



La vejez en las personas transgénero. Variables psicosociales e impacto en el bienestar sexual.

Autor: Marina Alarcón Ballesteros

Tutor: Jose A. Fernandes Pires

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

Resumen

El envejecimiento en personas transgénero continúa siendo un fenómeno invisibilizado en la literatura científica, especialmente en lo que respecta a la vivencia de la sexualidad en etapas avanzadas de la vida. Este trabajo presenta una revisión sistemática cuyo objetivo fue identificar necesidades emergentes en la vejez, factores psicosociales de riesgo y protección para la salud, así como analizar la interacción entre la persona trans mayor y su entorno en relación con el bienestar sexual y psicológico. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, APA PsycINFO, PSICODC y Web Of Science, obteniendo un total de 15 artículos. Los resultados revelan que la sexualidad se transforma y resignifica a través de la transición de género, la afirmación identitaria y los vínculos relacionales. Entre los factores de riesgo destacan el estigma internalizado, la disforia corporal, la exclusión social, barreras estructurales en el acceso a servicios sanitarios, así como, tensiones específicas en contextos familiares y de atención. Por otro lado, el apoyo de la pareja, las redes comunitarias y el activismo aparecen como factores protectores que favorecen el bienestar. Se concluye que el envejecimiento trans requiere un abordaje interseccional e integral que contemple las trayectorias vitales, afectivas y sexuales de las personas trans mayores. Asimismo, se subraya la urgencia de formar a los profesionales en atención inclusiva, impulsar políticas públicas sensibles al género y fomentar entornos de cuidado seguros y libres de discriminación que favorezcan una vejez vivida con acompañamiento y dignidad.

Palabras clave: Transgénero, vejez, bienestar sexual, salud mental, atención sociosanitaria, calidad de vida.

Inglés

Ageing in transgender people remains an underexplored phenomenon in scientific literature, particularly regarding experiences of sexuality in later stages of life. This study presents a systematic review aimed at identifying emerging needs in old age, psychosocial risk and protective factors for health, as well as analysing the interaction between older trans individuals and their environment in relation to sexual and psychological well-being. A search was conducted in the Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, APA PsycINFO, PSICODC and Web of Science databases, yielding a total of 15 relevant articles. Findings reveal that sexuality is transformed and redefined through gender transition, identity affirmation, and relational bonds. Among the risk factors, internalised stigma, body dysphoria, social exclusion, structural barriers to accessing healthcare services, as well as specific tensions within family and care contexts stand out. On the other hand, partner support, community networks, and activism emerge as protective factors that promote well-being. It is concluded that trans ageing requires an intersectional and comprehensive approach that considers the life, emotional, and sexual trajectories of older trans people. Likewise, the urgency of training professionals in inclusive care, promoting gender-sensitive public policies, and fostering safe and discrimination-free care environments is emphasised, in order to support ageing processes lived with accompaniment and dignity.

Key words: Transgender, ageing, sexual well-being, mental health, social and healthcare services, quality of life.

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Método.....	8
<i>Estrategia de búsqueda</i>	8
<i>Criterios de elegibilidad</i>	8
<i>Variables de resultado</i>	9
<i>Análisis de datos</i>	9
Resultados.....	10
<i>Resultados de la búsqueda</i>	10
Figura 1.....	12
<i>Diagrama de flujo</i>	12
<i>Características metodológicas</i>	12
<i>Características de la muestra</i>	14
<i>El proceso de envejecer</i>	16
<i>Salud mental y calidad de vida</i>	17
<i>Capital social y resiliencia</i>	18
<i>Bienestar sexual</i>	19
Discusión.....	21
<i>Limitaciones</i>	23
<i>Futuras líneas de investigación</i>	24
Conclusiones	25
Referencias.....	25
Anexos.....	29
Tabla 1.....	29
Tabla 2.....	30
Tabla 3.....	31
Tabla 4.....	34
Tabla 5.....	36
Tabla 6.....	40
Tabla 7.....	41

Introducción

El colectivo LGTBI (lesbianas, gays, transgénero, bisexuales e intersexuales) ha enfrentado históricamente discriminación y, por ende, también barreras estructurales en el acceso a derechos fundamentales como la salud, el bienestar social y la seguridad económica (Wang et al., 2021; Witten, 2016). Dentro de este colectivo, las personas transgénero han sido especialmente vulnerables debido a la falta de reconocimiento legal, la exclusión social y la patologización de sus identidades, lo cual, ha afectado significativamente su calidad de vida (Correro & Nielson, 2020).

Para comprender la diversidad de experiencias dentro del colectivo transgénero, es fundamental definir algunos conceptos clave. Las personas transgénero son aquellas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer, entendiéndose, en este contexto por identidad la experiencia personal de ser hombre o mujer. La expresión de género, por tanto, se define como el “*modo en que una persona comunica su identidad de género a otras a través de conductas, su manera de vestir, peinados, voz o características corporales*” (APA, 2008, p. 1).

Domínguez et al. (2011) sugieren que la media de edad a la que uno es consciente de su identidad de género se sitúa en torno a los 10 años, lo cual, coincide con el inicio de la pubertad y los cambios físicos que vendrían como manifestación de la madurez sexual. Con el paso de los años, algunas personas terminan optando por tratamientos médicos como terapias hormonales o cirugías de reasignación de género, mientras que otras prefieren una transición exclusivamente social (APA, 2008; Cook-Daniels & Munson, 2010; Schilt & Windsor, 2014). Esta última a menudo supone adoptar cambios en la expresión de género respecto a la vestimenta y al uso de nombres y pronombres con los que presentarse y comunicarse en entornos personales, laborales y sociales.

Dentro de la población trans subyacen tres grupos. Las personas *transexuales*, quienes han decidido modificar sus características sexuales mediante tratamientos médicos para alinear su cuerpo con su identidad de género. Las *personas no binarias*, cuya identidad de género no se ajusta a la categoría dicotómica de ser hombre o mujer. Y, las personas de *género fluido*, cuya identidad de género no es fija, sino puede cambiar con el tiempo. En esta línea, también cabe comentar que la transexualidad, a diferencia del travestismo, no se reduce al mero juego de identidades sino, la persona sufre y se siente insatisfecha con su cuerpo. En particular, la cultura y literatura habla de transexualidad masculina y femenina. “*La transexualidad masculina hace referencia a una persona que nace con el sexo biológico y sus atributos de mujer, pero que sin embargo se siente un hombre. En el caso de la transexualidad femenina hablamos de una persona que nace con sexo y atributos masculinos pero que por el contrario se siente una mujer.*” (Domínguez et al., 2011, p. 1).

Las estimaciones sobre la prevalencia de la población transgénero varían ampliamente dependiendo de los criterios utilizados en cada estudio. Un metaanálisis que analizó 12 estudios realizados en Europa estimó una prevalencia de 4.6 personas transgénero por cada 100,000 habitantes, con una mayor proporción de mujeres trans (6.8/100,000) en comparación con hombres trans (2.6/100,000) (Aznar, 2016). Por otro lado, Olyslager & Conway (2007) sugieren que la prevalencia de la transexualidad podría

situarse entre 1:500 y 1:2000, lo que indicaría una presencia significativamente mayor de la estimada previamente.

Más allá de la prevalencia, es importante reconocer que las personas transgénero enfrentan múltiples desafíos estructurales a lo largo de su vida, los cuales se intensifican conforme la persona crece y se enfrenta al mundo. Desde el contexto heteronormativo en el que vivimos, las personas transgénero forman parte de las minorías sociales que corren más riesgo de sufrir deficiencias institucionales, aislamiento social y ansiedad financiera, ya que, a lo largo de sus vidas han sido víctimas del estigma y la discriminación. Un estudio realizado en España encontró que, a pesar de que muchas personas trans contaban con un nivel educativo medio-alto, el 33.3% de la muestra tenía ingresos inferiores a 600 euros mensuales y el 35.3% estaba en paro. El 37% de las personas desempleadas refirieron que su situación laboral era a causa de su identidad de género. Fue también notorio que el 45.2% de la muestra había ejercido la prostitución en algún momento de su vida, lo que también refleja la precariedad económica y la exclusión a la que esta población se ve sometida (Domínguez et al., 2011).

Estos desafíos que enfrentan las personas trans no solo afectan su presente, sino que se agravan con la llegada de la vejez. Los eventos propios del ciclo vital se encuentran íntimamente asociados al bienestar de la persona y, concretamente, el envejecimiento plantea una serie de cambios físicos, psicológicos, sociales y relacionales que también pueden acompañarse de miedos y percepciones sobre el desafío de la planificación del final de la vida (Benbow & Kingston, 2022; Pang et al., 2019; Witten, 2016). De hecho, *“las personas transgénero de la tercera edad forman parte de un colectivo especialmente vulnerable en el entorno sanitario por varias razones: es en las edades más avanzadas donde coexisten un mayor número de comorbilidades médicas (gran prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, pluripatología crónica, polimedicación) y psicológicas (mayor prevalencia de psicopatología como trastornos ansioso-depresivos o psicóticos)”* (Cuadrado-Clemente et al., 2023, p. 275).

Como cabe apreciar, el envejecimiento guarda profundas implicaciones en la calidad de vida de las personas transgénero. Ahora, cuando entran en juego el estigma, la discriminación y las barreras estructurales dificultan el acceso a servicios de salud, lleva a enfrentar este momento vital en condiciones de vulnerabilidad y aislamiento (Correro & Nielson, 2020; Fabbre & Siverskog, 2019; Wang et al., 2021; White Hughto & Reisner, 2018).

En los últimos años, ha aumentado el interés por comprender las experiencias de las personas trans en relación con el acceso a servicios de salud y apoyo social. No obstante, las vivencias de las personas trans mayores han recibido considerablemente menos atención, a pesar de representar una población en crecimiento y con mayor visibilidad (Benbow & Kingston, 2022). Kattari & Hasche (2015) encontraron que la discriminación en el sistema de salud es una de las principales preocupaciones de las personas trans mayores, lo que a menudo conduce a evitar buscar atención médica hasta que los problemas de salud se agravan. Además, la falta de competencia cultural de los profesionales de la salud contribuye a una atención inadecuada o estigmatizante (Benbow & Kingston, 2022; Moya Martínez & Pastor Martínez, 2024; Worrell et al., 2023). De hecho, con frecuencia, estas personas se han visto en la necesidad de asumir el rol de

“pacientes expertos”, responsabilizándose de educar al personal de salud ante la falta de formación adecuada en cuestiones de diversidad de género (Benbow & Kingston, 2022).

Investigaciones han demostrado que la discriminación en entornos médicos y sociales está correlacionada con un mayor riesgo de ansiedad, depresión y enfermedades crónicas en las personas trans mayores (Fredriksen-Goldsen et al., 2015; White Hughto & Reisner, 2018). A su vez, se ha reportado que la sintomatología depresiva representa una dificultad en el uso de atención preventiva y, especialmente, la búsqueda de ayuda en temas sensibles como la salud sexual y la adherencia al tratamiento (Shiu et al, 2017). La depresión constituye uno de los trastornos crónicos de salud mental más prevalentes entre la población adulta mayor en Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Factores sociales como un bajo nivel socioeconómico o la pertenencia a grupos históricamente marginados se asocian con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en la vejez (Hoy-Ellis y Fredriksen-Goldsen, 2017). Frente a estos estresores, una estrategia común es ocultar la identidad de género como mecanismo de autoprotección (Bockting et al., 2013). Si bien esta respuesta puede ofrecer un alivio inmediato, la evidencia indica que, a largo plazo, puede restringir el desarrollo y la disponibilidad de recursos personales, sociales y comunitarios (Meyer, 2003).

Además, la falta de reconocimiento legal de ciertas uniones y la discriminación en residencias para personas mayores pueden dificultar aún más la estabilidad emocional y el apoyo en la vejez (Bristowe et al., 2023). La pérdida de parejas y la falta de reconocimiento del duelo en personas trans también son problemáticas, ya que, los mecanismos de apoyo suelen estar diseñados para modelos de relación cisnormativos (modelos centrados en hombres y mujeres sin tener en cuenta al resto de colectivos) (Benbow & Kingston , 2022; Bristowe et al., 2023).

La vulnerabilidad en la vejez trans también se manifiesta en la falta de redes de apoyo familiares y comunitarias. Muchas personas trans han experimentado rechazo familiar, lo que las ha llevado a depender de redes de apoyo elegidas, como amistades o comunidades LGBT. Sin embargo, estas redes pueden volverse frágiles con el tiempo, incrementando el riesgo de soledad y exclusión cuando se llega a la tercera edad (Croghan et al., 2014). En esta línea, se ha evidenciado que la soledad y el bajo apoyo social se relacionan con la presencia de sintomatología depresiva y un mayor estrés percibido en mayores pertenecientes al colectivo LGBT (Hughes, 2016). En contrapartida, los estudios también han señalado que el apoyo comunitario y el acceso a espacios seguros pueden mitigar los efectos negativos del estigma y la discriminación, promoviendo una mayor y mejor satisfacción con la vida, salud mental y calidad de vida (Ellis et al., 2014; Jackman et al., 2018; Fabbre & Siverskog, 2019; Li et al., 2023).

En el marco del estudio de la calidad de vida en la vejez, el bienestar sexual también surge como un componente clave. Mas allá del enfoque biomédico que entiende el bienestar sexual como la práctica de sexo con protección, cuando hablamos de “bienestar sexual” éste comprende tanto la seguridad física (protección de la integridad corporal), emocional (preservar el vínculo afectivo) y sexual (práctica sin riesgo para la salud) (Kosenko, 2010). En este contexto, la satisfacción sexual *“refiere a la evaluación subjetiva que realiza una persona sobre sus experiencias sexuales, y está influida por experiencias relacionales, contextuales y personales”* pasadas, presentes y futuras

(Lindley et al., 2021, p. 222). En el caso de las personas transgénero, experimentan placer y satisfacción en sus actividades sexuales de forma comparable a las personas cisgénero, sin embargo, muchos de los factores que influyen en esta satisfacción están profundamente relacionados con la identidad de género y el proceso de transición. La transformación del cuerpo ya sea mediante intervenciones hormonales o quirúrgicas, responde al deseo de sentirse físicamente más acordes a la identidad de género y sexualmente atractivas. En consecuencia, la experiencia de ajuste entre cuerpo e identidad influye en cómo las personas trans también se perciben a sí mismas como agentes sexuales tanto individualmente como en relación con potenciales compañeros sexuales (Schilt & Windsor, 2014).

Profundizando en esta cuestión, Schilt & Windsor (2014) proponen el concepto de *habitus sexual* para explicar cómo se articulan la corporalidad, la identidad de género, las fantasías eróticas, los repertorios sexuales y las trayectorias de emparejamiento. Este *habitus* no solo está vinculado al deseo, sino también a la posibilidad de encontrar parejas dispuestas a validar esos deseos, así, aunque una persona pueda desear a cualquiera o cualquier práctica, la concreción de ese deseo requiere de reciprocidad. Además, el *habitus sexual* es dinámico y se transforma a lo largo del curso vital. Cambios en la corporalidad como, por ejemplo, los que se producen con el envejecimiento, la discapacidad o las transiciones de género pueden generar modificaciones en la manera en que las personas experimentan su sexualidad y se relacionan con otras (Carpenter & DeLamater, 2012, como se citó en Schilt & Windsor, 2014).

En esta línea, existen diferentes actitudes generacionales con respecto a las decisiones de “salir del armario” (término empleado para referir el momento de revelación de identidad de género y/u orientación sexual), el riesgo y la seguridad sexual. La entrada en la vejez puede implicar nuevas formas de expresar el amor y la intimidad, aspectos centrales de la personalidad y la identidad (Cook-Daniels & Munson, 2010). No obstante, estas experiencias pueden verse afectadas por la falta de acceso a información sobre sexualidad trans en la vejez, la discriminación en espacios íntimos, así como, por la persistente medicalización de sus cuerpos que tiende a reducir su sexualidad a la transición médica y no a su expresión libre, individual y autónoma (Goldbach et al., 2023; Ward et al., 2024).

En definitiva, la sexualidad de las personas trans mayores se encuentra atravesada por diversos factores psicosociales, incluyendo la disforia corporal, la aceptación social y la representación en el ámbito médico y cultural (Goldbach et al., 2023). En otras palabras, la falta de espacios seguros para la exploración de la sexualidad en la vejez trans refuerza la invisibilidad de sus experiencias y limita las oportunidades vivirla libremente. Para garantizar el acceso a una atención integral, es fundamental que los profesionales de la salud adopten enfoques interseccionales que consideren la diversidad de experiencias trans en la vejez, en lugar de aplicar modelos cisnormativos de sexualidad y envejecimiento.

La información sobre el bienestar sexual en la vejez en personas trans es escasa y dispersa. Por ello, este trabajo plantea una revisión sistemática con el fin de conocer la realidad de la sexualidad de las personas trans en esta etapa de la vida, considerando tanto su contexto social como los factores de vulnerabilidad y protección que inciden en ella.

Recopilando así, información útil que contribuya a favorecer un envejecimiento positivo, reconociendo las condiciones particulares que impone el estigma de ser una persona transgénero. Asimismo, se busca cuestionar las limitaciones impuestas por el imaginario cultural dominante y aportar herramientas que promuevan un cuidado más inclusivo.

Este conocimiento puede ser de utilidad para cualquier persona o profesional que acompañe a personas trans mayores en contextos afectivos, sanitarios o asistenciales: familiares, amistades, parejas, trabajadores sociales, psicólogos, personal sanitario y cuidadores.

Por consiguiente, los objetivos propuestos son:

- ❖ Analizar las necesidades emergentes en el proceso de envejecimiento.
- ❖ Identificar y categorizar los factores psicosociales de riesgo y protección que influyen en la salud mental, el bienestar sexual y la calidad de vida de personas trans mayores.
- ❖ Explorar las dinámicas relacionales y contextuales (pareja, familia, entorno sanitario y comunitario) que configuran el bienestar sexual y la vivencia del envejecimiento en esta población.

Método

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática desde noviembre hasta el 5 de diciembre de 2024 en las siguientes cinco bases de datos: Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, APA PsycINFO, PSICODC y Web Of Science.

Los términos utilizados en la ecuación de búsqueda fueron, primero, dispuestos en lenguaje libre para las bases Academic Search Complete y PSICODC y, segundo, adaptados al lenguaje documental específico para Psychology and Behavioral Sciences Collection, APA PsycINFO y Web of Science. En la tabla 1 del anexo se puede observar el número de artículos encontrados y la ecuación de búsqueda utilizada en cada una de las bases.

Criterios de elegibilidad

Se tomó como criterio de inclusión la edad y la identidad de género de la población. Concretamente, la presencia de grupos de (1) personas mayores pertenecientes al (2) colectivo LGBTQ, (3) en población clínica y no clínica.

En cuanto al tipo de documentación bibliográfica se tuvieron en cuenta (4) estudios empíricos cuantitativos y (5) cualitativos, (6) observacionales descriptivos transversales, (7) ex post facto prospectivos con y sin grupo control. También se incluyeron (8) estudios no experimentales, (9) instrumentales, (10) revisiones sistemáticas y (11) libros para la ampliar la introducción y la discusión.

Se recogieron publicaciones procedentes de todos los continentes en (12) inglés y español sin límite de fecha publicación.

En cuanto a los criterios de exclusión se descartaron aquellos artículos cuya población presentase (1) trastornos neurodegenerativos (alzhéimer, párkinson, demencia o algún tipo de discapacidad intelectual reconocida) o (2) enfermedades crónicas (concretamente cáncer o enfermedades cardiovasculares).

A razón de la (3) edad tampoco se admitieron estudios que especificaran estudiar a población adolescente o adulta, así como, aquellos que refieran paternidad o escolaridad en su muestra, ya que, suponen momentos vitales anteriores a la vejez.

Sobre las (4) características de la muestra, fue un criterio de exclusión que solo se tuviera en cuenta la orientación sexual y no la identidad de género, pues entendemos que no se encuentra representada la población transgénero o transexual. Del mismo modo, artículos cuya población fuese migrante, se encontrase en ejercicio de la prostitución o cumpliendo condena no se consideraron relevantes a la pregunta de investigación a razón de que introduciría factores adicionales que pueden sesgar los resultados como, por ejemplo, una mayor exposición a violencia, estigmatización o problemas de salud específicos que no pueden ser extrapolables al bienestar sexual general de la población transgénero.

Variables de resultado

Para establecer el marco de análisis, se definieron los siguientes conceptos:

Primero, se consideró la *vejez* como la etapa final de ciclo vital que inicia en los 50 años y continúa hasta el final de la vida trayendo consigo una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Este umbral se adoptó para incluir un mayor número de estudios relevantes.

Segundo, se definió la salud sexual como el estado de bienestar que integra aspectos físicos, sociales, emocionales y mentales relacionados con la sexualidad. (OMS, 2006; Konsenko, 2010).

Tercero, por persona transgénero se incluyen a aquellas personas cuya identidad de género (definida por los atributos, actividades, conductas y roles sociales establecidos) no se ajusta al sexo que se les asignó al nacer. En los estudios analizados se encontraron dos enfoques: aquellos relativos al envejecimiento dentro del colectivo LGBT+ y aquellos específicamente centrados en personas transgénero.

Con esto, las principales variables de resultado que se identificaron en los estudios revisados se recogen en 6 grandes categorías: percepción del envejecimiento y preparación para la vejez, bienestar sexual, salud mental, calidad de vida, acceso a la salud y apoyo social.

Análisis de datos

Para la gestión de las referencias se empleó el gestor bibliográfico online *Rayyan*, el cual permitió importar y almacenar las referencias extraídas de bases de datos tras haber sido previamente descargadas en Zotero en formatos RIS y BibTeX. Dentro de Rayyan, se llevó a cabo la detección y eliminación automática de duplicados, optimizando el

proceso de selección. Además, se utilizaron sus funciones de etiquetado y filtrado para organizar los estudios según su fase de evaluación (título/resumen y texto completo). Tras la organización de los estudios en Rayyan, el análisis de los datos se realizó de manera manual.

En cuanto a la estrategia de síntesis de datos utilizada se llevó a cabo una síntesis narrativa con análisis temático en la que se organizaron los hallazgos en torno a las variables de resultado previamente descritas.

A la hora de valorar la calidad y validez de los artículos seleccionados se tomó como referencia el Manual Cochrane de revisiones sistemáticas (Higgins y Green, 2011) para estudios cuantitativos. Esta herramienta permite evaluar el riesgo de sesgo mediante los siguientes dominios: generación de secuencia de asignación aleatoria, ocultación de la secuencia de la asignación, cegamiento de los participantes y del personal, cegamiento de evaluadores, datos incompletos de resultados o pérdidas e informe selectivo de los resultados (tabla 2 del anexo). A cada dominio se le asignó un juicio de ‘bajo riesgo’, ‘alto riesgo’ o ‘riesgo incierto’, evaluando la fiabilidad de los estudios de manera estructurada.

Para estudios cualitativos se empleó la checklist de CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) adjunta en la tabla 3 del anexo. Consiste en una herramienta diseñada para evaluar la calidad y validez de la literatura científica desde una lectura crítica que cuestiona la metodología, el objetivo, la selección de participantes, la minimización de sesgos, la forma en que se presentan los hallazgos, la relevancia clínica, la precisión de las estimaciones y su aplicabilidad en un contexto real. Solo se incluyeron en la síntesis cualitativa aquellos estudios que cumplían mínimo con 9 de los 10 de los criterios de calidad.

Por último, en base al manual y la checklist referidas se evaluaron los estudios mixtos de acuerdo con la estrategia de reclutamiento, la generación de secuencia aleatoria, la ocultación de la secuencia, el cegamiento, la relación investigador-participante, ética y el análisis de datos empleado.

Resultados

Resultados de la búsqueda

Se obtuvo un total de 3.047 publicaciones. Con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión en el primer cribado por título y resumen 2.810 fueron excluidos por las siguientes razones: edad (1.656), características de la muestra (905), relevancia temática (108) y tipo de publicación (146). En consecuencia, se obtuvieron un total de 237 publicaciones, de los cuales, 53 no pudieron ser recuperados al requerir estos de previa suscripción de pago para su descarga, rediciéndose así a 184.

Tras el segundo cribado por lectura de texto completo se seleccionaron 15 estudios para la síntesis final. Las razones que comprenden las otras 169 publicaciones excluidas fueron: no es un estudio empírico (14), no tiene suficiente calidad metodológica (7), no se centra en las personas trans (67), no estudia ninguna de las variables de resultado

referidas para esta revisión (23), predomina población joven (58). De los 169 excluidos, se utilizaron 17 para la elaboración del marco teórico.

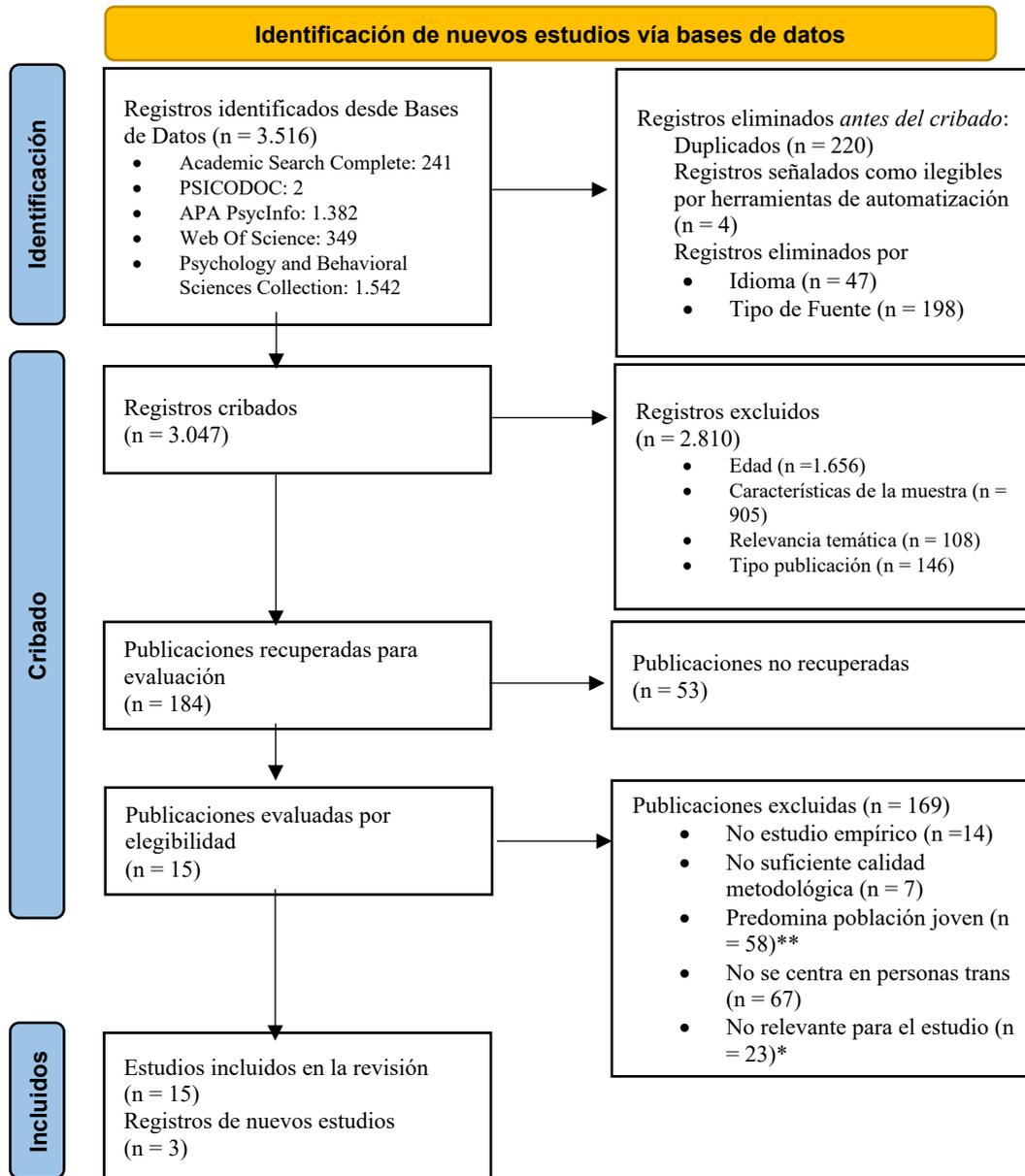
Cabe mencionar que, respecto al criterio de exclusión relacionado con la vejez, se realizaron tres excepciones que permitieron la inclusión de los estudios de Kosenko (2010), Schilt & Windsor (2014) y Siboni et al. (2022). Aunque la media de edad de sus participantes se situaba en la adultez (38.5, 33 y 30.52 años respectivamente), su inclusión se justificó, primero, en que los rangos de edades de los participantes se extendían hasta los 67 años y, segundo, por su alta relevancia temática. Los tres estudios abordan de forma específica y profunda aspectos la sexualidad en población trans ofreciendo datos valiosos sobre variables como la imagen corporal, el deseo, la disforia, la comunicación en la pareja o el uso de ayudas sexuales, todas ellas fundamentales para comprender el bienestar sexual en el ciclo vital de las personas trans. Debido a la escasez encontrada de estudios empíricos centrados en esta temática en la vejez trans, se consideró pertinente incluirlos por su aportación única al análisis, permitiendo así, ampliar la base conceptual y metodológica de la síntesis final.

Por último, 15 publicaciones se seleccionaron por elegibilidad. Todas cumplieron con la estructura de contenido recomendada por la normativa PRISMA: «abstract/resumen»; objetivos; introducción; método; resultados; discusión, y conclusiones. Además, se incorporaron 4 artículos y manuales metodológicos que sirvieron de base para el diseño de esta revisión, así como, 3 estudios adicionales utilizados en la introducción y discusión, los cuales fueron identificados a partir de las referencias citadas en las publicaciones seleccionadas.

En la figura 1 se recoge el proceso de selección seguido de acuerdo con la normativa PRISMA (Page et al, 2020).

Figura 1

Diagrama de flujo



* No estudia ninguna de las variables de resultado referidas para esta revisión

**Se realizaron tres excepciones a este criterio (Kosenko, 2010; Schilt & Windsor, 2014; Siboni et al., 2022) debido a su alta relevancia temática en relación con el bienestar sexual en personas trans y a la escasez de estudios empíricos centrados en esta dimensión dentro del contexto del envejecimiento.

Características metodológicas

Los quince estudios incluidos presentan una heterogeneidad metodológica significativa. Del total, cinco estudios utilizaron métodos cuantitativos, ocho emplearon enfoques cualitativos y dos adoptaron un diseño mixto.

Sobre los estudios cuantitativos todos fueron de carácter observacional y transversal, con recolección de datos mediante encuestas en línea (Fein et al., 2017; Fredriksen-Goldsen et al., 2024; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Jackman et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2018). En base a esta naturaleza transversal y autoadministrada de los datos recogidos, en ninguno de los estudios se llevaron a cabo procedimientos de aleatorización o cegamiento. Los sesgos más comunes que se encontraron fueron la autoselección de los participantes (ellos decidían si participar o no) y la sobrerrepresentación de personas blancas. A pesar de estas limitaciones, los análisis estadísticos fueron sólidos, incluyendo modelos de ecuaciones estructurales (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Jackman et al., 2018), regresiones múltiples (Fredriksen-Goldsen et al., 2024), y pruebas de comparación de medias y asociaciones categóricas (Fein et al., 2017; White Hughto & Reisner, 2018). La evaluación general del riesgo de sesgo fue predominantemente media.

En cuanto a los estudios cualitativos, las ocho investigaciones mostraron una elevada calidad metodológica, cumpliendo 8 o más de los 10 ítems de la checklist CASP (Benbow & Kingston, 2022; Fabbre & Gaveras, 2020; Konsenko, 2010; Lindley et al., 2021; Li et al., 2023; Pang et al., 2019; Siboni et al., 2022; Schilt & Windsor, 2014). Todos ellos justificaron claramente el marco teórico y el enfoque metodológico. Se utilizó una estrategia de muestreo intencional a través de organizaciones LGBTI, redes sociales e informantes clave. En el estudio de Siboni et al. (2022) se combinó con la técnica de bola de nieve. Los datos se recopilaron principalmente mediante entrevistas biográficas (Fabbre & Gaveras, 2020; Li et al., 2023; Schilt & Windsor, 2014), semiestructuradas (Benbow & Kingston, 2022; Konsenko, 2010; Pang et al., 2019) y cuestionarios abiertos en línea (Lindley et al., 2021; Siboni et al., 2022). La mayoría de los estudios consideraron la relación investigador-participante, así como la aprobación por comités de ética institucional. El análisis de datos se llevó a cabo mediante técnicas de análisis temático, interpretativo o fenomenológico, frecuentemente apoyado por software especializado (como, por ejemplo, NVivo), y con procedimientos de doble codificación o validación entre evaluadores. Los hallazgos se presentaron de forma clara y estructurada, con ilustraciones mediante citas textuales representativas de los participantes.

Por último, los estudios mixtos integraron componentes cuantitativos y cualitativos en un solo diseño observacional transversal, empleando instrumentos híbridos como encuestas estructuradas con preguntas abiertas y cerradas (Cook-Daniels & Munson, 2010; Witten, 2016). La evaluación del riesgo de sesgo fue media en los dos casos, y consideraron aspectos éticos mediante consentimiento informado y aprobación por comités de ética. El análisis cuantitativo incluyó pruebas t y análisis de frecuencias, mientras que el análisis cualitativo se llevó a cabo mediante técnicas temáticas o fenomenológicas.

Para más información, en las tablas 4, 5 y 6 del anexo se pueden consultar las características metodológicas de cada uno de los estudios.

A propósito de las variables de resultado, los estudios seleccionados incluyeron los siguientes instrumentos de medición:

1. Percepción del envejecimiento y preparación para la vejez: Se emplearon encuestas con preguntas abiertas y cerradas, entrevistas y grupos focales en los

- que se habló de planes de jubilación, expectativas, preocupaciones y necesidades (Benbow & Kingston, 2022; Pang et al., 2019; Witten, 2016).
2. Bienestar sexual: Se recogió a través de la percepción de satisfacción sexual (universal y trans-relacionada), experiencias de violencia sexual, dinámicas de intimidad, gestión de la disforia de género, puesta de límites, expectativas frente a la transición, prácticas y repertorio de sexuales, deseo, elección de parejas, imagen corporal, la percepción del placer post-transición. Para su medición los estudios emplearon entrevistas semi-estructuradas, cuestionarios y encuestas con preguntas abiertas (Cook-Daniels & Munson, 2010; Kosenko, 2010; Fein et al., 2017; Schilt & Winsor, 2024)
 3. Salud mental: Fue evaluada mediante escalas estandarizadas de depresión (CESD-10 de Randloff, 1977), estrés (Perceived Stress Scale de Cohen et al, 1983), estigma internalizado (Homosexual stigma scale de Liu et al, 2009), angustia psicológica (BSI-18) y calidad de vida (WHOQOL-BREF). (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Jackman et al. 2018, White Hughto & Reisner, 2018)
 4. Calidad de vida: Se consideraron indicadores como satisfacción vital, estrategias de resiliencia, discriminación y situación financiera en cuestionarios y entrevistas. (Fabbre & Gaveras, 2020; Fredriksen-Goldsen et al., 2024; Li et al., 2023)
 5. Acceso a la salud: Se reportaron experiencias en entornos sanitarios, barreras en la atención médica y percepción de competencia cultural en profesionales de la salud. (Benbow & Kingston, 2022; Fabbre y Gaveras , 2020; Pang et al., 2019; Witten, 2016).
 6. Apoyo social: Se analizó en función de la presencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y del entorno LGBTQ+, así como, experiencias de rechazo. Para su medición se incluyeron indicadores sobre apoyo social percibido en pareja y amigos, el aislamiento y el activismo comunitario en preguntas abiertas de entrevistas y cuestionarios (Fabbre & Gaveras, 2020; Fredriksen-Goldsen et al., 2024; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Li et al., 2023; White Hughto & Reisner, 2018).

Características de la muestra

En conjunto, las muestras analizadas abarcaron rangos de edad entre los 18 y los 90 años. La mitad de los estudios centraron su atención en personas trans mayores de 50 años (Benbow & Kingston, 2022; Cook-Daniels & Munson, 2010); Fabbre & Gaveras, 2020; Fredriksen-Goldsen et al., 2024; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Li et al., 2023; Pang et al., 2019; White Hughto & Reisner, 2018). Otros, refirieron mayores de 40 en adelante (Fein et al., 2017; Jackman et al., 2018), media de edad entre 30 y 40 (Kosenko, 2010; Schilt & Windsor, 2014; Siboni et al., 2022) y en 2 estudios no se especificó la media de la edad de los participantes (Lindley et al., 2021; Witten, 2016). En todos estos casos participaron individuos mayores de 50 años.

En términos de género, predominó la participación de mujeres trans, seguidas de hombres trans y personas no binarias. Algunos estudios se enfocaron exclusivamente en subgrupos específicos, como personas trans-femeninas (Jackman et al., 2018), personas trans bisexuales (Witten, 2016). Las identidades sexuales reportadas fueron diversas.

La mayoría de los estudios fueron conducidos en Estados Unidos, aunque también se incluyeron investigaciones desarrolladas en Reino Unido, Canadá, Italia y otros países. La composición étnico-racial estuvo marcada por una predominancia de personas blancas no hispanas, con una subrepresentación de grupos étnicos racializados. Por ejemplo, en el estudio de Witten (2016), el 89.7% eran personas blancas y 82.42% en el de Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen (2017).

A nivel socioeconómico, se observó una alta proporción de personas con educación universitaria (Cook-Daniels & Munson, 2010; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Jackman et al., 2003; Pang et al., 2019), aunque esto no siempre se tradujo en estabilidad económica. Por ejemplo, Jackman et al. (2018) encontraron que, pese a que el 91.5% de su muestra trans mayor tenía estudios universitarios, el ingreso anual mediano era de 27,500 \$. De forma similar, Fredriksen-Goldsen et al. (2024) reportaron que más de la mitad de su muestra estaba desempleada y un 20% jubilada. Witten (2016) halló un ingreso medio de 45,000 \$, pero el 49.3% reportó tensión financiera moderada o extrema, y el 66.2% indicó no contar con suficiente dinero para cubrir necesidades básicas. En contraste, Cook-Daniels & Munson (2010) reportaron que el 44% de su muestra tenía ingresos superiores a 50,000 \$ anuales.

En el plano relacional, los estudios muestran experiencias diversas: mientras algunas personas reportaron relaciones de apoyo, otras vivieron rechazo o aislamiento (Pang et al., 2019; Fabbre & Gaveras, 2020). En Fredriksen-Goldsen et al. (2024), el 57.4% tenía al menos un hijo vivo y un promedio de cinco relaciones de parentesco cercanas (rango 0–10), incluyendo familiares y familia elegida. Además, el 48.1% estaba casado o en pareja. Witten (2016) halló resultados similares: el 54.1% estaba en una relación comprometida, el 30.1% no lo estaba, el 32.7% vivía solo, y un alto porcentaje reportó tener hijos antes de transicionar (67.6% de mujeres trans y 32.4% de hombres trans). En Lindley et al. (2021), el 29.3% estaba soltero, el 26.8% en una relación comprometida y el 12.8% casado; de estos últimos, el 55.9% mantenía una relación monógama y el 34.9% una no monógama consensuada. Entre diferentes generaciones de mayores trans, Fredriksen-Goldsen et al. (2015) encontraron que las personas de la Generación Silenciada (nacidos entre 1928–1945) eran más propensas a haber estado casadas con personas de diferente sexo y a haberse divorciado. Por otro lado, la Generación del Orgullo (nacidos entre 1965–1980) fue más propensa a haber tenido matrimonios del mismo sexo (OR = 3.74, $p < .01$) y la Generación Invisible (nacidos entre 1946–1964) reportó significativamente más hijos biológicos o adoptivos que la Generación del Orgullo (OR = 2.57, $p < .05$).

En cuanto a variables clínicas, los estudios cuantitativos reportaron altas tasas de sintomatología depresiva (por ejemplo, 48% en Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; 55.7% en White Hughto & Reisner, 2018) y experiencias de ideación o intentos suicidas (15.9% en Fabbre & Gaveras, 2020). Además, se reportaron niveles elevados de estrés general percibido, heterosexismo internalizado y malestar psicológico, en parte asociados a experiencias acumuladas de discriminación a razón del género y la edad.

Respecto a la salud física, varios estudios mencionaron la presencia de enfermedades crónicas, siendo frecuente la coexistencia de múltiples condiciones médicas, especialmente en los mayores de 60 años, lo que plantea desafíos adicionales a

su bienestar físico y funcional. Fredriksen-Goldsen et al. (2024) reportaron que más de la mitad (52.5%) de las personas trans mayores tenía algún tipo de discapacidad. Igualmente, White Hughto & Reisner (2018) encontraron que el 40.1% de la muestra refirió al menos una condición crónica, con una media de 0.6 enfermedades crónicas por persona. En concreto, las condiciones crónicas diagnosticadas incluyeron artritis, enfermedades cardíacas, infarto, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de piel, otros tipos de cáncer, asma y depresión. A este aspecto, se observó una relación significativa entre el aumento de edad y el número de condiciones crónicas reportadas, lo cual, es consistente con la acumulación de riesgos en la vejez.

En relación con la transición médica, la mayoría de los participantes estaban en etapas medias o avanzadas, y un porcentaje importante había recibido hormonoterapia (por ejemplo, el 86% en Fein et al., 2017 y el 96% en Schilt & Windsor, 2014). Sin embargo, el acceso a cirugías de afirmación fue más limitado, especialmente en el caso de procedimientos genitales, debido a barreras económicas, médicas o personales. Este aspecto fue reportado como una fuente de malestar o disforia en algunos casos.

El proceso de envejecer

Más de la mitad (58.8%) de las personas trans mayores reportó haber envejecido exitosamente, con mayor representación de mujeres trans (29.4%) (Witten, 2016). No obstante, persisten preocupaciones vinculadas a la vejez relativas a la escasez económica, la pérdida de autonomía, la soledad, el deterioro cognitivo y la discriminación. En el mismo estudio, el 22.6% expresó alta preocupación por no poder vivir de forma independiente por falta de cuidadores, y el 35.6% lo atribuyó a dificultades económicas. Además, el 58.8% manifestó preocupación de moderada a extrema por limitaciones físicas, solo el 27.9% había redactado un testamento y el 62.5% contaba con un plan de jubilación. En esta línea, Fredriksen-Goldsen et al. (2024) hallaron que más de una cuarta parte recibía cuidados informales, mientras que más de un tercio dependía únicamente de sí misma, reforzando la percepción de soledad en torno al cuidado. En contraposición, Pang et al. (2019) señalaron que muchas personas trans mayores de 55 no pensaban en el final de la vida por estar centradas en sobrevivir el día a día, enfrentar la precariedad y afrontar pérdidas cercanas. Quienes transicionaron más tarde priorizaban vivir nuevas experiencias antes que planificar la vejez.

En relación con los apoyos, algunas personas identificaron como principales cuidadores a parejas, exparejas o hijos, y los incluían en la planificación del cuidado futuro. Witten (2016) encontró que el 36.1% esperaba que su pareja asumiera ese rol, mientras que el 28.6% no sabía quién lo haría (el 63.2% de estos eran mujeres trans). Respecto a con quién habían discutido estos cuidados, el 34.7% lo hizo con su pareja, el 31.3% con nadie y el 17.7% con amistades.

En cuanto a servicios sociales y de salud, las experiencias fueron mayoritariamente negativas. Existía temor a la atención en instituciones de larga estancia y a la dependencia de otras personas (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2016). Benbow & Kingston (2022) describieron tres temas clave: *palancas, fuerzas contextuales y prácticas positivas*.

Las palancas se definieron como aquellas fuerzas (positivas o negativas) que influyen en el contacto persona-servicio. Una de las principales tensiones identificadas fue la urgencia por acceder a tratamiento (hormonal y/o quirúrgico) antes de que el deterioro asociado a la edad limitase dicha posibilidad. Esta necesidad se intensificaba con el envejecimiento, y se veía condicionada por el acceso a recursos económicos, que facilitaban o restringían la posibilidad de realizar dichas intervenciones (Benbow & Kingston, 2022; Witten, 2016). Asimismo, las experiencias previas (propias o ajenas) de rechazo o trato inadecuado por parte del personal profesional afectaban la disposición de las personas trans mayores a buscar atención médica, cuidados paliativos o apoyo en procesos de duelo, como la pérdida de una pareja. Las redes familiares y comunitarias también influían en el sentimiento de seguridad al interactuar con servicios.

Respecto a las *fuerzas contextuales*, el miedo a la discriminación era constante, incluso sin experiencia previa directa. Se señala la falta de formación profesional específica para atender a personas trans mayores (Witten, 2016). Las narrativas incluyeron atención incompetente, irrespetuosa o incluso negación del servicio, así como pérdida de privacidad o "salidas del armario" forzadas. En este sentido, Cook-Daniels & Munson (2010) encontraron que el 30.9% había sufrido discriminación en múltiples ocasiones y el 10.9% al menos una vez.

Por último, pese a las dificultades también se identificaron *prácticas positivas* que incluyeron prácticas administrativas basadas en el respeto y la confidencialidad, la visibilidad LGBT en entornos clínicos (como, por ejemplo, presencia de información en webs y salas de espera relativa a organizaciones) y la disposición del personal a recibir formación específica.

Salud mental y calidad de vida

Fue revelador encontrar que aproximadamente la mitad de las participantes presentasen malestar depresivo clínicamente significativo. En concreto, en los estudios de Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, (2017) y de White Hughto & Reisner, (2018) encontraron que el 48% y el 55% de sus respectivas muestras superaban el punto de corte clínico en la escala CESD-10. Asimismo, Cook-Daniels y Munson (2010) informaron que el 27.3% de su muestra reportó episodios de autonegligencia reiterada, entendida como el abandono del cuidado de sus propias necesidades básicas, como la alimentación y la higiene.

El estrés general se identificó como predictor clave de sintomatología depresiva (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017), intensificado por experiencias de discriminación de género, que cuadruplicaban el riesgo de depresión (White Hughto & Reisner, 2018). Asimismo, el heterosexismo internalizado (la internalización de las normas tradicionales que asumen que el género asignado al nacer debe coincidir con la identidad de género) tuvo un efecto indirecto significativo sobre la depresión, mediado por el estrés percibido ($p = .005$). Jackman et al. (2018) también relacionaron el estigma vivido con mayor malestar psicológico ($p < 0.001$).

Por su parte, White Hughto & Reisner (2018) también hallaron una asociación significativa entre la discriminación cotidiana (microagresiones, trato injusto en la vida

diaria) y el malestar depresivo. En cambio, la discriminación por edad no mostró una asociación significativa con esta variable. Esto sugiere que el impacto del estigma de género supera al del envejecimiento. De forma complementaria, Jackman et al. (2018) encontraron que las personas trans mayores tienden a reportar niveles más bajos de malestar psicológico y de transnegatividad internalizada que sus contrapartes más jóvenes. Este fenómeno podría explicarse no tanto por la edad cronológica, sino por un efecto de maduración asociado al desarrollo de estrategias de afrontamiento y la consolidación de redes de apoyo.

A pesar de señales positivas, como una mayor apertura identitaria y un menor heterosexismo internalizado, los niveles de malestar seguían siendo altos, apuntando a causas estructurales y sociales (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017). En este sentido, Fabbre & Gaveras (2020) proponen un modelo de estigma multinivel (estructural, interpersonal e individual) que agrava la vulnerabilidad psicológica de las personas trans mayores.

A nivel estructural, los estudios revisados evidencian una falta sistemática de reconocimiento, representación y protección legal, política e institucional (Benbow & Kingston, 2022; Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2016).

En el plano interpersonal, muchos participantes reportaron experiencias de rechazo familiar, intimidación escolar, violencia física y abuso verbal, vividas de forma reiterada en diversos espacios, incluidos los servicios dirigidos a personas mayores (Fabbre & Gaveras, 2020; Li et al. 2023). Cook-Daniels & Munson (2010) indicaron que el 64.8% sufrió abuso psicológico reiterado y el 64% tocamientos sexuales no consentidos, mayoritariamente antes de los 60 años (58% antes de los 19 y 42% entre los 19 y 60).

A nivel individual, el estigma internalizado se manifestó en sentimientos crónicos de vergüenza, culpa y auto-odio, originados tras décadas de exposición a contextos hostiles (Fabbre & Gaveras, 2020; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Jackman et al., 2018).

Capital social y resiliencia

El capital social puede entenderse como aquellos recursos colectivos que incluyen redes sociales, conexiones y formas de comunidad que promueve la cohesión social y el bienestar colectivo. Desde aquí, Li et al. (2023) introducen el concepto de capital social autenticado como *“una forma de capital social construida a través de la re-negociación de restricciones sociales y el desarrollo de redes y apoyos sociales alternativos que afirman la identidad y fomentan la autenticidad y el bienestar. Estas redes y apoyos están a menudo incrustados en mundos sociales creados por personas trans que facilitan la afirmación de género y el activismo social a través de la organización comunitaria”* (p. 352). Estos autores identificaron en su estudio tres fases en la construcción de capital social autenticado: la experiencia de no autenticación, la creación de redes sociales alternativas y la transformación social.

En un primer momento, las formas tradicionales de capital social (familia, vecindario, amistades o comunidades religiosas) suelen basarse en normas

cisheteronormativas que tienen que ver con el cumplir con las expectativas sociales asociadas al rol de género que uno debe desempeñar por haber nacido hombre o mujer. El no cumplimiento de dichas normas se expresa a través del rechazo familiar, el aislamiento social y barreras en el acceso a recursos básicos como la vivienda, el empleo y la salud. Cabe puntualizar que esta no fue la experiencia de todos los participantes, ya que, hubo quienes mantenían relaciones estrechas y de apoyo con personas de su familia de origen y nuclear (Pang et al., 2019).

Segundo, en respuesta a estas experiencias de marginación y de pérdida de capital social las personas trans comienzan a generar nuevas redes sociales y “familias alternativas” destacándose la organización comunitaria y el activismo trans. Por tanto, a pesar de los desafíos, la implicación autoorganizada y continua en estos entornos seguros donde poder afirmar la propia identidad de género y cuestionar las normas de género establecidas, revelan la fortaleza y resiliencia en las personas trans que envejecen a la hora de encontrar pertenencia, confianza y apoyo mutuo. De manera similar, en el estudio de Pang et al. (2019) hubo personas trans mayores entrevistadas que describieron sus redes sociales en términos de amistades y conexiones comunitarias. No obstante, muchas de ellas también señalaron dificultades en identificar relaciones íntimas o vínculos estrechos a los que pudieran recurrir en caso de necesitar cuidados. Incluso, en algunos casos, los participantes expresaron no contar con nadie cercano, y mencionaron haber atravesado fracturas también dentro de las propias comunidades trans y LGBT.

Tercero, a través de estas nuevas formas de capital social también se produce una transformación. A nivel estructural, algunos de los participantes del estudio relataron haber llevado a cabo formaciones y talleres de sensibilización sobre la realidad LGBTQ+ y participar en reformas legales y en la visibilización de derechos (Fabbre & Gaveras 2020; Li et al., 2023). En esta línea, Fredriksen-Goldsen et al. (2024) encontraron que más del 80% de las personas trans mayores de su investigación estaban involucradas en activismo comunitario. A nivel interpersonal, se habló del poder de las relaciones elegidas (amistades y redes de apoyo) como fuente de fortaleza. Y a nivel individual, varias personas mencionaron haber desarrollado una autoaceptación profunda, espiritualidad, o una visión más amplia de su existencia (Fabbre & Gaveras 2020).

Bienestar sexual

En términos generales, más de la mitad de las personas trans entre 18 y 74 años reportan satisfacción sexual (53.9%), mientras que un 15.9% expresa insatisfacción, un 8.7% se siente satisfecho sin mantener relaciones y un 10.3% lo está con el sexo en solitario (Lindley et al., 2021). Factores como el deseo sexual, sentirse deseado, la variedad en las prácticas, el orgasmo y la comodidad con el propio cuerpo se asocian a una mayor satisfacción sexual (Lindley et al., 2021).

Como parte de este proceso de exploración, algunos estudios sugieren que la transición de género supone el acceso a nuevas posibilidades para la vivencia del placer y la sexualidad (Fein et al., 2017; Lindley et al., 2021; Schilt & Windsor, 2014). Muchas mujeres trans experimentan un redescubrimiento de su sexualidad durante y después de la transición, así como, una mejor autoestima y autoaceptación al sentirse deseadas en sus nuevos cuerpos (Ward et al., 2024; Lindley et al., 2021). En esta redefinición del deseo y

del vínculo entre cuerpo e identidad también se ha observado en un cambio de “habitus sexual” en hombres trans. Schilt & Windsor (2014) conceptualizan el “habitus sexual” como la disposición socialmente construida que articula cuerpo, identidad, deseo y repertorios sexuales. Un ejemplo ilustrativo es el caso de Tyler (pseudónimo), quien antes de su transición se identificaba como lesbiana y, tras iniciar hormonación y cirugía de pecho, comenzó a sentirse atraído por hombres y a identificarse como un hombre gay. Este proceso no solo alteró su expresión de género, sino también su manera de desear, su orientación sexual, las prácticas con las que se sentía cómodo y el modo de percibirse como agente sexual. Complementariamente, Fein et al. (2017) hallaron que tanto mujeres como hombres trans reportaron relaciones sexuales pasadas con parejas cisgénero femeninas como las más comunes. A este aspecto, los autores discuten acerca de que las mujeres transgénero suelen atravesar una fase de conflicto de identidad de género que compensan eligiendo pareja a mujeres cisgénero. Por otro lado, estos datos también sugieren que los hombres trans a menudo se integran en la comunidad lésbica.

A propósito de las personas trans mayores, según Cook-Daniels & Munson (2010), el 67% considera que su identidad de género ha influido en su sexualidad. Algunas señalaron una disminución del deseo con la edad o por efecto de la hormonación, pero también un aumento de la satisfacción sexual al vivirla con mayor autenticidad. Este proceso suele ir acompañado de sentimientos de aislamiento sexual y afectivo, especialmente por la dificultad de encontrar parejas que acepten sus cuerpos e identidades. De forma consistente con esto, Fein et al. (2017) encontraron que, desde la transición, el 34% de las mujeres trans y el 29% de los hombres trans no habían vuelto a tener pareja sexual. Sin embargo, hubo otro 27% que, pese a reportar cambios en sus preferencias sexuales después de transicionar no necesariamente implicó un cambio de pareja, lo que sugiere que algunos vínculos afectivos pueden adaptarse a los cambios identitarios y de deseo. En esta línea, se ha encontrado que la falta de aceptación por parte de parejas potenciales puede afectar de forma significativa la percepción del bienestar sexual (Martin & Coolhart, 2022; Siboni et al., 2022).

Estos hallazgos subrayan la importancia del papel de la pareja como fuente de validación emocional fuera y dentro del contexto sexual. Las relaciones estables y de apoyo se asocian con una mayor satisfacción sexual, reafirmación identitaria y bienestar corporal. En estos vínculos, la intimidad se convierte en un espacio de exploración mutua y reconocimiento de la identidad de género (Kosenko, 2010; Lindley et al., 2021; Siboni et al., 2022).

Siboni et al. (2022) identificaron cómo las parejas de personas trans y no binarias afrontan los cambios sexuales e íntimos durante la transición. Se destacaron factores como la confianza, la capacidad de adaptación y la comunicación abierta como claves para sostener el vínculo y consolidar la conexión emocional. Entre las dificultades, se encontró que la disforia de género podía restringir las interacciones sexuales, generando sentimientos de frustración o inseguridad. Por otro lado, en términos de desafíos, la disforia de género del otro miembro de la pareja, en algunos casos, generaba restricciones en las interacciones sexuales, lo cual, afectó también a la intimidad generando sentimientos de frustración, tristeza o inseguridad sobre los cambios en la sexualidad compartida. Frente a estas dificultades, las parejas desplegaron diferentes estrategias para preservar la intimidad y el bienestar mutuo. Entre las más comunes se encontraron: evitar

tocar o mencionar zonas corporales, ajustar o transformar las prácticas sexuales para enfocarse en el placer emocional más que genital, y utilizar elementos afirmativos como prótesis o vestimenta específica para favorecer el confort. Por último, algunos participantes expresaron expectativas positivas respecto al acceso a tratamientos médicos de afirmación de género, como hormonas o cirugías, percibiéndolos como posibles facilitadores de mayor seguridad corporal y disfrute sexual. No obstante, también se hizo alusión a las barreras estructurales, como los prolongados tiempos de espera y las dificultades de acceso, que pueden retrasar o limitar este proceso.

Desde el punto de vista de las personas trans, Kosenko (2010) exploró cómo enfrentan los dilemas comunicativos que surgen al negociar la seguridad sexual dentro de sus relaciones íntimas. Se identificaron tres significados principales asociados al concepto de seguridad sexual: el cuidado de la salud sexual, la protección física y el bienestar emocional. Los resultados indican que los participantes transgénero incorporaban diversas prácticas para preservar su salud sexual, incluyendo el uso de métodos de barrera (como, por ejemplo, condones, barreras dentales o guantes), alternativas al coito y la solicitud de pruebas de enfermedades de transmisión sexual. No obstante, estas medidas de cuidado se veían atravesadas por dilemas ligados a la seguridad emocional y física.

Un conflicto frecuente fue la tensión entre la seguridad física y la emocional. Por un lado, revelar la identidad trans antes de una relación sexual era considerado clave para evitar posibles agresiones físicas. Por otro lado, esta misma revelación podía derivar en rechazo emocional o pérdida de una conexión afectiva. Para manejar este conflicto, las personas transgénero recurrían a estrategias como revelar la identidad en la distancia a través de medios digitales o elegir cuidadosamente el momento de hacerlo, evitando contextos altamente sexualizados o situaciones en las que ya existiera un apego emocional hacia la otra persona. Otro dilema se presentó entre la necesidad de proteger la salud sexual y la preservación del bienestar emocional. Hablar sobre prácticas sexuales seguras o el historial sexual de una pareja podía ser interpretado como una amenaza a la relación o como un cuestionamiento de la identidad de género, especialmente en contextos donde el sexo representaba un espacio de afirmación. Este temor al rechazo llevaba a algunas personas a evitar dichas conversaciones, incluso a costa de su salud y comodidad. Otras, en cambio, buscaban construir relaciones basadas en la confianza, donde ambas formas de seguridad pudieran coexistir. Finalmente, un obstáculo transversal fue la carencia de un lenguaje adecuado para referirse al cuerpo y al sexo desde una perspectiva transgénero. La ausencia de términos con los que muchas personas se sintieran identificadas complicaba la comunicación sexual y la negociación de prácticas, anatomía o deseos. Como respuesta, algunas recurrieron a describir el cuerpo y el sexo usando términos más neutros o genéricos, lo cual, facilitaba la conversación sin recurrir a un lenguaje clínico o disonante con su identidad.

Discusión

Los hallazgos obtenidos a través de esta revisión permiten identificar las principales dimensiones que configuran la experiencia de las personas transgénero en la vejez.

En primer lugar, se recogen las necesidades emergentes en la intersección entre sexualidad e identidad de género durante el proceso de envejecimiento. A medida que las personas trans mayores atraviesan la transición o consolidan su identidad, muchas experimentan una resignificación de su sexualidad que puede implicar transformaciones en el deseo, en la orientación sexual y en la forma de relacionarse íntimamente (Fein et al., 2017; Lindley et al., 2021; Siboni et al., 2022). Sin embargo, la falta de información específica sobre sexualidad trans en la vejez, la invisibilidad de sus experiencias en los discursos públicos y científicos, y la carencia de espacios seguros dificultan una vivencia plena del deseo y del cuerpo, la exploración sexual libre y segura, y refuerzan el silencio de las experiencias sexuales en esta etapa vital.

En segundo lugar, se identifican una serie de factores psicosociales que inciden directamente en el bienestar de las personas trans mayores. Entre los principales factores de riesgo destacan las elevadas tasas de malestar depresivo, el estrés percibido asociado a la discriminación por identidad de género, la disforia corporal y el estigma internalizado (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; Jackman et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2018). Estas condiciones se ven agravadas por la exclusión social, el aislamiento afectivo y la precariedad económica (Fabbre & Gaveras, 2024; Pang et al., 2019; Witten, 2016). En contrapartida, se reconocen varios factores protectores, entre ellos, la pertenencia a redes de apoyo comunitario, la implicación en el activismo LGBT, el acceso a cuidados médicos afirmativos y la existencia de vínculos afectivos estables (Fabbre & Gaveras, 2020; Fredriksen-Goldsen et al., 2024; Li et al., 2023). En particular, el papel de la pareja ha demostrado ser central tanto en el bienestar sexual y corporal como en la preparación para el final de la vida (Kosenko, 2010; Witten, 2016). Por un lado, estar en una relación estable se asocia con mayor reafirmación identitaria, confort con el propio cuerpo y satisfacción sexual. Por otro lado, se observan expectativas de cuidado por parte de la pareja en situaciones de dependencia o enfermedad en el final de la vida.

Tercero, se analizan dinámicas relacionales y contextuales que configuran el bienestar sexual y la vivencia del envejecimiento.

Las relaciones positivas y afirmativas con la pareja o compañero sexual tienen un impacto directo en la autoimagen, la percepción del propio cuerpo como agente sexual y la posibilidad de mantener relaciones íntimas satisfactorias. La sexualidad, en este sentido, no solo cumple una función relacional, sino que puede convertirse en una vía de empoderamiento, orgullo y reafirmación identitaria ante dicho déficit. No obstante, estas posibilidades conviven con dilemas comunicativos que incluyen el miedo al rechazo, la negociación del sexo seguro y la carencia de un lenguaje adecuado para expresar el cuerpo desde una perspectiva trans (Konsenko, 2010).

En cuanto a las relaciones familiares, se observan trayectorias dispares. Mientras algunas personas trans mayores mantienen vínculos estrechos y significativos con sus familias de origen o hijos, otras relatan experiencias de rechazo o distanciamiento prolongado. (Fabbre & Gaveras, 2020; Fredriksen-Goldsen et al., 2015; Fredriksen-Goldsen et al., 2024; Pang et al., 2019) Esta falta de reconocimiento familiar tiene implicaciones emocionales profundas, especialmente cuando se proyecta hacia el futuro cuidado en situaciones de enfermedad, dependencia o final de vida. (Witten, 2016). Se plantea la necesidad de intervenciones orientadas a trabajar con las familias y pareja con

el fin de favorecer entornos de apoyo emocional, reconocimiento y reparación de vínculos previamente deteriorados.

A nivel comunitario, las organizaciones LGBT han demostrado ser un espacio de afirmación de género y de integración social. No obstante, aunque estas redes alternativas pueden ser una fuente de apoyo valiosa, no siempre logran reemplazar por completo los lazos familiares o la asistencia estructural en momentos de dependencia de atención y cuidado en la vejez (Pang et al., 2019). Desde aquí, se recomienda fomentar programas de envejecimiento activo inclusivo, así como, acciones específicas dirigidas a reducir el aislamiento afectivo y fomentar vínculos interpersonales significativos. Se sugiere promover iniciativas como el mentoreo intergeneracional, que permitan la transmisión de saberes y el fortalecimiento de redes comunitarias entre personas trans de diferentes edades (Fabbre & Gaveras, 2020; Jackman et al., 2018).

Respecto a los cuidadores y entornos de atención socio-sanitaria, las narrativas revelan experiencias persistentes de discriminación, así como carencias en la preparación del personal para atender a la diversidad de identidades y trayectorias vitales en la vejez (Cook-Daniels & Munson, 2010; Fein et al., 2017; Schilt & Windsor, 2014). Estas barreras no solo afectan el acceso a la atención médica, sino que también dificultan la búsqueda de acompañamiento en procesos sensibles como la transición, el duelo o los cuidados paliativos. Además, la falta de reconocimiento institucional, junto con la posible exposición involuntaria de la identidad trans, refuerzan el temor a acudir a servicios donde la intimidad y la dignidad personal puedan verse comprometidas. Todo ello pone de relieve la necesidad urgente de avanzar hacia entornos clínicos inclusivos, culturalmente competentes y respetuosos con la trayectoria vital de esta población. A este aspecto, la formación del personal (asistencial, sanitario y social) es prioritario. Además, el abordaje de la salud en esta población requiere una perspectiva integral que contemple no solo la dimensión médica, sino también la identidad de género, las trayectorias vitales, la sexualidad y los contextos de discriminación estructural acumulada.

Limitaciones

Existen algunas limitaciones en la presente revisión a considerar que pueden influir en la interpretación de los resultados y la valoración de su alcance.

Se identificó una limitación geográfica y cultural significativa. La mayoría de los estudios seleccionados fueron desarrollados en países primermundistas, principalmente Estados Unidos. Esto se traduce en contextos donde ya existe cierta infraestructura legal, médica y comunitaria de apoyo a las personas transgénero, lo cual, dificulta la extrapolación de los hallazgos a otros entornos con menor reconocimiento legal e institucional. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la definición de “vejez” puede variar de acuerdo con la cultura, lo que podría afectar la comparabilidad entre muestras.

También se observaron limitaciones asociadas al perfil de las muestras analizadas, pues hubo una sobrerrepresentación de personas trans activistas o altamente vinculadas a comunidades LGBT organizadas. Esto podría haber generado un sesgo hacia narrativas más empoderadas, en detrimento de experiencias marcadas por mayor precariedad, aislamiento o exclusión estructural. Además, existió una subrepresentación de ciertos

subgrupos, como personas trans racializadas, residentes en zonas rurales, no angloparlantes, sin acceso digital, transmasculinas y no binarias.

Otra limitación relevante fue la exclusión sistemática de personas que ejercían el trabajo sexual en algunos estudios primarios, lo cual restringe la diversidad de las vivencias recogidas y omitir una realidad relevante. El trabajo sexual forma parte de muchas trayectorias trans, especialmente en contextos de exclusión laboral. En España, Domínguez et al. (2011) reportaron que un 48,2% de personas transexuales había ejercido la prostitución, lo que subraya la relevancia de incluir estas experiencias en futuras investigaciones.

También fue necesario incluir tres estudios que no cumplían estrictamente con el criterio etario establecido (Kosenko, 2010; Schilt & Windsor, 2014; Siboni et al., 2022), dada su elevada pertinencia temática y la escasa evidencia empírica sobre bienestar sexual en personas trans mayores. Si bien estos estudios incluían participantes mayores de 50 años, sus medias de edad rondaban los 30-40 años. Aun así, ofrecieron aportes valiosos, especialmente al explorar dimensiones previas a la vejez que podrían ser relevantes en etapas posteriores.

Por último, se aprecian limitaciones metodológicas en los estudios incluidos. En el caso de los diseños cuantitativos, la mayoría correspondía a estudios transversales, lo que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En los estudios cualitativos, aunque se cumplían criterios de calidad metodológica (evaluados con el checklist CASP), la utilización de muestreo intencional y estrategias de reclutamiento en cadena (bola de nieve) limita la representatividad de las muestras. Asimismo, la dependencia del juicio interpretativo del equipo investigador constituye un riesgo inherente a los enfoques cualitativos. No obstante, se aplicaron estrategias de doble codificación y triangulación temática para mitigar estos posibles sesgos.

Futuras líneas de investigación

A pesar del creciente interés en la investigación sobre la salud transgénero, las experiencias sexuales y relacionales de las personas trans mayores continúan siendo un campo poco explorado. Siboni et al. (2022) señalan que la investigación sobre la sexualidad en parejas románticas que incluyen al menos a una persona trans sigue siendo limitada, ya que la literatura disponible se ha enfocado principalmente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y en las disfunciones sexuales, dejando de lado aspectos afectivos, vinculares y de intimidad. En este sentido, es necesario incorporar la perspectiva de ambos miembros de la pareja en el análisis de las relaciones románticas, así como profundizar en cuestiones actualmente ausentes, como el impacto de la pérdida de pareja en la reorganización de la vida sexual en edades avanzadas.

Del mismo modo, se recomienda ampliar la diversidad muestral incluyendo a personas trans racializadas, no binarias, transmasculinas, residentes en zonas rurales o fuera del eje angloparlante. También se plantea la necesidad de integrar las experiencias de personas que han ejercido trabajo sexual, dadas sus trayectorias particulares.

Finalmente, se considera pertinente avanzar en investigaciones que evalúen más a fondo los mecanismos de resiliencia y protección, así como, el impacto de programas

de formación profesional, intervenciones psicosociales comunitarias y modelos de atención integral diseñados específicamente para personas trans mayores.

Conclusiones

Los resultados de esta revisión indican que la sexualidad en la vejez trans no desaparece, sino que se transforma y resignifica en relación con múltiples factores psicosociales, identitarios, emocionales y contextuales. La transición, la afirmación del género y el apoyo emocional de la pareja emergen como elementos clave para el bienestar sexual de esta población, aunque no están exentos de desafíos, especialmente en lo relativo a los dilemas comunicativos y la validación corporal.

El estigma internalizado, el estrés percibido y la disforia corporal se identifican como factores que impactan negativamente en la salud mental, contribuyendo a un elevado riesgo de malestar psicológico y sintomatología depresiva en esta población. Frente a ello, las redes comunitarias y el activismo contribuyen a generar capital social alternativo y a sostener trayectorias de envejecimiento afirmativas con mayor agencia.

El acceso a servicios sanitarios competentes y sensibles al género sigue siendo uno de los principales desafíos, especialmente en el acompañamiento hacia el final de la vida, donde las necesidades clínicas, afectivas y de identidad convergen. Por tanto, es imprescindible avanzar hacia modelos de atención más inclusivos, con profesionales formados, redes de apoyo comunitarias y servicios sociosanitarios sensibles a las trayectorias de vida trans. Estas propuestas permitirían garantizar una vejez más digna, acompañada y libre de discriminación.

Referencias

1. American Psychological Association (Asociación Estadounidense de Psicología). (2008). Respuestas a sus preguntas: sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género.
2. Aznar, J. (2016, 10 de octubre). *¿Cuántos transexuales existen?* Observatorio de Bioética. <https://www.observatoriobioetica.org/2016/06/cuantos-transexuales-existen/14646>
3. Benbow, S. M., & Kingston, P. (2022). Older trans individuals' experiences of health and social care and the views of healthcare and social care practitioners: 'They hadn't a clue'. *Educational Gerontology*, 48(4), 160–173. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2027642>
4. 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 U.S. transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
5. Bristowe, K., Timmins, L., Braybrook, D., Marshall, S., Pitman, A., & Johnson, K. (2023). *LGBT+ partner bereavement and appraisal of the Acceptance-Disclosure Model of LGBT+ bereavement: A qualitative interview study.*

- Palliative Medicine, 37(2), 221-234.
<https://doi.org/10.1177/02692163221138620>
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *The state of aging and health in America 2013*. Atlanta, GA. Recuperado de http://www.cdc.gov/features/agingandhealth/state_of_aging_and_health_in_america_2013.pdf
 7. Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP qualitative research checklist*. Disponible en <https://med-fom-emerg.sites.olt.ubc.ca/files/2014/02/CASP-Qualitative-Research-Checklist.pdf>
 8. Croghan, C. F., Moone, R. P., & Olson, A. M. (2014). Friends, family, and caregiving among midlife and older lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 79-102. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835238>
 9. Cook-Daniels, L., & Munson, M. (2010). Sexual violence, elder abuse, and sexuality of transgender adults, age 50+: Results of three surveys. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(2), 142-177. <https://doi.org/10.1080/15504281003705238>
 10. Cuadrado-Clemente, L., Gómez Balaguer, M., Rodríguez Collado, M., Hurtado Murillo, F., Modrego Pardo, I., & Morillas Ariño, C. (2023). Características sociodemográficas, psicológicas y clínicas de una cohorte de personas transgénero de mediana y avanzada edad: importancia de la atención primaria en la asistencia a la transexualidad y diversidad de género. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(3), 274-279. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v16n3/1699-695X-albacete-16-03-274.pdf>
 11. Domínguez F., J. M., García Leiva, P., & Hombrados Mendieta, M. I. (2011). *Transexualidad en España: Análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados*. Recuperado de <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD69629.pdf>
 12. Ellis, S. J., McNeil, J., & Bailey, L. (2014). Gender, stage of transition and situational avoidance: A UK study of trans people's experiences. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(3), 351-364. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.902925>
 13. Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multi-level stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350-360. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>
 14. Fabbre, V., & Siverskog, A. (2019). *Transgender ageing: Community resistance and well-being in the life course*. En A. King (Ed.), *Intersections of Ageing, Gender and Sexualities: Multidisciplinary International Perspectives* (pp. 47-62). Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447333029.003.0004>
 15. Fein, L. A., Salgado, C. J., Sputova, K., Estes, C. M., & Medina, C. A. (2017). Sexual preferences and partnerships of transgender persons mid or post-transition. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 1-18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1333808>
 16. Fredriksen-Goldsen, K., Emler, C. A., Fabbre, V. D., Kim, H.-J., Lerner, J., Jung, H. H., Harner, V., & Goldsen, J. (2024). Historical and social forces in the iridescent life course: Key life events and experiences of transgender older adults.

- Ageing & Society*, 44(7), 1700–1722.
<https://doi.org/10.1017/s0144686x22000563>
17. Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emlet, C. A. (2015). *Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group*. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu081>
 18. Goldbach, C., Lindley, L., Anzani, A., & Galupo, M. P. (2023). *Resisting trans medicalization: Body satisfaction and social contextual factors as predictors of sexual experiences among trans feminine and nonbinary individuals*. *The Journal of Sex Research*, 60(6), 868-879.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2021.2004384>
 19. Higgins, J.P.T., Green, S. (Ed.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (version 5.1.0)*. Recuperado de:
https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/manual_cochrane_510_web.pdf
 20. 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>
 21. Hughes, M. (2016). Loneliness and social support among lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people aged 50 and over. *Ageing and Society*, 36(9), 1961–1981. doi:10.1017/S0144686X1500080X
 22. Jackman, K. B., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). Generational differences in internalized transnegativity and psychological distress among feminine spectrum transgender people. *LGBT Health*, 5(1), 54–60.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0034>
 23. Kattari, S. K., & Hasche, L. (2015). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people’s experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 27(7), 1132-1152.
<https://doi.org/10.1177/0898264315590228>
 24. Kosenko, K. A. (2010). Meanings and dilemmas of sexual safety and communication for transgender individuals. *Health Communication*, 25(2), 131–141. <https://doi.org/10.1080/10410230903544928>
 25. Li, Y., Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2023). Authenticated social capital: Conceptualising power, resistance and well-being in the lives of transgender older adults. *Culture, Health & Sexuality*, 25(3), 352–367.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2044519>
 26. Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222–234.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>
 27. Martin, T. K., & Coolhart, D. (2022). “Because your dysphoria gets in the way of you... it affects everything.” The mental, physical, and relational aspects of navigating body dysphoria and sex for trans masculine people. *Sexual and Relationship Therapy*, 37(1), 82-99.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1696459>

28. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
29. Olyslager F. & Conway L. (2007) On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the WPATH 20th International Symposium, Chicago, Illinois, 5–8 September 2007. Available at: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud (2006). El informe sobre la salud en el mundo. Recuperado del sitio de internet World Health Organization: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf
31. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
32. Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39–56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
33. Schilt, K., & Windsor, E. (2014). The sexual habitus of transgender men: Negotiating sexuality through gender. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 732–748. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870444>
34. Shiu, C., Kim, H. J., & Fredriksen-Goldsen, K. (2017). Health Care Engagement Among LGBT Older Adults: The Role of Depression Diagnosis and Symptomatology. *The Gerontologist*, 57(suppl 1), S105–S114. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw186>
35. Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together": Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1957733>
36. Wang, Y. C., Chang, S. R., & Miao, N. F. (2021). *Health status and quality of life of middle-aged and older Taiwanese sexual and gender minorities*. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(3), 369-377. <https://doi.org/10.1111/jnu.12640>
37. Ward, L., Pipkin, A., Frary, G., & Kempinska, C. (2024). "Rediscovering what I need to do to give myself pleasure." Trans women's experiences of their sexualities during gender transition: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000728>
38. Washington, DC: Autor. Caenegem, E. et al. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Achieves of Sexual Behavior*, 44(5), 1281-1287. Doi: 10.1007/s10508-014-0452-6 [Obtenido de <https://www.apa.org/topics/lgbtq/brochure-personas-trans.pdf>]
39. White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social Context of Depressive Distress in Aging Transgender Adults. *Journal of applied gerontology : the*

official journal of the Southern Gerontological Society, 37(12), 1517–1539.
<https://doi.org/10.1177/0733464816675819>

40. Witten, T. M. (2016). Aging and transgender bisexuals: Exploring the intersection of age, bisexual sexual identity, and transgender identity. *Journal of Bisexuality*, 16(1), 58–80. <https://doi.org/10.1080/15299716.2015.1025939>
41. Worrell, S., Waling, A., Anderson, J., Lyons, A., Fairchild, J., & Bourne, A. (2023). Coping with the stress of providing mental health-related informal support to peers in an LGBTQ context. *Culture, Health & Sexuality*, 25(8), 991-1006. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2115140>

Anexos

Tabla 1

Ecuaciones utilizadas para la búsqueda en bases de datos

Bases de datos	N	Ecuación de búsqueda
Academic Search Complete	241	((("Transgender" OR "transsexual " OR "trans-sexual" OR "LGTB" OR "trans men " OR "trans people" OR "trans women" OR "gender non-conforming" OR "non-binary" OR "gender diverse") AND ("Sexuality" OR "Sexual Relationship" OR "Sexual Health" OR "Sexual Behaviour" OR "Sexual function" OR "Sexual dysfunction" OR "Intimacy" OR "Sexual Satisfaction" OR "Relationship*" OR "partnership" OR "couple") AND ("Older adults" OR "elderly" OR "old adults" OR "Aging" OR "Ageing" OR "late* life" OR "geriatric population" OR "older populations" OR "senior citizens"))
APA PsycInfo*	1.382	("Transgender Persons" OR "Transsexualism" OR "Sexual Minorities" OR "LGBTQ" OR "Transgender Men" OR "Transgender Women" OR "Gender Nonconformity" OR "Nonbinary Gender" OR "Gender Diversity") AND ("Sexuality" OR "Sexual Behavior" OR "Sexual Health" OR "Sexual Function" OR "Sexual Dysfunctions" OR "Sexual Satisfaction" OR "Intimacy" OR "Couples" OR "Relationship" OR "Partnership") AND ("Older Adults" OR "Aging" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Gerontology" OR "Senior Citizens" OR "Older Population")
PSICODC	2	((("Transgender" OR "transsexual " OR "trans-sexual" OR "LGTB" OR "trans men " OR "trans people" OR "trans women" OR "gender non-conforming" OR "non-binary" OR "gender diverse") AND ("Sexuality" OR "Sexual Relationship" OR "Sexual Health" OR "Sexual Behaviour" OR "Sexual function" OR "Sexual dysfunction" OR "Intimacy" OR "Sexual Satisfaction" OR "Relationship*" OR "partnership" OR "couple") AND ("Older adults" OR "elderly" OR "old adults" OR "Aging" OR "Ageing"

		OR "late* life" OR "geriatric population" OR "older populations" OR "senior citizens"))
Psychology and Behavioral Sciences Collection*	1.542	("Transgender" OR "Transsexual" OR "Trans-sexual" OR "LGBT" OR "Trans men" OR "Transgender people" OR "Trans women" OR "Gender non-conforming" OR "Non-binary" OR "Gender diverse") AND ("Sexuality" OR "Sexual relationship" OR "Sexual health" OR "Sexual behavior" OR "Sexual function" OR "Sexual dysfunction" OR "Intimacy" OR "Sexual satisfaction" OR "Relationship*" OR "Partnership" OR "Couple") AND ("Older adults" OR "Elderly" OR "Old adults" OR "Aging" OR "Ageing" OR "Late life" OR "Geriatric population" OR "Older populations" OR "Senior citizens")
Web Of Science*	349	(TS=("Transgender" OR "Transsexual" OR "Transsexual" OR "LGBT" OR "Trans men" OR "Trans people" OR "Trans women" OR "Gender non-conforming" OR "Non-binary" OR "Gender diverse")) AND (TS=("Sexuality" OR "Sexual relationship" OR "Sexual health" OR "Sexual behaviour" OR "Sexual function" OR "Sexual dysfunction" OR "Intimacy" OR "Sexual satisfaction" OR "Relationship*" OR "Partnership" OR "Couple")) AND (TS=("Older adults" OR "Elderly" OR "Old adults" OR "Aging" OR "Ageing" OR "Late life" OR "Geriatric population" OR "Older populations" OR "Senior citizens"))

Tabla 2

Evaluación de riesgo de sesgo para estudios cuantitativos

Dominio	Riesgo de sesgo		
	Bajo	Alto	Incierto
Secuencia aleatoria	La secuencia de asignación se generó usando un método verdaderamente aleatorio (e.g., generador de números aleatorios, tablas de números aleatorios)	Se usaron métodos no aleatorios (e.g., asignación por fechas de nacimiento, alternancia o listas abiertas).	No se describe el método de generación de la secuencia o no hay información suficiente.
Ocultamiento asignación	La asignación estuvo adecuadamente oculta (e.g., sobres cerrados, sistemas centralizados).		
Cegamiento participantes personal	Sí y	No hubo cegamiento, o las condiciones hicieron que fuera poco probable evitar influencias significativas.	No se explica si el cegamiento fue realizado

Cegamiento evaluadores	Sí	Los evaluadores conocían la asignación de los participantes, lo que pudo influir en la evaluación de los resultados.	No se describe el cegamiento de los evaluadores o no hay información suficiente.
Datos de resultados incompletos	Las pérdidas de datos o abandonos fueron mínimas y manejadas adecuadamente (e.g., análisis por intención de tratar, explicaciones claras de las pérdidas).	Hubo altas tasas de abandono o datos incompletos que no se explicaron adecuadamente, lo que pudo sesgar los resultados.	La información sobre pérdidas de datos o el manejo de estas no es suficiente para hacer un juicio.
Otros sesgos	No se identificaron problemas metodológicos adicionales	Se identificaron factores que pudieron influir en los resultados (e.g., conflictos de interés, diseño inapropiado, sesgos por diferencias iniciales entre grupos).	No hay suficiente información para determinar si existen otros sesgos relevantes.

Fuente: Adaptado de Higgins, J.P.T., Green, S. (Ed.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*.

Tabla 3

Checklist CASP para estudios cualitativos

Preguntas	Considerar	Sí	No	No puedo decirlo
¿Había una declaración clara de objetivos de la investigación?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál era el objetivo de la investigación? • ¿Por qué se consideró importante? • Su relevancia 			
¿Es apropiada una metodología cualitativa?	<ul style="list-style-type: none"> • Si la investigación busca interpretar o iluminar las acciones y/o experiencias subjetivas de los participantes en la investigación • ¿Es la investigación cualitativa la metodología adecuada para abordar el objetivo de la investigación? 			
¿Fue el diseño de la investigación apropiado para abordar los objetivos de la investigación?	Si el investigador ha justificado el diseño de la investigación (por ejemplo, ¿han discutido cómo decidieron qué método utilizar?)			
¿Fue la estrategia de reclutamiento apropiada para los objetivos de la investigación?	<ul style="list-style-type: none"> • Si el investigador ha explicado cómo se seleccionaron a los participantes • Si explicó por qué los participantes seleccionados fueron los más apropiados para proporcionar acceso al tipo de conocimiento buscado por el estudio • Si hay alguna discusión sobre el reclutamiento (por ejemplo, por qué algunas personas eligieron no participar) 			

<p>¿Se recopilaron los datos de manera que abordan la cuestión de investigación?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si se justificó el entorno para la recolección de datos • Si está claro cómo se recopilaron los datos (por ejemplo, grupo focal, entrevista semiestructurada, etc.) • Si el investigador ha justificado los métodos elegidos • Si el investigador ha hecho explícitos los métodos (por ejemplo, en el caso de la entrevista, ¿hay una indicación de cómo se realizaron las entrevistas o si usaron una guía de temas?) • Si los métodos fueron modificados durante el estudio. En ese caso, ¿ha explicado el investigador cómo y por qué? • Si la forma de los datos es clara (por ejemplo, grabaciones, material en video, notas, etc.) • Si el investigador ha discutido la saturación de los datos
<p>¿Se ha considerado adecuadamente la relación entre el investigador y los participantes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si el investigador examinó críticamente su propio papel, los posibles sesgos e influencias durante <ul style="list-style-type: none"> (a) La formulación de las preguntas de investigación (b) La recolección de datos, incluida la selección de la muestra y la elección del lugar • Cómo respondió el investigador a los eventos durante el estudio y si consideró las implicaciones de cualquier cambio en el diseño de la investigación
<p>¿Se han tenido en cuenta los problemas éticos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay suficientes detalles sobre cómo se explicó la investigación a los participantes para que el lector pueda evaluar si se mantuvieron los estándares éticos • Si el investigador ha discutido los problemas planteados por el estudio (por ejemplo, cuestiones sobre el consentimiento informado o la confidencialidad, o cómo han manejado los efectos del estudio en los participantes durante y después del estudio) • Si se ha solicitado la aprobación del comité de ética
<p>¿Fue el análisis de los datos suficientemente riguroso?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay una descripción detallada del proceso de análisis • Si se utiliza el análisis temático. En caso afirmativo, ¿es claro cómo se derivaron las categorías/temas de los datos? • Si el investigador explica cómo se seleccionaron los datos presentados de la muestra original para demostrar el proceso de análisis • Si se presentan suficientes datos para respaldar los hallazgos • En qué medida se tienen en cuenta los datos contradictorios • Si el investigador examinó críticamente

	<p>su propio papel, los posibles sesgos e influencias durante el análisis y la selección de los datos para su presentación</p>
<p>¿Hay una declaración clara de los hallazgos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si los hallazgos son explícitos • Si hay una discusión adecuada de la evidencia tanto a favor como en contra de los argumentos de los investigadores • Si el investigador ha discutido la credibilidad de sus hallazgos (por ejemplo, triangulación, validación por parte de los participantes, más de un analista) • Si los hallazgos se discuten en relación con la pregunta original de la investigación

Fuente: Extraído de Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP qualitative research checklist*

Tabla 4

Características metodológicas para estudios cuantitativos

Características metodológicas de los estudios cuantitativos			EXP = Experimental	OBS = Observacional	AL = Aleatorizado	RE = Retrospectivo			
Estudio	Tipo de estudio	Valoración general del riesgo de sesgo	Aleatorización	Ocultamiento	Cegamiento participantes	Cegamiento evaluadores	Datos de resultados incompletos	Otros sesgos	Análisis de datos
Fein et al. (2017)	OBS transversal	Medio	No, muestra de conveniencia. Uso de encuestas en línea.	No aplica	No	No	Sí. Además, se emplearon técnicas de imputación de datos faltantes. (tasa de finalización del 62%)	Posible autoselección y no validación del instrumento.	Estadístico descriptivo y comparativo usando SPSS v20. Prueba de Fisher para variables dicotómicas Chi-cuadrado para asociaciones entre variables categóricas
Fredriksen-Goldsen et al. (2024)	OBS transversal	Medio	No. Reclutamiento a través de organizaciones comunitarios LGBTQ+	No aplica	No	No	Sí	Posible sesgo de selección, autoselección y sobrerrepresentación de personas blancas	Regresión de mínimos cuadrados ordinarios para variables continuas. Regresión logística para variables dicotómicas. Análisis de interacción para examinar efectos

									de generación y género.
Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen (2017)	OBS transversal	Medio	No. Uso de encuestas en línea sin asignación aleatoria.	No aplica	No	No	Sí	Posible sesgo de selección, autoselección y sobrerrepresentación de poblaciones rurales	Utiliza modelos de ecuaciones estructurales y análisis robusto de datos secundarios. Índices de ajuste del modelo: RMSEA = 0.04 (buena calidad de ajuste). CFI = 0.97 (excelente ajuste). Modelo explica el 74% de la varianza en la depresión ($R^2 = 0.74$) Los tamaños de efecto totales fueron considerables, con betas estandarizadas superiores a 5.0.
Jackman et al. (2018)	OBS transversal	Bajo	No. Uso de encuestas en línea mediante banner publicitarios y foros trans	No aplica	No	No	Sí. Además, se implementaron medidas de validación y reduplicación	Posible sesgo de selección, autoselección y sobrerrepresentación de personas blancas	Uso de encuestas validadas con una muestra robusta y buen control de variables. Uso de pruebas t para comparar

							n de respuestas		diferencias entre grupos
White Hughto & Reisner (2018)	OBS transversal	Medio	No, muestra de conveniencia Uso de encuestas en línea y en eventos comunitarios.	No aplica	No informado	No informado	Sí. Además, se utilizó imputación múltiple por cadenas de ecuaciones	Posible autoselección.	Estadísticos descriptivos, regresión lineal (bivariada) y regresión logística multivariable. Ajustes por edad, identidad de género, raza, número de enfermedades crónicas, apoyo social.

Tabla 5

Características metodológicas para estudios cualitativos

Características metodológicas de los estudios cualitativos									
Estudio	Ítems CASP cumplidos	Diseño	Justificación diseño	Estrategia de reclutamiento	Recolección de datos	Relación investigador-participantes	Ética	Análisis de datos	Claridad en los hallazgos
Benbow & Kingston (2022)	10/10	Fenomenología	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional. Selección dirigida de participantes	Entrevistas semi-estructuradas en profundidad, grabadas y transcritas para análisis.	Considerada	Se aseguraron buenas prácticas.	Análisis temático mediante software NVivo, con doble codificación entre autores.	Sí. Resultados estructurados en categorías y subcategorías con citas textuales de los participantes

Fabbre & Gaveras (2020)	10/10	Análisis temático interpretativo	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional. Reclutada entre 2013 y 2017 mediante redes personales y profesionales de los co-creadores del proyecto To Survive on This Shore.	Entrevistas biográficas en profundidad	Considerada. Además, se utilizó escritura de memos analíticos y reflexividad crítica a fin de minimizar sesgos interpretativos	Aprobado por el IRB de Washington University in St. Louis.	Análisis temático estructurado con codificación en NVivo	Sí. Resultados estructurados en categorías y subcategorías con citas textuales de los participantes
Konsenko (2010)	9/10	Análisis temático interpretativo	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional a través de publicaciones en grupos online dirigidos a personas trans	41 entrevistas grabadas y transcritas	Considerada	No informado	Se usó muestreo por variación máxima para asegurar diversidad identitaria y étnico-racial Codificación temática basada en la comparación constante	Sí.
Li et al. (2023)	9/10	Análisis temático interpretativo	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional. Selección dirigida de participantes a través de redes personales y profesionales de los creadores del proyecto "To Survive on This Shore"	86 Entrevistas biográficas en profundidad	Considerada	Aprobado por el Comité de Ética de la Washington University in St. Louis	Análisis interpretativo de contenido en dos fases	Sí. Presentación clara y estructurada. Aborda explícitamente la credibilidad de sus hallazgos, incluyendo triangulación y validación por parte de los participantes

				entre 2013 y 2017.					
Lindley et al. (2021)	9/10	Fenomenología	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional. Selección dirigida de participantes en redes sociales y estacios LGBTQ	Cuestionario online	Considerada	Aprobado por el IRB de Towson University.	Análisis temático en seis fases. División aleatoria de la muestra en dos subgrupos (n=179 cada uno) para validar la estructura temática. Codificación independiente por dos autores, con alpha de Cronbach .82 y .90	Sí. Resultados estructurados en categorías y subcategorías con citas textuales de los participantes
Pang et al. (2019)	8/10	Etnografía	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional. Se contactó a participantes a través de organizaciones LGBTQ+ en Canadá, anuncios en medios comunitarios y referencias de informantes clave.	Uso de entrevistas semiestructuradas	Considerada	Aprobado por el Institutional Review Board	Análisis temático inductivo basado en la teoría fundamentada. Lectura, codificación inicial de transcripciones, identificación de patrones recurrentes y agrupación de códigos en tres temas principales: “enfrentando el día día”, fracturas y apoyo dentro de la familia y la comunidad y, por último “gran diferencia entre	Sí. Resultados estructurados en categorías con citas textuales de los participantes

principios y práctica”.

Schilt & Windsor (2014)	9/10	Análisis temático interpretativo con marco teórico sociológico	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos.	Muestra intencional. Selección dirigida de participantes en grupos sociales trans, listas de correo electrónico y contactos personales	Entrevistas semiestructuradas en profundidad y observación participante en conferencias, grupos de apoyo, eventos y talleres.	Considerada	Aprobado por comités de ética institucional (IRB)	Análisis temático inductivo	Sí. Se presentan testimonios, el análisis está conceptualmente bien articulado y vinculado a marcos teóricos
Siboni et al. (2022)	10/10	Análisis temático interpretativo	Sí. Marco teórico y enfoque metodológico bien descritos	Muestra intencional por bola de nieve a través de redes sociales y organizaciones LGBT+	Cuestionario online con datos sociodemográficos y preguntas abiertas	Considerada	Aprobado por el comité ético de la Universidad de Milán–Bicocca	Análisis temático inductivo Codificación colaborativa con revisión entre evaluadores. Empleo software NVivo 12. Se reporta acuerdo interevaluador mínimo: Fleiss Kappa = .74	Sí. Hallazgos organizados en 4 temas principales y 15 subtemas, acompañados por citas textuales representativas.

Tabla 6

Características metodológicas para estudios mixtos

Características metodológicas de los estudios mixtos			EXP = Experimental	OBS = Observacional	AL = Aleatorizado	RE = Retrospectivo				
Estudio	Tipo de diseño	Valoración general del riesgo de sesgo	Reclutamiento	AL	Ocultamiento	Cegamiento Participantes y evaluadores	Recogida de datos	Relación investigador - participante	Ética	Análisis de datos
Cook-Daniels y Munson (2010)	OBS Transversal	Medio	Se reclutaron participantes a través de listas de correo electrónico, foros en línea y organizaciones trans como FORGE y ElderTG.	No	No	No informado.	Encuestas en línea sobre violencia sexual, abuso en la vejez y sexualidad que fueron distribuidas a través de redes trans. Se utilizaron plataformas como SurveyMonkey.	Considerada	Se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad	Cuantitativo: Análisis de frecuencia y porcentajes en respuestas de opción múltiple. Cualitativo: Análisis temático de respuestas abiertas.
Witten (2016)	OBS transversal Fenomenología	Medio	Encuestas en línea (Trans MetLife Survey)	No	No	No informado	Encuestas estructuradas con componentes cuantitativos y cualitativos (duración entre 30 y 50 minutos)	Considerada	Aprobado por la Junta de Revisión Institucional de Virginia Commonwealth University.	Para el análisis estadístico se empleó el PASW 18-20 (IBM) $p < 0.05$. En comparaciones múltiples de chi-cuadrado se empleó la prueba post-

hoc de Bonferroni. Para tamaños de muestra desiguales entre subgrupos se usaron pruebas t de Welch

El análisis cualitativo se realizó por análisis fenomenológico o interpretativo con el software QSR NVivo 9.

Tabla 7

Matriz de extracción de datos de los estudios finales seleccionados

Matriz de extracción de datos									
Estudio	Objetivo	N*	Edad media	Ubicación geográfica	Características de la muestra	VARIABLES de resultado analizadas	Instrumentos de evaluación utilizados	Principales hallazgos	Limitaciones
Benbow y Kingston (2022)	Explorar las experiencias de personas trans mayores en los servicios sociales y de	16 personas trans	Edad mínima de 50	Reino Unido	Mujeres trans (n=15) mayores de 50 blancas en diferentes etapas de transición y con variabilidad en redes sociales	1. Factores facilitadores y barreras en la atención médica y social 2. Experiencias de discriminación,	Entrevistas individuales Grupos focales	1. Factores individuales ("levers") que influyen el acceso y calidad del cuidado: edad (urgencia existencial por transicionar, estigma, negación de aplicar	1. Subrepresentación de hombres trans, personas no binarias 2. Sobrerrepresentación de personas blancas.

	salud, así como, las percepciones de los profesionales de los mismos.	22 profesionales			y en acceso a recursos económicos	exclusión e ignorancia profesional	Notas de entrevistas a profesionales	procedimientos), relaciones familiares (apoyo o rechazo), identidad LGBT (y sentirse aceptado o discriminado dentro de esa comunidad), experiencias pasadas con servicios y recursos económicos.	
					En cuanto a los profesionales, se incluyó del sector de atención secundaria, primaria, salud mental, asistencia social, ONGs y organizaciones comunarias. Todos tenían experiencia previa con personas trans mayores	3.Prácticas inclusivas deseables 4. Impacto de edad, economía, redes de apoyo, identidad de género y familia		2. Fuerzas contextuales ("contextual forces"): miedo a la discriminación, ignorancia profesional, riesgo de violencia o abuso. 3. Prácticas positivas ("positive practices"): personalización del cuidado, formación del personal, atención inclusiva, rediseño del sistema de atención desde lo comunitario.	
Cook-Daniels & Munson (2010)	Explorar la prevalencia de la violencia sexual, el abuso en la vejez y la sexualidad en adultos trans mayores de 50 años	355	Edad mínima de 50 años y máxima de 79	EE. UU.	La mayoría eran mujeres trans (88%) blancas (84%) con educación universitaria y de orientación sexual variada (24% heterosexual, 20% lesbiana, 19% bisexual,	1.Violencia sexual 2.Abuso en la vejez. 3. Sexualidad	1. Encuestas autoadministradas con preguntas cerradas y abiertas. 2. Preguntas validadas de estudios previos sobre	1.El 64% de los participantes habían sufrido abuso sexual, de los cuales, solo el 16 % denunció a la policía. Muchos de los que no reportaron fue por miedo a sufrir discriminación. 2.El 55% creía que su identidad de género influyó en el abuso.	1.No aleatorizado. 2.Muestra limitada a personas con acceso a internet y redes transactivistas. 3.Diseño transversal, no permite establecer causalidad 4.Posible sesgo de respuesta. Algunas preguntas pueden

					pansexual, queer y asexual en menores proporciones). Una parte significativa (44%) tenía ingresos anuales superiores a 50,000\$ El 81% tenía seguro de salud El 36% tenían discapacidades físicas o de salud mental	violencia y sexualidad.	3. El 65% de los participantes reportaron abuso emocional o psicológico en la vejez y el 31% experimentó discriminación en salud y la mayoría compartían tener miedo a ser maltratados en residencias o por cuidadores. 4. El 27% sufrió auto-negligencia (depresión, aislamiento). 5. El 54% reportó cambios en su orientación sexual tras la transición. A nivel hormonal, la testosterona aumentó el deseo sexual en hombres trans y los estrógenos redujeron la libido en mujeres trans. 6. Algunas parejas trans reportaron mejores relaciones tras la transición.	haber influido en las respuestas. 5. Dificultad para distinguir abuso de discriminación. Algunas experiencias reportadas no cumplirían definiciones legales de abuso.	
Fabbre & Gaveras (2020)	Explorar cómo se manifiesta el estigma a nivel individual, interpersonal y estructural en mayores	88	Edad mínima de 50 y máxima de 90	EE.UU.	El 52.3% eran mujeres trans, el 38.6% hombres trans y 9.1% no binarias El 61.4% eran blancos y el 22.7%	1. Estigma individual, interpersonal y estructural 2. Salud mental 3. Apoyo social y aislamiento	Entrevista biográfica abierta (duración entre hora y media y tres horas)	1. A nivel de estigma individual los participantes manifestaron vergüenza internalizada, ocultamiento, vigilancia constante sobre el cuerpo y el género y miedo al	1. Muestra pequeña no generalizable 2. Sesgo de autoselección 3. Sesgo de supervivencia (los participantes fueron

<p>transgénero y no binarios, así cómo, impacta en su salud mental y bienestar</p>	<p>afroamericanos y el 10.2% latinxs, entre otros en menor proporción Había variabilidad de ingresos, empleo, acceso a atención y vivencias familiares</p>	<p>4.Activismo y resiliencia</p>	<p>rechazo. En consecuencia, también se reportó haber consumido sustancias y el 15.9% experiencias de ideación suicida o intentos de suicidio. 2. En cuanto al estigma interpersonal las relaciones familiares se hallaron marcadas por ambivalencia (amor sin aceptación), rechazo parental, miedo a perder vínculos o nietxs. También se documentaron casos de reconciliación. 3. Sobre el estigma estructural se reportaron barreras legales, discriminación institucional, falta de visibilidad a figuras mediáticas privilegiadas y falta de acceso a cuidados afirmativos. 4. Se documentaron acciones de resiliencia y transformación social como sanadoras. Entre ellas, se incluyeron la creación de redes, el activismo comunitario, el apoyo a jóvenes trans, contar sus historias, etc.</p>	<p>personas activistas y resilientes)</p>
--	--	----------------------------------	---	---

Fein et al. (2017)	Explorar cómo la transición de género afecta las preferencias sexuales y relaciones de pareja en personas transgénero en etapas medias o posteriores del proceso.	120	40 (Edad mínima de 19 y 86 de máxima)	EE.UU.	Personas trans predominantemente blancas (60%) con educación secundaria o técnica. Todos estaban en medio post-transición. El 34% de la muestra ganaba menos de 25.000\$ anuales. El 86% recibió hormonoterapia, 26% gonadectomía y 5% cirugía de reasignación genital.	1.Cambio en la preferencia sexual tras iniciar la transición 2.Tipo de pareja actual y pasada (cis, trans, hombre, mujer) 3.Relación entre demora en iniciar la transición y cambio en la preferencia sexual 4.Impacto de características sociodemográficas y médicas en la historia sexual	Cuestionario diseñado ad hoc (no validado formalmente)	1.El 27% de los participantes reportaron cambios en sus preferencias después de transicionar 2. Las mujeres trans que esperaron más de 10 años en iniciar la transición mostraron mayor cambio en preferencia sexual 3.El 34% de las mujeres trans y el 29% de los hombres trans no tenían pareja sexual 4. Las mujeres trans mostraron mayor diversidad sexual en comparación con los hombres trans 5.El cambio en la preferencia no siempre implicó cambio de pareja.	1.Cuestionario no validado 2.Sesgo de autoselección 3.Datos retrospectivos (sesgo de memoria) 4.Predominio personas adultas 4.Difícil generalización resultados
Fredriks en-Goldsen et al. (2024)	Explorar diferencias en eventos clave de vida entre generaciones de mayores trans y cómo estas diferencias interactúan con el género desde el	205	Edad mínima de 50 años y máxima de 81 Se dividió la muestra en tres cohortes generacionales: Generación Silenced	EE.UU.	41.9% mujeres trans, 23.3% hombres trans, 34.8% no binarios mayoritariamente blancos (66.6%) con educación superior a secundaria. El 47% vivían por debajo del 200%	1.Revelación de la identidad trans 2.Trabajo 3.Relaciones familiares 3.Experiencias de discriminación 4.Participación comunitaria	1.Escala de identidad transgénero (Fredriksen-Goldsen & Kim, 2017). 2.Escala de apoyo social Medical Outcomes Study (Sherbourne &	1.La Generación Pride fue más abierta sobre su identidad y tuvo más matrimonios del mismo sexo. 2.Las mujeres trans de la Generación Silenced pasaron menos tiempo en el clóset que las de la Generación Pride. También esta generación fue la que reportó una	1. No aleatorizado 2.Diseño transversal, no permite establecer causalidad 3. Bajo número de participantes de la Generación Invisible. 4. Limitada representación de personas racializadas.

	modelo de Curso de Vida Iridiscente		(nacidos entre 1928–1945) Generación Invisible (nacidos entre 1946–1964) y Generación Pride (nacidos entre 1965–1980)		del nivel federal de pobreza.	5.Salud y bienestar	Stewart, 1991). 3.Ítems de discriminación y victimización. 4.World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF).	mayor discriminación no laboral y participación social activista. 3. La Generación Invisible fue más propensa a estar retirados y tener hijos menos discriminación, 4.En las relaciones familiares, la Generación Silenced tuvo más matrimonios heterosexuales y la Generación Pride más divorcios. No se apreciaron diferencias en el número de hijos ni redes de cuidado. 5.En lo laboral la Generación Silenced tuvo mayor participación en el servicio militar, especialmente las personas no binarias de este grupo.	
Hoy-Ellis & Fredriks en-Goldsen (2017)	Examinar los efectos del heterosexismo internalizado, la ocultación de identidad de género y el estrés general sobre la depresión en	147	60.97 (SD** = 7.96) Edad mínima de 50 años y máxima de 86	EE.UU.	64.03% mujeres trans y 35.97 % hombres trans. El 82.42% eran personas blancas no hispanas. Más del 62% tenía educación universitaria. Y el 53% reportó ingresos anuales	1.Depresión 2.Estrés general 3.Heterosexismo o internalizado 4.Ocultamiento de identidad de género	1. CESD-10 (Radloff, 1977) para la depresión. 2. Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983) para el estrés 3.Homosexual Stigma Scale	1.Altas tasas de sintomatología depresiva (el 48% de la muestra) 2.El estrés general es el factor más fuertemente asociado con la depresión. 3.El heterosexismo internalizado influye en la depresión de manera	1.Muestra no aleatoria, solo incluye personas conectadas con agencias LGBT. 3.Diseño transversal, no permite establecer causalidad. 4.Tamaño muestral relativamente pequeño

	personas trans mayores				inferiores a 35,000 \$		(Liu et al., 2009) para el heterosexismo internalizado 4.Outness Inventory (Mohr & Fassinger, 2000) para medir qué tanto otros conocen la identidad LGBT del participante.	indirecta a través del estrés percibido. 4.El ocultamiento de identidad de género no tuvo un efecto significativo en la depresión ni en el estrés general percibido. 5. La interacción entre el estrés general y el estrés de ser una minoría es clave para entender la depresión en esta población.	5.Subrepresentación de mayores trans en zonas rurales o de bajos recursos. 6. Posible sesgo de autoselección
Jackman et al. (2018)	Examinar diferencias generacionales en transnegatividad internalizada y angustia psicológica en “personas trans-femeninas” (incluye mujeres trans y no binarias) considerando el impacto del contexto social y la visibilidad trans.	440	Grupo joven (18-24 años): 133 personas Grupo mayor (más de 40): 307 personas	EE.UU.	Mujeres trans blancas con educación universitaria o superior. Tanto el grupo de mayores como el de jóvenes tenían orientación sexual variada. El grupo joven tenía una mediana de 17,500\$ en ingresos anuales y el mayor de 27,000\$	1.Transnegatividad internalizada 2.Angustia psicológica 3.Estigma experimentado 4.Disforia de género	1.Transgender Identity Survey (26 ítems) para la transnegatividad internalizada. 2. Brief Symptom Inventory (BSI-18) para la angustia psicológica. 3. Ítems sobre estigma experimentado (10 preguntas) 4.Escala de disforia de género (1 ítem)	1.El grupo joven reportó mayor angustia psicológica y transnegatividad internalizada que el grupo mayor. 2.No hubo diferencias significativas en la disforia de género entre grupos. 3.La discriminación percibida aumentó la angustia psicológica en ambos grupos. 4.El grupo mayor mostró mayor resiliencia.	1. No aleatorizado 2.Diseño transversal, no permite establecer causalidad 3.Dificultad para diferenciar efectos de edad vs. efectos generacionales. 4.Uso de una sola pregunta para medir disforia de género, lo que podría limitar su precisión.

Konsenk o (2010)	Explorar cómo las personas trans comprenden, comunican y negocian la seguridad sexual en sus relaciones íntimas centrándose en los obstáculos y estrategias utilizadas	41	38.5 (Edad mínima 21 y máxima de 66)	EE.UU.	Personas trans en diferentes etapas de transición (pre, medio y post) de identidad de género variada (hombres trans, mujeres trans, no binarias, antróginos/as y cross-dressers) y principalmente blancas (73.2%)	1.Significados atribuidos a la “seguridad sexual” 2.Dilemas comunicativos vinculados al contexto trans 3.Estrategias para manejar estos dilemas	Entrevistas semiestructuradas que se dividieron en 4 secciones: identidad de género y sexual, experiencias de comunicación sexual, barreras y permisos del sexo seguro y, por último, consejos.	1.Las personas trans entienden la seguridad sexual desde un prisma multidimensional que abarca la seguridad biológica, física y emocional. 2.El intento de equilibrar estas dimensiones genera conflictos o dilemas comunicativos entre la identidad, el deseo, la protección el afecto y qué lenguaje usar 3. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontraron: revelar la identidad trans a distancia (teléfono, internet, anuncios...) en momentos neutros y evitando el cara a cara, evitar hablar de sexo, reformular el sexo seguro como aquel basado en la confianza, afecto o compromiso emocional, renombrar el cuerpo y ciertas zonas con términos neutros o personalizados	1. Diseño transversal, no permite establecer causalidad 2. Muestra pequeña y no representativa 3.Predominio personas adultas 4.Limitado número de prácticas sexuales exploradas
Li et al. (2023)	Explorar cómo las personas trans mayores construyen	88	Edad mínima de 50 y máxima de 90.	EE.UU.	46 mujeres trans (52.3%). 34 hombres trans (38.6%).	1.Experiencias de socialización y redes de	Entrevistas biográficas	1.La mayoría de los participantes sufrió exclusión en sus redes familiares y sociales.	1. Uso de datos secundarios 2. Falta de grupo de comparación con

	capital social en respuesta a la exclusión social				8 personas no binarias (9.1%). Diversidad racial/étnica: 61.4% personas blancas. 22.7% afroamericanas. 10.2% latinas. 2.3% nativoamericanas. 2.3% asiático-americanas. 1.1% multirraciales.	apoyo en la vejez. 2.Impacto del rechazo y la discriminación en el bienestar. 3.Desarrollo de capital social alternativo dentro de comunidades trans. 4.Estrategias de resistencia y autenticidad en la identidad trans.		2. La mayoría de la muestra participó en iniciativas de sensibilización y activismo trans. 3. A medida que las personas trans envejecen reconfiguran y reconstruyen sus redes de apoyo como consecuencia de la exclusión que enfrentan. Este hallazgo sugiere también un gran potencial resiliente.	personas cisgénero mayores 3. Posible sesgo de selección. El perfil de la muestra podría estar sobrerrepresentando narrativas más activistas o resilientes.
Lindley et al. (2021)	Explorar cómo las personas trans masculinas y no binarias describen su satisfacción sexual, fuera de las limitaciones de medidas cuantitativas cisonormativas	358	Edad mínima de 18 y máxima de 74.	Internacional (estudio conducido en EE.UU.)	Personas transmasculinas y no binarias El 77.1% de las personas eran blancas. 55.9% monógamas y 34.9% no monógamas La mayoría habían nacido como mujeres Las identidades sexuales más comunes eran queer, bisexual y pansexual	Satisfacción sexual universal y trans-relacionada	Pregunta abierta autoadministra da online: “¿De qué maneras estás satisfecho con tu vida sexual?”	1. Temas universales: disfrute general del sexo (53.9%), insatisfacción sexual (15.9%), satisfacción con no tener sexo (8.7%), satisfacción con el sexo en solitario (10.3%), la importancia de la pareja (las relaciones sexuales satisfactorias se asociaron con la conexión emocional, intimidad y exploración sexual mutua) 2. Temas trans-relacionados: La satisfacción aumentaba cuando las parejas	1.Subrepresentación de otras etnias 2.Respuestas breves 3.Posibilidad de priming

					Hubo variedad de experiencias con transición médica (44% en terapia hormonal, 20.9% se había sometido a cirugías no genitales).			respetaban límites corporales y comprendían la disforia de género. El 8.9% reportaron el sexo como una oportunidad para afirmar su identidad de género, el 7.8% de los participantes que se sentían confort corporal expresaron mayor satisfacción. El 3.9% (n=14) mencionó que la transición médica influyó en el placer y la conexión con lo corporal	
Pang et al. (2019)	Explorar las preocupaciones y experiencias de adultos trans mayores en Canadá sobre la planificación del cuidado en la vejez y el acceso a apoyo social	24	70 (Edad mínima de 55 y máxima de 89)	Canadá	18 mujeres trans y 6 hombres trans con variedad en orientación sexual. Todos eran blancos, el 65% estaban solteros, el 35% tenían pareja, el 71% tenía hijos y la mayoría tenía entre 3 y 4 amigos cercanos	1.Preocupaciones económicas y acceso a servicios 2.Redes de apoyo y relaciones familiares 3.Experiencias con el sistema de salud y cuidado a largo plazo	Entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas	1.La precariedad económica dificulta la planificación del futuro 2.Algunos participantes priorizan “vivir el presente” en lugar de planificar su vejez 3.Las personas que transicionan tarde se enfrentaron a más barreras en el ámbito laboral y, por tanto, también en su estabilidad económica. 4.Vínculos familiares mixtos, unos mantenían relaciones cercanas y otros se encontraban aislados y rechazos por su familia.	1.Muestra pequeña y homogénea 2. Falta de representación de comunidades indígenas y racializadas, así como, personas pertenecientes al mundo rural. 3. No se explora la experiencia de personas trans no binarias

5. Muchos confiaban más en amistades y comunidades LGBTQ+ aunque algunos participantes refirieron dificultades para formar relaciones cercanas y contar con cuidadores.
 6. La mayoría se mostró desconfiada al sistema de salud y con miedo a sufrir discriminación. Algunos reportaron experiencias negativas y de poca sensibilidad trans con por parte del personal sanitario y temor a exponer sus cuerpos.

Schilt & Windsor (2014)	Explorar cómo los hombres trans negocian sus prácticas, deseos e identidades sexuales (“habitus sexual”) a través de su transición corporal	74	33 Edad mínima de 18 y máxima de 64	EE.UU.	Hombres trans blancos (82%), de los cuales, el 47% era gay, queer o bisexual, el 37% homosexual y el 16% se identificaba como pansexual, asexual o hetero-queer. El 96% estaban en tratamiento hormonal, el 68% se habían sometido a cirugía	1.Embodiment (cómo expresar el género con el cuerpo) 2.Sexual habitus (cuerpo encarnado, prácticas sexuales, las identidades y deseos y el repertorio de experiencias sexuales) 3.Impacto de la modificación	Entrevista semiestructurada	1.Embodiment: La testosterona y la cirugía aumentanronla congruencia corporal. La mayoría no busca cirugía genital aunque la falta del miembro masculino era una fuente de incomodidad. 2.Sexual habitus: Muchos mantuvieron su forma de vivir el sexo tras la transición, algunos refirieron una mayor comodidad con el cuerpo.	1.Muestra no aleatoria y limitada 2.Subrepresentación de diversidad étnica 3.Datos secundarios: la sexualidad no era el foco principal del estudio 4.Predominio de personas jóvenes-adultas
------------------------------------	---	----	--	--------	--	--	-----------------------------	---	--

					de pecho, el 25% habían tenido histerectomía y el 7% cirugía genital	corporal en identidad de género, prácticas sexuales, elección de parejas e imagen corporal sexual		3.En algunos la transición generó cambios en la orientación sexual, deseos y repertorios sexuales, también nuevas inseguridades respecto al tamaño del miembro, las expectativas del rol activo y disonancias entre el cuerpo real y el idealizado. 4.Muchos participantes reportaron utilizar prótesis y juguetes sexuales de forma satisfactoria y redefinieron su masculinidad sexual sin centrarse en la penetración.	
Siboni et al. (2022)	Comprender cómo las parejas de personas trans y no binarias experimentan, negocian y gestionan la intimidad y la sexualidad en el contexto de los desafíos vinculados a la disforia de género y el	99	30.52 Edad mínima de 18 y máxima de 67	Italia	74.7% mujeres cis, 12.1% hombres cis y 13.1% trans y no binarios. El 58.6% de la muestra tenía como pareja hombre trans, el 16.2% mujer trans y el 25.3% una persona no binaria La duración promedio de la relación era 4.61	1.Aspectos positivos de la relación 2.Desafíos 3.Estrategias para manejar la disforia 4.Mejoras esperadas a través del acceso a la afirmación médica	Preguntas abiertas online	1.Los encuestados reportaron como aspectos positivos de la relación: la Comunicación (17.2%), consentimiento, respeto y confianza (25.3%) apoyo emocional (10.1%) y ausencia de límites corporales (26.3%). 2.También identificaron barreras en la intimidad: disforia corporal (especialmente 14.1%	1.Muestra pequeña, difícil generalización 2. No se recolectaron datos sobre etnia, nivel educativo o clase social 3.Predominio de personas jóvenes-adultas

	proceso de transición				años (rango = 0-21, SD = 4.33) El 64.6% vivía con su pareja Sobre el estado de transición de las parejas el 22.2% reportó terapia hormonal y 32.3% en espera de intervención médica. El 58.6% refirieron estar con su pareja antes de la transición médica.			genital y 36.4% de pecho), falta de reciprocidad, miedo a incomodidad y disminución del deseo (17.2%). 3. Entre las estrategias para manejar estos desafíos se encontraron: evitar el sexo (3%), actividad sexual unilateral (6.1%), evitar ciertas actividades o zonas del cuerpo (42.4%) o incluso hacer como si no existieran (7.1%). También usar ayudas sexuales como ropa o prótesis (18.2%) y renombrar zonas con términos acordes a la identidad (6.1%) 4. Algunos participantes expresaron esperanza de mejoras en su relación sexual y en la reducción de la disforia de su pareja tras la intervención médica de la misma	
Witten (2016)	Examinar las percepciones, experiencias, necesidades y temores respecto al envejecimiento	147	No especificada, pero se sabe que el 47.6% de la muestra	EE.UU. (82.9%) Canadá (9.6%) Reino Unido (2.1%)	Personas trans bisexuales predominantemente personas blancas (89.7%), urbanas (66%), con educación	1. Percepción del envejecimiento y preparación para la vejez. 2. Miedos relacionados con la atención	Encuesta de 83 preguntas con preguntas estructuradas y respuestas abiertas.	1. Falta de preparación. La mayoría no tenía planificación para la vejez ni documentos legales preparados. 2. Miedos predominantes sobre el acceso a	1. Muestra con acceso a Internet y predominantemente blanca y con estudios. 2. Diseño transversal: No permite inferir causalidad.

	o y el final de la vida en personas trans bisexuales		tenía más de 50 años.	Dinamarca (1.4%) Australia (0.7%) Brasil (0.7%) Nueva Zelanda (0.7%), Países Bajos (0.7%) Alemania (0.7%)	universitaria o superior (51%). El 67.6% eran mujeres trans y el 32.4% hombres trans.	médica, discriminación y acceso a servicios. 3.Situación financiera y planes de jubilación. 3.Identidad de género y percepción de sí mismos en la vejez.		servicios médicos, discriminación y maltrato en instituciones de cuidado. 3.Dificultades financieras. Alta tasa de estrés financiero. 4.Había una mayor preocupación por la identidad de género que por la identidad bisexual.	3.Autoselección
White Hughto & Reisner (2018)	Examinar cómo la discriminación (por edad, género u otras causas) y el apoyo social se asocian con síntomas de depresión en personas trans mayores de 50 años.	61	57.7 (SD = 5.8) Edad mínima de 50 y máxima de 70	EE.UU.	77.1% mujeres trans, 23% hombres trans El 78.7% eran blancos El 77% no contaban con un apoyo familiar total Tenían una medida de 4.2 amigos cercanos La media de presentar condiciones crónicas de salud fue de 1.4 (en un rango de 0-6) El 41.0% reportó ingresos anuales inferiores a 30,000 \$	Variable dependiente: Malestar depresivo en la última semana Variables independientes: Número de experiencias de discriminación cotidiana, discriminación atribuida a género y edad, número de otras razones de discriminación, apoyo familiar y número de amigxs, edad, identidad de	1.CES-D-10 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – versión abreviada, $\alpha = .90$) 2.Everyday Discrimination Scale (11 ítems, $\alpha = .94$) 3.Ítems sobre apoyo social (apoyo familiar y amigxs) 4.Evaluación de enfermedades crónicas	1.El número medio de experiencias de discriminación cotidiana fue de 5.5 (SD = 3.9) sobre un máximo de 11. El 80.3% de las razones fueron atribuidas al género. 2.El 55.7% de los participantes presentaba malestar depresivo clínicamente significativo 3.La discriminación de género se asoció con 4 veces más riesgo de depresión con un aOR*** de 4.1 (IC 95%: 1.35–11.95; $p = .01$). Además, cada experiencia adicional de discriminación aumentó	1. Diseño transversal, no permite establecer causalidad 2. Muestra pequeña y no representativa 3. Sobrerrepresentación de personas blancas 4.Sesgo de autoselección 5.No se evaluó la discriminación por otros factores (como, por ejemplo, la raza, la religión o la clase social) de manera independiente

	<p>El 62.3% vivían solos El 83.6% tenían nivel educativo universitario o superior</p>	<p>género y enfermedades crónicas.</p>	<p>autoinformadas 5.Cuestionario sociodemográfico</p>	<p>en 11–12% el riesgo de depresión 4.Tener más amigxs cercanxs fue factor protector conj un aOR de 0.69 (IC 95% y $p < .0001$) 5.El apoyo familiar no fue significativo en los modelos multivariados. 6.Al controlar otras razones de discriminación, la edad dejó de ser significativa, pero la discriminación por género se mantuvo como predictor fuerte.</p>
--	---	--	---	---

*N = Tamaño de la muestra

SD** = Desviación típica

aOR*** = Adjusted Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia