

Estado de salud y
factores asociados en

MASCULINIDADES TRANS Y PERSONAS NO BINARIAS

de la Argentina



ASOCIACIÓN DE TRAVESTIS, TRANSEXUALES
Y TRANSGÉNEROS DE ARGENTINA
www.attta.org.ar



FUNDACIÓN
HUÉSPED

Datos de edición y autoría

Se permite la reproducción total o parcial de este material y la información contenida en él siempre que se cite la fuente y sea utilizado sin fines de lucro. Agradecemos que se nos envíe copia de los materiales donde dicha información se reproduzca a:

Fundación Huésped
Peluffo 3932 – C 1202 ABB Ciudad de Buenos Aires, Argentina
www.huesped.org.ar / info@huesped.org.ar

Formato de cita sugerido:

Fundación Huésped y ATTTA (2021). Estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina. Buenos Aires.

Elaboración de informe final:

Dra. Inés Arístegui, Lic. Romina Caballero, Dr. Pablo Radusky

Equipo de investigación:

- Grupo de Hombres Trans de la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA)
- Dra. Inés Arístegui
- Dr. Pablo Radusky
- Lic. Virginia Zalazar
- Clr. Nadir Cardozo

Este informe fue redactado en septiembre de 2021.

Nuestro especial agradecimiento a todas las personas del grupo de hombres trans de ATTTA que dedicaron tiempo y conocimiento para pensar colaborativamente los temas prioritarios a estudiar, diseñar los instrumentos, analizar los datos, interpretar los resultados y realizar las recomendaciones. En particular, a Marcela Romero, Presidenta de ATTTA, por haber abierto las puertas para este trabajo conjunto. Gracias a Iván Puhlmann, Caro Mattie Dumas Pelletti, Gian Franco Rosales y Diego Watkins por todos sus aportes.

Un “gracias” muy especial también para aquellas personas que participaron voluntariamente de esta encuesta, compartiendo sus experiencias.

Índice

Introducción	04
Metodología	05
Resultados	09
Principales conclusiones y recomendaciones	24
Anexo	29
Referencias	37

Introducción

Históricamente, los estudios sobre personas trans —aquellas cuya vivencia interna del género (identidad de género) es diferente al sexo asignado al nacer (Principios de Yogyakarta, 2006)— se han focalizado en mayor medida en la población de femineidades trans. Ello obedece al alto nivel de vulnerabilidad y exclusión y a las elevadas tasas de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que experimenta dicha población. En contraste, las poblaciones de masculinidades trans y de personas no binarias han recibido menor atención, por lo que se dispone de limitada evidencia acerca de sus prácticas y comportamientos sexuales y de los riesgos específicos a los que se exponen (Reisner, White, Pardee & Sevelius, 2015; Reisner & Murchison, 2016). Como consecuencia, muchas intervenciones preventivas fueron diseñadas a partir de los comportamientos e intereses sexuales que se asumía que estas poblaciones tenían.

En este sentido, a nivel internacional, se ha observado una gran variación en la población de masculinidades trans respecto de su orientación sexual (Meier, Pardo, Labuski & Babcock, 2013; Reisner, White, Mayer & Mimiaga, 2014). Así, la atracción puede darse hacia personas de diversa identidad de género (tanto trans como cisgénero, masculinas, femeninas o no binarias). Esta fluidez en la atracción de las masculinidades trans entraría en contradicción con la asunción de que las mismas se identifican como heterosexuales y que mantienen mayoritariamente relaciones sexuales solo con mujeres cisgénero. Esa presunción conlleva una subestimación de la exposición de esta población al VIH y otras ITS al invisibilizar las prácticas sexuales que las masculinidades trans efectivamente realizan y al no implicar a esta población en conductas preventivas (por ejemplo, usar condón/campo de látex o testearse con frecuencia). A esto contribuye también la escasez de información acerca de las relaciones sexoafectivas de las masculinidades trans (e.g., conformación de pareja y planificación familiar) (Tornello & Boss, 2017).

Por otra parte, hay evidencia a nivel internacional sobre las elevadas tasas de prevalencia de problemas de salud mental en personas trans (Reisner *et al.*, 2016). En la Argentina se halló que las personas trans reportan menor salud mental y calidad de vida que la población cisgénero (Aristegui, Cabrera, Durán, Crespo & González Fraile, 2019; Fundación Huésped, 2019). Sin embargo, los estudios locales en salud mental que incluyen a las poblaciones de masculinidades trans y no binaria son menos frecuentes. Si bien existen dos encuestas antecedentes (INDEC-INDI, 2012; Fundación Huésped, 2014) que incluyeron masculinidades trans, las conclusiones basadas en los datos se vieron limitadas por el número de personas encuestadas y por el alcance geográfico de las mismas.

En suma, a raíz de la escasez de información respecto de las necesidades en salud de las masculinidades trans y personas no binarias y de las presunciones vinculadas a sus prácticas sexuales, los mensajes y campañas preventivas no suelen ajustarse a las necesidades específicas de estos grupos o bien no se las contempla en el diseño de los estudios. Esto podría resultar en intervenciones preventivas poco eficaces, que no involucran y llegan a las masculinidades trans y personas no binarias y no promueven, efectivamente, prácticas sexuales más seguras. Aportar datos sobre las problemáticas de salud mental, sexualidad y el acceso a la salud sexual y reproductiva de las masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina constituye un insumo valioso para: a) visibilizar las necesidades en salud de estas poblaciones y b) mejorar las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento dirigidas a ellas, ajustándolas a sus necesidades y características específicas.

Metodología

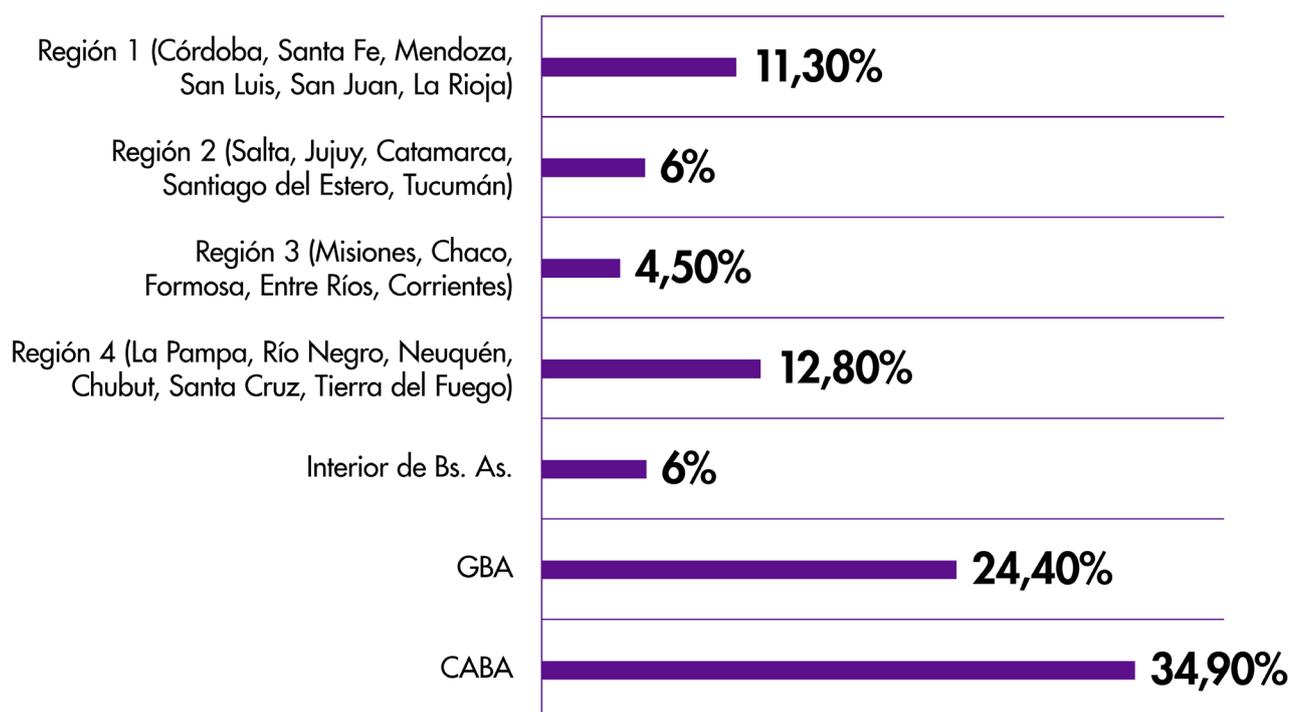
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de diseño transversal con una metodología cuali-cuantitativa, con el objetivo de explorar las prácticas sexuales y el acceso a la salud sexual y reproductiva, las problemáticas de salud mental y las variables psicosociales asociadas en las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias, con género femenino asignado al nacer, de la Argentina.

Participantes

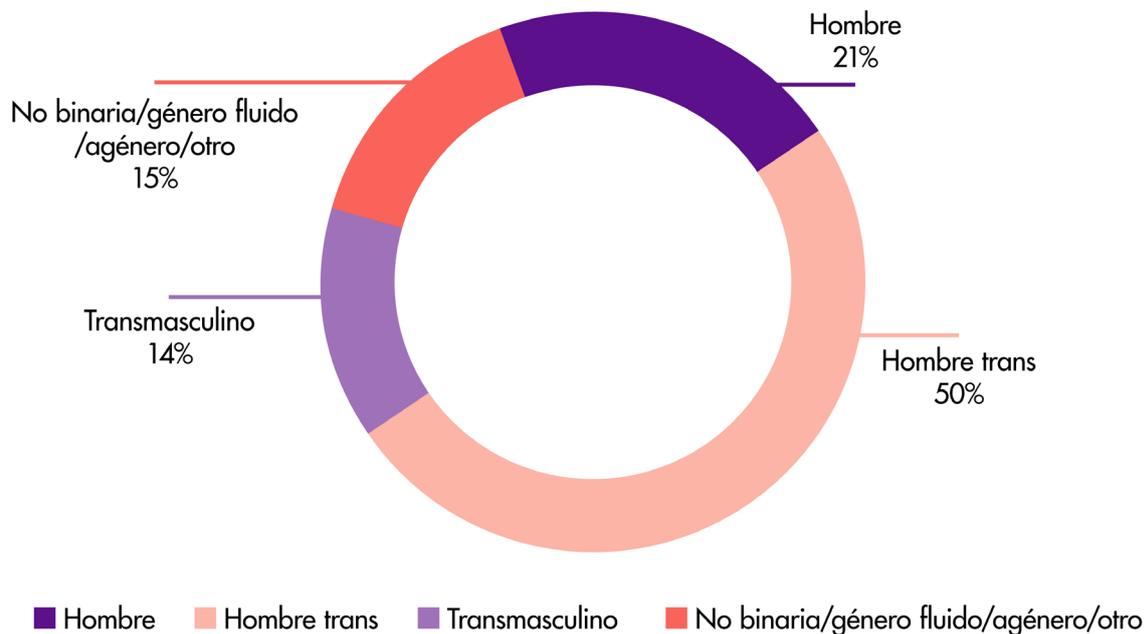
Participaron de este estudio 415 masculinidades trans y personas no binarias, con género femenino asignado al nacer, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires (59%) y del interior de la Argentina (41%). En la Figura 1 se presenta la desagregación por región de residencia y se observa que el mayor porcentaje del interior del país corresponde a la Región Patagónica (La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego), posiblemente debido a la gran colaboración provista por organizaciones comunitarias de esas provincias en la difusión y distribución de la encuesta.

Figura 1. Desagregación por región de residencia



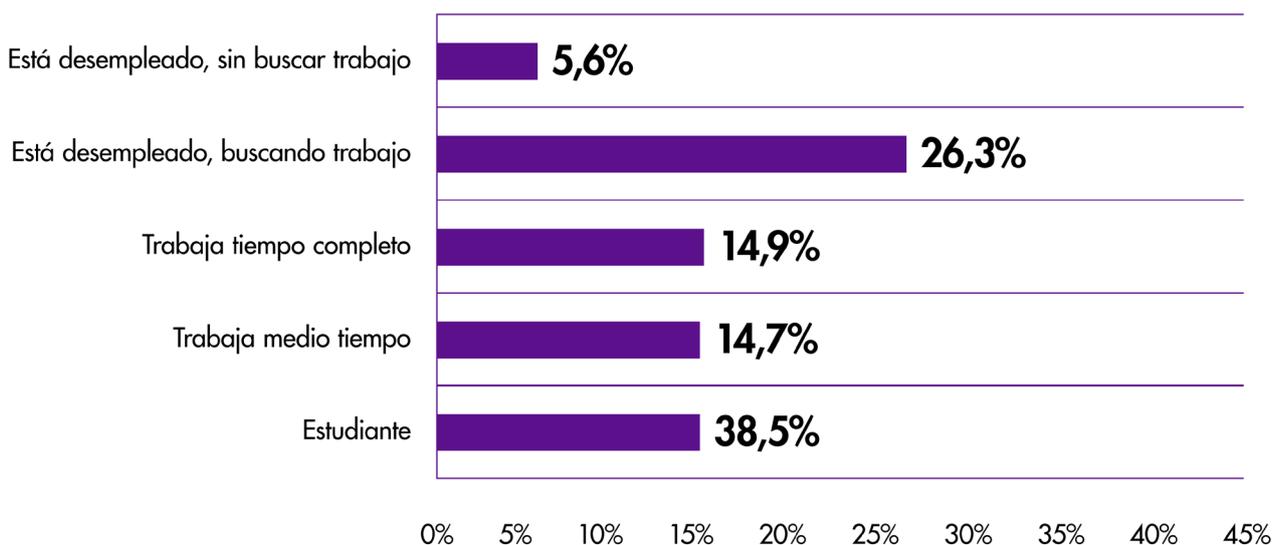
Como criterios de inclusión, las personas debían ser mayores de 16 años, reportar género asignado al nacer femenino e identificarse con alguna de las identidades del espectro de las masculinidades trans (por ejemplo: hombres o varones trans, transmasculinos, no binarias u otras denominaciones) al momento de participar. Como se muestra en la Figura 2, la mitad (50,1%) se identificó como hombre trans, 20,7% como hombre, 15,4% como persona no binaria y 13,7% transmasculino. La edad mediana fue 23 años (RIC = 19-27).

Figura 2. Identidad de género de la muestra



Con relación a la educación (ver Tabla 1 en el Anexo), el 76,1% posee nivel secundario completo o superior. Respecto a la ocupación, el 38,6% refirió estar solo estudiando, mientras que el 29,6% informó poseer un empleo y el 31,8% que se encuentra desocupado (ver más información en la Figura 3).

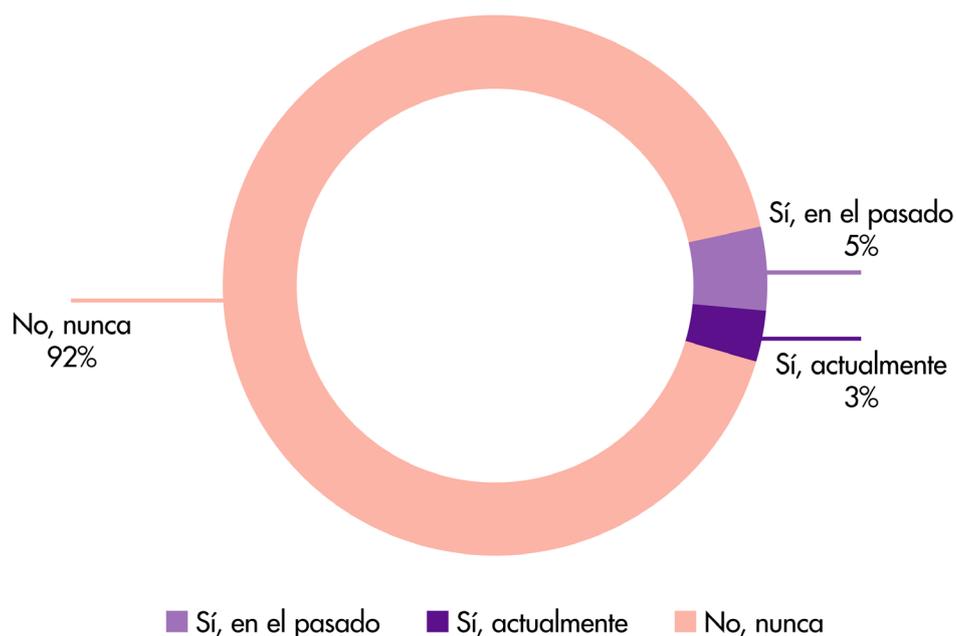
Figura 3. Situación ocupacional



En cuanto a las condiciones de vivienda, la gran mayoría (94,9%) refirió vivir en casa o departamento y en compañía de otras personas (91%). De estos, el 67% vive con algún familiar (familia de origen, hijos, otros familiares), mientras que el 25,7% vive con alguna pareja. Las demás características sociodemográficas se presentan en Tabla 1 en el Anexo.

Se destaca que, en comparación con los resultados observados en estudios previos con población de femineidades trans, las masculinidades trans y personas no binarias reportaron mayor nivel educativo (más de la mitad alcanzó el nivel terciario o universitario), señalaron menor frecuencia de trabajo sexual (ver Figura 4) e indicaron mayor frecuencia de vivienda estable (casas o departamentos).

Figura 4. Trabajo sexual



Procedimientos

El estudio contó con dos componentes, uno cualitativo y otro cuantitativo. El cualitativo permitió recabar información a través de dos grupos focales —compuestos por masculinidades trans y personas no binarias— y entrevistas con informantes clave (miembros de la comunidad), y fue realizado antes del componente cuantitativo, que consistió en la implementación de una encuesta *online* (Encuesta sobre Estado de salud y factores asociados en hombres trans). La información cualitativa recabada permitió diseñar una versión piloto de la encuesta (también *online*), que posteriormente fue revisada por referentes de la comunidad.

Respecto de la encuesta, el muestreo fue no probabilístico. El reclutamiento se realizó entre mayo y septiembre de 2019. El enlace a la encuesta *online* se difundió por los canales de comunicación y redes sociales de organizaciones de la comunidad trans y de Fundación Huésped y fue compartido por referentes trans en grupos cerrados.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Fundación Huésped. La participación fue voluntaria y luego de dar consentimiento informado de manera *online*, las personas participantes completaron la encuesta a través del *software* SurveyMonkey®. Se optó por esta modalidad dadas sus características de anonimato e inmediatez, lo que resulta útil para responder sobre temáticas sensibles y alcanzar a poblaciones frecuentemente invisibilizadas como las de masculinidades trans y personas no binarias. Además, esta modalidad favorece una mayor cobertura geográfica, permitiendo la participación de personas residentes en provincias o zonas alejadas de centros urbanos,

que raramente son incluidas en estudios presenciales. Para cuidar la confidencialidad de las personas encuestadas, no se guardó ningún tipo de información personal vinculante.

Instrumentos

Encuesta sobre Estado de salud y factores asociados en hombres trans (ESTHAR; Fundación Huésped, 2019). Se construyó *ad hoc* con la participación de la comunidad, para ser respondida en línea. Estuvo conformada por preguntas que indagan sobre los siguientes aspectos:

1) Variables sociodemográficas: edad, identidad de género, nacionalidad, nivel educativo, lugar de residencia, situación ocupacional, realización de trabajo sexual, tipo de vivienda, convivientes.

2) Acceso a la salud en general y a salud sexual y reproductiva: cobertura médica, lugar donde recibe asistencia, realización de consultas médicas en el último año, realización de consulta ginecológica (motivos de consulta y tipos de estudios realizados), discriminación en servicios de salud.

3) Afirmación de género: edad en que fue consciente de su identidad de género y edad en la que comenzó a expresarla, cambio de Documento Nacional de Identidad (DNI), uso de *binders* (prenda interior para cubrir el pecho), realización de terapia de hormonización y procedimientos quirúrgicos (cirugías mamarias y en el área genital).

4) Comportamiento sexual: edad de inicio sexual, orientación sexual, parejas y tipo de relaciones sexoafectivas, atracción, prácticas sexuales, métodos de prevención de VIH/ITS, motivos de no uso de métodos de prevención, antecedentes de diagnóstico de ITS, testeo de VIH, motivos de no testeo, conocimiento de nuevas estrategias de prevención de VIH (indetectable = intransmisible [I = I]; profilaxis preexposición [PrEP]).

5) Situaciones de estigma, discriminación, violencia y exclusión: exclusión del hogar y del sistema escolar, edad y motivos de exclusión, acoso escolar, violencia —física, verbal y psicológica— en la familia y en la pareja, y abuso sexual.

6) Salud mental: antecedentes de intentos de autolesiones y de suicidio (ocurridos alguna vez y en el último año), edad del primer intento, consulta profesional sobre estos eventos; antecedentes de diagnóstico de distintos trastornos de la salud mental (depresión, ansiedad, trastorno por estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite de la personalidad y otros diagnósticos), consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias.

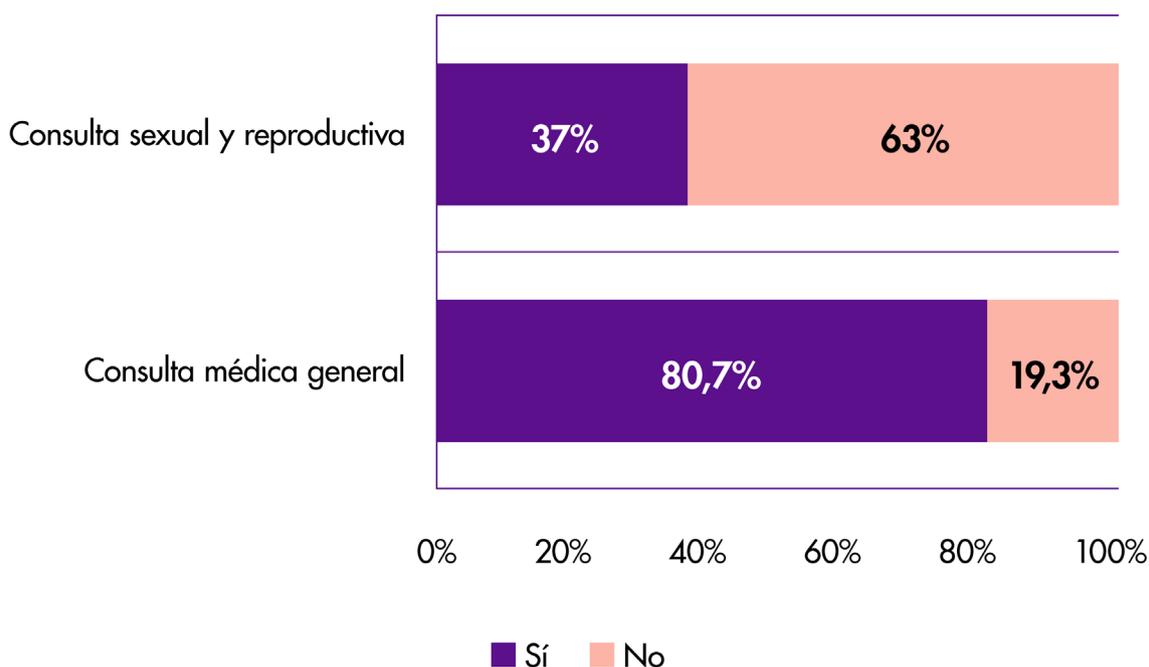
Resultados

A continuación se presentan las estadísticas descriptivas de las variables exploradas en el presente estudio, organizadas en los siguientes apartados: 1) Acceso a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva; 2) Afirmación de género; 3) Comportamiento sexual; 4) Estigma, exclusión, violencia y abuso; y 5) Salud mental.

Acceso a la salud en general y salud sexual y reproductiva

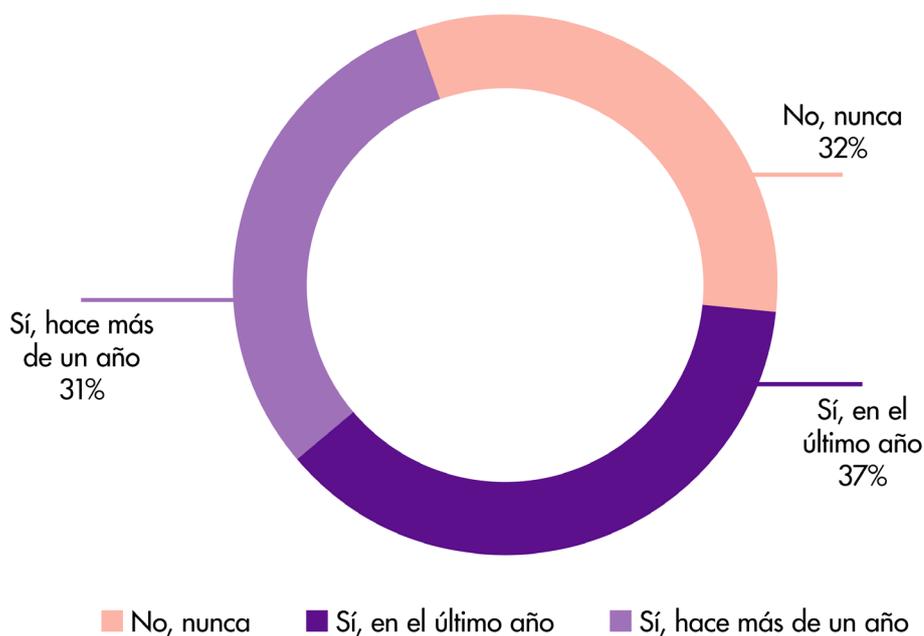
Como se observa en la Tabla 2 (ver Anexo), en cuanto a la cobertura de salud, más de la mitad de la muestra (63%) refirió acceder a una cobertura privada (obra social o prepaga). Sin embargo, la mitad de quienes participaron indicaron que el hospital público o la salita son los lugares en donde reciben habitualmente asistencia. Es decir que si bien gran parte de las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias en la Argentina cuenta con una cobertura de salud privada/obra social, un importante número de personas opta por la atención en centros públicos (hospitales/salitas) debido, posiblemente, a la mayor disponibilidad de servicios inclusivos en ese subsector del sistema de salud.

Figura 5. Tipo de consulta médica en el último año



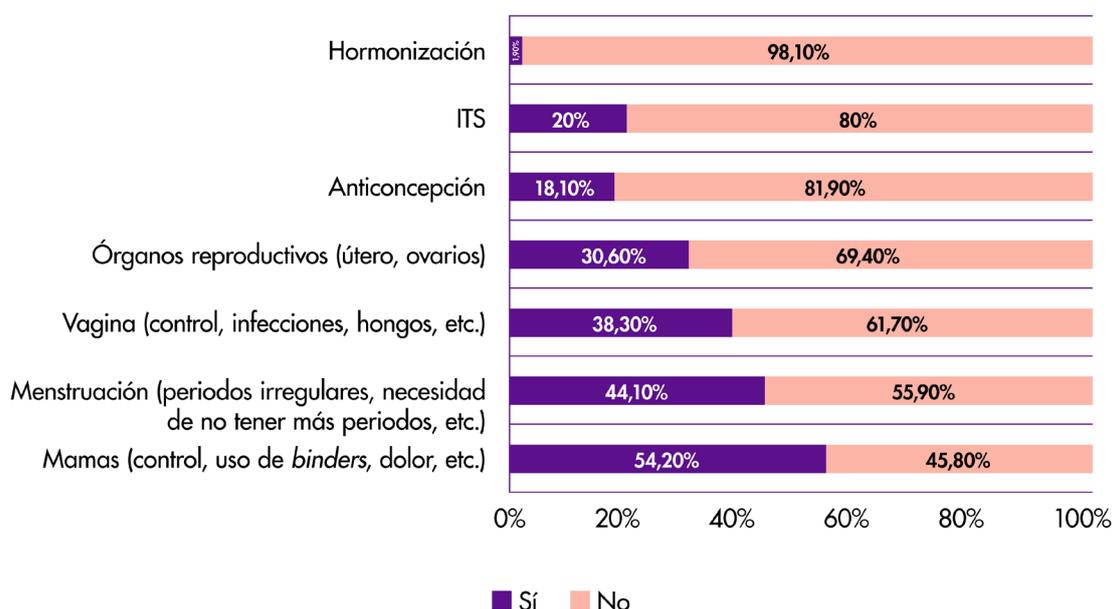
Al preguntar por los últimos 12 meses (encuesta realizada en 2019), la mayoría de quienes participaron reportaron haber realizado una consulta médica general (Figura 5). Sin embargo, solo un poco más de un tercio realizó una consulta ginecológica en el último año y otro tercio mencionó nunca haber hecho este tipo de consultas (Figura 6), dato que alerta teniendo en cuenta que se trata de una muestra de personas en edad sexualmente activa o próximas a serlo.

Figura 6. ¿Realizó consulta ginecológica alguna vez?



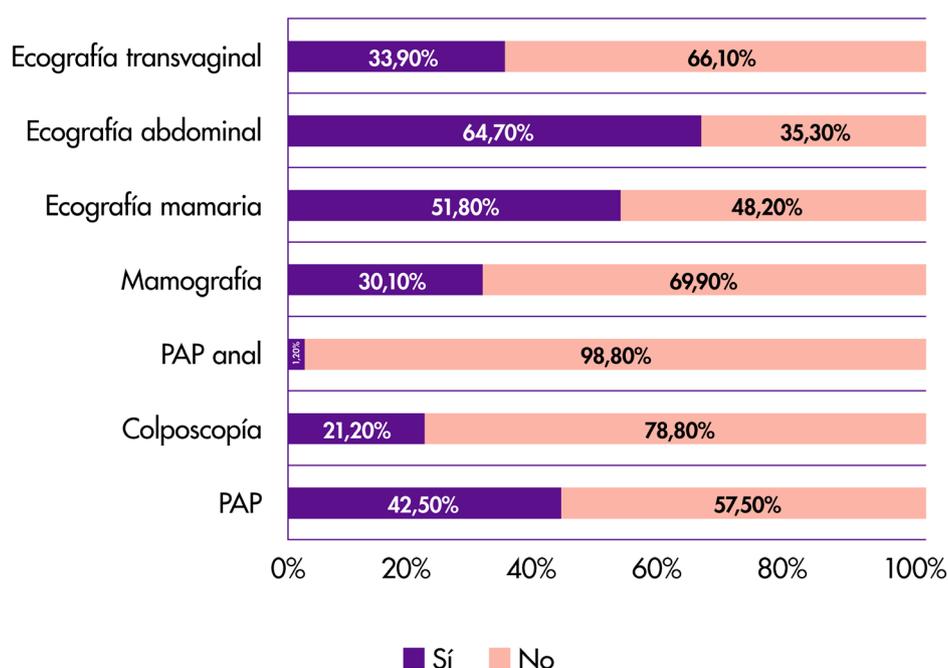
Como se observa en la Figura 7, los motivos más frecuentes para realizar una consulta en servicios de salud sexual y reproductiva fueron con respecto a temas significativos para el proceso de afirmación de género de masculinidades trans y personas no binarias, como aquellos relacionados con el área mamaria (consultas de control, uso de *binder* y dolores, entre otros) y con la menstruación (necesidad de interrumpirla, períodos irregulares, entre otros). En segunda medida, con los controles relacionados con la zona vaginal y asociados a algunas ITS, como infecciones y hongos.

Figura 7. Motivo de consulta en servicio de salud sexual y reproductiva



Con respecto a los estudios de salud realizados en el último año, la Figura 8 muestra que los más frecuentes han sido la ecografía abdominal (64,7%) y la ecografía mamaria (51,8%), muchas veces solicitados al realizar consultas por inicio de terapias de hormonización u otras intervenciones relacionadas con la afirmación de género. Sin embargo, y en línea con lo mencionado previamente acerca de la cantidad de masculinidades trans y personas no binarias que no realizan las consultas ginecológicas anuales recomendadas, el 57,5% indicó que nunca se ha realizado un PAP.

Figura 8. Tipo de estudios realizados en el último año



El 66% de las personas que participaron reportó haber vivido situaciones de discriminación o un trato negativo relacionados con su identidad de género en los servicios de salud (Figura 9). Cabe destacar que, en este contexto, 7 de 10 evitaron realizar una consulta sobre salud sexual y reproductiva por temor a experimentar discriminación, rechazo o estigma por su identidad de género (Figura 10).

Figura 9. Experiencias de discriminación y trato negativo en un servicio de salud debido a su identidad de género

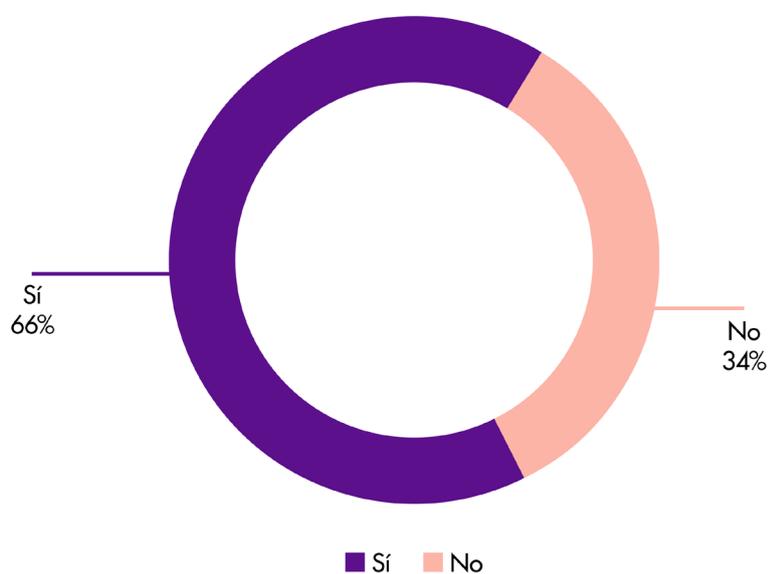
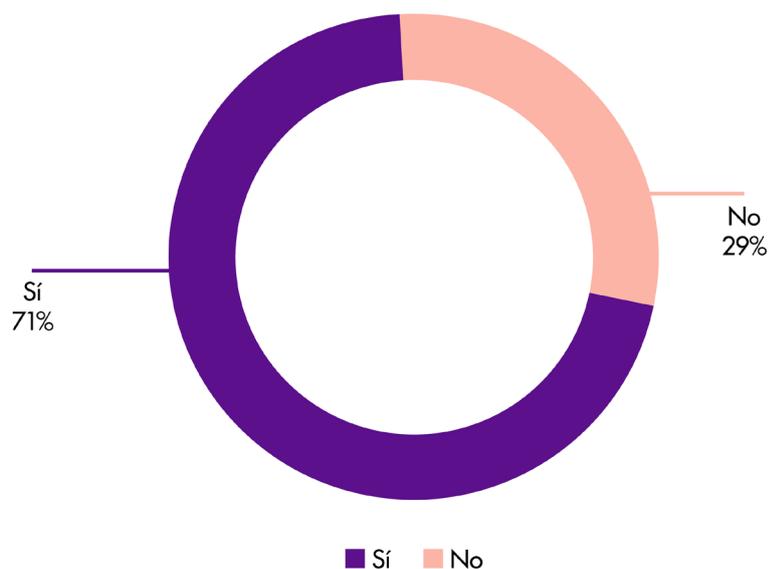


Figura 10. Evitó consultar en un servicio de salud sexual y reproductiva por su identidad de género



Afirmación de género

Al analizar las variables relacionadas con la afirmación de género, se observó que la consciencia de tener una identidad de género diferente a la asignada al nacer se tiene desde temprana edad (41,7% refiere que ocurrió muy tempranamente desde que tiene consciencia), pero la expresión social del género se da principalmente en la adolescencia (Mdn = 17; RIC = 14-20) (ver Tabla 3 en el Anexo). El 59,9% ha realizado el cambio de identidad de género en el DNI.

En cuanto a la realización de procedimientos médicos de afirmación de género, al momento del estudio poco más de la mitad (54,7%) dijo estar utilizando terapia hormonal, en su gran mayoría bajo supervisión médica, y un 23,6% planeaba hacerlo en el futuro (Figuras 11 y 12).

Figura 11. Uso de hormonas

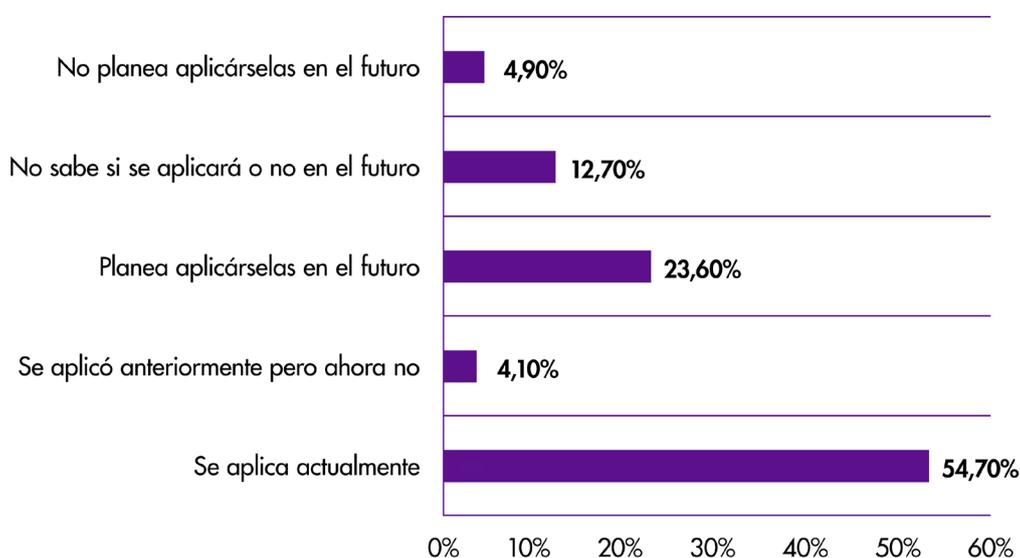
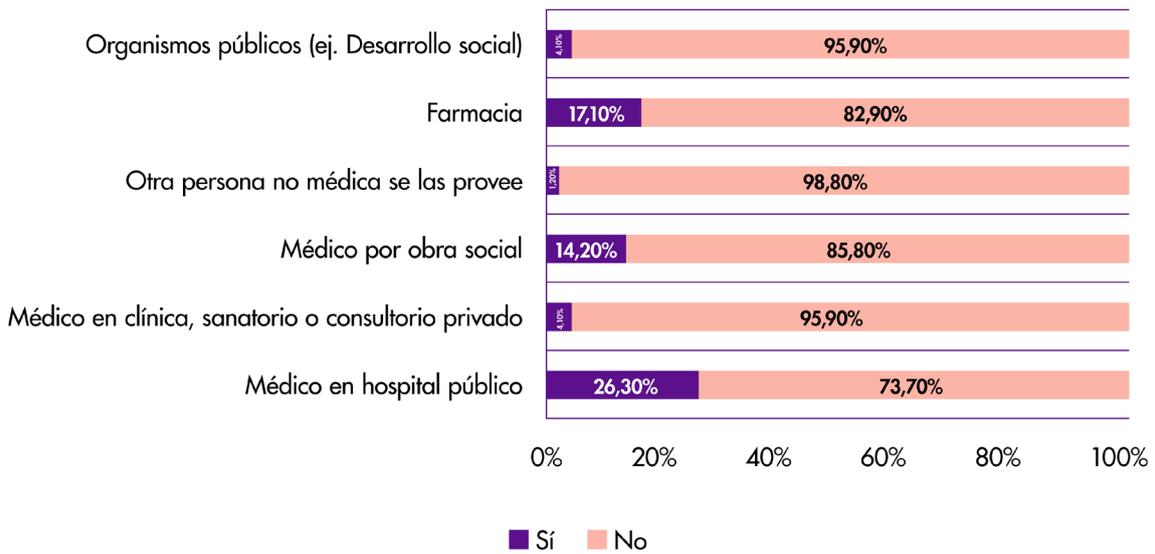
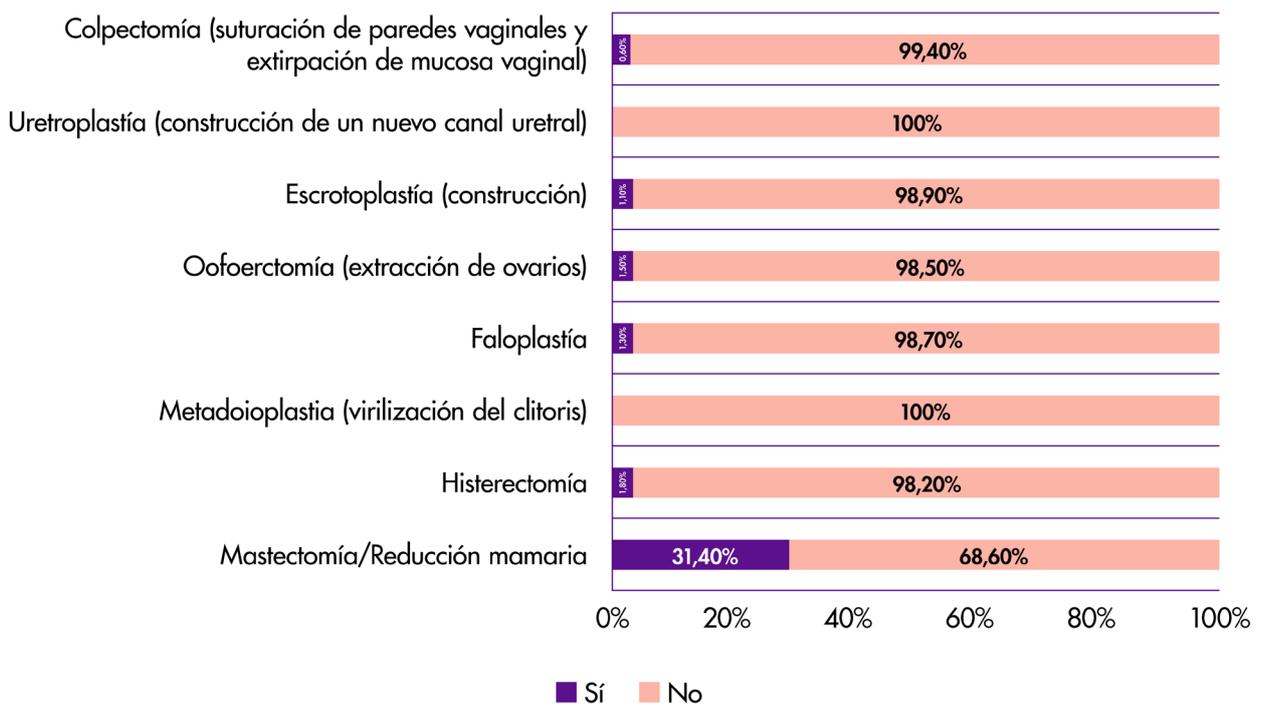


Figura 12. Lugar donde obtiene las hormonas



Respecto de los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género, el más frecuente es la mastectomía (cirugía mamaria): el 31,4% ya la había realizado al momento del estudio (Figura 13) y un 56,9% planeaba hacerlo en el futuro. El 50,4% reportó utilizar *binders* como forma de ocultar las mamas (ver Tabla 3 en el Anexo). Por otro lado, una proporción baja de participantes (entre el 0,6% y 1,8%) se realizó cirugías en el área genital (ver Figura 13 para leer información por tipo de cirugía), mientras que entre un 17,8% y un 42,9% planeaba hacerlas en un futuro, correspondiendo la mayor frecuencia a la histerectomía (extracción del útero).

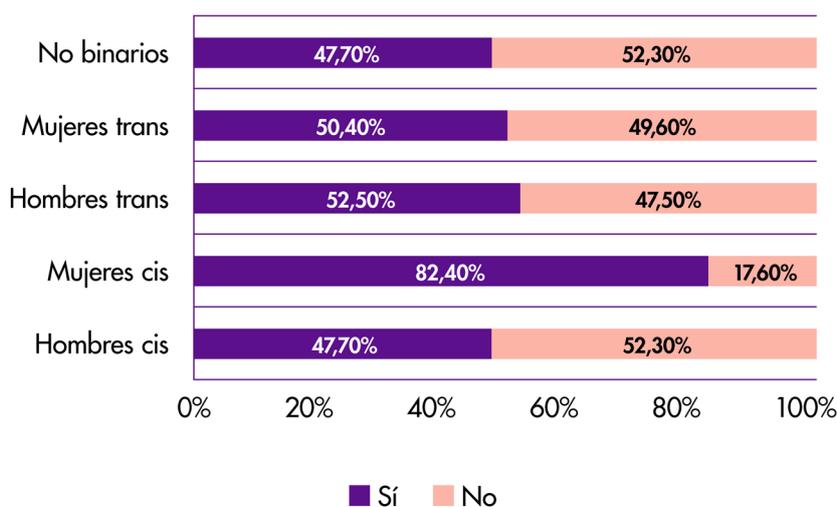
Figura 13. Procedimientos quirúrgicos de afirmación de género realizados



Comportamiento sexual

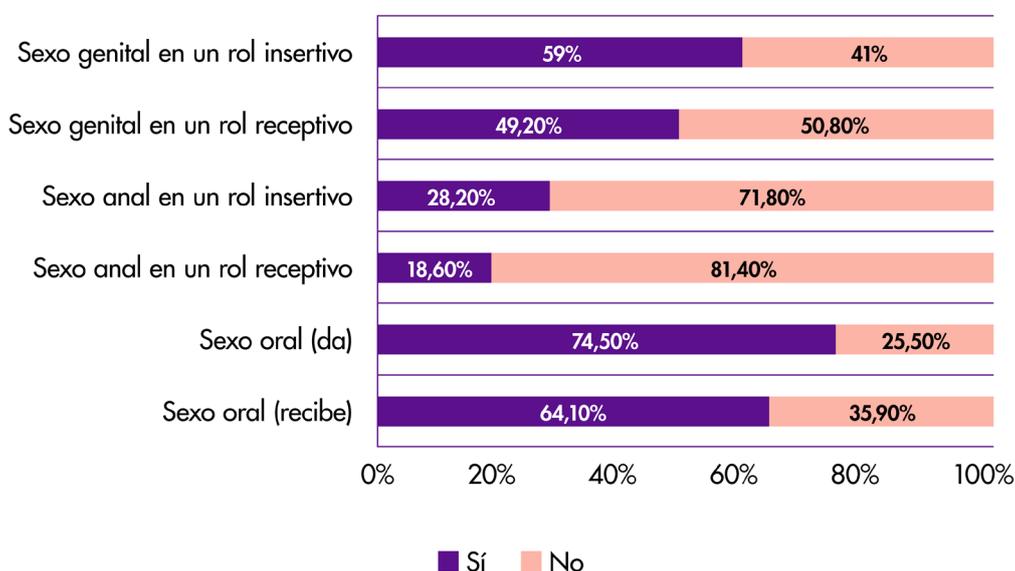
Como se muestra en la Tabla 4 en el Anexo, se trata de una muestra que en su mayoría es sexualmente activa (89,4%), en la que la edad mediana de inicio sexual es de 16 años (RIC = 15-18). Con relación a la orientación sexual, se observó una amplia variabilidad: el 35,4% refirió ser heterosexual, el 27,9% pansexual y el 25,1% bisexual, entre otros. Como se observa en la Figura 14, las masculinidades trans y personas no binarias refieren variabilidad en la atracción sexual, mostrando cifras superiores al 40% hacia todas las opciones y siendo más frecuente la atracción hacia mujeres cisgénero y masculinidades trans.

Figura 14. Identidades hacia las que sienten atracción



En línea con la variabilidad observada en la atracción sexual de las personas participantes, cabe destacar que también en sus prácticas sexuales muestran esta característica (Figura 15), siendo las más elevadas dar y recibir sexo oral. Por otro lado, con respecto a las relaciones sexoafectivas, más de la mitad expresó que tiene una pareja (65,3%), y el tipo de relación sexoafectiva informada más frecuente (61,2%) es la monogámica. Solo un cuarto (25,7%) de quienes participaron indicó que vive con su pareja.

Figura 15. Prácticas sexuales



Más de la mitad (58%) usa algún método de protección para VIH/ITS, y el más frecuente (91%) es el condón o preservativo (Figura 16). Sin embargo, el 64% refirió que no utilizó ningún método de protección en la última relación sexual (Figura 17). Los principales motivos para no usar protección estuvieron relacionados con la pareja: tener pareja estable, confiar en ella y realizarse testeos mutuos (Figura 18). Considerando la variabilidad mencionada en la atracción y en las prácticas sexuales, cabe destacar que entre las personas participantes que reportaron tener relaciones genitales receptivas, 3 de cada 10 tuvieron conductas de exposición a VIH/ITS que implican contacto entre genitales con intercambio de fluidos sin utilizar ningún método de protección.

Figura 16. Uso de algún método de protección de VIH/ITS y tipos

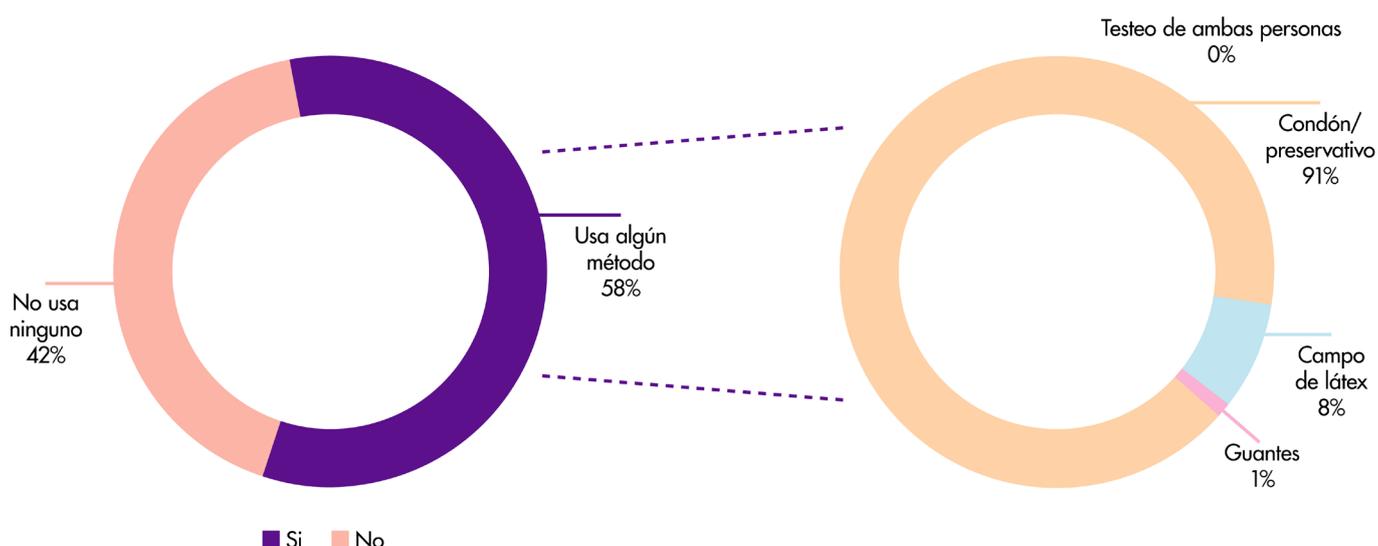


Figura 17. Uso de método de protección de VIH/ITS en última relación

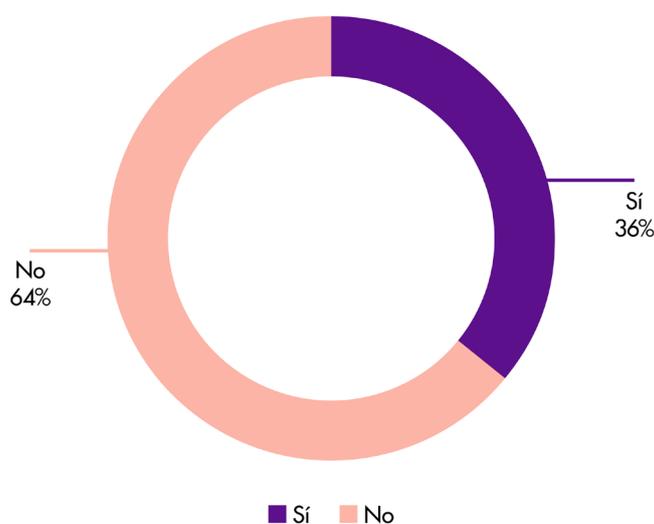
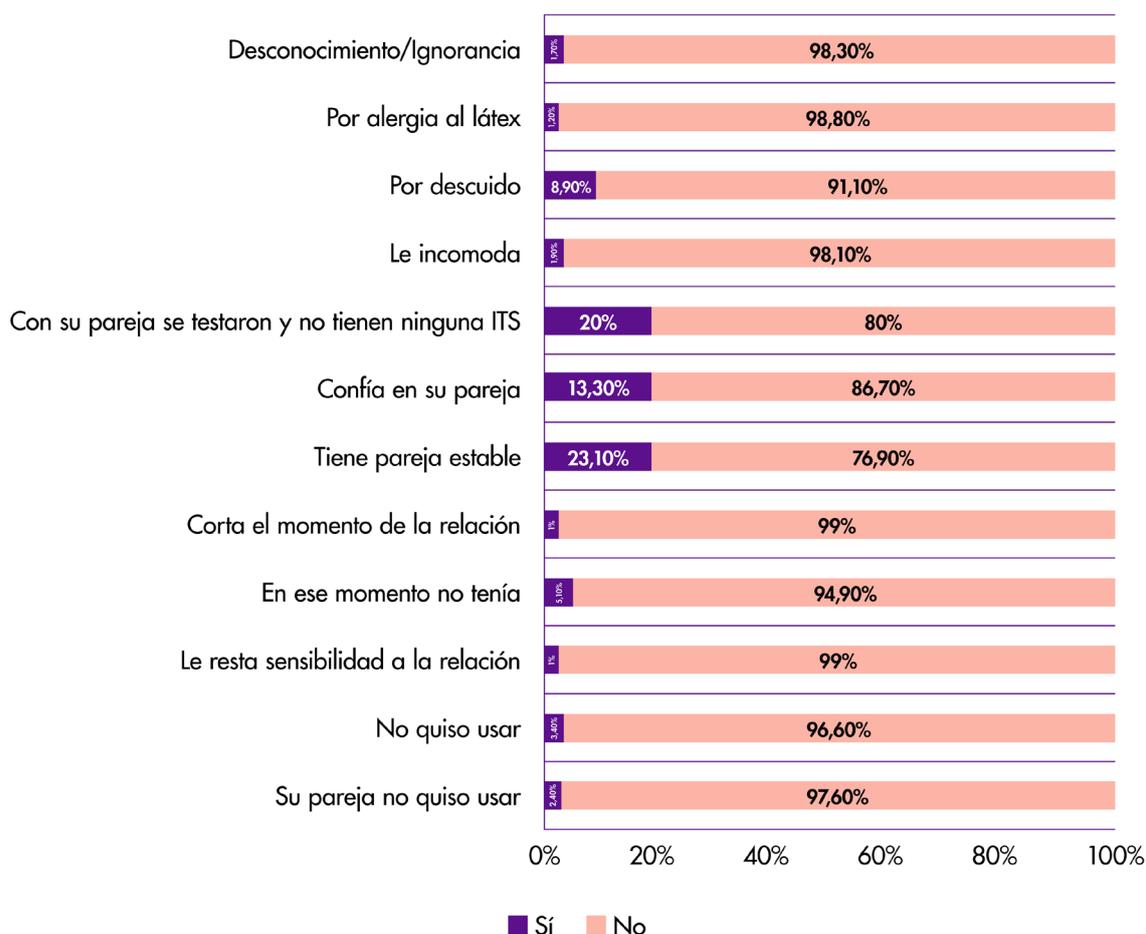


Figura 18. Motivos de no uso de método de protección para VIH/ITS en última relación



El 69,9% de masculinidades trans y personas no binarias refirió haberse realizado un testeo de VIH alguna vez en la vida (Figura 19), un porcentaje relativamente bajo considerando que se trata de una muestra sexualmente activa y con gran variabilidad de prácticas sexuales. Las personas participantes que nunca se testearon indicaron como motivos más frecuentes que no se consideraban en riesgo y no que no habían tenido la oportunidad de hacerlo (ver Figura 20).

Figura 19. Realización de testeo de VIH alguna vez en la vida

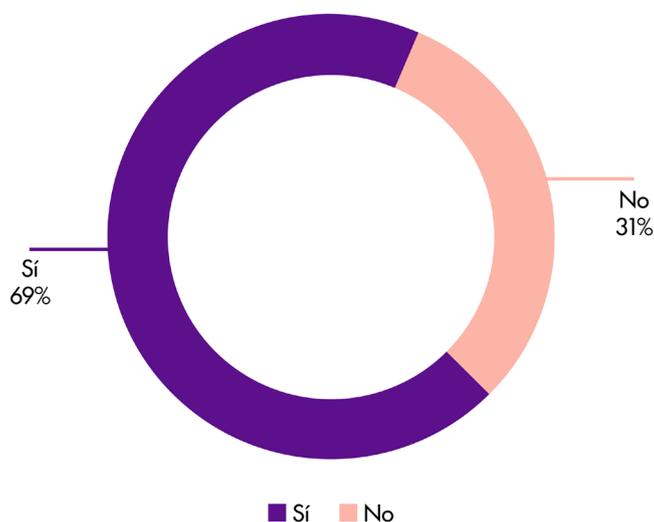
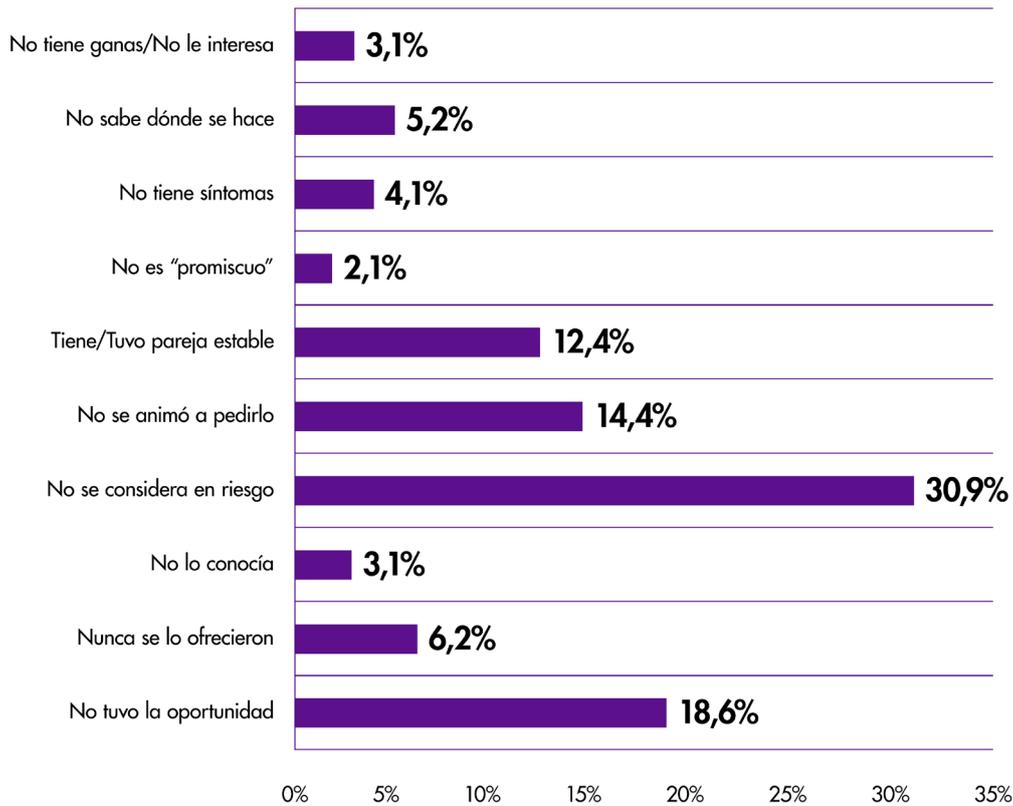
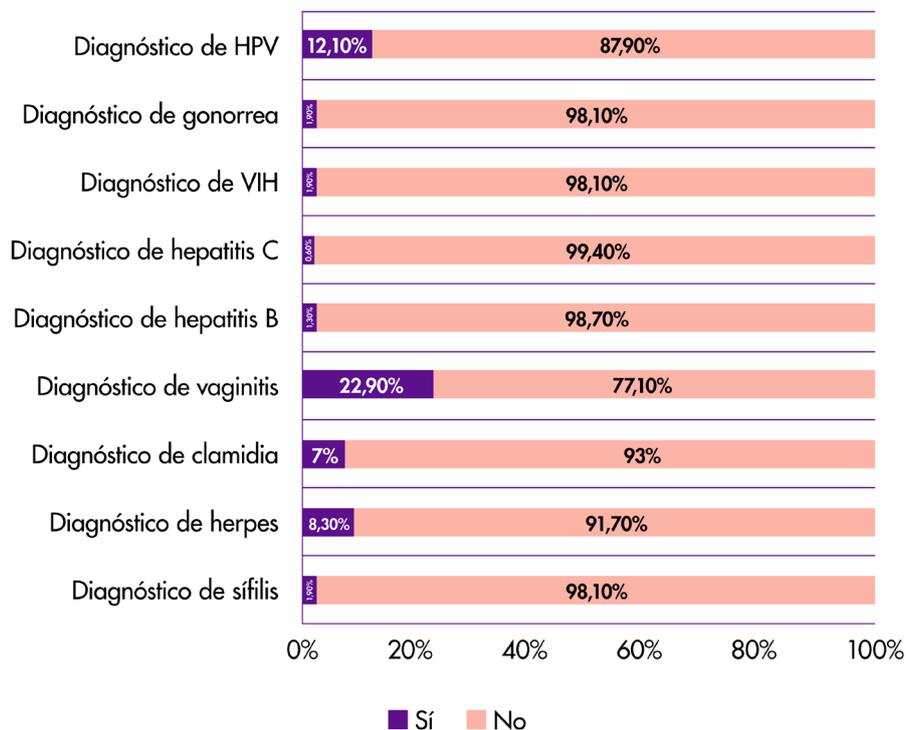


Figura 20. Motivos por los que nunca se realizó un testeo de VIH



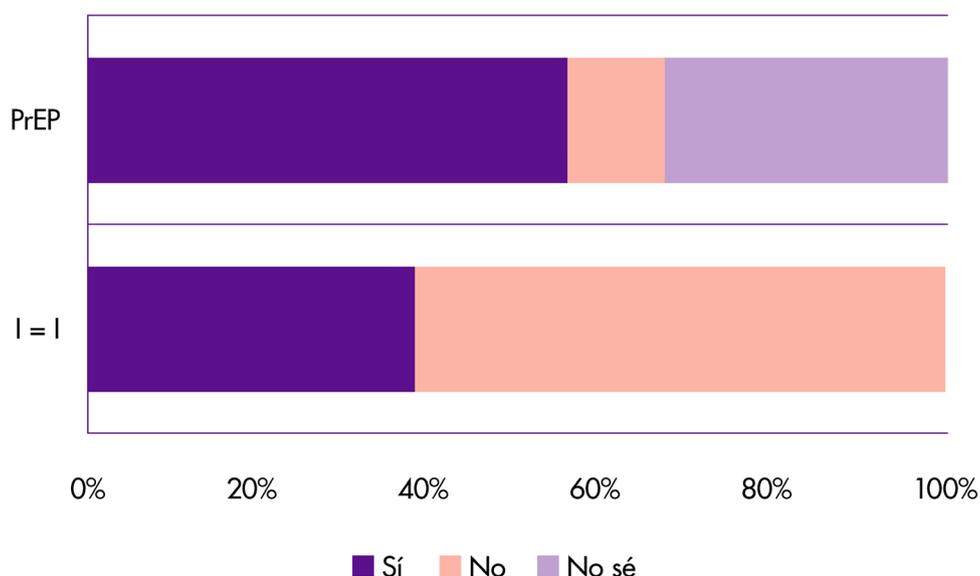
Con respecto al diagnóstico de ITS (Figura 21), la mayor proporción de diagnósticos autorreportados corresponde a vaginitis (23%) y HPV (12%). Si bien menos del 2% refirió tener un diagnóstico de VIH —cifra significativamente menor al estimado en feminidades trans en la Argentina— el porcentaje es superior al 0,4% de la prevalencia de nuestro país para la población general y similar a los números reportados internacionalmente para masculinidades trans, que se estiman alrededor del 1,5%.

Figura 21. Antecedentes de diagnósticos de ITS autorreportados



Se evidencia un desconocimiento elevado en estas poblaciones sobre las nuevas estrategias de prevención del VIH (Figura 22). Por ejemplo, 6 de 10 masculinidades trans y personas no binarias desconocen que indetectable es igual a intransmisible (I = I), en relación con el VIH. Además, a diferencia de otras identidades de población trans, la aceptabilidad de la profilaxis preexposición no supera el 60%.

Figura 22. Nuevas estrategias de prevención del VIH

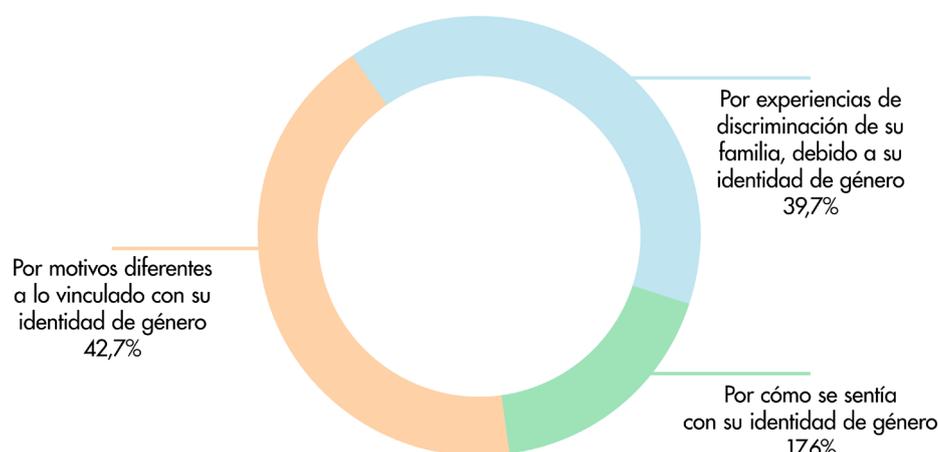


Estigma, exclusión, violencia y abuso

En la muestra conformada por masculinidades trans y personas no binarias se observan altos niveles de estigmatización y exclusión en los ámbitos familiar y escolar, que ocurrieron en su mayoría en la adolescencia y que se vincularon principalmente con su identidad de género.

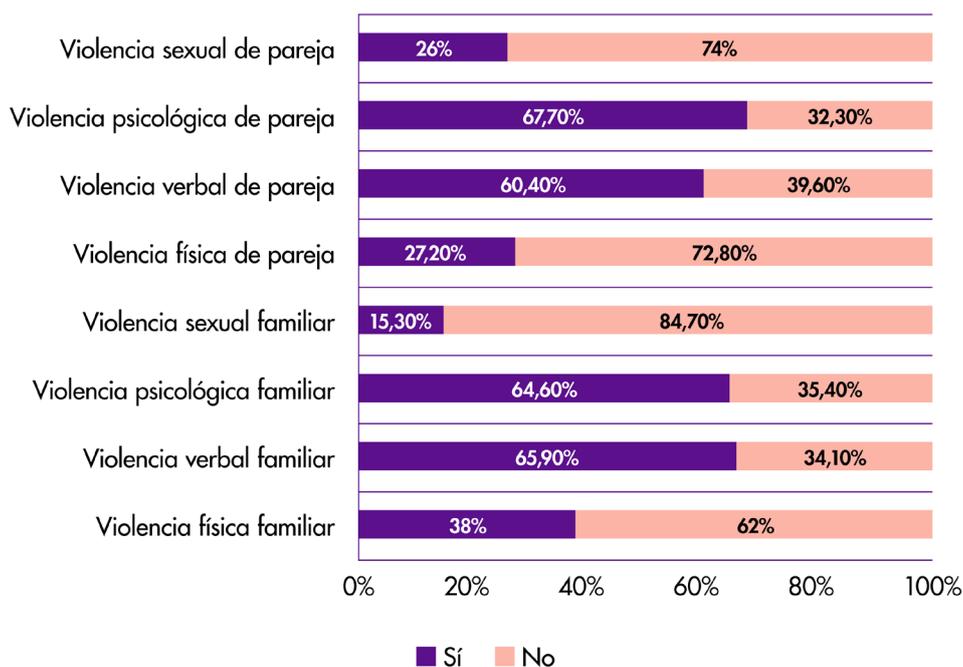
Del total de participantes, según muestra la Tabla 5 (en el Anexo), el 50,8% indicó que abandonó su hogar en la adolescencia (Mdn = 18 años; RIC = 16-19). El motivo principal (39,7%) relacionado con su identidad de género correspondió a experiencias de discriminación debido a su identidad.

Figura 23. Motivos de abandono del hogar



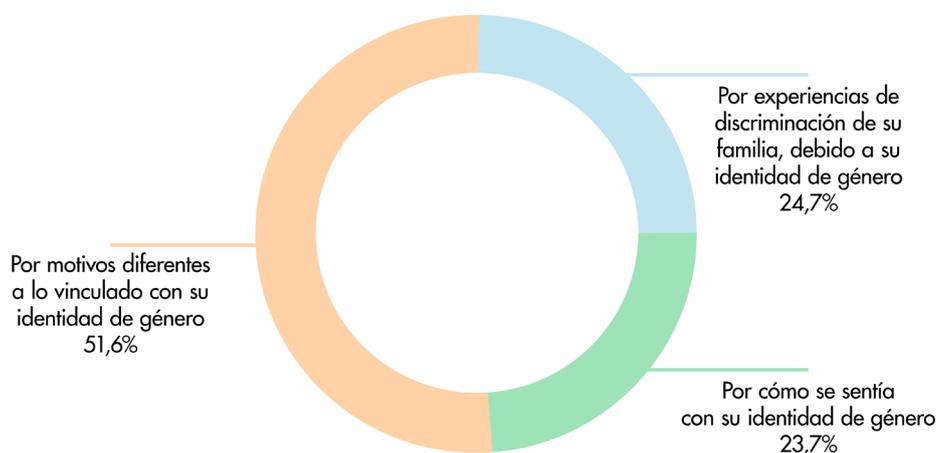
Con relación a las situaciones de violencia y abuso sexual, el 58,6% indicó que sufrió violencia por parte de la familia y el 58% por parte de alguna pareja, alguna vez en la vida (Tabla 5). En la Figura 24 se presentan los tipos de violencia dentro de los entornos familiar y de pareja: se observa que aproximadamente 6 de cada 10 participantes ha sufrido violencia psicológica y verbal y que un tercio experimentó violencia física. Además, la violencia sexual fue más frecuente en la pareja (26%) que en el entorno familiar (15,3%). Asimismo, 6 de cada 10 personas sufrieron abuso sexual alguna vez en la vida: casi la mitad (48%) durante la niñez, el 42,4% en la adolescencia y el 11,6% en la adultez.

Figura 24. Tipos de violencia familiar y de pareja



Por otro lado, el 33,7% refirió haber abandonado la escolaridad en la adolescencia (Mdn = 16 años; RIC = 14-17) por motivos asociados a experiencias de discriminación debido a su identidad de género (24,7%) y a cómo se sentía con su identidad (23,7%). En particular, 8 de cada 10 participantes mencionó haber sufrido acoso escolar.

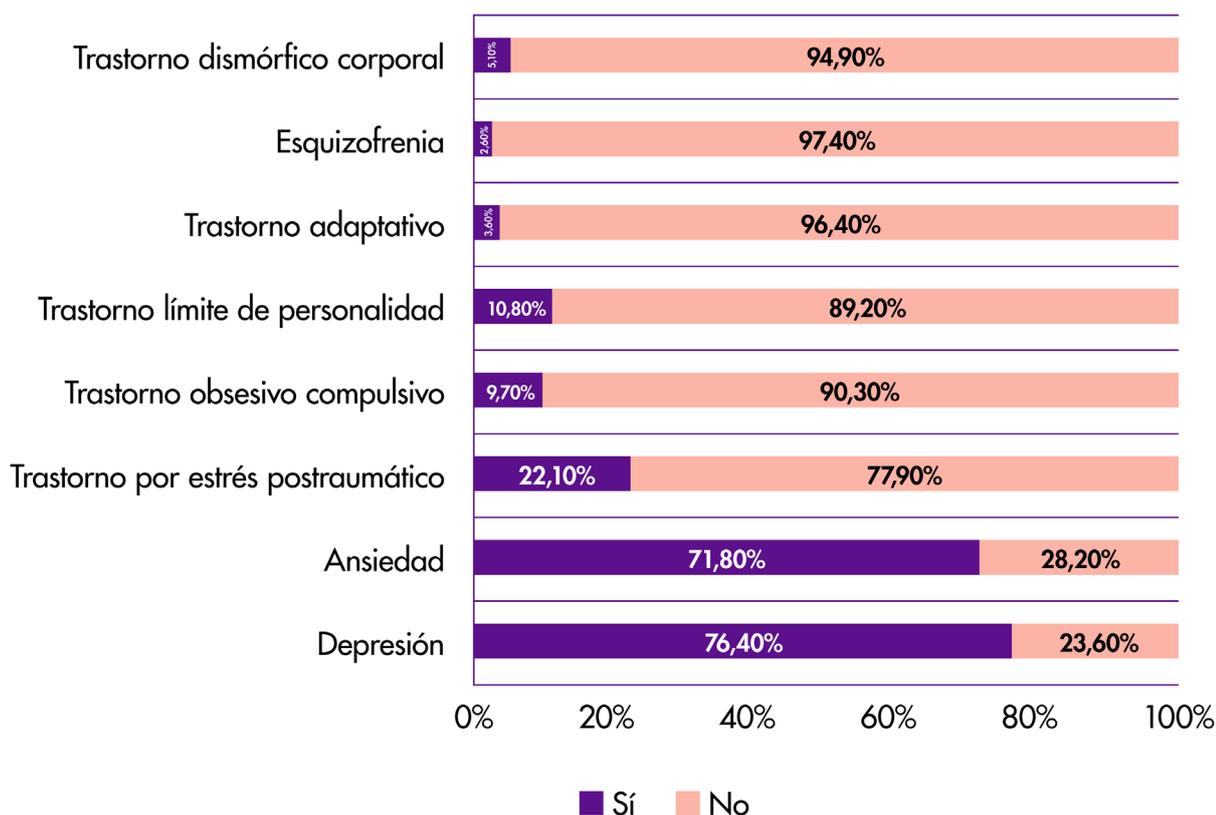
Figura 25. Motivos de abandono de la escolaridad



Salud mental

El 47% de la muestra (n = 195) indicó haber recibido algún diagnóstico relacionado con su salud mental alguna vez en la vida (Tabla 6, en el Anexo). Como se observa en la Figura 26, los diagnósticos más frecuentemente reportados por estas 195 personas, en un análisis de respuestas múltiples, fueron: depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad.

Figura 26. Tipos de trastornos psicopatológicos diagnosticados



Se registró una alta prevalencia de intentos de autolesión alguna vez en la vida (74,7%), de los cuales el 31,1% acontecieron en el último año (en la Tabla 7, en el Anexo, se pueden consultar los motivos desagregados). Quienes intentaron autolesionarse alguna vez en la vida, indicaron que el primer hecho ocurrió en la adolescencia (Mdn = 14 años; RIC: 12-15). Casi la mitad (48,3%) indicó que los intentos de autolesión estaban vinculados con el modo en que se sentían con respecto a su identidad de género, mientras que el 26,6% refirió que se debieron a la discriminación vivida en relación con su identidad.

Además, la Tabla 8, en el Anexo, muestra cómo más de la mitad (58%) de las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias reportó haber tenido al menos un intento de suicidio en su vida, que aconteció generalmente en la adolescencia (Mdn = 15 años; RIC = 14-17). En gran medida, estuvieron relacionados con cómo se sentían acerca de su identidad de género (42,9%) y con las experiencias de discriminación relacionadas a su identidad (26,6%). El 20,3% de aquellas personas que intentaron suicidarse reportaron intentos en el último año y solo el 45,3% de las mismas recurrió a un profesional de la salud mental. En las Figuras 27 y 28 se amplía la información sobre los motivos de autolesiones e intentos de suicidio, en base a respuestas múltiples.

Figura 27. Motivos de intentos de autolesiones alguna vez

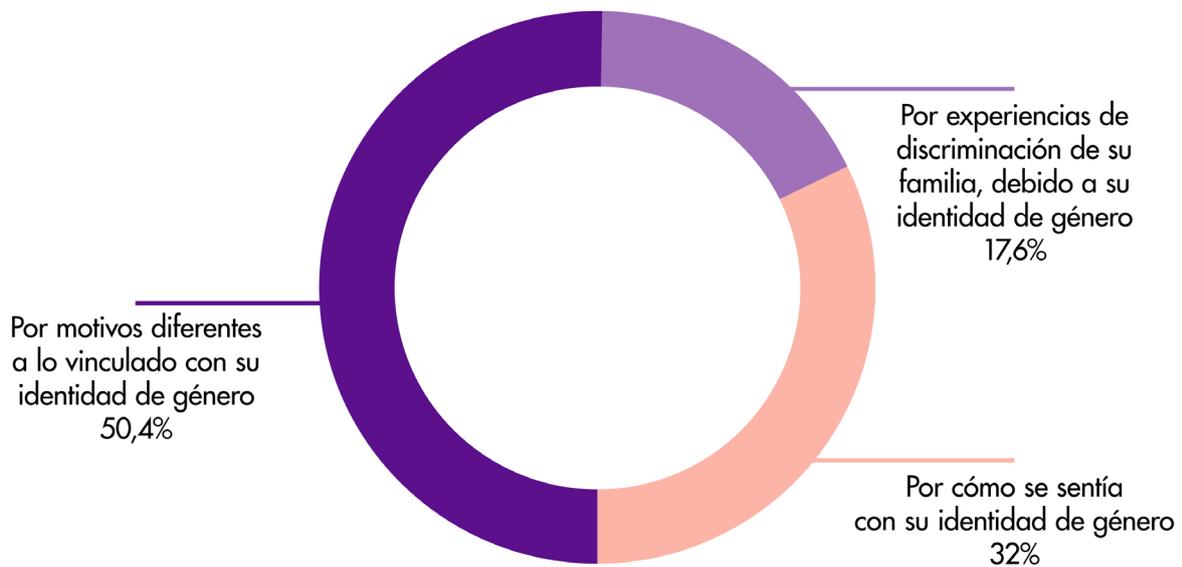
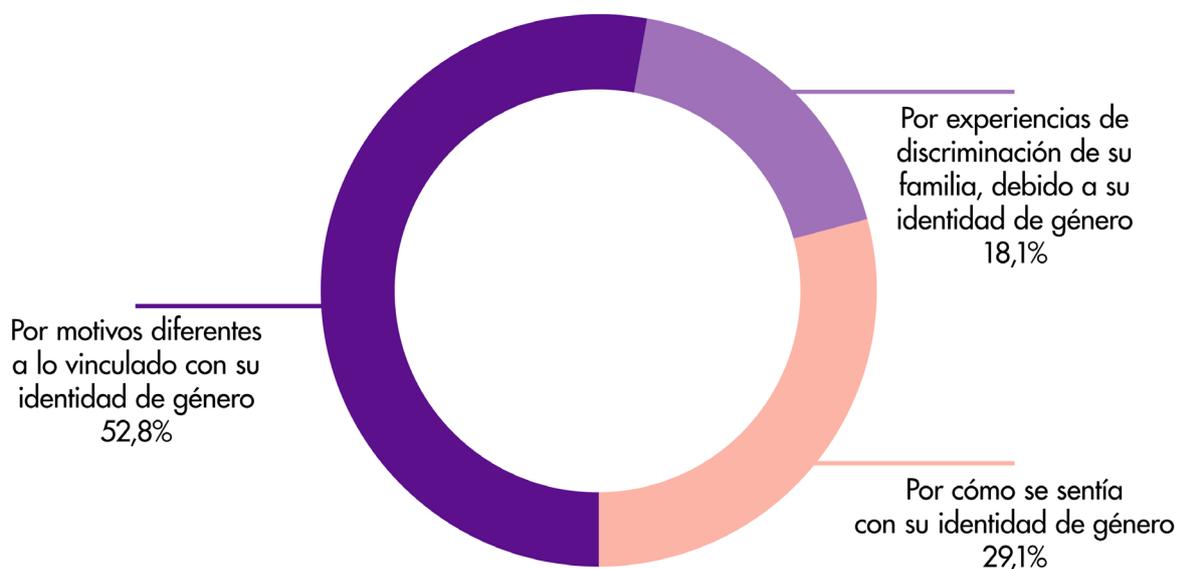
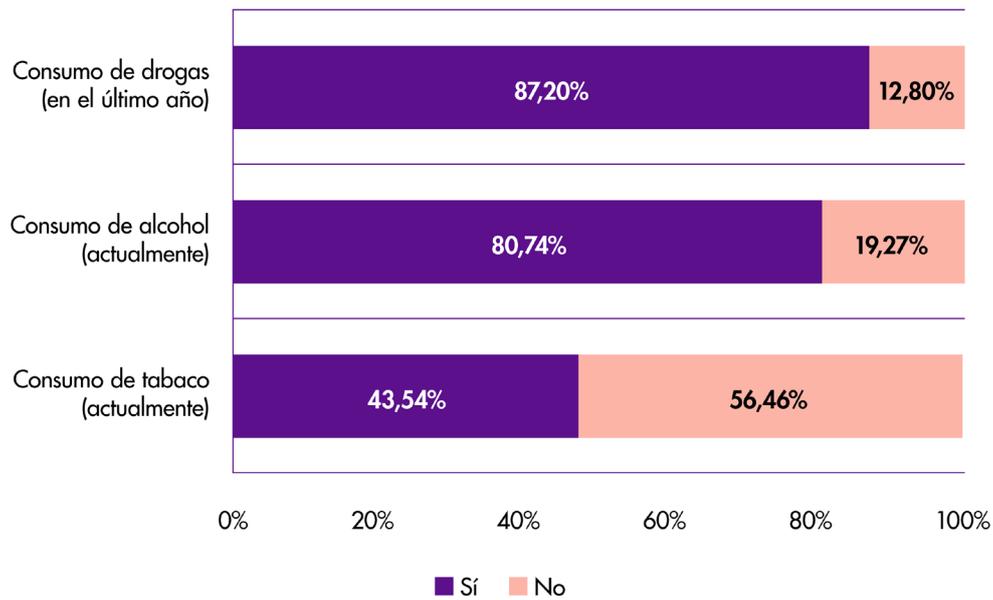


Figura 28. Motivos de intentos de suicidio alguna vez



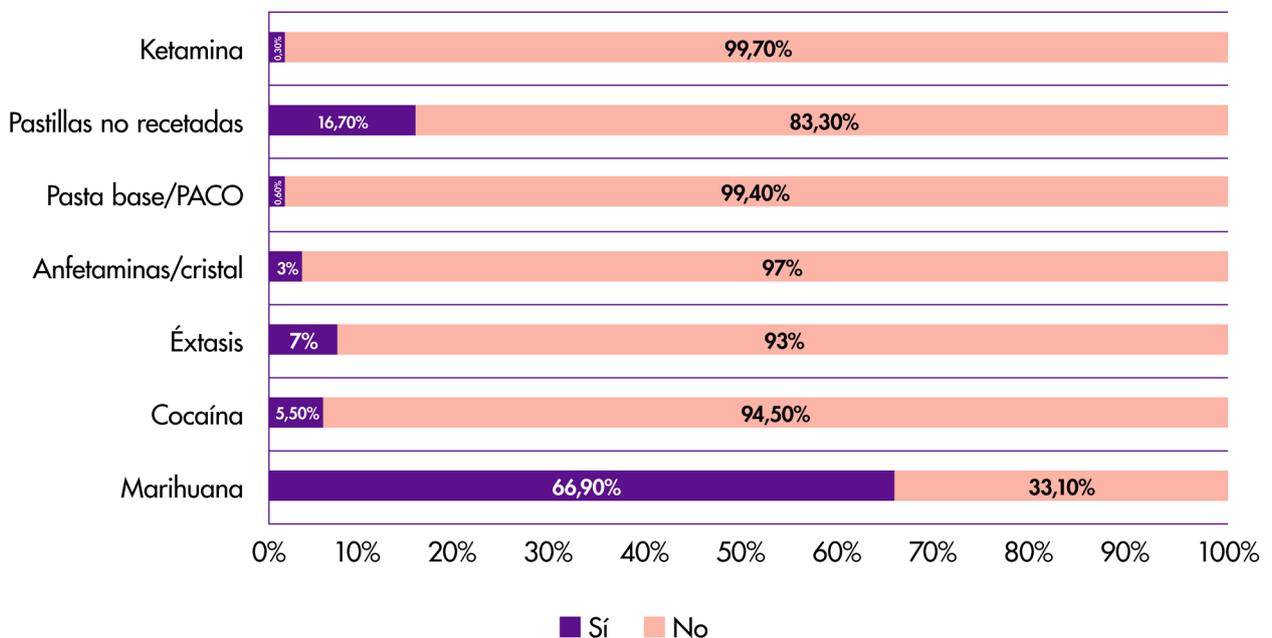
Con relación al consumo de sustancias (Tabla 9, en el Anexo), el 43,5% refirió que consume tabaco, con una edad de inicio en la adolescencia (Mdn = 15 años, RIC = 13-17). Como también se observa en la Figura 29, el 80,7% refirió que consume alcohol y el 87,2% que consumió alguna otra sustancia (marihuana, cocaína, éxtasis, etc.) en el último año.

Figura 29. Consumo de tabaco y sustancias



La Figura 30 muestra los tipos de sustancias consumidas. Allí se observa que la más elegida es la marihuana (67%), mientras que el resto de las sustancias no son frecuentes en las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias, ya que no superan el 7%, excepto por las pastillas psicoactivas no recetadas (16,7%).

Figura 30. Tipos de sustancias



Principales conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

A continuación se presenta una síntesis de los resultados más significativos del estudio, estructurados por los ejes de análisis y las conclusiones basadas en ellos.

Aspectos sociodemográficos

- A diferencia de los resultados observados en estudios previos con población de feminidades trans, las masculinidades trans y personas no binarias de esta muestra reportan un mayor nivel educativo (más de la mitad alcanzó el nivel terciario o universitario).
- Solo un cuarto de las masculinidades trans y personas no binarias de esta muestra refirieron tener un trabajo. Ello se debe a que la mayor parte (más de la mitad) son estudiantes. En contraste con lo que ocurre con las feminidades trans, la frecuencia de trabajo sexual en estas poblaciones fue baja.
- Más de la mitad de las personas de este estudio viven acompañadas por algún familiar y casi la totalidad reside en casas o departamentos. Este punto también contrasta con estudios locales previos realizados sobre población de feminidades trans, que muestran un alejamiento de sus familias de origen producto de la frecuente migración. Además, un porcentaje considerable de feminidades trans vive en habitaciones de hoteles o pensiones, o bien compartidas con otras personas de la comunidad (indicando, posiblemente, una mayor inestabilidad de la vivienda).
- En síntesis, es posible que los grupos de masculinidades trans y personas no binarias exhiban mayor acceso a la educación y la vivienda que otros grupos dentro de la comunidad trans. No obstante, esto también puede ser resultado de un sesgo de muestra y metodológico. Al haberse aplicado una encuesta *online*, solo aquellas personas participantes con acceso a un dispositivo electrónico apropiado e internet pudieron responderla. Además, el uso de dispositivos electrónicos e internet suele ser más frecuente en las personas más jóvenes (quienes es más probable que se encuentren todavía estudiando y viviendo con sus familias de origen) y con mayor nivel educativo. Asimismo, el acceso se incrementa a medida que aumenta el nivel socioeconómico, lo que implica también un mejor acceso a la vivienda.

Acceso a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva

- Más de la mitad de las masculinidades trans y personas no binarias de este estudio posee una cobertura de salud diferente a la pública (prepaga/obra social). Sin embargo, la mayoría opta por la atención en centros públicos (hospitales/salidas). Ello se debe, posiblemente, a la presencia de mayor disponibilidad de servicios inclusivos dentro del sistema público.
- Se aprecia que 7 de cada 10 participantes evitaron realizar una consulta sobre salud sexual y reproductiva por miedo a vivir situaciones de discriminación o un trato negativo debido a su identidad de género. En este sentido, se observa que, aun cuando el contexto socioeconómico es favorable, el estigma y la discriminación por identidad de género continúan siendo barreras para el acceso a la salud en estas poblaciones, al igual que ocurre con otros grupos dentro de la población trans.
- Entre quienes consultaron en servicios de salud sexual y reproductiva, los motivos más frecuentes se asociaron a la zona mamaria (o superior). Posiblemente esto se deba a que las mamas son una

característica corporal altamente visible y con un fuerte impacto en la afirmación de género.

Afirmación de género

- En general, la consciencia de tener una identidad de género diferente a la asignada al nacer se tiene desde temprana edad, mientras que la expresión social del género se inicia principalmente en la adolescencia.

- Respecto al cambio de identidad de género en el DNI, 6 de cada 10 masculinidades trans lo han realizado. Cabe señalar que si bien las personas no binarias fueron incluidas en el estudio, al momento de su realización (2019) aún no se contaba con la opción de 'X' en el DNI para personas no binarias en la Argentina (opción implementada en 2021).

- Poco más de la mitad de las personas participantes utilizó terapia hormonal, mayormente bajo supervisión médica. De los restantes, casi un tercio planea hacerlo en un futuro. La terapia hormonal es el procedimiento médico más frecuente y más deseado.

- El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la mastectomía. Si bien solo 3 de cada 10 participantes se la realizaron, más de la mitad del restante porcentaje planea hacérsela. En relación con esto, más de la mitad usa *binders* como forma de cubrir las mamas.

- Las cirugías en el área genital son menos frecuentes. Sin embargo, un elevado porcentaje (42,9%) se realizaría, por ejemplo, una histerectomía. En este eje se destaca la relevancia de la región mamaria (o superior) por sobre la región genital (o inferior).

- El hecho de consultar principalmente en servicios de salud públicos, contando con elevada cobertura de salud privada o de obras sociales, sugiere la escasez de servicios de salud transfirmitivos y de profesionales competentes en estos últimos subsistemas. Sin embargo, aun cuando recurren a servicios de salud públicos, las situaciones de discriminación y trato negativo relacionadas con su identidad de género persisten.

- Los indicadores mencionados plantean la necesidad de: a) ampliar la formación y entrenamiento de profesionales de la salud en habilidades y conocimientos específicos para la atención de personas trans (e.g., habilidades comunicacionales, conocimiento de sus necesidades específicas, etc.) y b) de desarrollar servicios de salud que reconozcan, acepten y validen las identidades trans, tanto en el trato (e.g., llamando a las personas por el nombre y el pronombre deseado) como en su organización (e.g., adecuando el formato de historias clínicas, proponiendo horarios flexibles).

Comportamiento sexual

- Los datos visibilizan las prácticas sexuales que efectivamente realizan las masculinidades trans y personas no binarias e indican que estas se caracterizan por tener gran diversidad y variabilidad. Casi la totalidad de la muestra es sexualmente activa.

- También se observó variabilidad en la orientación sexual de las masculinidades trans y personas no binarias. Si bien 8 de cada 10 refiere sentir atracción sexual por mujeres cis, aproximadamente 5 de cada 10 manifiesta atracción por cada una de las demás identidades de género. En consonancia, esto implica una considerable variabilidad en sus prácticas sexuales.

- Más de la mitad declara tener una relación sexoafectiva (predominantemente monogámica) y un cuarto de estas personas vive en pareja.

- Dada la variabilidad de prácticas sexuales, se exploró el grado de implementación de conductas preventivas. Se observó que 6 de cada 10 participantes no usó ningún método de protección de VIH/ITS en su última relación sexual. Los motivos principales fueron contar con pareja estable, confiar en ella y testearse mutuamente. En síntesis, el uso de protección y la práctica de conductas preventivas en las relaciones sexuales no fueron mayoritarios en esta muestra. Esto sugiere que estas poblaciones exhiben una exposición incrementada a adquirir VIH y otras ITS y que esta exposición parecería ser subestimada por las mismas.
- Existen otros indicadores que sugieren que estas poblaciones podrían no percibir el riesgo y su exposición al VIH y otras ITS: la realización de testeo de VIH y el grado de aceptabilidad de la PrEP como método preventivo. Si bien 7 de cada 10 participantes se realizó alguna vez el testeo para VIH, el resto no lo hizo por no considerarse en riesgo. Asimismo, se observa una baja aceptación de la PrEP, posiblemente, por no percibirse expuestos al VIH por el tipo de conformación de pareja reportado. En la misma línea, se observó un desconocimiento de nuevas estrategias, como I = I.
- Los diagnósticos de ITS más frecuentemente reportados fueron vaginitis y HPV.
- En síntesis, se aprecia gran variabilidad y diversidad en los tipos de pareja y prácticas sexuales. En contraste, los resultados sugieren una menor frecuencia de conductas sexuales preventivas y seguras, posiblemente como consecuencia de una menor percepción de riesgo y de exposición a VIH/ITS. Es razonable que así sea, dado que las campañas preventivas e informativas en salud sexual raramente se han orientado o dirigido a estas poblaciones o las han implicado. Cuando lo han hecho, es posible que no se hayan ajustado a las necesidades de estas comunidades ni a las prácticas sexuales que efectivamente realizan.

Estigma, exclusión, violencia y abuso

- El estigma y la discriminación relacionados con la identidad de género subyacen a las situaciones de expulsión del hogar y de la escuela, acontecidas en su mayoría en la adolescencia. Asimismo, la mayoría sufrió acoso escolar debido a su identidad de género.
- La frecuencia de situaciones de violencia familiar y de pareja fue elevada y fue de tipo psicológico y verbal en más de la mitad de los casos, además de estar relacionada con su identidad de género. Se aprecia un elevado número de casos (6 de cada 10) de abuso sexual en la niñez. Esto describe la alta vulnerabilidad psicosocial de estas poblaciones.
- La menor aceptación e inclusión familiar y escolar constituyen factores de riesgo en las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias, que podría favorecer la presencia de indicadores negativos de salud mental, con un potencial impacto negativo en la calidad de vida de estas personas en su vida adulta.
- Los datos visibilizan las características y necesidades específicas de estas poblaciones que permiten ajustar y adecuar las intervenciones y la asistencia en salud. Por ejemplo, en la adolescencia, el mayor énfasis debería estar puesto en la alta posibilidad de sufrir exclusión del hogar, abandono de la escolaridad y acoso escolar. En contraste, en la niñez existe mayor riesgo de padecer abuso sexual.

Salud mental

- Con respecto a la formación de recursos humanos en salud, los datos aquí presentados aportan diagnósticos actualizados de la situación de salud mental en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina.

- Casi la mitad de la muestra fue diagnosticada con algún trastorno del estado del ánimo (mayormente depresión y ansiedad) y de ansiedad alguna vez en la vida.
- Se visibilizó una alta prevalencia de intentos de autolesiones no suicidas, principalmente en la adolescencia, vinculados a cómo se sentían con respecto a su identidad de género o a la discriminación que experimentaban por esa identidad.
- Más de la mitad de las personas participantes tuvo al menos un intento de suicidio, que aconteció mayormente en la adolescencia. Estos intentos se vinculan a cómo se sentían con su identidad o a la discriminación que experimentaban por ella.
- Solo dos de cada diez participantes que intentaron suicidarse recurrieron a un profesional de la salud mental. Esto sugiere dificultades en el acceso, en algunos casos para evitar potenciales situaciones de discriminación, escasez de profesionales de salud competentes o con actitud de aceptación hacia la diversidad de identidades de género y baja disponibilidad de servicios transfirmativos, entre otros.
- Casi la mayoría de las personas que participaron en el estudio consumió alguna vez sustancias psicoactivas distintas al tabaco y alcohol, siendo la más habitual la marihuana.
- Los datos permiten realizar sugerencias de acuerdo al ciclo vital. Así, en la adolescencia, el mayor énfasis debería estar puesto en la prevención de las autolesiones e intentos de suicidio. En la adultez, se debería hacer énfasis especialmente en el consumo de sustancias, particularmente cuando el mismo tiene un fin paliativo del malestar emocional.

Recomendaciones

Las conclusiones obtenidas del presente estudio permiten elaborar algunas sugerencias y recomendaciones para el desarrollo de intervenciones y políticas públicas que incluyan a las masculinidades trans y personas no binarias entre sus poblaciones destinatarias:

- *Visibilizar a las masculinidades trans y personas no binarias e incluirlas explícitamente en programas y políticas públicas.* Pocos programas e intervenciones de salud pública mencionan o desarrollan acciones específicamente dirigidas a estos grupos poblacionales, que han sido largamente invisibilizados. Por esto, es necesario nombrar a las poblaciones destinatarias de forma clara, tanto en la formulación de planes, programas y políticas públicas, como en los materiales que se desarrollen para su implementación. Esto implica también su inclusión explícita mediante imágenes, opciones diversas y uso de pronombres, entre otros.
- *No asumir las prácticas y necesidades de las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias.* Es posible que la omisión de estos grupos en determinados programas o políticas preventivas en salud sexual se deba al desconocimiento de sus prácticas sexuales, llevando a que se concluya que su exposición al VIH y otras ITS es baja o poco significativa en términos de salud pública. En consecuencia, se presentan dos grandes desafíos. Por un lado, los miembros de estas poblaciones no se sienten incluidos ni interpelados por los mensajes preventivos, con el riesgo de asumir que el VIH u otras ITS son un problema ajeno que corresponde a otros grupos más expuestos, según la información que reciben. Por otro lado, al no estar incluidos en guías nacionales o programas y políticas, es menos probable que los profesionales de la salud les brinden información preventiva o materiales para el autocuidado y/u ofrezcan nuevas estrategias dirigidas a otros grupos poblacionales, contribuyendo a que las poblaciones de masculinidades trans y personas

no binarias tengan una baja percepción de riesgo.

- *Incluir e implicar a las poblaciones de masculinidades trans y no binarias en acciones preventivas en salud sexual.* Los resultados de este estudio muestran que las prácticas sexuales de estas comunidades son altamente diversas, que algunas de ellas implican exposición a adquirir VIH e ITS y que hoy no son acompañadas con métodos preventivos. Por tanto, se plantea la necesidad de implicar a estos grupos en informar y colaborar con el diseño de campañas que promuevan conductas preventivas, tales como una mayor frecuencia de uso de condón/campo de látex y de testeo. Asimismo, es necesario sensibilizar respecto de las nuevas estrategias de prevención de VIH, como el tratamiento como prevención (TasP) y la PrEP.

- *Formar profesionales de la salud.* Por otra parte, lo anterior también implica formar profesionales de la salud para que puedan brindar una atención ajustada a las necesidades de las poblaciones de masculinidades trans y personas no binarias. Esto incluye capacitarlos acerca de las especificidades de estas comunidades, con el fin de que brinden una atención en salud completa e integral. Asimismo, esto incluye promover servicios de salud transfirmitivos que acepten, reconozcan y validen las identidades de género diversas y, en consecuencia, estén libres de estigma y discriminación. Eso favorecerá el acceso a la atención en salud de las personas trans y no binarias, en general.

- *Incrementar la oferta de servicios de salud mental transfirmitivos.* En la misma línea que el punto anterior, dadas las prevalencias de indicadores negativos de salud mental en estas poblaciones, se torna necesaria la ampliación de la disponibilidad de servicios de salud mental dirigidos a ellas. Estos también deben ser transfirmitivos y deben contar con profesionales transcompetentes, es decir, con formación adecuada en temas de salud mental en personas trans y no binarias y con conciencia de sus necesidades de asistencia.

- *Implementación efectiva de la educación sexual integral (ESI).* Es importante trabajar la ESI por y con las infancias y adolescencias trans, colaborando desde el inicio en la reducción del estigma y discriminación. Por un lado, la ESI brinda información y recursos, colaborando en la reducción de la estigmatización de las personas con diversidad de género y/o sexual y en la creación de barreras frente al *bullying* escolar. Asimismo, para las niñas y adolescencias, reconocerse en las diferentes manifestaciones de su sexualidad ayuda a la reducción del estigma internalizado y sus consecuencias tempranas para la salud mental. Por otro lado, la ESI es un recurso para el personal docente y no docente que, al contar con más información, podrá brindar acompañamiento, contención y/o asesoramiento tanto a estudiantes como a sus familias y así evitar el rechazo basado en el miedo y la desinformación.

Anexo

Tabla 1. Características sociodemográficas

	n = 415
Edad mediana (RIC)	23 (19-27)
Identidad de género <i>n</i> (%)	
Hombre	86 (20,7)
Hombre trans	208 (50,1)
Transmasculino	57 (13,7)
No binaria/género fluido/agénero/otro	64 (15,4)
Nacionalidad <i>n</i> (%)	
Argentina	384 (92,5)
Extranjera	31 (7,5)
Región de nacimiento <i>n</i> (%)	
CABA	139 (34,9)
GBA	97 (24,4)
Interior	24 (6)
Región 1 (Córdoba, Santa Fe, Mendoza, San Luis, San Juan, La Rioja)	45 (11,3)
Región 2 (Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Tucumán)	24 (6)
Región 3 (Misiones, Chaco, Formosa, Entre Ríos, Corrientes)	18 (4,5)
Región 4 (La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego)	51 (12,8)
Lugar de residencia <i>n</i> (%)	
AMBA	236 (59,3)
Interior	162 (40,7)
Nivel educativo alcanzado <i>n</i> (%)	
Primario incompleto	2 (0,5)
Primario completo	4 (1)
Secundario incompleto	93 (22,5)
Secundario completo	71 (17,2)
Superior incompleto	189 (45,8)
Superior completo	54 (13,1)
Situación ocupacional <i>n</i> (%)	
Estudiante	207 (38,6)
Empleado	159 (29,6)
Desempleado	171 (31,8)

Realizó trabajo sexual alguna vez <i>n</i> (%)	
No	375 (92,4)
Sí	31 (7,6)
Vive en vivienda inestable <i>n</i> (%)	
No (casa, departamento)	388 (94,9)
Sí (habitación de hotel o pensión, vivienda móvil, situación de calle, casilla)	21 (5,1)
Vive solo <i>n</i> (%)	
No	373 (91)
Sí	37 (9)
Vive con familiar/es <i>n</i> (%)	
No	123 (33)
Sí	250 (67)

Tabla 2. Acceso a la salud en general y a la sexual y reproductiva

	<i>n</i> = 415
Cobertura médica <i>n</i> (%)	
Pública	151 (37,1)
Obra social	201 (49,4)
Prepaga	51 (12,5)
Otras (coseguro, etc.)	4 (1,0)
Lugar donde recibe asistencia <i>n</i> (%)	
Obra social	155 (37,9)
Prepaga	51 (12,5)
Sistema público (hospital/salita)	204 (49,9)
Consulta médica en el último año <i>n</i> (%)	
No	80 (19,3)
Sí	334 (80,7)
Consulta ginecológica <i>n</i> (%)	
No	134 (32,4)
Sí, último año	153 (37)
Sí, hace más de un año	127 (30,7)

Tabla 3. Afirmación de género

	n = 415
Edad de expresión de identidad - mediana (RIC)	17 (14-20)
Percepción de su identidad de género n (%)	
Desde que tiene conciencia	169 (41,7)
Preadolescencia	114 (21,20)
Adolescencia	104 (25,7)
Adulthood	46 (11,4)
Realizó cambio de DNI n (%)	
No	164 (40,1)
Sí	245 (59,9)
Realiza terapia hormonal actualmente n (%)	
No	186 (45,3)
Sí	225 (54,7)
Realiza terapia hormonal actualmente con supervisión médica n (%)	
No	13 (5,8)
Sí	212 (94,2)
Se aplicó hormonas alguna vez n (%)	
No	169 (41,1)
Sí	242 (58,9)
Usa binders n (%)	
No	202 (48,7)
Sí	205 (50,4)

Tabla 4. Comportamiento sexual

	n = 415
Edad de inicio sexual mediana (RIC)	16 (15-18)
Orientación sexual actual n (%)	
Heterosexual	138 (35,4)
Gay	26 (6,7)
Bisexual	98 (25,1)
Pansexual	109 (27,9)
Asexual	19 (4,9)
Se inició sexualmente n (%)	
No	42 (10,6)
Sí	353 (89,4)

Tabla 5. Estigma, exclusión, violencia y abuso

	n = 415
Se vio forzado a abandonar su hogar en algún momento n (%)	
No	204(49,2)
Sí	211(50,8)
Motivos de abandono del hogar n (%)	
Por experiencias de discriminación de su familia, debido a su identidad de género	79(39,7)
Por cómo se sentía con su identidad de género	35(17,6)
Por motivos diferentes a lo vinculado con su identidad de género	85(42,7)
Edad en que se vio forzado a abandonar su hogar - mediana (RIC)	18 (16-19)
Sufrió acoso escolar n (%)	
No	81 (19,5)
Sí	334 (80,5)
Sufrió acoso escolar debido a su identidad de género n (%)	
No	306 (73,7)
Sí	109 (26,3)
Abandonó la escuela n (%)	
No	275 (66,3)
Sí	150 (33,7)
Motivos de abandono de la escolaridad n (%)	
Por experiencias de discriminación de su familia, debido a su identidad de género	23(24,7)
Por cómo se sentía con su identidad de género	22(23,7)
Por motivos diferentes a lo vinculado con su identidad de género	48(51,6)
Edad en que abandonó la escuela - mediana (RIC)	16 (14-17)
Sufrió violencia familiar alguna vez en la vida n (%)	
No	162 (41,4)
Sí	229 (58,6)
Sufrió violencia de pareja alguna vez en la vida n (%)	
No	170 (42)
Sí	235 (58)
Sufrió violencia o abuso sexual alguna vez en la vida n (%)	
No	148 (37,2)
Sí	250 (62,8)

Tabla 6. Diagnósticos de salud mental

	Total con diagnóstico de salud mental (n = 195)
Cantidad de trastornos psicopatológicos diagnosticados - mediana (RIC)	2 (1-3)
Depresión n (%)	
No	46 (23,6)
Sí	149 (76,4)
Ansiedad n (%)	
No	55 (28,2)
Sí	140 (71,8)
Trastorno por estrés postraumático n (%)	
No	152 (77,9)
Sí	43 (22,1)
Trastorno obsesivo compulsivo n (%)	
No	176 (90,3)
Sí	19 (9,7)
Trastorno límite de personalidad n (%)	
No	173 (88,7)
Sí	22 (11,3)
Trastorno adaptativo n (%)	
No	188 (96,4)
Sí	7 (3,6)
Esquizofrenia n (%)	
No	189 (96,9)
Sí	6 (3,1)
Trastorno dismórfico corporal n (%)	
No	185 (94,9)
Sí	10 (5,1)

Tabla 7. Prevalencia de autolesiones y su motivación

Autolesiones	n = 415
Intentos de autolesión n (%)	
No	92 (25,3)
Sí	271 (74,7)
Edad del primer intento de autolesiones mediana (RIC)	
	14 (12-15)
Intento de autolesión por discriminación relacionada con su identidad de género n (%)	
No	199 (73,4)
Sí	72 (26,6)
Intento de autolesión por cómo se sentía con su identidad de género n (%)	
No	140 (51,7)
Sí	131 (48,3)
Intento de autolesión en el último año n (%)	
No	182 (68,9)
Sí	82 (31,1)

Tabla 8. Prevalencia de intentos de suicidio y su motivación

Suicidio	n = 415
Intentos de suicidio alguna vez en la vida n (%)	
No	147 (42)
Sí	203 (58)
Edad del primer intento de suicidio-mediana (RIC)	
	15 (14-17)
Cantidad de intentos de suicidio en la vida-mediana (RIC)	
	2 (1-4)
Intento de suicidio por discriminación relacionada con su identidad de género n (%)	
No	149 (73,4)
Sí	54 (26,6)
Intento de suicidio por cómo se sentía con su identidad de género n (%)	
No	116 (57,1)
Sí	87 (42,9)
Intento de suicidio en el último año n (%)	
No	157 (79,7)
Sí	40 (20,3)
Habló con un profesional sobre los intentos de suicidio n (%)	
No	140 (54,7)
Sí	116 (45,3)

Tabla 9. Consumo de alcohol y otras sustancias

	(n = 415)
Consume actualmente tabaco <i>n</i> (%)	
No	201 (56,5)
Sí	155 (43,5)
Edad desde la que consume tabaco-mediana (RIC)	
	15 (13-17)
Consume alcohol <i>n</i> (%)	
No	68 (19,3)
Sí	285 (80,7)
Consumió alguna sustancia en el último año (marihuana, cocaína, éxtasis, etc.) <i>n</i> (%)	
No	53 (12,8)
Sí	361 (87,2)
Consume marihuana actualmente <i>n</i> (%)	
No	140 (33,9)
Sí	273 (66,1)
Consume otras sustancias <i>n</i> (%)	
No	341 (82,6)
Sí	72 (17,4)

Referencias

Arístegui, I., Cabrera, N., Duran, Y., Crespo, S., González Fraile, P. (2019). Informe final Becas Salud Investiga: efecto de la terapia hormonal cruzada en la calidad de vida en salud y el bienestar psicológico en personas transgénero. Dirección de Investigación para la Salud. Secretaría de Gobierno de Salud.

Fundación Huésped (2014). Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Bs. As. Disponible en: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf

Fundación Huésped (2019). Terapia Hormonal y Bienestar Psicológico. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/descarga/?id=22332>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans: Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza 18 al 29 de junio 2012. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/webencuestatrans/pp_encuesta_trans_set2012.pdf

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

Principios de Yogyakarta (2006). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en: <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>

Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7-8), 866-867. doi: 10.1080/17441692.2015.1134613

Reisner, S. L., White, J. M., Mayer, K. H., & Mimiaga, M. J. (2014). Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center. *AIDS Care*, 26(7), 857-864. doi: 10.1080/09540121.2013.855701

Reisner, S. L., White Hughto, J. M., Pardee, D., & Sevelius, J. (2015). Syndemics and gender affirmation: HIV sexual risk in female-to-male trans masculine adults reporting sexual contact with cisgender males. *International Journal of STD & AIDS*, 27(11), 955-966. doi: 10.1177/0956462415602418

Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health*, 4 (2). doi: 10.1089/lgbt.2016.0153