

# **Autocuidado y atención en salud sexual de mujeres cis heterosexuales y personas con vulva que tienen relaciones sexuales con otras personas con vulva: Un estudio comparativo**

## **Autocuidado e cuidados com a saúde sexual de mulheres cis heterossexuais e pessoas com vulva que mantêm relações sexuais com outras pessoas com vulva: Um estudo comparativo**

## **Self-care and sexual health care of heterosexual cis women and people with vulva who have sex with other people with vulva: A comparative study**

Sebastián Gabini

ORCID ID: 0000-0002-0997-1423

Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECIHS), Universidad Abierta Interamericana

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

Lucas Cuenya

ORCID ID: 0000-0003-2650-8374

Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales (CAECS), Universidad Abierta Interamericana

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

Autor referente: [sebastian\\_gabini@live.com.ar](mailto:sebastian_gabini@live.com.ar)

### **Historia Editorial**

Recibido: 06/03/2024

Aceptado: 18/10/2024

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue establecer comparaciones entre las prácticas de autocuidado y el acceso a la atención en salud sexual en mujeres cis heterosexuales (MCH) y en personas con vulva que tienen relaciones con personas con vulva (PVRPV). Se trabajó con una muestra por conveniencia de 501 personas (332 MCH y 169 PVRPV) residentes de la ciudad de Rosario, Argentina. Se aplicó una encuesta *online* compuesta por 25 preguntas para medir autocuidado (factores de riesgo y factores protectores) y acceso a la atención en salud sexual. Los resultados indicaron que las PVRPV presentan una serie de factores de riesgo a atender como un mayor número de relaciones sexoafectivas no exclusivas, mayor porcentaje de prácticas sexuales durante la

menstruación y menor uso de preservativos en prácticas coitales. A su vez, se presentan ciertas barreras en lo que hace al acceso a la salud sexual como la discriminación y la baja percepción de preparación en el personal, lo que podría generar menores índices de chequeos ginecológicos. Esto último, sumado al difícil acceso de métodos de barrera para prácticas no coitales que sean cómodos y prácticos, sitúa a las PVRPV como un grupo vulnerable en lo concerniente a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), en comparación con las MCH. Se discuten los resultados y sus implicancias para el diseño de políticas públicas tendientes a disminuir las inequidades en lo que hace a la salud sexual de la población.

**Palabras clave:** Salud sexual; persona con vulva; autocuidado; acceso a la salud.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi estabelecer comparações entre práticas de autocuidado e acesso a cuidados de saúde sexual em mulheres cis heterossexuais (MCH) e em pessoas com vulva que se relacionam com pessoas com vulva (PVRPV). Trabalhamos com uma amostra de conveniência de 501 pessoas (332 SMI e 169 PVRPV) residentes na cidade de Rosário, Argentina. Foi aplicada uma pesquisa online composta por 25 questões para mensurar o autocuidado (fatores de risco e fatores de proteção) e o acesso a cuidados de saúde sexual. Os resultados indicaram que as PVRPV têm uma série de fatores de risco a serem abordados, como maior número de relações sexuais não exclusivas, maior percentual de práticas sexuais

durante a menstruação e menor uso de preservativos nas práticas coitais. Ao mesmo tempo, existem certas barreiras no acesso à saúde sexual, como a discriminação e a baixa percepção de preparação entre o pessoal, o que poderia gerar taxas mais baixas de exames ginecológicos. Este último, somado ao difícil acesso a métodos de barreira para práticas não coitais que sejam confortáveis e práticos, coloca as PVRPV como um grupo vulnerável no que diz respeito à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), em comparação com as MCH. São discutidos os resultados e suas implicações para o desenho de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades em relação à saúde sexual da população.

**Palavras-chave:** Saúde sexual; pessoa com vulva; autocuidado; acesso à saúde.

## ABSTRACT

The objective of the study was to establish comparisons between self-care practices and access to sexual health care in cis heterosexual women (CHW) and in people with vulva who have relationships with people with vulva (PVRPV). We worked with a convenience sample of 501 people (332 CHW and 169 PVRPV) residents of Rosario city, Argentina. An online survey consisting of 25 questions was applied to measure self-care (risk factors and protective factors) and access to sexual health care. The results indicated that PVRPV present a series of risk factors to be addressed, such as a greater number of non-exclusive sexual relationships, a higher percentage of sexual practices during menstruation and less use of

condoms in coital practices. At the same time, there are certain barriers regarding access to sexual health such as discrimination and low perception of preparation among health staff, which could generate lower rates of gynecological check-ups. The latter, added to the difficult access to barrier methods for non-coital activities that are comfortable and practical, places PVRPV as a vulnerable group with regard to the prevention of sexually transmitted infections (STIs), compared to CHW. The results and their implications for the design of public policies aimed at reducing inequalities regarding the sexual health of the population are discussed.

**Keywords:** Sexual health; person with vulva; self-care; access to health.

A lo largo de las últimas décadas la Organización Mundial de la Salud ha adoptado una Estrategia Global orientada a expandir la condición de *salud* a todas las personas. Conforme a los lineamientos conceptuales del Informe Lalonde (1974), se entiende por salud el resultado de la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios para su abordaje. Desde esta perspectiva, los estilos de vida son una amplia gama de decisiones que el individuo toma a lo largo de su trayecto vital. Comprenden pautas y hábitos de comportamientos que, de mantenerse en el tiempo, pueden constituirse en factores de riesgo o protectores para la salud. Las conductas de autocuidado, entonces, son entendidas como todas aquellas acciones que las personas realizan en favor de sí mismas para mantener su salud y bienestar (Ruiz-Aquino, Dávila & Solís, 2021).

El autocuidado sexual puede expresarse en comportamientos variados como la utilización de métodos de barrera en prácticas sexuales, el testeo regular de infecciones

de transmisión sexual (ITS), el chequeo de signos y síntomas asociados a ITS, hasta la comunicación asertiva de necesidades y preocupaciones con parejas sexuales, entre otros. A su vez, estas conductas pueden estar determinadas por aspectos tales como: el posicionamiento de la/s pareja/s sexual/es, el conocimiento sobre el tema, la presencia de creencias erróneas o estereotipos, la existencia de políticas públicas o el acceso a los servicios de salud (Venegas et al., 2022). Particularmente, las minorías sexo-genéricas pueden hallar obstáculos específicos para la adquisición y mantenimiento de conductas de autocuidado sexual debido a la existencia de procesos de discriminación, estigmatización y exclusión (González Ortuño, 2016). Diversos estudios han puntualizado que este panorama deriva en un acceso limitado al sistema de salud, menor calidad de atención (Jennings, Barcelos, McWilliams & Malecki, 2019) y escaso conocimiento del personal acerca de las necesidades particulares de la población LGBTI (Ramsey, Davidov, Levy & Abildso, 2022). Esta disparidad, a su vez, promueve comportamientos tales como la dilación en la consulta de salud o menor adherencia a los tratamientos farmacológicos (Jennings et al., 2019).

En este marco, el grupo de personas con vulva que mantienen relaciones con otras personas con vulva (PVRPV) - independientemente de su identidad u orientación sexual - posee una serie de aspectos singulares a tener en cuenta en cuanto al autocuidado de la salud sexual. El primero está relacionado a la vulnerabilidad biológica de personas vulvoportantes: mayor fragilidad del epitelio, amplia zona de exposición a las secreciones sexuales y gran diversidad microbiana en la cavidad vaginal (McClelland et al., 2018). El segundo se vincula a la vulnerabilidad social a la que se ven expuestas las PVRPV (Ramsey et al., 2022). La tercera se relaciona con cierto desconocimiento sobre la prevención de ITS, aún entre profesionales de la salud, en prácticas sexuales entre personas con vulva (Rufino, Madeiro, Trinidad, Santos & Freitas, 2018). La cuarta está asociada a la desventaja de no poseer un dispositivo apto para su cuidado que haya sido desarrollado para este fin y con probada efectividad (Gabini & Cuenya, 2024). En

concordancia con este último punto, un estudio reciente de nuestro equipo indagó a través de entrevistas en profundidad con PVRPV de Rosario y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sus percepciones sobre los métodos de barrera disponibles, como el campo de látex y el dique dental. Se advirtió que los percibían como incómodos, imprácticos y poco accesibles, razones por las cuales raramente los usan en sus prácticas sexuales (Gabini, Castro, Coldeira & Cuenya, 2024).

Los datos oficiales en relación a las ITS suministrados por el Ministerio de Salud de la República Argentina (2023) sólo segmentan los resultados dividiéndolos entre varones y mujeres, sin brindar cifras específicas para esta población a nivel nacional. En este marco, recientemente se ha enfatizado la necesidad de investigar las diferencias en cuanto a la salud sexual de estos grupos con respecto a mujeres cisgénero heterosexuales (MCH) dado que trabajos previos indican mayor riesgo de cáncer cervical, mayor prevalencia de vaginosis bacteriana, ausencia de información demográfica y sobre el estado de salud, así como la invisibilización de necesidades particulares en lo que hace a la salud sexual de PVRPV (Rahman et al., 2023; Ramsey et al., 2022; Rufino et al., 2018). Por tanto, la presente investigación busca establecer comparaciones entre las prácticas de autocuidado y el acceso a la atención en salud sexual en MCH y en PVRPV. Esta perspectiva permite incluir personas que usualmente quedan excluidas de otros estudios, como varones trans y personas de género no binario, dado que los antecedentes sobre la temática se han posicionado casi exclusivamente en mujeres lesbianas y/o bisexuales (Obón-Azuara, Vergara-Maldonado, Gutiérrez-Cía, Iguacel & Gasch-Gallén, 2022). Por ello, resulta necesario indagar sobre la problemática de las ITS en PVRPV, independientemente de su identidad de género u orientación sexual.

Este tipo de conocimiento resulta valioso para la comprensión de las vivencias y necesidades particulares en relación a la salud de los diversos grupos poblacionales (Rahman et al., 2023; Ramsey et al., 2022; Rufino et al., 2018). De esta manera, los

resultados de la presente investigación pueden ser de importancia tanto para los profesionales de la salud, así como para las personas a cargo del establecimiento y gestión de políticas públicas.

## **Método**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo-comparativo, de corte cuantitativo y transversal (Ato, López-García & Benavente, 2013).

## **Participantes**

Se trabajó con una muestra por conveniencia a partir de los siguientes criterios de inclusión: que sean personas con vulva (independientemente de su identidad de género u orientación sexual), que residan en la ciudad de Rosario (Argentina), que hayan mantenido prácticas sexuales y que tengan al menos 18 años. En total, participaron del estudio 501 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años ( $M = 30.29$ ;  $DT = 8.16$ ). De ellas, 332 eran MCH mientras que las 169 restantes eran PVRPV. Como se observa en la Tabla 1, este grupo estaba compuesto por 151 mujeres cisgénero, 6 varones trans y 13 personas no binarias, de distintas orientaciones sexuales.

Tabla 1

Tabla de contingencia de frecuencias absolutas y porcentuales para la orientación sexual e identidad de género (n = 501).

|                    |      | Heterosexual | Bisexual | Pansexual | Lesbiana | Total  |
|--------------------|------|--------------|----------|-----------|----------|--------|
|                    |      | 332          | 64       | 27        | 59       | 482    |
| Mujer<br>cisgénero | % IG | 68.9%        | 13.3%    | 5.6%      | 12.2%    | 100.0% |
|                    | % OS | 99.1%        | 97.0%    | 33.3%     | 0.0%     | 96.2%  |
|                    |      | 3            | 1        | 2         | 0        | 6      |
| Varón trans        | % IG | 50.0%        | 16.7%    | 33.3%     | 0.0%     | 100.0% |
|                    | % OS | 0.9%         | 1.5%     | 5.9%      | 0.0%     | 1.2%   |
|                    |      | 0            | 1        | 5         | 7        | 13     |
| Persona NB         | % IG | 0.0%         | 7.7%     | 38.5%     | 53.8%    | 100.0% |
|                    | % OS | 0.0%         | 1.5%     | 14.7%     | 10.6%    | 2.6%   |
|                    |      | 335          | 66       | 34        | 66       | 501    |
| Total              | % IG | 66.9%        | 13.2%    | 6.8%      | 13.2%    | 100.0% |
|                    | % OS | 100.0%       | 100.0%   | 100.0%    | 100.0%   | 100.0% |

Nota: NB = no binaria; IG = Identidad de género; OS = Orientación sexual

**Instrumento**

Se diseñó una encuesta *ad hoc* teniendo en cuenta la revisión de la literatura acerca de las variables en estudio (Figar & Dian, 2022; Jennings et al., 2019; Obón-Azuara, et al., 2022; Rahman et al., 2023; Ramsey et al., 2022; Rufino et al., 2018). De los aspectos identificados, sólo se contemplaron los relacionados al dominio de lo sexual y se descartaron los que se vinculaban a cuestiones como el consumo de sustancias, salud mental o diagnóstico de otras enfermedades. La versión prototípica fue enviada a cuatro personas expertas (dos médicas y dos psicólogas, con formación de posgrado, conocimientos sobre sexualidad y experiencia en trabajo clínico con las poblaciones en

estudio) para ejecutar un juicio sobre las preguntas en función de tres criterios: claridad, coherencia y relevancia con respecto a la variable o dimensión que pretendía medir. Este proceso sugirió una serie de modificaciones mínimas en la redacción de algunas preguntas y la eliminación de una de ellas orientada hacia haber vivenciado coerción sexual dado que los/as jueces no la consideraron apropiada para una encuesta de este tipo.

En definitiva, el instrumento de autorreporte quedó compuesto por 25 preguntas divididas en dos apartados:

1 *Datos sociodemográficos*: edad (en años), identidad de género autopercebida (“mujer cisgénero”, “varón transgénero” o “persona no binaria”), orientación sexual (“heterosexual”, “homosexual/lesbiana”, “bisexual”, “pansexual”) y modo de relacionamiento (“monogamia”, “relación abierta”, “relación poliamorosa”, “sin relación afectiva”).

2 *Autocuidado y acceso a la atención en salud sexual*: a) Autocuidado de la salud sexual (factores de riesgo y protectores): La evaluación de este constructo se determinó a partir de la revisión de la literatura previa (Richters, Song, Prestage, Clayton & Turner, 2005). Los principales *factores de riesgo* para las ITS evaluados fueron la edad de iniciación sexual, la condición de practicar actualmente la exclusividad sexual (Sí/No), el tipo de práctica coital en el último año (“sin práctica coital”, “exclusivamente vaginal” o “vaginal y anal”) y la presencia de relaciones sexuales durante la menstruación (Sí/No). Los *factores protectores* contemplados fueron la presencia de información sobre prevención de ITS y fuente de dicha información (“no recibí”, “profesional de la salud”, “internet” o “personas cercanas”) y el uso de preservativo en prácticas coitales durante el último año (“nunca”, “algunas veces”, “siempre”). b) Acceso a la atención en salud sexual: Se consideraron el haber recibido discriminación en servicios de salud (Sí/No y una pregunta abierta sobre el tipo de discriminación), la percepción de preparación del personal (Sí/No y una pregunta abierta sobre el por qué), la realización de chequeos



ginecológicos (Sí/No), tests de ITS (Sí/No) y VIH (Sí/No), así como diagnósticos por ITS (Sí/No y una pregunta abierta sobre cuál fue la ITS diagnosticada).

### **Procedimiento**

La encuesta se diseñó en la plataforma SurveyMonkey®. La misma se distribuyó durante el año 2023 a través de las redes sociales del proyecto @vulvear. Adicionalmente, se solicitó a profesionales de la ciudad que abordaban estas temáticas que compartieran la información en sus redes sociales.

### **Estrategia de análisis de datos**

Se empleó el paquete estadístico SPSS 25. Para calcular diferencias entre los grupos (MCH vs PVRPV) se realizaron comparaciones con el auxilio del estadístico  $t$  de Student, computándose el tamaño del efecto con  $d$  de Cohen. Para el análisis de asociaciones entre variables categóricas se empleó la prueba no paramétrica  $X^2$ , y el coeficiente  $V$  de Cramer se obtuvo para el cómputo de la intensidad de la asociación. En el caso de asociaciones entre atributos con tres o más categorías, se calcularon los residuos estandarizados corregidos y se consideró una diferencia porcentual significativa cuando éstos se encontraron por fuera del rango comprendido entre  $\pm 1.96$  (Haberman, 1978). El nivel de significación  $\alpha$  se estableció en todos los análisis en .05.

### **Accesibilidad a los datos**

Los datos que soportan los hallazgos del presente estudio se encuentran disponibles para el libre escrutinio de la comunidad científica en [https://osf.io/s2r4q/?view\\_only=b8f6d178613a46dd86509b01fe5c84c0](https://osf.io/s2r4q/?view_only=b8f6d178613a46dd86509b01fe5c84c0)

## Consideraciones éticas

La ejecución del estudio se llevó a cabo en un todo de acuerdo con los lineamientos éticos establecidos por la *Asociación Americana de Psicología* y las recomendaciones del CONICET para las investigaciones en las ciencias sociales y humanas (Resolución 2827/06). Se dieron a conocer los objetivos del estudio y se tomaron todos los recaudos necesarios para garantizar el anonimato y la voluntariedad de la participación en el estudio. A su vez, antes de comenzar con la encuesta se pidió a los/as participantes que brindaran su consentimiento informado.

## Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados divididos en dos grandes ejes: autocuidado (factores de riesgo y factores protectores) y acceso a la atención en salud sexual.

En lo que hace a los factores de riesgo (Tabla 2), el grupo conformado por MCH indicó una edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de 16.78 años ( $DT = 2.69$ ) y las PVRPV una media levemente inferior de 16.44 años ( $DT = 2.91$ ). Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $t[496] = 1.30$ ;  $p = .19$ ,  $d = 0.12$ ). Luego, se realizaron comparaciones en relación a la exclusividad sexual. En este caso, se encontró que en el grupo de PVRPV el 55% no practicaba la exclusividad sexual, mientras que en el otro grupo el porcentaje era de 38.6%, lo que indicó una asociación significativa entre ambas variables ( $X^2 [1] = 12.33$ ;  $p < .001$ ,  $V = .15$ ). En cuanto a la relación entre el tipo de práctica sexual y el grupo, el 0.6% de MCH y el 18.9% de PVRPV no habían tenido prácticas coitales en el último año, habían tenido únicamente coito vaginal el 74.1% de las MCH y el 56.2% de las PVRPV, y prácticas vaginales y anales el 25.3% de las MCH y el 24.9% de las PVRPV. La asociación entre ambas variables fue significativa ( $X^2 [2] = 60.73$ ,  $p < .001$ ,  $V = .34$ ), y el análisis de los residuos estandarizados indicó que las PVRPV presentaron un porcentaje mayor en la categoría

relativa a ausencia de prácticas coitales y un porcentaje menor en prácticas exclusivamente vaginales. Además, el 43.1% de las MCH indicó que mantenía prácticas sexuales durante la menstruación en comparación al 56% del otro grupo, siendo esta diferencia porcentual significativa ( $X^2[2] = 6.87; p < .01, V = .12$ ).

Tabla 2

*Tabla de contingencia de frecuencias entre la pertenencia a MCH - PVRPV y los factores de riesgo (n = 501).*

|                         |    | MCH        | PVRPV     | $X^2$ | gl | p      |
|-------------------------|----|------------|-----------|-------|----|--------|
| Exclusividad sexual     | Si | 204(61.4%) | 76(45.0%) | 12.33 | 1  | < .001 |
|                         | No | 128(38.6%) | 93(55.0%) |       |    |        |
| PS durante menstruación | Si | 181(43.1%) | 70(56.0%) | 6.87  | 1  | < .01  |
|                         | No | 137(56.9%) | 89(44.0%) |       |    |        |

*Nota:* MCH = mujeres cis heterosexuales; PVRPV = personas con vulva que mantienen relaciones con personas con vulva; PS = prácticas sexuales; gl = grados de libertad.

En relación a los factores protectores (Tabla 3), se encontraron diferencias en relación al uso de preservativos ( $X^2 [2] = 9.03; p = .01, V = .14$ ). En el grupo de PVRPV el 29.2% nunca lo había utilizado en prácticas coitales, el 42.3% lo hizo algunas veces y el 28.5% siempre. Mientras que, entre las MCH, los porcentajes fueron 20.6%, 57.5% y 21.8%, respectivamente. La inspección de los residuos estandarizados tipificados mostró resultados significativos en los dos primeros casos.

Tabla 3

Tabla de contingencia de frecuencias entre la pertenencia a MCH – PVRPV y los factores protectores (n = 501).

|                       |                      | MCH        | PVRPV     | X <sup>2</sup> | gl | p      |
|-----------------------|----------------------|------------|-----------|----------------|----|--------|
| Uso preservativo      | Nunca                | 67(20.6%)  | 40(29.2%) | 12.33          | 1  | < .001 |
|                       | A veces              | 187(57.5%) | 58(42.3%) |                |    |        |
|                       | Siempre              | 71(21.8%)  | 39(28.5%) |                |    |        |
|                       | No recibió           | 100(30.1%) | 60(35.5%) |                |    |        |
| Información sobre ITS | Profesional de Salud | 103(31.0%) | 47(27.8%) | 2.14           | 3  | > .05  |
|                       | Internet             | 109(32.8%) | 55(32.5%) |                |    |        |
|                       | Personas cercanas    | 20(6.0%)   | 7(4.1%)   |                |    |        |
|                       |                      |            |           |                |    |        |

Nota: ITS = infecciones de transmisión sexual; MCH = mujeres cis heterosexuales; PVRPV = personas con vulva que mantienen relaciones con personas con vulva; gl = grados de libertad.

Por otro lado, se encontró que un 35.5% de las PVRPV indicó no haber recibido información sobre ITS, frente a un 30.1% en el otro grupo. Además, cuando se contemplan las personas que sí habían recibido información sobre ITS, se encontraron porcentajes similares en ambos grupos para la obtención a través de profesionales de la salud (MCH = 31.0%; PVRPV = 27.8%). La fuente de búsqueda de información sobre el tema más frecuente en ambos grupos fue internet (MCH = 32.8%; PVRPV = 32.5%), mientras que el modo de obtener información menos consignado fue el de personas cercanas (MCH = 6%; PVRPV = 4.1%). La asociación entre las variables no fue significativa ( $X^2 [3] = 2.14; p = .54, V = .06$ ).

En cuanto al acceso a la atención en salud sexual (Tabla 4), se encontraron diferencias significativas en torno a las vivencias de discriminación por parte de profesionales de la salud ( $X^2 [1] = 30.56; p < .001, V = .24$ ). En este sentido, el 49.4% de las PVRPV habían

percibido actitudes discriminatorias, en tanto que este porcentaje se situó en 24.7% en el otro grupo. Los motivos de discriminación entre las MCH se orientaron a aspectos tales como la edad de inicio de relaciones sexuales, las prácticas sexuales por fuera de una pareja estable y los métodos de prevención de embarazos no deseados. En cambio, el grupo de PVRPV mencionó cuestiones como la presunción de heterosexualidad y monogamia, cuestionamientos y prejuicios por la orientación sexual o la identidad de género y negación de la atención. En relación a este punto, el 75.3% del grupo conformado por PVRPV sostuvo que los/as profesionales de la salud no tienen la preparación suficiente para abordar la temática de las ITS. Entre las justificaciones brindadas se destacan la ausencia de perspectiva de género y diversidad sexual, la falta de información o actualización sobre salud sexual y prevención de ITS, la irrupción de las creencias individuales en la práctica, así como la escasez de habilidades sociales (empatía, respeto) y comunicacionales (claridad, naturalidad) para el abordaje de este tipo de problemáticas. Si bien entre las PVRPV el porcentaje que señaló la falta de preparación en profesionales de la salud fue mucho mayor al resto (75.7% contra 49.7%), resulta destacable que en ambos grupos los porcentajes son elevados. La diferencia de proporciones entre los mismos señaló una asociación significativa ( $\chi^2 [1] = 31.27; p < .001, V = .25$ ).

Por otra parte, se encontraron diferencias en relación a la realización de chequeos ginecológicos anuales. En este caso, el 82.8% de las PVRPV consignó realizarlo en contraposición al 95.5% del otro grupo ( $\chi^2[1]= 22.34; p < .001, V = .21$ ). En lo que hace a las prácticas de testeos de ITS los resultados indicaron un mayor porcentaje (62.7%) en el grupo de las minorías sexuales (contra un 56.6% para las MCH), aunque esta asociación no resultó significativa ( $\chi^2[1] = 1.71; p = .19, V = .05$ ). La asociación sí alcanzó la significación estadística cuando se tuvieron en cuenta los testeos por VIH ( $\chi^2[1] = 13.99; p < .001, V = .16$ ), existiendo más de un 17% de diferencia en favor de las PVRPV (58% y 40.4%, respectivamente). En relación con el diagnóstico y

tratamiento de ITS, un 16% de las PVRPV y un 22% de MCH indicaron haber recibido un diagnóstico para alguna ITS, siendo la asociación entre los atributos no significativa ( $X^2[1] = 2.53; p = .11, V = .07$ ).

Tabla 4

*Tabla de contingencia de frecuencias porcentuales entre la pertenencia a MCH - PVRPV y el acceso a la atención en salud sexual (n = 501).*

|                                 |    | MCH        | PVRPV      | $X^2$ | gl | $p$    |
|---------------------------------|----|------------|------------|-------|----|--------|
| Discriminación<br>profesionales | Si | 82(24.7%)  | 82(49.4%)  | 30.56 | 1  | < .001 |
|                                 | No | 250(75.3%) | 84(50.6%)  |       |    |        |
| Preparación<br>profesional      | Si | 167(50.3%) | 41(24.3%)  | 31.27 | 1  | < .001 |
|                                 | No | 165(49.7%) | 128(75.7%) |       |    |        |
| Chequeos<br>ginecológicos       | Si | 317(95.5%) | 140(82.8%) | 22.34 | 1  | < .001 |
|                                 | No | 15(4.5%)   | 29(17.2%)  |       |    |        |
| Testeos de ITS                  | Si | 188(56.6%) | 106(62.7%) | 1.71  | 1  | = .19  |
|                                 | No | 144(43.4%) | 63(37.3%)  |       |    |        |
| Testeos de VIH                  | Si | 134(40.4%) | 98(58.0%)  | 13.99 | 1  | < .001 |
|                                 | No | 198(59.6%) | 71(42.0%)  |       |    |        |
| Diagnóstico de<br>ITS           | Si | 73(22.0%)  | 27(16.0%)  | 2.53  | 1  | = .11  |
|                                 | No | 259(78.0%) | 142(84.0%) |       |    |        |

*Nota:* ITS = infecciones de transmisión sexual; MCH = mujeres cis heterosexuales; PVRPV = personas con vulva que mantienen relaciones con personas con vulva; gl = grados de libertad.

Adicionalmente, en la Tabla 5 se observa que las ITS con mayor frecuencia en la muestra total fueron el virus del papiloma humano -VPH- (52.4%), el herpes simple (17.5%) y la clamidia (14.6%). El resto de las ITS diagnosticadas en la muestra (cándida, hongos, tricomonas y vaginosis) presentaron porcentajes inferiores al 10%.

Tabla 5

*Frecuencia absoluta y porcentual de las ITS diagnosticadas en cada grupo (n = 501).*

|           | MCH       | PVRPV     | Total     |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Cándida   | 5(6.6%)   | 1(3.7%)   | 6(5.8%)   |
| Clamidia  | 11(14.5%) | 4(14.8%)  | 15(14.6%) |
| Herpes    | 10(13.2%) | 8(29.6%)  | 18(17.5%) |
| Hongos    | 5(6.6%)   | 0(0.0%)   | 5(4.9%)   |
| VPH       | 42(55.3%) | 12(44.4%) | 54(52.4%) |
| Tricomona | 1(1.3%)   | 1(3.7%)   | 2(1.9%)   |
| Vaginosis | 2(2.6%)   | 1(3.7%)   | 3(2.9%)   |
| Total     | 76        | 27        | 103       |

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo establecer comparaciones entre MCH y PVRPV en lo concerniente a las prácticas de autocuidado y el acceso a la atención en salud sexual. Esta perspectiva de estudio fue motivada tanto por la inexistencia de datos oficiales para los distintos grupos poblacionales que componen las minorías sexuales (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023) como por los vacíos investigativos encontrados en estudios previos (Obón-Azuara et al., 2022).

El primer aspecto abordado fue el autocuidado sexual, entendido como las acciones que las personas realizan en favor de sí mismas para mantener su bienestar. Estas acciones pueden clasificarse en factores de riesgo o protectores para la salud (Ruiz-Aquino et al., 2021). Los hallazgos obtenidos permiten establecer algunas asociaciones de relevancia entre los grupos analizados y algunas variables de interés. En particular, el grupo de PVRPV exhibió mayores porcentajes en formas de relacionamiento donde no existía la exclusividad sexual y prácticas coitales durante la menstruación. En este sentido, un

mayor número de parejas sexuales puede acelerar la propagación de las ITS (Copen, Leichter, Spicknall & Aral, 2019; Pinkerton, Chesson, Crosby & Layde, 2011). Dado que en personas con vulva las mismas suelen presentarse de manera asintomática, es posible que no sepan que están infectadas durante nuevos encuentros sexuales (OMS, 2023). Por su parte, durante la menorrea la vagina se vuelve menos ácida y más alcalina, lo que facilita la supervivencia y reproducción de virus y bacterias en el tracto reproductivo. Además, en este periodo el cérvix se abre para permitir que la sangre fluya desde el útero, facilitando el traslado de los microorganismos hacia la cavidad uterina (Lin, Chen, Cheng & Shen, 2021). Teniendo en cuenta lo anterior, podríamos situar dos factores de riesgo posiblemente incrementados en las PVRPV: mayor presencia de relaciones sexualmente no exclusivas y mayor cantidad de prácticas sexuales durante la menstruación. Cabe señalar que no se indagó en este estudio la cantidad de encuentros sexuales con distintas personas, por lo que no puede asegurarse que la mayor presencia de vínculos sin exclusividad sexual implique en esta muestra mayor cantidad de encuentros sexuales con diferentes personas y, en consecuencia, mayor riesgo.

En lo que hace a las prácticas coitales, se encontró que ambos grupos exhiben porcentajes similares de sexo vaginal y anal. Al respecto, la evidencia actual sugiere que el sexo anal receptivo incrementa el riesgo por encuentro de adquirir algunas de las ITS, como por ejemplo el VIH, en comparación con la actividad vaginal (Stannah et al., 2020). En el grupo de MCH se halló un mayor porcentaje de prácticas exclusivamente vaginales, lo que podría significar un mayor riesgo epidemiológico en tanto se trata de actividades receptivas con una persona con pene. Sin embargo, modelos matemáticos sobre la transmisión de ITS altamente infecciosas (como gonorrea o clamidia) han indicado que sólo la abstinencia de actividad sexual sin protección sería efectiva para su prevención (Pinkerton et al., 2011). Por ello, el preservativo se erige como uno de los principales factores protectores de la salud sexual (OMS, 2023). Al respecto, fueron más



las PVRPV que mantenían prácticas coitales que refirieron nula utilización de este método de barrera. Esto conlleva un gran riesgo dado que los datos locales estiman que el 98% de las nuevas infecciones en mujeres son producto de prácticas sexuales sin protección (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023).

Por su parte, prácticas no coitales como el tribadismo (vulva-vulva), *cunnilingus* (boca-vulva) y *annilingus* (boca-ano) comunes en PVRPV también conllevan riesgos (Schneider, Silenzio & Erickson-Schroth, 2019). A pesar de ello, aún no existen dispositivos para la prevención de ITS durante estas actividades que haya sido desarrollado para este fin y con probada efectividad (Gabini & Cuenya, 2024), lo que podría significar un mayor riesgo para las PVRPV.

El segundo aspecto analizado fue el acceso a la salud sexual en ambos grupos. En este caso, un gran porcentaje de las PVRPV señaló falta de preparación en los profesionales de la salud para abordar temáticas relacionadas a las ITS y, además, indicó haber recibido prácticas discriminatorias en los servicios de salud. Según Munson y Cook (2016) esto se debe a que la salud ha sido vista desde una óptica biomédica heteronormativa y, por lo tanto, las minorías sexuales que integran este grupo resultan invisibilizadas. En conjunto, el prejuicio, la discriminación y el desconocimiento podrían determinar un menor acceso al sistema de salud y a los cuidados preventivos (Rahman et al., 2023; Rufino et al., 2018), así como una menor calidad de atención percibida (Jennings et al., 2019). De allí que los resultados del presente estudio indiquen menores porcentajes de chequeos ginecológicos entre PVRPV. Las vivencias de discriminación o maltrato en servicios de salud podrían desincentivar en las personas de este colectivo la asistencia regular a los mismos. Según nuestro estudio cualitativo (Gabini et al., 2024), las PVRPV señalan al testeo y la consulta médica regular como estrategias alternativas de prevención y tratamiento de ITS que les permiten sortear los obstáculos para el empleo de métodos de barrera. Los contextos de asistencia hostiles o no preparados para las particularidades de esta minoría podrían configurar un obstáculo

estructural para el fortalecimiento de comportamientos de cuidado que compensan sus dificultades para utilizar métodos de barrera.

A pesar de lo anterior, se hallaron asociaciones entre el testeo por VIH y los grupos definidos, pero no así con los testeos por ITS. Los mayores porcentajes en cuanto al testeo de VIH en PVRPV podrían explicarse a partir de tres situaciones. En primer lugar, y tal como se expresó previamente, la inexistencia de métodos de barrera para las prácticas no coitales incentivaría otro tipo de cuidados como el testeo regular (Gabini et al., 2024). En segundo lugar, los testeos de VIH son análisis sencillos, confidenciales y gratuitos que pueden realizarse en centros de testeo u organizaciones no gubernamentales, además de hospitales y sanatorios, lo que permitiría evitar el estigma asociado al VIH presente en el sistema de salud (Arístegui et al., 2014), o incluso sortear potenciales vivencias de discriminación provenientes de agentes de la salud. Finalmente, cabe tener en cuenta que la mayoría de las PVRPV de nuestra muestra pertenecen al colectivo LGBTI, en el que circula mayor cantidad de información relativa al VIH, dado el mayor impacto que esta pandemia ha tenido y continúa teniendo en hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres trans (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023).

Por último, se encontró presencia de distintas ITS en ambos grupos, pero no hubo diferencias porcentuales significativas en cuanto al número de diagnósticos en total o en cada ITS en particular. Estos resultados deben ser analizados a la luz de las posibles limitaciones introducidas por el autorreporte como método para valorarlos. Al respecto, recientemente se ha señalado que las mujeres que tenían sexo con otras mujeres exclusivamente tenían más chances de contraer una vaginosis bacteriana y menos de presentar infecciones por clamidia o enfermedad pélvica inflamatoria que las que sólo se vinculaban con varones. A su vez, las mujeres que tenían vínculos sexuales exclusivos con varones tenían más probabilidades de ser diagnosticadas por sífilis que las que mantenían prácticas sexuales con mujeres y varones (Engel et al., 2022).

En suma, el grupo de PVRPV evaluado posee factores de riesgo incrementados relacionados a la salud sexual y menores factores protectores, lo que configura una situación de inequidad con respecto a las MCH en cuanto al acceso a la salud sexual. Estos resultados invitan a pensar que se trata de una subpoblación a la que se debieran destinar mayores esfuerzos en términos de políticas públicas tendientes a disminuir dicha brecha. En primer lugar, resulta necesario la implementación de programas de capacitación en cuestiones relativas al género y diversidad sexual para todas las personas que integran los servicios de salud. En este sentido, sería deseable fomentar este tipo de formación para profesionales de la salud desde el grado, incluyendo aspectos sobre la prevención de ITS en PVRPV. En conjunto, estas acciones disminuirían los prejuicios y actitudes discriminatorias hacia esta minoría sexual. En segundo lugar, se deberían generar campañas de información y concientización estratégicamente dirigidos a este colectivo para incentivar prácticas de autocuidado como los chequeos ginecológicos periódicos y los testeos para ITS. En tercer lugar, fomentar investigaciones tendientes a generar un método profiláctico de barrera para las relaciones no coitales aceptable o incrementar la usabilidad de los disponibles. Finalmente, cabe señalar que para delinear políticas eficaces en materia de prevención de ITS es necesario contar con mayor información sobre comportamientos sexuales en esta población. Hasta el momento, los estudios previos proponen que el análisis se centre en el tipo de práctica sexual (coital o no), con independencia de la orientación sexual e identidad de género (Rahman et al., 2023; Rufino et al., 2018). No obstante, los hallazgos del presente estudio sugieren que sería importante que esta información se complemente con el tipo de genital de la persona con la que se relaciona (persona con pene, persona con vulva o ambas), del rol que ocupa en las distintas prácticas sexuales (receptivo, insertivo o ambos), el tipo de relacionamiento sexual (exclusivo o no exclusivo), y el uso de métodos de prevención de barrera para las distintas prácticas sexuales (coitales y no coitales).

Este estudio cuenta con limitaciones y fortalezas a destacar. Una de las principales debilidades es el procedimiento empleado para la recolección de los datos. En este sentido, el proceso de validación del instrumento sólo incorporó una evaluación a través de personas expertas con el objetivo de contar con validez de contenido. La aplicación de una prueba piloto y análisis de fiabilidad hubieran permitido fortalecer la validez de los resultados. A su vez, el carácter auto-administrable de las encuestas *online* permite optimizar tiempos, costos y logísticas de implementación, la ausencia de una persona que cumpla el rol de encuestador podría disminuir los estímulos para responder (tasa de respuesta y abandono), sesgando la muestra a favor de la sobrerrepresentación de personas muy motivadas. Por su parte, la forma en la que se difundió el estudio podría acarrear otro sesgo de selección en la muestra, en tanto es probable que las personas participantes se ubiquen en un subgrupo poblacional con acceso a redes sociales y buen grado de interés por la temática, posiblemente sobrerrepresentando en esta muestra a sectores de mayor nivel de educativo y nivel socioeconómico. Futuras investigaciones podrían valorar la opción de prestar mayor atención al proceso de validación de los instrumentos de recolección, así como realizar la toma de datos en la vía pública o en instituciones de salud de distintas zonas de la ciudad que cuenten con información objetiva de las personas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos de ITS), sorteando o disminuyendo los posibles sesgos anteriormente señalados. A pesar de ello, el trabajo exhibe puntos fuertes como la diversidad muestral al incorporar mujeres cis, varones trans y personas no binarias. A su vez, posee valor potencialmente aplicado, en tanto la detección de las particularidades del acceso a la salud y las prácticas de autocuidado en PVRPV permite diseñar y reorientar políticas públicas tendientes a disminuir las inequidades en lo que hace a la salud sexual, extendiendo el acceso pleno a una salud sexual integral a subgrupos y colectivos históricamente soslayados.

## Conclusiones

El autocuidado sexual y el acceso a la salud son dos pilares a la hora de pensar el bienestar de las personas. Sin embargo, en grupos poblacionales como las minorías sexuales se deben atender algunas cuestiones específicas. Particularmente, las PVRPV presenten una serie de factores de riesgo a atender (número de relaciones sexuales no exclusivas, prácticas sexuales durante la menstruación, menor uso de preservativos en prácticas coitales, ausencia de métodos de barrera en prácticas no coitales); así como ciertas barreras en lo que hace al acceso a la salud sexual (discriminación, baja percepción de preparación en el personal y chequeos ginecológicos).

## Referencias

- Arístegui, I., Dorigo, A., Bofill, L., Bordatto, A., Lucas, M., Cabanillas, G. F., ... & Jones, D. (2014). Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actualizaciones en SIDA e Infectología*, 22(86), 1-14. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751985/>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Copen, C. E., Leichliter, J. S., Spicknall, I. H., & Aral, S. O. (2019). Sexually transmitted infection risk reduction strategies among US adolescents and adults with multiple opposite-sex sex partners or perceived partner nonmonogamy, 2011–2017. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(11), 722-727. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001067>
- Engel, J. L., Fairley, C. K., Greaves, K. E., Vodstrcil, L. A., Ong, J. J., Bradshaw, C. S., ... & Chow, E. P. (2022). Patterns of sexual practices, sexually transmitted infections and other genital infections in women who have sex with women only

- (WSWO), women who have sex with men only (WSMO) and women who have sex with men and women (WSMW): Findings from a sexual health clinic in Melbourne, Australia, 2011–2019. *Archives of Sexual Behavior*, 51(5), 2651-2665. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02311-w>
- Figar, W., & Dain, S. (2022). Health-related risk factors for women who have sex with women. *Science Insights*, 40(4), 469-474. <https://doi.org/10.15354/si.22.re032>
- Gabini, S., & Cuenya, L. (2024). Métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual: Una perspectiva histórica y sexogenérica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353522>
- Gabini, S., Castro, L., Coldeira, M. F., & Cuenya, L. (2024). Percepción de riesgo, prevención de ITS y aceptabilidad de métodos de barrera en prácticas sexuales entre personas con vulva. *Población y Sociedad*. Avance de publicación online. Recuperado de <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/libraryFiles/downloadPublic/129>
- González Ortuño, G. (2016). Teorías de la disidencia sexual: de contextos populares a usos elitistas. La teoría queer en América Latina frente a las y los pensadores de disidencia sexo genérica. *De Raíz Diversa. Revista Especializada en Estudios Latinoamericanos*, 3(5), 179-200. Recuperado de <https://www.aacademica.org/ga.ortuno/4>
- Haberman, S. J. (1978). *Analysis of Qualitative Data*. Academic Press
- Jennings, L., Barcelos, C., McWilliams, C., & Malecki, K. (2019). Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Preventive Medicine Reports*, 14, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100864>

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada. Recuperado de [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps\\_media/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf)
- Lin, Y. P., Chen, W. C., Cheng, C. M., & Shen, C. J. (2021). Vaginal pH value for clinical diagnosis and treatment of common vaginitis. *Diagnostics*, 11(11), 1-12. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11111996>
- McClelland, R. S., Lingappa, J. R., Srinivasan, S., Kinuthia, J., John-Stewart, G. C., Jaoko, W., ... & Fredricks, D. N. (2018). Evaluation of the association between the concentrations of key vaginal bacteria and the increased risk of HIV acquisition in African women from five cohorts: a nested case-control study. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(5), 554-564. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30058-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30058-6)
- Ministerio de Salud de la República Argentina. (2023). *Boletín N° 40. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina*. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-40-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
- Munson, S., & Cook, C. (2016). Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3497-3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>
- Obón-Azuara, B., Vergara-Maldonado, C., Gutiérrez-Cía, I., Iguacel, I., & Gasch-Gallén, Á. (2022). Lagunas en la investigación sobre salud sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres. Una revisión sistemática exploratoria. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 439-445. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.008>
- OMS. (2023, julio). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

- Pinkerton, S. D., Chesson, H. W., Crosby, R. A., & Layde, P. M. (2011). Linearity and nonlinearity in HIV/STI transmission: Implications for the evaluation of sexual risk reduction interventions. *Evaluation review*, 35(5), 550-565. <https://doi.org/10.1177/0193841X11432196>
- Rahman, M., Fikslin, R. A., Matthews, E., Vazquez Sanchez, M. A., Ahn, G. O., Kobrak, P. H., ... & Golub, S. A. (2023). Exploring factors affecting patient-provider interactions and healthcare engagement among a diverse sample of women who have sex with women in New York City. *Archives of Sexual Behavior*, 52(2), 833-849. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02478-2>
- Ramsey, Z. S., Davidov, D. M., Levy, C. B., & Abildso, C. G. (2022). An etic view of LGBTQ healthcare: Barriers to access according to healthcare providers and researchers. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 34(4), 502-520. <https://doi.org/10.1080/10538720.2022.2042452>
- Richters, J., Song, A., Prestage, G., Clayton, S., & Turner, R. (2005). *Health of lesbian, bisexual and queer women in Sydney: The 2004 Sydney Women and Sexual Health survey*. Sydney : National Centre in HIV Social Research, The University of New South Wales. Recuperado de <https://unsworks.unsw.edu.au/entities/publication/b7b8b1b4-1b96-4da4-92b5-7707ac612a6d/full>
- Rufino, A. C., Madeiro, A., Trinidad, A., Santos, R., & Freitas, I. (2018). Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(4), 1-11. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400005>
- Ruiz-Aquino, M., Dávila, J. E., & Solis, W. E. H. (2021). Conductas de autocuidado de la salud en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *SociaLium*, 5(1), 261-276. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.1.830>



Schneider, J. S., Silenzio, V. M., & Erickson-Schroth, L. (Eds.). (2019). *The GLMA Handbook on LGBT Health*. New York : Bloomsbury.

Stannah, J., Silhol, R., Elmes, J., Owen, B., Shacklett, B. L., Anton, P., ... & Boily, M. C. (2020). Increases in HIV incidence following receptive anal intercourse among women: A systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 24, 667-681. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02651-0>

Venegas, C., Lizarrague, J., Olivares, C., Alarcón, P., Escobar, M., & Bernales, T. (2022). Obstáculos y facilitadores para el uso de métodos de barrera para la transmisión de VIH/SIDA. *Revista Médica de Chile*, 150(3), 295-301. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000300295>

### **Declaración de contribución de los autores**

SG contribuyó al diseño e implementación de la investigación, SG y LC al análisis de los resultados y a la escritura del manuscrito.

### **Disponibilidad de datos**

Se encuentra explicitado en la página 10 del manuscrito: Los datos que soportan los hallazgos del presente estudio se encuentran disponibles para el libre escrutinio de la comunidad científica en [https://osf.io/s2r4q/?view\\_only=b8f6d178613a46dd86509b01fe5c84c0](https://osf.io/s2r4q/?view_only=b8f6d178613a46dd86509b01fe5c84c0)

### **Editor/a de sección**

La editora de sección de este artículo fue Gabriela Fernández Theoduloz.

ORCID ID: 0000-0002-9225-060X

## Formato de citación

---

Gabini, S. y Cuenya, L. (2024). Autocuidado y atención en salud sexual de mujeres cis heterosexuales y personas con vulva que tienen relaciones sexuales con otras personas con vulva: Un estudio comparativo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 14(2), e1427. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v14.n2.7>

---