, B., & Zunzunegui, M. V. (2014). The validity of the 12-item Bem Sex Role Inventory in older Spanish population: An examination of the androgyny model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.05.012>

- Valcárcel, A. (2013). *Feminismo en el mundo global*. Ediciones cátedra.
- Van Breda, A. D. (2018). A critical review of resilience theory and its relevance for social work. In *Social Work (South Africa)* (Vol. 54, Issue 1, pp. 1–18). University of Stellenbosch. <https://doi.org/10.15270/54-1-611>
- Van Lisdonk, J., van Bergen, D. D., Hospers, H. J., & Keuzenkamp, S. (2015). The Importance of Gender and Gender Nonconformity for Same-Sex-Attracted Dutch Youth's Perceived Experiences of Victimization Across Social Contexts. *Journal of LGBT Youth*, 12(3), 233–253. <https://doi.org/10.1080/19361653.2015.1040188>
- Vantieghem, W., & Van Houtte, M. (2015). Are Girls more Resilient to Gender-Conformity Pressure? The Association Between Gender-Conformity Pressure and Academic Self-Efficacy. *Sex Roles*, 73(1–2), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0509-6>
- Vella, S.-L. C., & Pai, N. B. (2019). A Theoretical Review of Psychological Resilience: Defining Resilience and Resilience Research over the Decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233–239. <https://doi.org/10.4103/amhs.amhs>
- Vidal-Ortiz, S. (2009). The figure of the transwoman of color through the lens of “doing gender.” *Gender and Society*, 23(1), 99–103. <https://doi.org/10.1177/0891243208326461>
- Virupaksha, H. G., & Muralidhar, D. (2018). Original Article Resilience among Transgender Persons: Indian Perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry* |, 34, 111–115. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_25_17
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(12), 28-33.

- West, C., & Zimmerman, D. H. (2009). Accounting for doing gender. *Gender and Society*, 23(1), 112–122. <https://doi.org/10.1177/0891243208326529>
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Westbrook, L., & Schilt, K. (2014). Doing Gender, Determining Gender: Transgender People, Gender Panics, and the Maintenance of the Sex/Gender/Sexuality System. *Gender and Society*, 28(1), 32–57. <https://doi.org/10.1177/0891243213503203>
- Wheaton, B. (1983). Stress, Personal Coping Resources, and Psychiatric Symptoms: An Investigation of Interactive Models. In *Source: Journal of Health and Social Behavior* (Vol. 24, Issue 3).
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152–169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
- Windle, G., Markland, D. A., & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging and Mental Health*, 12(3), 285–292. <https://doi.org/10.1080/13607860802120763>
- Wittig, M. (2005). El pensamiento heterosexual y otros ensayos (J. Sáez & P. Vidarte trads.). Madrid: Egales. (Trabajo original publicado en 1992).
- Wittig, M. (1992). *The straight mind: and other essays*. Beacon Press.
- Wong, Y. J., Ho, M. H. R., Wang, S. Y., & Miller, I. S. K. (2017). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>

- Wood, W., & Eagly, A. H. (2015). Two Traditions of Research on Gender Identity. *Sex Roles*, 73(11–12), 461–473. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0480-2>
- Woodford, M. R., Kulick, A., Sinco, B. R., & Hong, J. S. (2014). Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBTQ students: The mediating role of self-acceptance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 519–529. <https://doi.org/10.1037/ort0000015>
- Worthen, M. G. F. (2013). An Argument for Separate Analyses of Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual Men, Bisexual Women, MtF and FtM Transgender Individuals. *Sex Roles*, 68(11–12), 703–723. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0155-1>
- Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In *Handbook of Resilience in Children: Second Edition* (pp. 15–37). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Zalta, A. K., Tirone, V., Orlowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., R. Stevens, N., Adkins, E., & Dent, A. L. (2020). Examining Moderators of the Relationship Between Social Support and Self- Reported PTSD Symptoms: A Meta-Analys. *American Psychological Association*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/bul0000316>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

ANEXOS

ANEXO I: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este estudio es analizar la conformidad con las normas de género femeninas y masculinas de las mujeres trans. El estudio estará compuesto por 6 cuestionarios:

- Inventario de conformidad con las normas de género femeninas CFNI-45
- Inventario de conformidad con las normas de género masculinas CMNI-46
- Escala multidimensional de apoyo social percibido (EMAS 12)
- La Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)
- Escala de Salud General. GHQ 12

Los datos personales y médicos serán tratados confidencialmente. Se cumplirá con la LOPD 15/1999 de protección de datos de carácter personal con los derechos que confiere al participante de acceso, cancelación rectificación y oposición de los datos.

Al final del estudio, el análisis de los datos completos se publicará en medios científicos de forma anónima y resumida, de manera que ningún participante concreto pueda ser identificado.

La participación en el estudio es completamente voluntaria y altruista. Le informamos de que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin dar ninguna explicación.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna duda, estoy a su disposición para solucionarla.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO:

Yo _____
con DNI/NIE/PASAPORTE _____

He obtenido la suficiente información sobre el estudio en el que voy a participar y he podido hacer preguntas sobre el mismo. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si así lo deseo. Así pues, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma de la participante:

Firma de la investigadora: Miren Zuazua Ros
Psicóloga. N° Colegiada:M-34590

Madrid, a _____ de _____ del 20__

Atentamente,

Miren Zuazua Ros

ANEXO II: ENCUESTA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Año de nacimiento	
Lugar de residencia	
Lugar de nacimiento	
Situación laboral:	Estudiante Empleada Otra situación:
En caso de trabajar, ¿de qué trabaja?	
Situación de pareja:	Con pareja Sin pareja
Nivel de estudios:	Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato/FP Titulación superior

Las siguientes escalas no se exponen por respeto a los derechos de autor:

- Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI-45)
- Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI-46)
- Escala multidimensional de Apoyo Social percibido (EMAS)
- La Escala de Resiliencia (ER-14)
- Escala de Salud General (GHQ-12)