



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Prácticas sexuales de mujeres con Virus del Papiloma Humano:
experiencias y significados

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE ▾

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA ▾

P R E S E N T A (N)

Karen Ivette Gutiérrez Serrano

Director: ▾

Dr. ▾

José Salvador Sapién López

Dictaminadores:

Dra. ▾

Diana Isela Córdoba Basulto

Lic. ▾

Pablo Morales Morales



Los Reyes Iztacala, Edo de México,

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A aquella bella mujer que me dio la vida, que lamentablemente no se encuentra en el plano terrenal, pero sí en el espiritual.

A ti este trabajo dedico, por ser mi eje de vida, por decirme que podía lograr cuanto yo me propusiera.

AGRADECIMIENTOS

A todos ustedes por confiar en mí.

A mi madre por impulsarme a cumplir todas mis metas, por inalcanzables que parecieran.

A mi padre por aquellas largas pláticas sobre psicología que me hacían reflexionar y sobre todo reafirmar mi pasión por la carrera que decidí compartir con él.

A mi hermana por tomar las riendas de la familia, brindarme cada frase de apoyo, cada abrazo de aliento, por todos sus regaños y consejos, que hoy en día me han llevado a culminar este grato logro, creo que no te lo he dicho pero estoy muy orgullosa de ser tu hermana, infinitamente gracias por todo lo que has hecho por mí.

A mi hermano por cuidarme como lo hace un hermano mayor, por tratarme como su princesa, apoyarme en cada paso que yo emprendía, confiando en mí, alentándome a concluir cada meta que me proponía, quitando del camino esos baches que me impedirían continuar, por ser mi guerrero.

A mis sobrinos por devolverme la alegría y sonrisa con cada detalle.

A mis tíos y primos que en silencio me decían continúa, no te detengas, sabiendo que podría lograrlo.

A mi abuelito por ser el motor de la familia y un guerrero a imitar.

A ti, mi amigo, que me acompañaste en estos cuatro años de carrera, que confiaste en mí, que me alentabas a seguir, gracias piedra, por ese sendero de vida compartido.

A ti amor porque con tu presencia me haces sentir tu confianza y apoyo para seguir adelante.

Al grupo GESSEX por la oportunidad de formar parte de él y la constante retroalimentación para hacer de esto, algo grande.

ÍNDICE

RESUMEN	1
Capítulo 1	
INTRODUCCIÓN	2
Capítulo 2	
METODOLOGÍA	21
Capítulo 3	
RESULTADOS	28
Capítulo 4	
DISCUSIÓN	67
Capítulo 5	
CONCLUSIÓN	82
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXO	89
CONSENTIMIENTO INFORMADO	90
GUÍA TEMÁTICA	91

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). La metodología de investigación fue cualitativa. Participaron siete mujeres, mayores de edad, con antecedentes de VPH, a quienes se les hizo una entrevista semiestructurada. Se analizaron sus discursos y se definieron categorías y subcategorías, empleadas como rubros para organizar los hallazgos. Se encontró que las mujeres inician su vida sexual alrededor de los 17 años de edad, con el uso del condón como método anticonceptivo. Una vez establecida la confianza con la pareja, o por momentos de pasión, dejan de exigir el preservativo, lo que hace riesgosas sus prácticas sexuales. Las visitas al ginecólogo se dan años después de haber iniciado la vida sexual en pareja, los principales motivos son constantes infecciones vaginales y presencia de condilomas genitales. Una vez diagnosticado el VPH, presentan emociones de enojo, frustración y venganza, y en automático señalan a la pareja sexual que, sospechan, les propició la enfermedad, suspendiendo por completo la actividad sexual en este tiempo. Por lo general, buscan espacios médicos privados, por el mejor trato y atención que reciben allí. Son sometidas a procedimientos quirúrgicos (crioterapia y conización de cérvix) que a veces alteran su área genital, dejándoles secuelas para futuros encuentros sexuales. Prefieren mantener reducido el número de personas que conozcan su padecimiento para evitar ser discriminadas o juzgadas. Cuando reciben el alta médica y pueden continuar su vida sexual en pareja, hay quienes la terminan por completo o exigen a la pareja la realización de estudios para evitar volver a padecer la enfermedad; si se trata de una nueva pareja le ocultan la enfermedad por miedo a la discriminación. Conforme pasa el tiempo la incomodidad va disminuyendo al tener relaciones sexuales, pero se saben portadoras del VPH. Se concluye que las mujeres se empoderan al saberse portadoras de VPH y modifican radicalmente sus prácticas sexuales ante la pareja, buscando proteger su salud mediante el uso del condón y la adopción de la posición del misionero como práctica sexual principal.

Palabras clave: mujeres, virus del papiloma humano, prácticas sexuales, experiencias y significados.

1. INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo se ha intentado dar explicaciones a las diferentes concepciones de los roles humanos, llámese hombre o mujer y sus múltiples diferencias tanto externas como internas, lo cual se ha intentado manejar desde diferentes posturas, pero la principal ha sido la perspectiva de género.

Desde el punto de vista de Cazés (2000) la perspectiva de género surge en la segunda mitad del siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales, particularmente de la Teoría de género. Dicha perspectiva responde a la necesidad de abordar de manera integral, histórica y dialéctica, la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros y de los particulares, en la organización patriarcal de la sociedad. Siendo el feminismo el cual originó la formulación y el desarrollo de la perspectiva de género, como parte sustantiva de la respuesta histórica a la opresión que dicho género sufría en aquél entonces.

Se denomina perspectiva de género a la visión explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de géneros, el cual, se construye como una crítica de la sexualidad, de la cultura y de la organización política de la sociedad. Contempla a las personas como sujetos sociales, históricos y genéricos involucrados de manera protagónica en los procesos de construcción del conocimiento, de desarrollo de la cultura y de continuación de la vida social (Cazés, 2000).

Se asume la perspectiva de género como una categoría analítica de tipo relacional que busca dar cuenta de la interacción entre mujeres y hombres, pero también de las mujeres y hombres entre sí (Oliveira y Ariza, 1999, citado en Villaseñor, Contreras, Barraza, Cardiel y Romero, 2008), categoría que además de permitir hacer visibles las desigualdades, posibilita la operacionalización del análisis crítico y la fundamentación de la acción social (Salles, 1996, citado en Villaseñor y cols., 2008).

La disciplina que primero utilizó la categoría género para establecer una diferencia con el sexo fue la psicología, en su vertiente médica. Robert Stoller (*Sex and Gender*, 1968, citado en Lamas, 1995) estudió los trastornos de la identidad sexual, examinando casos en los que la asignación de sexo falló, y... que las características externas de los genitales se prestaban a confusión. Tal es el caso de niñas cuyos genitales externos se han masculinizado, por un síndrome adrenogenital; o sea, niñas que, aunque tienen un sexo genético (xx), anatómico (vagina y clítoris) y hormonal femenino, tienen un clítoris que se puede confundir con pene. En los casos estudiados, a éstas niñas se les asignó un papel masculino; y éste error de rotular a una niña como niño resultó imposible de corregir después de los primeros tres años de edad. La persona en cuestión retenía su identidad inicial de género pese a los esfuerzos por corregirla. También hubo casos de niños genéticamente varones que, al tener un defecto anatómico grave o haber sufrido la mutilación del pene, fueron rotulados provisoriamente como niñas, de manera que se les asignó esa identidad desde el inicio, y eso facilitó el posterior tratamiento hormonal y quirúrgico que los convertiría en mujeres. Esos casos hicieron suponer a Stoller que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a los hombres o las mujeres. Y concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Desde ésta perspectiva psicológica, el género, es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

a) La asignación (rotulación, atribución) de género. El género es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado, en el cuál se han establecido dos categorías: masculino y femenino (Scott, sin año, citado en Lamas, 1995), éstos, han sido socioculturalmente contruidos, pues la primera asignación de género se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. Hay veces que dicha apariencia está en contradicción con la carga cromosómica, y si no se detecta ésta contradicción,

o se prevé su resolución o tratamiento, se generan graves trastornos (Lamas, 1995).

b) La identidad de género. Se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde dicha identidad, el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos o actitudes de "niño" o de "niña", comportamientos, juegos, etcétera. Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias. Es usual ver a niños rechazar algún juguete porque es del género contrario, o aceptar sin cuestionar ciertas tareas porque son del propio género. Una vez asumida la identidad de género, es casi imposible cambiarla.

c) El papel de género. Se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino, el género no sólo identifica a los individuos como hombres o mujeres sino que los sitúa en un contexto de relaciones a partir del cual se perciben y se definen, y que a la vez son determinados y normados por otros (Lamas, 1995a; Lamas, 1995b; Salles, 1996, citado en Villaseñor y cols., 2008), lo cual constituye un principio de organización social que impone un orden mediante códigos de comportamiento sobre los cuales se espera que los individuos, hombres y mujeres, estructuren sus vidas o cuando menos su definición de lo normativo y de lo "normal" (Smith-Rosemberg, 1991, citado en Villaseñor y cols., 2008). Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta al nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales, establece estereotipos rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Lamas, 1995).

Lo que el concepto de género ayuda a comprender es que muchas de las cuestiones que pensamos que son atributos "naturales" de los hombres o de las mujeres, en realidad son características construidas socialmente, que no tienen relación con la biología. El trato diferencial que reciben niños y niñas, sólo por pertenecer a un sexo, va generando una serie de características y conductas diferenciadas. Un ejemplo de esto es la espléndida investigación del Dr. Walter Mischel, de la Universidad de Stanford, California (citado en Lamas, 1995). El Dr. Mischel convenció al cunero de un hospital cercano a la universidad de participar en un experimento de psicología social. Se trataba de que grupos de estudiantes, profesionistas y gente común (electricistas, secretarias, choferes, etc.) pasaran un rato observando a los bebés recién nacidos y apuntaran sus observaciones. Durante más de seis meses todo tipo de personas, de distintas formaciones, niveles socioeconómicos y pertenencias culturales estuvieron observando a los bebés del cunero. Las enfermeras tenían la consigna de, cuando iba a llegar un grupo observador, ponerles cobijitas rosas a los varones y azules a las niñas. Los resultados de la observación fueron los esperados. Los observadores se dejaron influir por el color de las cobijas y escribieron en sus reportes: "es una niña muy dulce", cuando era varón; "es un muchachito muy dinámico", cuando era niña. El género de los bebés fue lo que condicionó la respuesta de las personas.

A partir de poder distinguir entre el sexo biológico y lo construido socialmente es que se empezó a generalizar el uso de género para hacer referencia a muchas situaciones de discriminación de las mujeres, que han sido justificadas por la supuesta anatomía diferente, cuando en realidad tienen un origen social. Si bien las diferencias sexuales son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, ésta asignación no se desprende "naturalmente" de la biología, sino que es un hecho social. Para poner un ejemplo sencillo, pero ilustrativo: la maternidad sin duda juega un papel importante en la asignación de tareas, pero no por parir hijos las mujeres nacen sabiendo planchar y coser. Y mucha de la resistencia de los hombres a planchar o coser, y al trabajo "doméstico", en general, tiene que ver con que se lo conceptualiza como un trabajo "femenino". En casos de necesidad, o por

oficio, como el de sastre, los hombres cosen y planchan tan bien como las mujeres.

La categoría de género comprende la condición femenina y masculina y la situación de las mujeres y de los hombres, permitiendo comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en especialización vital a través de la sexualidad (Lagarde, 1996).

Es por ello que es de vital importancia que se haga una segmentación entre sexo y sexualidad, aunque suena como dos palabras que significan lo mismo, sabemos que son significados un tanto opuestos. El sexo hace referencia a la parte genital del cuerpo, la que por fecundación nos fue asignada por el espermatozoide, y fue confirmada en el nacimiento, dicha referencia deja claramente marcado lo que representa a los hombres, como el tener pene y testículos, a diferencia de la mujer que cuenta con vagina y ovarios. Por otra parte la sexualidad es comprendida en distintas formas por diferentes personas. La sexualidad se relaciona con el género, entendido como una construcción simbólica establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual (Valdés, Sapién y Córdoba, 2003). Algunas personas ven la sexualidad como un 'impulso' o 'instinto' esencial o biológico. Otras la consideran, al igual que el género, como construida social, cultural e históricamente por las relaciones de poder, incluidas las relaciones de poder de género. Muchas personas asumen una posición en algún punto entre éstas dos perspectivas (Esplen, 2007).

De acuerdo con Lagarde (1997) la sexualidad es entendida como un conjunto de experiencias atribuidas al sexo y definidas por éste, el cual es determinado a su vez por la cultura. La sexualidad va más allá del cuerpo y del individuo, es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales, es el erotismo, la maternidad, el placer, etc., así como los sistemas de representaciones simbólicas y subjetivas.

Se han realizado múltiples investigaciones sobre sexualidad, en las cuales se ha encontrado que las mujeres vinculan su sexualidad con el otro, se les ha educado para que complazcan y den placer y no para que experimenten su propio placer o ser complacidas (Toro, 1986, citado en Valdés y cols., 2003). Se ha reportado que existe una relación entre la satisfacción sexual y la masturbación, en donde las mujeres que la practican muestran mayor autoestima, deseo sexual y necesitan menos tiempo para la excitación, (Farley, 1999; Jaramillo, 1986 y Toro, 1986, citado en Valdés y cols., 2003).

En la investigación realizada por Valdés y colaboradores (2003) sobre la satisfacción sexual en hombres y mujeres, se encontró que los hombres asignan mayor importancia al orgasmo, aunque algunos no tienen idea de cómo es, pues lo relacionan con la eyaculación, las mujeres no valoran y mucho menos recurren a las prácticas sexuales, lo que influye en un menor disfrute de sus relaciones. En el aspecto amoroso las mujeres mencionaron más satisfacción en una relación sexual cuando el amor está de por medio, ambos aportaron que es el hombre el que tiene la iniciativa para la iniciación de un encuentro sexual, mientras que las mujeres fungen como colaboradoras. El aspecto estético corporal suele ser importante sólo para los hombres, las mujeres sufren timidez al momento de desnudarse, los hombres demuestran más interés en obtener conocimientos y experiencias sexuales, lo cual tiene relación con la aceptación que se le da a que el hombre sepa más, así mismo demuestran más erotismo, por otra parte la educación sexual que reciben ambos géneros es escasa y con muchas dudas pues en ocasiones están mal informados, por lo cual indagan en libros o en relatos de amistades, ya que la escuela es en muchas ocasiones la única fuente de información sobre sexualidad (Stern, Fuentes, Lozano y Reysoo, 2003).

El estudio de los temas de sexualidad se ha investigado desde algunas ramas de la psicología, con sus diferentes enfoques, para la realización de este estudio me basaré desde la perspectiva de salud.

La Psicología de la Salud es una rama de la Psicología, que busca la aplicación de la ciencia psicológica a diversas prácticas relevantes para la

salud, con un interés particular tanto en las personas que enferman como en las que permanecen sanas. Parte de una perspectiva positiva de la salud e implica tanto la promoción de la salud como el tratamiento de la enfermedad, actualmente se ha encargado de prestar atención a los problemas de salud sexual en la realización de investigaciones que permiten nuevas estrategias de intervención para problemáticas sexuales.

Es sabido que durante muchos años las mujeres han sido víctimas de abusos sexuales, en el entendido de que se les percibe como objetos de reproducción ignorando o dejando de lado su goce ante el coito. Tras la colocación del derecho universal a la salud reproductiva, las mujeres importarían como seres humanos, ya no sólo sus úteros y ovarios o la regulación de su capacidad de procreación (Espinosa y Paz, 2004). Lo que las orilló a una nueva problemática, pues las prácticas sexuales que mantienen son de alto riesgo pues ante su sumisión, falta de poder, opinión y desconocimiento para la utilización de anticonceptivos deja a la deriva el propio cuidado de su cuerpo respecto a las múltiples enfermedades transmisibles.

Las enfermedades transmisibles son un grave problema de salud pública (Nava, Ávila, Casanova y Lartigue, 2004) pues siguen siendo la causa más frecuente de muerte en el mundo hoy en día (Hartigan, 2001). El comportamiento sexual es una variable directa en el riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual junto con factores como edad de inicio de la vida sexual, cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, tener relaciones sin protección y sexo comercial. También se asocian otros factores como migración uso de drogas lícitas e ilícitas y prácticas sexuales diversas, así como la falta de educación sexual y de una cultura de prevención (Nava y cols., 2004).

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician las infecciones de transmisión sexual, pues la población adolescente requiere información, respeto y acceso a servicios, de manera que

pueda ejercer su autonomía y gozar de una vida sexual placentera, sana y responsable (Espinosa y Paz, 2004).

El gran obstáculo estructural para la erradicación de las enfermedades infecciosas es la pobreza. El 47.3% de todas las muertes debidas a enfermedades transmisibles se producen en el 20% más pobre de la población mundial, constituyendo las mujeres el 70% de dicha población (Hartigan, 2001). Entre sectores pobres es más promovida la operación femenina que la vasectomía, por lo cual la demanda de métodos anticonceptivos no es cubierta entre mujeres jóvenes, sin instrucción, rurales e indígenas y en entidades pobres y marginadas del centro, sur y sureste del país (Espinosa y Paz, 2004). Los estereotipos de género continúan dominando la investigación y el control de las enfermedades transmisibles e impidiendo el progreso hacia la equidad en la salud y la eficacia de los programas de salud (Hartigan, 2001). Tanto que los programas de los servicios de salud han marginado a los varones de la responsabilidad de ser portadores de dichas enfermedades (Espinosa y Paz, 2004).

La doble moral de la sociedad, al tolerar que los hombres tengan múltiples parejas sexuales, con la expectativa de que sepan más del sexo, los coloca en riesgo a ellos y a sus parejas (Nava y cols., 2004). La transmisión de la enfermedad está vinculada con el ejercicio de la sexualidad y la pareja como posible vector de transmisión. El sistema biomédico le quita la carga de transmisión al varón, con la justificación de que no hay manera de comprobar que haya sido él el portador. La infidelidad masculina dificulta un acercamiento más certero a la enfermedad que permita disminuir la exposición al riesgo en la salud de las mujeres, la infección en la pareja de la mujer es subestimada (Luna y Sánchez, sin año).

En la Ciudad de México, la edad promedio de iniciación sexual difiere para hombres y mujeres, parece estar sucediendo cada vez más tempranamente, los varones tienen su primera relación sexual alrededor de los 15.8 años, mientras que las mujeres cerca de los 17. Este encuentro no es planeado razón por la cual no utilizan prevención alguna contra el embarazo o

las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Amuchástegui, 1996). El número de parejas sexuales durante la vida es muy contrastante entre las mujeres y los hombres, en ellas la media es de 2, mientras que en los hombres es de 7 (Nava y cols., 2004).

Las mujeres creen que la fidelidad a la pareja del momento, así sea por un periodo corto, las protege de la infección. Dejan de usar el preservativo cuando se involucran emocionalmente con la pareja, aunque la relación sea breve (Da Silva y Giménez, 2005).

En un estudio realizado por Nava y colaboradores (2004), en el cual entrevistaron a 175 mujeres embarazadas que acudían a control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), encontraron que cuatro de cada cinco mujeres padecían el virus del papiloma humano y el virus de inmunodeficiencia humana. La mitad de las mujeres manifestaron no hacer uso del condón masculino en sus relaciones vaginales, orales y anales. Por lo que las infecciones dependían en gran medida de los comportamientos sexuales de sus parejas.

Unas de las principales enfermedades transmisibles que afecta en mayor cantidad a las mujeres y hombres año con año es el virus del papiloma humano (VPH). Hace más de 50 años que el (VPH) fue identificado, y a finales de la década de los ochenta la ciencia encontró su cercana relación con el cáncer cervicouterino, que hoy es la primera causa de muerte femenina por cáncer en el mundo (De acuerdo con reportes del Colegio Mexicano de Especialidades en Ginecología y Obstetricia –Comego-, cada dos horas una mujer fallece en México a causa de cáncer en el cuello uterino) (Díaz, 2008).

El VPH es más común de lo que muchos imaginamos, y muchos de nosotros estamos expuestos a padecerlo: según la estimación del sector salud, el 50 por ciento de las mujeres y hombres sexualmente activos se infectarán con el VPH durante su vida. Y si bien la gran mayoría de los contagios resultan por contacto sexual, se sabe que hasta un 10 por ciento ocurren a través de objetos contaminados, en las revisiones médicas con instrumentos infectados o

hasta en baños públicos, ya que el virus fuera de las células puede permanecer vivo hasta 72 horas (Díaz, 2008). Las infecciones genitales por el VPH son poco comunes en las mujeres que reportan no haber tenido relaciones sexuales anteriormente y se presentan en menos de un 2% de ésta población (Departamento de Servicios Humanos y de Salud USA, 2007).

Se calcula que la proporción de personas que presenten la infección por el VPH en la población femenina es de un 10% en los países desarrollados y un 15% en los países en vías de desarrollo, estos datos se obtuvieron mediante técnicas de detección del material genético del virus llamada “Reacción en cadena de la polimerasa” o PCR.

En la mayoría de los casos, las infecciones por el VPH son asintomáticas, transitorias y desaparecen sin tratamiento. Sin embargo, en algunas personas, las infecciones por el VPH provocan la aparición de verrugas genitales, anomalías en las pruebas de Papanicolaou, en raras ocasiones, cáncer de cuello uterino. Únicamente alrededor de un 10% de las mujeres infectadas por el VPH padecerán de infecciones persistentes por el VPH. Las mujeres con una infección persistente por el VPH de alto riesgo corren el mayor riesgo de presentar precursores de cáncer de cuello uterino de alto grado y cáncer. No está bien definido el riesgo de padecer de displasia moderada a displasia avanzada o lesiones de neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 o 3. Sin embargo, el riesgo es mayor que el de las mujeres cuyas infecciones desaparecen espontáneamente (Departamento de Servicios Humanos y de Salud USA, 2007).

Los papilomavirus son pequeños virus de DNA, de doble cadena, cuya actividad transformante se explica principalmente por la actividad de sus oncoproteínas E6 y E7. Se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. Todos los papilomavirus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros más importantes son los papilomavirus Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los VPH que infectan el área genital pertenecen al género Alpha (α). El papilomavirus 16 es el más prevalente de

los VPH oncogénicos, siendo el responsable de más de la mitad de los tumores (Lizano, Carrillo y Contreras, 2009) Las infecciones por el VPH 16 tienden a persistir más tiempo que las infecciones por otros tipos de VPH, pero en su mayoría son indetectables durante los primeros 2 años (Departamento de Servicios Humanos y de Salud USA, 2007).

Más de 40 tipos infectan las superficies mucosas, incluido el epitelio anogenital (por ejemplo, el cuello uterino, la vagina, la vulva, el recto, la uretra, el pene y el ano). Para la mayoría de estos tipos de VPH, existen suficientes datos para clasificarlos como tipos de “alto riesgo” (por ejemplo, oncogénicos o asociados con el cáncer) y tipos de “bajo riesgo” (por ejemplo, no oncogénicos) (Departamento de Servicios Humanos y de Salud USA, 2007).

En un estudio de prevalencia del VPH en cáncer del cuello uterino coordinado por la Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (AIIC) se reportó la presencia de ADN del VPH en más del 93% de los tumores a través de pruebas de PCR (reacción en cadena de la polimerasa), capaces de identificar más de 25 tipos del virus del papiloma, sugiriendo que 5% o menos de los cánceres del cuello uterino probablemente son verdaderos tumores que no involucra al VPH. Por lo que se considera a la infección por éste virus como el factor de riesgo más importante para padecer cáncer de cérvix. Los tipos de VPH más comúnmente detectados fueron: el 16 (50%), el 18 (12%), el 45 (8%), y el 31 (5%).

El cáncer cervicouterino es una enfermedad neoplásica¹ maligna, originada en el cuello del cérvix. En México en el 2002 se presentaron 12, 512 nuevos casos de cáncer cervicouterino, de los cuales el 46% (5,777) terminaron en decesos, ocupando el 16.6% con respecto a otros cánceres, lo que implica que es la primer causa de muerte entre las mujeres mexicanas. Éste cáncer es 100% prevenible y curable, en cualquiera de sus grados, si se

¹ Término para designar una masa anormal de tejido provocada porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior al normal, pueden ser benignas (se extienden solo localmente) y malignas (se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia).

detecta a tiempo mediante la prueba del Papanicolaou (Luna y Sánchez, sin año).

La prevención del cáncer cervicouterino, precedido por el virus del papiloma humano y transmitido generalmente por hombres con múltiples parejas, demanda una mayor cobertura del Papanicolaou para detectar los casos positivos que requieren de tratamiento y con ello brindar mayor información a la población sobre acciones preventivas y fomentar una cultura de respeto y cuidado tanto en mujeres y varones, hacia sí mismo y hacia su pareja (Espinosa y Paz, 2004).

El Papanicolaou (PAP) es un estudio al microscopio de las células exfoliadas del aparato genital femenino, el cual permite detectar las lesiones pre-malignas y malignas incipientes antes de la ocurrencia de los síntomas y en etapas cien por ciento curables, con medidas terapéuticas menores. Junto con el PAP se utiliza otro método clínico, la colposcopia, la cual con ayuda de aparatos monoculares permite visualizar imágenes en aumento del cérvix, estas imágenes se enriquecen con la solución yodo-yodurada que permiten visualizar las estructuras normales y detectar patologías (Graham, 1959). Una vez que con el papanicolaou y la colposcopia se tiene la sospecha de que la paciente porta el VPH, algunos médicos han optado por realizar biopsias para confirmar el resultado. La biopsia es la extracción de una pequeña parte del tejido a estudiar, la biopsia cervical se efectúa con la tinción de hematoxilina y eosina, para poder manifestar o no el diagnóstico de una neoplasia intraepitelial del cuello uterino o mejor conocida como NIC (Curiel, 2007).

Para que ésta enfermedad pueda ser detectada a tiempo es necesario una visita al médico ginecólogo, lamentablemente el temor, el pudor y la vergüenza de las mujeres de nuestra sociedad a ser vistas o tocadas en partes corporales cargadas de significación sexual (senos, piernas, glúteos, pubis, periné, ano, vagina) pueden dar pauta a que se pospongan las visitas ginecológicas (Galván, Córdoba y Sapién, 2005).

La necesidad de iniciar una búsqueda por parte de las mujeres está sujeta a la dinámica Acción – Reacción: si se tienen relaciones sexuales (inicio o reinicio) y luego se presentan molestias, entonces se vincula el contagio a dicha relación, por el contrario si la actividad sexual de la pareja ha cesado no hay una necesidad imperante de atenderse puesto que no se vincula con el ejercicio de la sexualidad. De ésta forma la visión social del cáncer cervical encuadra con las explicaciones sobre las causas de las enfermedades femeninas, esto es: desconocimiento, ligada a la higiene, a factores externos, a falta de autocuidado en el propio cuerpo, a la alimentación, a la pareja, el estilo de vida y el descuido de las normas culturales.

Un punto importante a tratar es la forma en la que se brinda la información acerca del VPH, pues de ello puede depender de cómo lo signifique la mujer, en un estudio realizado por Wiesner, Acosta y Díaz (2009), demostraron con una comparativa entre médicos generales y ginecólogos, que cuando una mujer recibe el resultado positivo ante una ITS genera sentimientos de ansiedad, rabia, vergüenza y dolor, lo cual se relaciona por la forma en la que se les brinda el resultado. Los médicos generales hicieron énfasis en “dosificar” la información y adecuarla a las características de la mujer, la mayoría de ellos consideran que los efectos adversos asociados al estigma y el miedo que genera una enfermedad de transmisión sexual, y el cáncer como enfermedad catastrófica, deben evitarse al máximo, para disminuir la ansiedad y garantizar la adherencia de las pacientes a la atención. Es deseable, según ellos, no mencionar la palabra cáncer (teniendo en cuenta la “cancerofobia de la población”) antes de tener un diagnóstico confirmado. Por otro parte los ginecólogos ven importante y necesario suministrar toda la información desde el comienzo, pues estiman que frente a una ITS los efectos adversos de la noticia son inevitables y, afortunadamente, transitorios. Ellos consideran que la confianza se gana a través de la comunicación de toda la verdad, pero debe tenerse en cuenta que todo cuanto se dice puede causar un impacto negativo en las mujeres y en sus parejas. Por lo mismo, se debe buscar tranquilizar a la mujer dándole información clara y completa. Por ello, conceptúan que debe hablarse abiertamente del cáncer; según se comentó, debe quedar claro que el

VPH no es sinónimo de cáncer, y que debe hacerse énfasis en el riesgo, la probabilidad y la necesidad de prevenir con seguimiento.

En un estudio realizado por Luna y Sánchez, sin año, mediante entrevistas a mujeres con resultado positivo a cáncer de cérvix se encontró que ellas mismas consideran no haber tenido la información apropiada. Sólo una mujer recordó haber visto verrugas genitales en su pareja, lo que refiere infección por VPH y éste reconocimiento de Enfermedad de Transmisión sexual no viene ligado al uso de preservativos entre las parejas. Se encontró también que las instituciones de salud son un sistema de prestigio que menosprecia la salud de éstas mujeres pues todas las entrevistadas reportan malestares vaginales no atendidos por dichos menosprecios por parte de médicos y enfermeras del sector salud.

Da Silva y Giménez (2005), realizaron un estudio para conocer el significado de las mujeres al ser portadoras del VPH, encontraron que ninguna de las mujeres tenía conocimientos respecto al VPH con detalle, las mujeres sabían que estaban infectadas pero no entendían el motivo, principalmente las que no habían tenido pareja durante más de un año. La ausencia de síntomas contribuyó a la falta de comprensión de la infección y su gravedad, así como a la necesidad de seguimiento por ser portadora del VPH. Este estudio permitió comprender las percepciones de las mujeres portadoras de VPH e hizo posible la revelación de sentimientos de decepción, miedo a volver a tener relaciones sexuales, necesidad de cuidado consigo misma, ser optimista para el enfrentamiento de la enfermedad y conocimiento de la relación del VPH con el cáncer de cuello uterino.

Galván y colaboradores, (2005), realizaron un estudio para conocer los significados que algunas mujeres asignan a las exploraciones médicas y/o intervenciones en salud sexual y reproductiva y las experiencias que han tenido en torno a éstas, con una muestra de 17 mujeres, encontraron que la edad en que se visita al ginecólogo por primera vez es variable, la edad promedio fue de 16.6 años. Los motivos más comunes para la visita fueron por infecciones vaginales, revisión general, tumores de útero, en senos y quistes en ovarios.

Por lo regular las mujeres tienden a ir acompañadas por otras mujeres, los varones que llegan a acudir suelen ser las parejas de las pacientes, las mujeres informan preferencia por ser atendidas por personal femenino, como no todas las mujeres han podido tener acceso al servicio médico privado informaron que han tenido que “aguantarse” en el sector público.

Por otra parte Valenzuela y Miranda (2001), realizaron un estudio para conocer los motivos por los cuales las mujeres no se realizan el papanicolaou, encontraron que las principales barreras que impiden a las mujeres a realizarse el PAP son principalmente psicológicas y de no de acceso físico o financiero. Hay barreras que tienen su origen en errores de información como que el PAP es para prevenir el cáncer de útero, otras están basadas en creencias como que el PAP corre el dispositivo y que es sólo para mujeres jóvenes, y otras en el temor al resultado o al dolor durante el examen, y en el pudor producto de la falta de privacidad o en la confianza con el profesional. De la misma manera Urrutia, Poupin, Concha, Viñales, Iglesias y Reyes (2008), estudiaron las razones de las mujeres para no hacerse el PAP y reportaron que los principales impedimentos son la falta de preocupación, factores asociados con el procedimiento como el miedo, el dolor, la vergüenza y la incomodidad, falta de tiempo y la falta de conocimiento.

Estudios señalan que algunos de los factores que favorecen que las mujeres se tomen el papanicolaou son el grado de conocimiento, la presencia de síntomas ginecológicos, la edad mayor de 30 años, el mayor nivel socio-económico y el tener seguro de salud (Urrutia y cols., 2008).

En un estudio realizado por Zenteno y Rivas (2006), con una muestra de 100 mujeres pacientes del Hospital la Paz, de 15 a 50 años, les realizaron 22 preguntas para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al PAP. Se encontró que el grado de escolaridad está directamente relacionado al conocimiento de la utilidad del PAP, las que no tienen orientación sobre el tema no tienen una idea clara de lo que es el PAP, mencionan tener buena disposición para la realización del PAP, pero existe poca congruencia entre la práctica, existe una alta predisposición para conocer el resultado, lo que

provoca que no acudan por los resultados por la demora de la entrega y los desconozcan, o bien por la falta de aclaración de dudas del personal médico, el 32% manifestó dolor al introducirles el especulo y el sexo del personal que lo realiza repercute en la baja incidencia de práctica.

La posibilidad de contagio del VPH no se localiza en la multiparidad, en el número de parejas sexuales o en el inicio temprano de la vida sexual activa, se ha construido como una enfermedad feminizada por ser privativa de las mujeres en el sentido de que es en ellas en quienes se puede convertir en cáncer. Se hizo patente dicha feminización en tres ámbitos: el personal “la mujer que enfrenta el drama de enfermar”, el de las relaciones de pareja a través de las prácticas sexuales diferenciadas y el ámbito público del sistema de salud responsable de atender y disminuir la incidencia del cáncer (Luna y Sánchez, sin año).

Las mujeres presentan conflictos para comunicar a la pareja la posibilidad de tener una ITS, esto, por el miedo a la reacción de la pareja, que puede generar una ruptura de la relación. La ansiedad y el temor influyen en la decisión de comunicarlo o no, y en qué tanta información se proporciona. Es un tiempo que las mujeres califican como “difícil” o “terrible”. Para algunas, este sentimiento es tan marcado que limita su funcionamiento en la vida diaria (Wiesner y cols., 2009).

Culturalmente se reflejan los atributos del patriarcado y su visión social de la mujer: madre (su órgano referencial son las mamas cuya función es nutrir a los recién nacidos) o puta (cuyo órgano referencial es la vagina y el útero, asociados al placer gozado en lo oculto).

En lo que respecta al sistema de cuidado de la salud, las mujeres no se dedican el tiempo suficiente para ello, los “otros” tienen prioridad, los asuntos de salud sexual, no son prioridad, resultan incluso incómodos y vergonzosos. Se responsabiliza a las mujeres sobre la salud de su entorno y sobre su propio cuerpo, ellas no son sus propias dueñas, existen como objeto para otros, o en función de otros. Ésta condición genérica de las mujeres ha sido construida

históricamente por la sociedad y cultura patriarcal. Las mujeres están cautivas de su condición genérica en el mundo patriarcal. Lagarde, 1997, hace mención de cinco cautiverios:

1. Materno-conyugalidad (madre-esposas): en ellas la conyugalidad debería expresar la sexualidad erótica de las mujeres y el nexo erótico con los otros, sin embargo el erotismo subyace a la procreación y queda a su servicio hasta desvanecerse.
2. Putas: concretan el eros y el deseo femenino negado, se especializan social y culturalmente en la sexualidad prohibida, negada, tabuada para el placer de otros. Encarnan la poligamia femenina y son el objeto de la poligamia masculina.
3. Monjas: grupo de mujeres que encarna simultáneamente la negación sagrada de la madre-esposa y de la puta, son madres universales y establecen el vínculo conyugal sublimado con el poder divino, siendo la forma en que realizan su feminidad.
4. Presas: concretan la prisión genérica de todas las mujeres, su prisión es ejemplar y pedagógica para las demás.
5. Locas: actúan la locura de todas las mujeres, deviene del cumplimiento y de la transgresión de la feminidad, enloquecen de tan mujeres que son y no pueden serlo plenamente.

Todas las mujeres en casa, convento, burdel, prisión y manicomio son cautivas de su cuerpo para otros, procreador erótico y de su ser de otros, vivido como su necesidad de establecer relaciones de dependencia vital y de sometimiento al poder y a los otros (Lagarde, 1997).

Principalmente cuando una mujer se entera que es portadora del virus del papiloma humano o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual la respuesta es intensamente emocional, porque puede ser la confirmación de la infidelidad de su pareja o delatar que fue ella quien sostuvo una relación extramarital”, señala la Licenciada en Psicología y Maestra en Terapia Familiar y de Pareja Kathleen Ann Rodríguez (Díaz, 2008), lo que hace que dicha enfermedad sea llamada “silenciosa” pues la mujer prefiere permanecer cautiva

y no dar por enterado a los demás de su padecimiento. Teniendo en cuenta que las ITS se relacionan con conductas que se consideran inadecuadas, el tener el VPH despierta en las mujeres un sentimiento de vergüenza. Así mismo, tal vergüenza influye en la manera como se maneja la información con otros, en las decisiones sobre cómo comunicarla y en cómo se construye la red de apoyo (Wiesner y cols., 2009).

Otras mujeres por el contrario se sienten sucias, con una profunda vergüenza por el hecho de que la enfermedad ataque algo tan delicado como lo es su sexualidad. Por eso, el momento es de desilusión, de frustración, de enojo, de reclamo y de tener que tomar decisiones importantes: confrontar y pedir explicaciones. Algunas no saben si perdonarse o perdonar a la pareja y finalmente optan por la separación; otras deciden continuar con la relación por sus hijos, porque aún aman a su marido o por costumbre –tienen miedo a estar ‘solas’. Sin embargo, la enfermedad siempre les estará recordando lo ocurrido, porque puede desaparecer al sanar las lesiones y regresar en otros momentos de la vida. La siguiente decisión que la mujer tendrá que tomar es qué hacer con la enfermedad, pues si quiere recuperar la salud, definitivamente necesita un tratamiento (Díaz, 2008).

La confirmación de que se padece VPH tiene implicaciones en la vida sexual. Tener una ITS, que, además, se asocia a cáncer, desencadena temor hacia las relaciones sexuales. Esto puede estar motivado por la idea de infectar a la pareja, de las consecuencias que pueda tener para la salud de él, considerando el riesgo del cáncer, o de ser reinfectada. La reinfección aparece como una preocupación por la incertidumbre frente a la manera de prevenirla, o a la posibilidad de que el virus aparezca de un momento a otro (Wiesner y cols., 2009).

Es impresionante que al ser detectados muchos casos de VPH a nivel mundial no se pueda empezar a disminuir la cifra y resulta alarmante que el efecto sea a la inversa y año con año aumente el número de mujeres que mueren por causa del VPH, pues es sabido que la detección oportuna tiene grandes beneficios de cura, y al no ser detectado a tiempo cobra la vida de

muchas mujeres de manera silenciosa. Dichos factores para la no detección mediante el Papanicolaou pueden ser miedo o vergüenza ante el procedimiento, por la desinformación o la falta de interés por atender su sexualidad. Si dicho fenómeno de aumento está ocurriendo, resulta importante investigar qué es lo que está sucediendo en torno a ésta enfermedad, una posible realidad es que las mujeres al enterarse de la enfermedad no saben de qué manera reaccionar y pueden elegir entre enfrentar el tratamiento y avisar a su pareja de lo sucedido o bien de continuar con su sexualidad activa sin uso de preservativos, lo que puede generar una cadena de transmisión, pues aunque se habla de fidelidad en la pareja, la realidad no se sabe con certeza y de ésta manera se puede estar propagando la enfermedad. Es así como surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres con VPH?, teniendo como objetivo de investigación conocer las experiencias y significados de las prácticas sexuales de estas mujeres.

2. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo dicha investigación se utilizó la metodología cualitativa la cual de acuerdo con Jiménez y Domínguez (2000, cit. en Salgado, 2007) parte del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. Dicha metodología utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), posibilita la identificación de lo que se dice sobre lo que se hace, en otras palabras estudia los fenómenos en su contexto natural buscando descripciones de éstos lo más real posible (Galván y cols., 2005), pone énfasis en la visión de los actores y el análisis contextual en el que ésta se desarrolla, centrándose en el significado de las relaciones sociales (Vela, 2001). La investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa, que busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo, cómo y por qué (Taylor y Bogdan, 1996). Para obtener dichos datos se apoyó de algunas técnicas propias de la investigación como lo es la entrevista, el análisis de documentos, la elaboración de notas de campo y los sondeos (Galván y cols., 2005). La seleccioné para realizar ésta investigación por su utilidad para obtener información concreta y subjetiva, pues su técnica de entrevista permite abordar temas de tipo social, como lo son las prácticas sexuales de mujeres con el virus del papiloma humano.

Técnica de entrevista

Se empleó la entrevista semiestructurada, la cual, de acuerdo con Álvarez-Gayou (2003), es aquella que tiene una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas para la obtención de información específica, la conversación se focaliza alrededor de un tema en especial, pero se procura que el participante se sienta con la libertad de encaminar la charla y estructurar su narración (Ito y Vargas, sin año). Dicha técnica es relevante para la investigación ya que permite obtener información profunda acorde con la temática a tratar, pues una pregunta puede facilitar la profundización y la

obtención de información que enriquezca la información. Aplicar este tipo de entrevista ayuda al entrevistador porque al contar con temas o preguntas preestablecidas demuestra al entrevistado que está frente a una persona preparada y competente con pleno control sobre lo que quiere y le interesa (Vela, 2001), sin que con ello se llegue a ejercer un dominio total sobre el informante. Así en la entrevista el entrevistador mantiene la conversación enfocada sobre un tema particular, y le proporciona al informante el espacio y libertad suficiente para definir el contenido de la discusión (Bernard, 1988, cit. en Vela, 2001).

Técnica de abordaje con los participantes

De acuerdo a la investigación, se identificó a las siete participantes con la característica de diagnóstico positivo en VPH por medio de la técnica de bola de nieve, la cual consistió en hacer un comunicado a varias personas informándoles sobre la investigación para que a su vez ellos les comentaran a más personas y se pudiera hacer una cadena de información y llegar a más participantes con ello (Taylor y Bogdan, 1987). Dicha técnica es práctica y eficiente en cuanto al coste, además, gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en la investigación, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes, también permite acceder a personas difíciles de identificar (Crespo y Salamanca, 2007). Autores como Amuchástegui (1996) han reportado la utilización de dicha técnica en el abordaje de temas sobre sexualidad y lo cual le ha permitido presentar información oportuna.

Participantes

Para llevar a cabo la investigación se contó con la participación de siete mujeres, el criterio para ser consideradas fue el diagnóstico positivo de VPH. En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de las participantes.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes

Pseudónimo	Edad	Religión	Nivel de estudios	Ocupación	# Hijos	Lugar de residencia	IVSA [†]	Edad 1 ^a revisión ginecológica	# Parejas sexuales
X	60	Católica	Primaria	Ama de casa	7	Rosario	18	18	1
Elena García	33	Católica	Secundaria	Ama de casa	4	Naucalpan	16	18	2
Constanza	34	Católica	Licenciatura	Empleada de Oficina	1	Naucalpan	23	25	4
Gina	36	Católica	Licenciatura	Empleada de Bienes raíces	0	Rosario	18	23	10
Lola	23	Católica	Licenciatura	Empleada de Oficina	0	Naucalpan	16	18	8
Flaca	30	Católica	Licenciatura	Maestra de secundaria	1	Texcoco	17	14	25
Australia	25	Católica	Licenciatura	Responsable de capacitación	0	Estado de México	20	23	4

[†] Inicio de la vida sexual activa

Negociación

Para poder iniciar la investigación se tuvo un primer acercamiento con cada participante para invitarles a participar en ella. Una vez que aceptaron la participación se realizaron acuerdos individuales para la iniciación de las entrevistas, los acuerdos se entregaron por escrito dentro del consentimiento informado en el cual se enuncia brevemente la formalidad de la investigación, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria así como la elección de un seudónimo para cada participante (Ver Anexo).

A la participante "X" se le contactó por medio de una conocida la cual concertó un encuentro en su casa para presentarnos, ella ya le había hablado un poco acerca de la temática, por lo cual la negociación se hizo brevemente.

Con Elena García la negociación se llevó a cabo en mi domicilio, al ser una conocida de mi tía en una ocasión llegó de visita y mi tía me abordó para que la invitara a participar, le hice la invitación y de inmediato aceptó.

Por otra parte el contacto con Constanza lo inició mi hermana, le comentó sobre la realización de la investigación y me proporcionó sus datos, el contacto lo realicé por medio del chat de Facebook, le hice el ofrecimiento y concertamos rápidamente una cita.

Gina fue una participante que llegó de manera directa, es hija de la participante X y al saber la temática que abordaba con su mamá en una ocasión mientras las acompañaba al hospital por un problema familiar, me ofreció de su ayuda.

Por otra parte, con Lola el acercamiento se llevó por medio de una conocida, la cual nos citó a ambas en su casa para presentarnos e incluso fue ella la que se decidió a iniciar el tema con su conocida, la chica se mostró interesada y decidió ser un participante.

Con Flaca la negociación se tornó complicada, pues se mostraba renuente a participar, ante la intervención de un conocido en común fue que aceptó hacerlo.

Finalmente, Australia es una conocida con la cual sostenía una conversación en su oficina, al escucharme platicar sobre el tema me dijo que ella podría apoyarme con su relato.

Situaciones, lugares y escenarios

Las entrevistas se llevaron a cabo en diferentes lugares pues dependía de la elección de cada participante. Con dos participantes (Elena García y Constanza) las entrevistas se realizaron en la recámara de la investigadora, con dos más se realizó por medio del correo electrónico (Flaca y Gina) con Lola y X se realizó la entrevista en su domicilio, en su recámara y en su sala respectivamente. En la Tabla 2 se muestra la información de las entrevistas de cada participante.

Tabla 2. Información de las entrevistas de cada participante

Pseudónimo	Número de entrevistas formales	Fechas de entrevista	Duración de la entrevista	Lugar donde transcurrió la entrevista
X	3	-8 abril -29 abril -20 mayo	-1 hora -55 min. -30 min.	En la sala de la casa de la participante.
Elena García	2	-24 junio -29 agosto	-37 min. -1 hr. 14 min.	Recámara de la investigadora.
Constanza	1	6 julio	2 hrs. 51 min.	Recámara de la investigadora.
Gina	1	Envío: 11 julio Recepción: 25 julio		Hotmail
Lola	2	-25 junio -27 junio	-42 min. -1 hr. 18 min.	Recámara de la participante
Flaca	1	Envío: 17 abril Recepción: 6 agosto		Hotmail
Australia	1	17 agosto	1 hr. 45 min.	Oficina de la participante

Instrumento

Se contó con una guía temática (Ver Anexo) para la realización de las entrevistas, de las cuales el número de sesiones dependía de la evolución con cada participante.

Aparatos y materiales

Se emplearon hojas blancas tamaño carta, bolígrafo de tinta negra, 1 computadora marca HP la cual tenía instalado el programa Office 2003, 1 celular con grabadora de audio marca Sony, una vez obtenido el audio se hizo

la transferencia del archivo a la computadora y por seguridad se eliminaron del equipo celular.

Procedimiento de entrevista

Una vez identificadas a las participantes, se les invitaba a ser participantes de la investigación, se les comentaba y entregaba el consentimiento informado y se concertaban las citas para las entrevistas.

Notas de campo

Al finalizar cada entrevista con cada participante, se realizaban notas para poder resguardar información que no quedaba grabada como el lenguaje corporal y los comentarios que se llegaban a dar antes o después de que se audiograbara la sesión, y que pudiese ser importante para los resultados.

Transcripción

Después de cada entrevista se realizó la transcripción textual y las respectivas notas de campo. Este procedimiento aplicó para las siete participantes.

Codificación de los datos

Una vez concluidas las sesiones se realizó la presentación de los resultados de la información obtenida mediante las entrevistas por medio de categorías, las cuales se construyeron a partir de la información recopilada en el marco teórico, la cual se sustenta por varios autores, así como la información obtenida a través del discurso de las participantes dentro de la entrevista y de la opinión propia de la investigadora. Dichas categorías están basadas desde una perspectiva de género la cual permitió comprender las experiencias que representa el tener VPH en las participantes así como la construcción de sus significados en torno a las prácticas sexuales.

En primera instancia ya con las entrevistas transcritas, se hizo una relectura del marco teórico para identificar la información que se encontraba en ambas partes y una vez identificada nombrar la categoría con una frase representativa, que podría ser teórica o una frase de alguna participante. De la

misma manera se crearon categorías para aquella información que no aparecía en la parte teórica. Para ello se utilizó la técnica arcoíris, en la cual se asigna un color a cada categoría para poder agrupar la información de todas las participantes.

Una vez categorizada la información se procedió a la realización del análisis de los resultados, en el cual se hizo una comparación de la información teórica con la empírica, desde la perspectiva de género. Posteriormente se realizó la conclusión de dicha investigación.

3. RESULTADOS

Hablar sobre sexualidad ha sido y será un tema complicado pues no se ha tenido la apertura para educar a la sociedad mexicana en temas sobre sexualidad. A pesar de que la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública han brindado mayor información tanto en el sector salud (hospitales o clínicas) como en las instituciones educativas, ésta no ha sido del todo adecuada para captar la atención de los individuos, para muchos adultos es difícil ser partícipe en la recepción de dicha información, lo que repercute en la salud pues ha habido un alza en enfermedades de transmisión sexual a nivel nacional y sin distinción entre género y edad.

1. Saberes que tenían las participantes sobre sexualidad antes del inicio de la vida sexual en pareja

1.1 Sobre los cambios corporales

Dentro del discurso de las participantes se encontró con un tema tabú, hablar de sexualidad en su casa, por lo cual la poca información con la que contaban provenía de lugares diferentes al hogar. Se pudo observar cómo el principal y único tema que se toca en casa es el de la menstruación. A cinco de ellas es la madre, la abuela o la tía las que mencionaron el inicio de la menstruación una vez que ya están próximas a tenerla o bien cuando ya comenzó el periodo.

X: *“Lo único que me acuerdo, es que cuando tenía yo como catorce años, mi madre me dijo ¡oye hija nos baja la regla, si te baja no te vayas a asustar!”.*

Elena García: *“Si me espanté, pero pues mi abuelita me dijo que era normal”.*

Australia: *“Si me dio cosita y antes que a mi mamá se lo conté a una tía, mi tía me decía “tienes que ser muy higiénica, tienes que ponerla así, hay que envolverla en papel” y así”.*

Por otra parte la hermana mayor también aparece de manera fundamental al hablar sobre algunas cuestiones de sexualidad como lo es la higiene personal.

Lola: *“Mi hermana se acercó a mí y me dijo que no estaba mal que lo hiciera, pero que me lavara las manos para evitarme infecciones”.*

1.2 Conocimientos de los anticonceptivos

Las participantes reportaron haber obtenido la información principalmente de la institución educativa a la que acudieron, dentro de los niveles primaria, secundaria y preparatoria. Sólo una de ellas reportó haberla adquirido hasta su embarazo en el sector salud y otra por medio de su hermana mayor. Coincidiendo el hecho de que lo informado no era del todo claro, brindado de forma rápida, sólo lo esencial, dicha información no logró ser del todo importante o interesante para ellas en ese momento.

Elena García: *“Pues nada más lo que viene ahí en los libros, en los cuadernos”.*

Constanza: *“Las primeras clases que yo recuerdo fueron en la prepa, incluso nos regalaron unos tampax, nos proyectaron un video, era de anticonceptivos, sexualidad, también recuerdo de la secundaria, pero ese era como muy transparente, así como que ni me acuerdo bien”.*

X: *“Sector salud ahí nos daban información”.*

Flaca: *“A través de libros de texto y la semana relacionada a la salud, donde proporcionan información de los métodos anticonceptivos, en segundo de secundaria, mi hermana mayor me comentó de los diferentes métodos anticonceptivos para evitar un embarazo o una enfermedad venérea”.*

Lola: *“Pues justo lo de los anticonceptivos, pero nunca nos enseñaron como usarlos, ni abordaron temas como la primera relación sexual, fue como muy rápido”.*

1.3 Saberes sobre la primera relación sexual en pareja

Tres de las siete participantes reportaron haber recibido información previa al acto sexual, coincidiendo con el hecho de que la información es brindada por parte de la hermana, el primo y una amiga, dicha información fue vista meramente como un consejo para evitar embarazos o simplemente para salir de dudas respecto a lo que conlleva la realización del acto sexual.

Gina: *“Mi amiga abiertamente me platicó sobre la relación que tuvo con un novio, hablaba tanto que ya ni me importaban mucho sus detalles”.*

Flaca: *“Mi hermana mayor y yo éramos muy unidas y ella me aconsejó del cuidado que tenemos que tener al tener nuestra primera relación sexual”.*

Lola: *“Uno de mis primos me dijo que cuando quisiera tener relaciones sexuales le dijera para que me llevara al ginecólogo”.*

1.4 Prácticas sexuales antes del inicio de la vida sexual en pareja

Se encontró que sólo una de las participantes reportó haber iniciado con la masturbación como práctica sexual antes de la primera relación sexual en pareja. En contraparte una de ellas reportó haber sufrido abuso sexual por parte de un adulto que se masturbaba con su mano, por encima de su ropa.

Lola: *“Me resbalé y me pegué y al sobarme empecé a sentir una sensación agradable y continué haciéndolo con mayor frecuencia”.*

Australia: *“Le decían el viejito nos daba miedo entrar a su casa, pero nos daba una moneda, fue una escena complicada, pasó alguna vez conmigo pero sólo fue un tema de masturbación, jamás fue sin ropa”.*

2. La primera relación sexual en pareja

2.1 Edad en la que ocurrió la primera relación sexual

La edad de la primera relación sexual de las participantes fue variable entre ellas, siendo el mínimo 16 años y el máximo 23 años, coincidieron las participantes al mencionar que la iniciación se da en una relación de noviazgo, a excepción de dos de ellas que reportaron haberse iniciado con un amigo con el cual ya se habían presentado caricias y besos previos al acto y una más quien inició una vez casada, siendo en general este un acto de amor y sin ninguna presión por parte de la pareja.

2.2 Uso del preservativo durante la primera relación sexual

Cuatro de ellas informaron que durante su primera relación sexual utilizaron condón, en su discurso se encontró que previo al acto ya se habían presentado oportunidades de un primer inicio sexual pero al momento se arrepentían y no lo culminaban, aunado a que existían también pláticas previas con sus parejas para la utilización del preservativo y evitar embarazos o infecciones de transmisión sexual.

Constanza: *“Se iban dando cosas cada vez más, cada vez más hasta que llegó ese día, en pláticas previas había un tema de no embarazo y no hijos en ese momento y el día que llegamos a tener utilizamos condón”.*

Elena García: *“No fue planeado ni nada, nos agarró ese momento, me dio miedo pero pues me deje querer, sí un preservativo”.*

Por otra parte dos de ellas comentaron que en este primer acto no pensaron en utilizar algún método anticonceptivo dejándose llevar solamente por el momento.

Gina: *“Hubo caricias y besos pero estúpidamente no pensé en el condón”.*

Lola: *“Los besos y las caricias nos llevaron a hacerlo, no usamos condón”.*

2.3 Planeación de la primera relación sexual

Tres de las participantes coinciden en el hecho de haber planeado la primera relación sexual con anterioridad, dicho plan era distinto en cada una de ellas, una reportó haberlo planeado desde la infancia pues menciona que la virginidad le fue enseñada como aquello que le da valor a una mujer, pues al romperse el himen en la primera relación sexual es visto como pureza en la mujer, dicho aprendizaje lo obtuvo por parte de su abuela y de su madre, ella planea su primera relación sexual para acabar con la virginidad más que por placer o curiosidad, pues para ella no es importante el hecho de ser virgen, y mencionó que si llega a tener una pareja sexual le gustaría fuera por amor no por ser virgen.

Gina: *“Lo cumplí, lo planeé desde los 10 años, decidí acabar con ese mal que tenía en mí “la virginidad” cuando cumpliera la mayoría de edad, por que quien me amara seria sin ese absurdo requisito”.*

Otra de ellas lo planeó con su amiga para que fuera en su domicilio y por último comenta Australia haberlo planeado con el mismo chico que sucedió. Lo cual deja ver la distinción de lo planeado, pues mientras que para Gina el plan era acabar con la virginidad sin haber amor, ilusión y un noviazgo de por medio, para Flaca y Australia el plan se convierte en placentero aunado al hecho de ser con una pareja a la que le tenían sentimiento afectivo.

Flaca: *“Lo hicimos en casa de una amiga, ya lo había planeado con ella, ya que este chavo me traía bien enamorada y la verdad con él quería perder mi virginidad, así que nos pusimos de acuerdo mi amiga y yo para que cuando salieran sus papás a trabajar me prestara su recámara”.*

Australia: *“Sí la planeamos, no fue un plan así como de pétalos, pero fue de cómo va a ser, cuando no exista nadie y este solo y pues fue de órale va cierto día”.*

Otra cuestión importante que se encontró fue la coincidencia en cuanto a la experiencia de la primera relación sexual pues para cuatro de ellas la experiencia la reportaron como un acto sexual desagradable, pues no cumplió con sus expectativas y resultó ser dolorosa e incómoda.

Lola: *“No fue algo padre, la verdad sangre mucho y me dolió, no fue algo romántico, sólo fue algo con dolor para mí y recuerdo que ni me movía ni nada parecía tabla tirada y él sólo se preocupó por él”.*

Constanza: *“Me sentía rara, tenía expectativas que no se cubrieron, tenía como cierta insatisfacción, pero no se lo comenté”.*

Australia: *“Fue como extraño, fue algo padre, pero a la vez no tan padre, me imaginaba que era algo extraordinario y fue un poco entre el placer y el miedo, dolió un poco, no fue así como de ¡uy! lo que imaginaba, no cubrió mis expectativas”.*

Para Flaca la experiencia se tornó más significativa pues para ella el acto fue placentero y se convirtió en el hecho de dejar de ser niña pues su pareja la hizo sentir muy mujer.

Flaca: *“Me encantó como me hizo el amor, cubrió mis expectativas, me sentí más mujer, obvio ya no me sentía una niña”.*

Por otra parte para Gina el acto tuvo una importancia distinta, pues para ella no resultó ser un momento agradable como lo fue para Flaca o con dolor como lo fue para las otras integrantes, para ella representó el hecho de ya no ser virgen únicamente.

Gina: *“No sentí nada, no significó nada para mí, sólo que ya no era virgen”.*

2.4 Comentarios sobre los cambios corporales posteriores a la primera relación sexual

Un acontecimiento importante a resaltar es el hecho de que a dos de las participantes les comentaron en su hogar que el cuerpo de las mujeres cambia al iniciar la vida sexual en pareja, ya sea que se presente en una chaparrera o las rodillas se abran, lo cual deja ver que ya no son señoritas. Dicho comentario hizo que su experiencia sexual sea diferente pues piensan en los cambios que se pueden presentar en su cuerpo y que con ello descubran que ya iniciaron su vida sexual en pareja.

Constanza: *“Sentía que todos se daban cuenta, me sentía no señalada, si no como evidenciada, pero sólo era idea mía porque en realidad ni se dieron cuenta ni pasó nada ni me cambió el cuerpo como dicen, decían que cuando ya no eres señorita te cambiaba el cuerpo que se hacía como una chaparrera aquí debajo de la pompa”.*

Elena García: *“Yo sentí que mis huesos se me abrieron, se me empezó a ver cadera, mi abuelita se dio cuenta que por las piernas, como era de pueblo decía que las piernas se abrían”.*

3. Primera revisión ginecológica

3.1 Motivos por los cuales se realizaron la primera revisión ginecológica

La información que se obtuvo alrededor del tema de la primera revisión ginecológica es muy amplia, pues se sabe que dentro de la cultura mexicana la población acude al servicio médico general únicamente cuando hay una enfermedad, no contamos con la cultura de la prevención, y hay una cierta tendencia a postergar el momento de acudir al ginecólogo, ya que ésta revisión médica implica el tener que desnudar el cuerpo, seis participantes argumentan haber acudido al ginecólogo tiempo después de haber iniciado su sexual en pareja, sólo una de ellas lo hizo antes de haberla iniciado, los motivos de la consulta difieren entre ellas pues Flaca informa acudir a los 14 años por un tema de biomasa que le alteraba su periodo menstrual, Constanza, Australia y Lola lo hacen por cierta presión de las amigas y de la hermana por realizarse una revisión una vez iniciada la vida sexual, por otra parte Elena García y X acuden por primera vez al ginecólogo por tema de embarazo y por último Gina reportó acudir por constantes infecciones vaginales.

Flaca: “Mi primera revisión fue a los 14 años, el motivo fue biomasa, decidí ir por el sangrado en abundancia y dolores muy intensos”.

Constanza: “Fue por inquietud mía, ya era un tema más común con mis amigas de no yo ya llevo como diez revisiones, yo llevo como cinco y yo, yo no llevo ninguna ¡ah! ya voy a ir, sólo para estar tranquila y por eso fui”.

Elena García: “Fui después de que nació mi hija, porque el médico me dijo, antes ni lo había escuchado, ni sabía que existía”.

X: “Pues mi primera revisión fue hasta que encargue a mi bebé, porque antes de soltera yo nunca me había ido a revisar”.

Gina: *“El motivo fue infección vaginal, me decidí por el malestar que tenía”.*

3.2 Servicio médico seleccionado

Un dato que llama la atención es el tipo de servicio al que recurren pues en un inicio cuatro de las participantes acuden al sector público como principal instancia para realizarse su revisión ginecológica y las tres restantes reportan acudir al privado. Tres de ellas más tarde cambian del sector público al privado y una de las de sector privado cambia al público, siendo solo una de ellas la que continua con sus revisiones en el sector público y también casualmente la que continua con el padecimiento.

Gina: *“El primer contacto fue el médico del servicio escolar en la UNAM, que fue nefasto, porque me sugirió que en lugar de iniciar con una vida sexual, mejor me diera un tiro en la cabeza, por lo que recurrí al ginecólogo privado, con médicos privados por lo menos el trato es mejor”.*

Lola: *“Mi hermana me llevo a una clínica del IMSS para que me hicieran el papanicolaou”.*

3.3 Trato brindado por el personal médico durante la primera revisión ginecológica

Tres participantes coinciden en que el trato brindado por el personal médico fue inadecuado, pues recibieron comentarios ofensivos por parte del personal y el auscultamiento médico se tornó incómodo y doloroso lo que propició fuera una experiencia desagradable.

Lola: *“No fue muy bueno, me sentí incómoda, me dolió mucho y tocó mis senos, eso fue muy incómodo, no dije nada y no sé si lo tienen que hacer en una revisión, pero la única mujer que estaba ahí se salió y luego volvió sólo a pasarle las cosas para el estudio”.*

Australia: *“Me hicieron la revisión, la enfermera me lastimó mucho con el pato, me generó desconfianza, su discurso fue de “te va a doler, pero va a ser pasajero, ¡si duele! como todo en la vida, eso implica tener relaciones, al principio te duele después te gusta, esto no te va a gustar pero pues es lo que implica”, fue muy desagradable”.*

La primera revisión ginecológica es un momento que por lo regular no se vive sola, las personas que acompañaron a las participantes son generalmente las amigas y/o la hermana mayor.

4. Revisión ginecológica bajo sospecha de alguna enfermedad de transmisión sexual

El iniciar la vida sexual en pareja se podría decir que es un evento fácil, una vez decididos el acto se culmina de manera normal con sus ventajas y desventajas, lo complicado viene después. Una vez iniciada la vida sexual en pareja existe la responsabilidad de realizarse una primer revisión ginecológica lo desagradable está en que si no fue una experiencia agradable es complicado que se repita en el tiempo recomendado ya sea medio año o un año, lo cual hace difícil el darle un seguimiento a las revisiones ginecológicas, lo que generalmente ocasiona que se posterguen y se dejen pasar los años para volver a retomarlas o bien se inicia la vida sexual en pareja y por miedo, desidia, pena, etc., se postergue dicha revisión. Justamente este punto se encontró en cinco de las siete participantes, entre el inicio de la vida sexual en pareja y la primera revisión ginecológica, siendo 2 años el mínimo y 5 el máximo, sólo una de ellas reportó haber acudido el mismo año por un tema de embarazo y otra mencionó haber acudido antes de su primera experiencia sexual en pareja por problemas en su ciclo menstrual.

4.1 Principales síntomas para acudir a realizarse la primera revisión ginecológica

Principalmente las participantes reportaron la presencia constante de infecciones vaginales, en las cuales los flujos, mal olor, ardor, picazón eran

cada vez más intensos, con una frecuencia de dos a tres meses entre cada infección, en las que acudían al médico (privado y/o público) se les proporcionaban medicamentos y se mejoraban, pero al cabo de unos meses se presentaban nuevamente las infecciones.

X: *“Una infección, al grado de que apestaba muy feo, fui con la doctora, me dio medicamento, me compuse, pero de ahí en adelante yo andaba siempre con flujos e iba al médico, cada vez el flujo era muy alcalino, así mi parte, mis piernas, se me mojaba la pantaleta y hasta me ardía”.*

Gina: *“Siempre los médicos me decían que era cándida y que era tan normal, me medicaban y santo remedio por 3 meses más, nuevamente recaía en las infecciones con flujos, picazón, ardor, desde ligero hasta intenso”.*

Lola: *“Sí tenía constantemente infecciones vaginales, casi cada tercer mes, me daban óvulos o yo los compraba pero nuevamente recaía”.*

Flaca: *“Por el ardor, mal olor, comezón y flujo en la abundancia y un gran malestar”.*

Dos de las participantes coincidieron con el hecho de haber presentado también síntomas corporales externos como lo son las verrugas genitales y por lo cual deciden realizarse la prueba ginecológica.

X: *“Me voy descubriendo que tenía este unos granitos como si fueran lentejitas muy chiquitas y eran dos, después al tercer día me volví a bañar y ya tenía más, y así se me iban haciendo hasta la parte de atrás, entre la vagina y la parte de atrás en el puentecito”.*

Lola: *“Crefé que tenía almorranas porque tenía un grano en el ano, fui al médico a que me lo revisara la doctora y me dijo parece que es un condiloma o una verruga por VPH”.*

Por otra parte algunas participantes no presentaron ningún tipo de síntoma interno como alteración vaginal (flujo, mal olor, ardor o comezón) o externo como verrugas y/o molusco, por lo que su revisión se presentó por diversos motivos, ante los cuales se mencionaron dolor, una bolita en el seno o simplemente porque había pasado mucho tiempo sin una revisión ginecológica.

Elena García: *“Yo tenía aquí un dolor en la noche pero se me ponía duro, duro y no podía ni estirar la pierna, pero ya era diario, entonces yo le dije al doctor ¿sabe qué, doctor?, mándeme a hacer un estudio, pero general, de todo”.*

Australia: *“Voy en sí por una bolita que traigo en el pecho.”*

Constanza: *“Nunca sospeché ni me pasó por la cabeza, fue de jay! tiene mucho que no me voy a revisar, yo creo que tenía como dos años que no me revisaba, dije “ay, me voy a ir a revisar”, y ya fui”.*

En cuanto al tema de la pareja sólo tres de ellas mencionaron haber visto alteraciones corporales en sus parejas sexuales, como la presencia de verrugas en las piernas, molusco en el abdomen e hinchamiento de los testículos, las otras cuatro participantes no observaron ninguna alteración.

X: *“En una ingle tenía al tamaño de una monedita, una verruga pero nada más una”.*

Gina: *“Un día a esta pareja le salió un granito en la ingle por lo cual acudió al médico y resultó ser un molusco contagioso, tenía todo el abdomen lleno”.*

Flaca: *“Se le hincharon los testículos y se le hicieron granos en el pene y un dolor fuerte en esa área”.*

4.2 Prueba de detección realizada

Cinco de las siete participantes prefirieron el sector privado para la realización de los estudios ginecológicos, dos de ellas van al sector público a su revisión ginecológica. A las siete participantes les realizaron el papanicolaou como estudio. Dos de ellas mencionaron la colposcopia y biopsia como estudio complementario. A tres de las participantes durante este primer examen exploratorio les hacen mención sobre la sospecha de que tengan el virus del papiloma humano sólo con la observación.

Constanza: *“Al momento me dijo ¡tienes algo!, yo creo que es papiloma”.*

Australia: *“Entonces cuando me hace el papanicolaou me dice ¿sabes qué? lamento decirte que tienes VPH”.*

Gina: *“Al hacerme papanicolaou y colposcopia detectaron una lesión”.*

Lola: *“Me dijo “parece que es un condiloma o una verruga por VPH”, me revisó en su consultorio y ella decía ¡sí, sí lo tiene!”.*

4.3 Trato brindado por el personal médico durante la revisión ginecológica

Mencionaron tres participantes que el trato brindado por parte del personal médico fue adecuado, Lola comentó que el trato que percibió por parte de la doctora de medicina familiar fue inadecuado pero al ser canalizada a medicina preventiva a otro papanicolaou el trato se tornó de manera adecuada.

Gina: *“Siempre me trataron bien las doctoras, enfermeras y enfermeros”.*

X: *“Muy bueno, siempre fueron muy amables”.*

Flaca: *“Muy bueno, me brindaron mucha confianza y me sentí cómoda”.*

Lola: *“La doctora de medicina familiar me trato como si yo me lo hubiera buscado, me revisó en su consultorio y así muy pedante ella decía “sí, sí lo tiene” pero su tono era agresivo, y cuando me manda a creo que es medicina preventiva algo así, me trataron bien, mejor que la anterior, más bien uno está como tenso que no piensa en el trato si no en el resultado”.*

4.4 Experiencias en torno a la revisión ginecológica

Dos de ellas reportaron dolor ante la manipulación del examen.

Australia: *“Sentí que me lastimo bien cañón”.*

Lola: *“El pato me molestaba y más cuando maniobraba para poder ver”.*

Los sentimientos que se generaron después de la revisión fueron de enojo consigo mismas y con la pareja identificada como posible transmisor, miedo, depresión, confusión.

Constanza: *“Me sentí helada, me sentí enojada, me sentía asustada y me dio coraje dije ahora que pendejo me hizo esto”.*

Australia: *“Fue de ¡madres! porque no sabía ni de que chingaos me estaba hablando, fue así para mí de ¡no inventes vengo sola! ¿Qué me estás diciendo?, ¿De qué me estás hablando?, me bloqueé de todo y nunca pensé en hacer algo más, me espanté muchísimo, sentí horrible”.*

Gina: *“El sentimiento que tenía era confusión, mucha tristeza, depresión, tenía sentimientos negativos, también me hicieron estudios de VIH y eso me tensaba, era un círculo vicioso y no lo podía romper”.*

Lola: *“¡Uy! casi la muerte, la verdad es que cuando te dicen tienes o puedes tener papiloma, sientes que bueno que la muerte te ha llegado, te enojas contigo por tonta, por no cuidarte, con la vida por ponerte malas personas enfrente y nuevamente contigo por no tomar buenas decisiones, mucho enojo porque no tenía por qué tenerlo fui una tonta”.*

Flaca: *“Coraje por el descuido que tuve y sobre todo meterme con el tipo que me infectó”.*

4.5 Prácticas sexuales durante este período

Flaca reportó mantener relaciones sexuales durante éste periodo aun con la preocupación por la revisión ginecológica y la posible sospecha de enfermedad, ya que no podía demostrar un cambio pues su pareja podría sospechar de alguna infidelidad, dichas prácticas se tenían con una frecuencia de cada tercer día con la utilización de preservativos por influencia de su pareja.

Flaca: *“Cada tercer día, si utilizaba condón porque él lo quería así, él no sabía lo que pasaba y me sentía mal pero no podía comportarme de otra manera ya que podía sospechar que salía con alguien más”.*

5. En espera de los resultado de la prueba ginecológica

5.1 Búsqueda de información sobre el VPH

Cuando escucharon la palabra virus del papiloma humano como posible enfermedad, tres participantes comenzaron una búsqueda de información sobre lo que conlleva ser portadora del virus, durante la cual encontraron

imágenes y causas de las enfermedades de transmisión sexual. Como principal fuente de consulta utilizaron el Internet.

Elena García: *“Me metí mucho al Internet pero te salen ya las imágenes muy feas, dije ¡ay! ¿Apoco así estoy por dentro? Entonces ya me dijo mi marido “sabes que ya no veas eso porque te estás traumando más”.*

Flaca: *“Principalmente Internet y corroboraba la información en los libros, las enfermedades venéreas, las consecuencias que tiene cada una de ellas al adquirirlas”.*

Lola: *“Busco información en Internet, encuentra uno cosas muy reales, pero demasiada basura que solo te espanta más de lo que ya estas”.*

Dos participantes coinciden en el hecho de no ser ellas las que realizan la búsqueda, ésta recae en la pareja y en la hija. Éste último caso relaciona a dos de las participantes pues X y Gina son madre e hija, Gina informó que cuando su madre se enfermó hizo la búsqueda en Internet, por lo cual cuando ella tiene la sospecha de ser portadora ya contaba con la información y no hizo una nueva búsqueda.

Australia: *“Él investigó me dijo que buscara una segunda opinión”.*

X: *“Me dijo mi esposo “yo leí en el periódico que las congelan”, me dice “te voy a llevar”.*

Gina: *“Ya sabía de la enfermedad porque le sucedió primero a mi madre, si investigué sobre curas alternativas y de más enfermedades de transmisión, lo que encontré fue en Internet sobre la vacuna que en ese tiempo ni estaba aún autorizada en México”.*

La participante X mencionó que tenía una ligera información sobre la enfermedad, pues había visto en un programa de televisión un reportaje sobre la enfermedad.

X: *“En una ocasión salió en la televisión un programa sobre el virus, es lo único que sabía”.*

Constanza fue la única participante que continuó con la rutina diaria después de que le realizaron la prueba ginecológica, pues comentó que al pensar en la situación se iba a generar mayor preocupación y le resultaría más difícil el proceso.

Constanza: *“Cuando me dicen del papiloma no quise investigar, no quise saber, porque no quería yo programarme a que fuera algo más feo”.*

5.2 Continuación de la vida sexual

Las participantes dejaron de tener vida sexual activa en el tiempo en el que esperan los resultados, algunas por el enojo con su pareja, otras por no tener pareja en ese momento. Se muestran los relatos más significativos.

Gina: *“Ya no tenía relaciones, no podía ni psicológicamente siquiera pensar en tener, deje de tener relaciones casi 3 años”.*

Flaca: *“No en esa etapa no mantenía relaciones sexuales”.*

Elena García: *“No ya no”.*

5.3 Divulgación de la sospecha de la enfermedad

Las siete participantes le comentaron a su familia más cercana la situación por la que estaban pasando, siendo la pareja, los hijos u otro familiar o los amigos las principales personas a las que se acercan en ésta etapa. Algunas participantes recibieron insultos, ofensas, se sintieron incómodas con

la persona al comentarle la situación, al grado de modificar la versión para evitar habladurías, otras más mencionaron no haber recibido comentarios ofensivos y/o rechazo por dichas personas.

Australia: “Lo platicué con Mau, con Yola, con Angie y su novio que era doctor y con Leo nada más. Con mi amiga Angie, creo que su novio por ser doctor se manejó muy profesional, con ella me equivoqué, después me entere que alguien más sabía, perdí la confianza, como la conozco bien sabía que siempre le contaba a todo el mundo y era muy insistente por que más que tranquilizarme era de chisme, le dije todo está bien la doctora inventó, traigo una infección que tiene arreglo, pero nada más con ella”.

Flaca: “Sí a un amigo, fue mi ex-novio, siempre me apoyó en otros aspectos y nunca me dejó sola en nada, por eso la confianza, sentí aceptación y un gran apoyo, me acompañaba al médico, me prestó dinero y nunca dejo de preocuparse de mí, me sentí muy bien ya que te sientes mal y necesitas el apoyo de alguien para salir de ese problema, por otro lado algunas pseudo amigas de la escuela que les comento lo que me sucedía, me regañaron me dijeron groserías”.

Elena García: “En ese momento solamente se lo comenté a tu tía, nunca sentí rechazo de su parte”.

Lola: “Me acompañó mi prima y una tía a la clínica y después yo le dije sólo a mi hermana y a mi mejor amiga y bueno a mi pareja, sentí como “¡chin! pues ni modo te pasó a ti, pero échale ganas”, como que me apoyaron mucho”.

Gina: “Sí, mi pareja de ese momento lo supo todo, lo platicué con una amiga que le sucedió lo mismo, después, a mis hermanas, a las personas que les confié nunca recibí rechazo”.

5.4 Emociones de las mujeres en torno al diagnóstico de VPH

En este momento las emociones que percibieron principalmente las participantes fueron coraje, molestia, lástima, confusión, tristeza, tensión, angustia, miedo, enojo y, frustración, desencadenando un estado de depresión.

Australia: *“Fue de ¡madres!, pensar que iba a decir a mi familia, era mi mayor temor ¿Qué les iba a decir?, me sentía de la fregada, me dio un bajón totalmente”.*

Elena García: *“Me deprimí mucho, yo no comía, no dormía”.*

Flaca: *“Sentí coraje por el descuido que tuve y sobretodo meterme con el tipo que me infectó, sentí molestia, por el hecho de que te juzguen de que te vean como un bicho raro y que en algún momento sientan lástima por ti”.*

Gina: *“El sentimiento que tenía era de confusión, mucha tristeza, depresión, estaba deprimida porque también me hicieron estudios de VIH y eso me tensaba, me angustiaba y esos sentimientos nunca se los dije a nadie, me tenía que ver fuerte ante mi familia y no reflejarlo en el trabajo, pero la realidad mis defensas estaban muy bajas por la depresión y era un círculo vicioso y no lo podía romper”.*

Lola: *“Me espanté, me dio mucho miedo”*

Constanza: *“Me sentía como si me fuera a morir, estaba yo como en las nubes, como distraía, pensando, recordando y me sentía mal, tenía muchos sentimientos, tenía tristeza, coraje, enojo, frustración”.*

X: *“Mucho coraje”.*

6. Recepción del resultado de la prueba ginecológica

La entrega de los resultados se dio en dos diferentes situaciones, pues algunas de ellas los resultados se los da un médico con una explicación de la enfermedad, la cual pudo haberse percibido como buena o como en el caso de Lola quien reportó haber vivido esa etapa como algo no agradable. Mientras que a dos de ellas el resultado les llega directamente al abrir el sobre que contiene los estudios, siendo un proceso difícil de digerir pues no cuentan con una explicación como tal.

X: “Fui a recoger mis estudios, me los entregaron y me dijeron lo que yo tenía, entonces así como me dijeron me lleve ese examen y lo lleve al seguro social y ya me dijeron es que usted tiene papiloma la vamos a mandar a las setenta y dos, rápido me mandaron para allá, todavía con la duda fui con otro médico ginecólogo y me revisó, nada más me revisó y me dijo “es que sí lo tiene mejor váyase a su clínica”.

Constanza: “Voy a consulta, ya no hubo revisión, me da los resultados, me los lee, los explica con sus palabras, “lo que dice el análisis es papiloma, no estás tan grave, hay personas que ya están muy avanzadas, pero si no te tratas te puede dar cáncer y si no te tratas también a lo mejor no vas a tener hijos, tienes que tratarte ya, yo te puedo hacer una cirugía yo estoy tal día, tales fechas o si quieres ve una segunda opinión pero lo importante es que te trates”.

Gina: “En cuanto me hicieron la colposcopia, de inmediato la doctora me dijo lo que tenía, fue difícil, pero a la vez me dio consuelo saber que por fin ya sabía lo que tenía y que lo podían curar”.

Flaca: “Mi médico me dio la noticia, fue muy bueno conmigo y me dio los diferentes procedimientos que podía tomar para

atacar el VPH y siempre me daba una alternativa para salir bien de su consulta, me apoyo demasiado”.

Lola: “Estaba en la escuela, en clase, sonó mi celular, salí a contestar y era una enfermera, que era urgente que me presentara en la clínica, cuando lo escuché sentí mi cuerpo helado, me paralicé, no dije nada, colgué y empecé a llorar, me fui directo a la clínica, me dieron los resultados en epidemiología y la doctora fue muy grosera, trató de explicarme pero en eso fue muy brusca, casi, casi me dijo ¡qué bueno, por puta!, yo no quise volver nunca más con ella, me dieron un pase para un hospital y una cita para empezar el tratamiento”.

Elena García: “Antes de llevarle los estudios al doctor los leí, vi lo del virus y en ese momento se los llevé y me dijo que sí, que era una lesión de bajo grado, pero que sí era VPH”.

Australia: “Voy por los resultados, no me los entrega la doctora me los da la asistente, me dice “bueno aquí esta cualquier cosa nos marcas” y no me explicó, abro el sobre y leo que era positivo”.

6.1 Emociones después de resultado positivo de VPH

Al recibir el resultado positivo de VPH las emociones que se hicieron presentes fueron coraje, rabia, tristeza, enojo, frustración, estrés, miedo.

X: “Me dio mucho coraje, mucha rabia tenía yo y hasta la fecha todavía no lo puedo sacar de mi mente”.

Constanza: “Me sentía mal, tenía muchos sentimientos, tenía tristeza, tenía coraje, tenía enojo, tenía frustración, muchos sentimientos”.

Gina: *“Me causó estrés, tristeza inmediata, tenía coraje conmigo misma”.*

Elena García: *“Me espanté”.*

Australia: *“No sabía qué hacer con esto, ni cómo interpretarlo, decía ¿Qué tengo que hacer con esto?, me sentí súper mal, tenía un gran temor, me dio un bajón totalmente”.*

Dos de las participantes reportaron haber presenciado también sentimientos por su pareja, Flaca en forma de venganza, mientras que Lola sentía era un remordimiento por ya haber tenido relaciones sexuales con su pareja sin saber de la enfermedad.

Flaca: *“Muchísimo coraje, quería vengarme de aquel idiota con el que tuve relaciones y me sentía una basura como persona”.*

Lola: *“Lo que más me dolía era que yo ya había tenido relaciones sexuales con este chavo, llevábamos como cinco meses de noviazgo, lo bueno fue que él uso condón”.*

6.2 Sospecha del origen del contagio

Una constante que se mencionó fue la infidelidad por parte de la pareja principalmente, sólo en dos casos se dio a la inversa pues fueron las participantes quienes la llevaron a cabo, también se mencionó la no utilización de preservativo con la pareja.

X: *“Bueno de él yo no tengo una seguridad de planta, anduvo loqueando de aquí por allá, te imaginas en el reventón, él me decía que no, pero como le dije si yo supiera que soy una persona que tuviera varios hombres pues sí, ni tendría duda, pero sabiendo como soy, como me he portado no lo puedo entender de él”.*

Elena García: *“Si le reclamé ¡si yo estoy contagiada es porque tú me contagiaste! y dijo que no y me juro y perjuro que no y decide ir a hacerse los estudios y le dijeron que estaba bien. Y más por qué en una ocasión, llegó su ex mujer a gritarme ¡Te vas a arrepentir porque él tiene VPH! Y yo le decía que yo no había estado con nadie más que con él”.*

Constanza: *“Yo le atribuyo a la última pareja que tuve, porque cuando tenía un novio, entre novio y novio me hacía mis revisiones y en el último, fue cuando tarde en ir, pero fue en esa última revisión donde salió, entonces yo atribuyo a que esa última persona fue la persona que me contagió el papiloma”.*

Australia: *“Lo primero que hago es ir con Leo ¿no?, de no manches es que tengo esto y ¿qué onda? necesito que te revises, ver si está pasando algo contigo, si tú me lo pegaste, ya sabes quería terminarlo, estaba fatal con él, te decía que dos veces tomé pastilla de emergencia pero no estoy segura pero por el tipo de persona que era no dudo, con otro de ellos no estoy tan segura porque una amiga se casó con él y me dijo otra amiga que tenía que ir a una revisión ginecológica urgente, pero nunca supe como tal y no sé si puede venir de ahí, pero siento que quién lo detonó fue Leo”.*

Gina: *“Haciendo bien memoria fue cuando no utilice condón y eso fue en el momento que pensaba formar una familia, forzosamente fue uno de mis novios, y creo yo fue el primero, nada es una garantía”.*

Lola: *“No sé, dicen que nunca sabes quien fue porque no hay un tiempo aproximado, pudo haber sido él, o pudo haber sido el segundo y por mi infidelidad yo contagiarlo y él a su vez a su novia, no sé”.*

Flaca: *“La infiel fui yo, fue con un amigo de la normal, al tener relaciones con él”.*

6.3 Divulgación acerca de la enfermedad padecida

Una vez que se enteraron de la enfermedad, el divulgarlo a las personas puede resultar contraproducente, pues puede aparecer rechazo o no de su parte, esto sólo se dio en una de las participantes quien menciona haberlo contado a una amiga y sentir que ella lo regaba con más personas haciéndola sentir mal, por otra parte las personas a las que mencionaron comentarlo fueron principalmente las parejas y ex parejas, a las hijas, la hermana y amistades.

X: *“A mis hijas y a él también le dije, pero él, lejos de ayudarme hasta se enojó, me dice que era mi culpa que yo andaba por ahí de loca, loqueando, “es que es tu culpa” me dice “yo no tengo nada”.*

Constanza: *“Le dije a una amiga y en una ocasión me llamó por teléfono la persona que me contagió, nos quedamos de ver y le dije que me había contagiado”.*

Gina: *“Con quien descargué el coraje fue con el novio que tenía en ese momento, porque lo que sí le podía reclamar era el granito del molusco contagioso, nunca pensé en buscar a las ex parejas”.*

Lola: *“A mi hermana y a mi pareja, de mis ex sólo a la segunda pareja, fui le dije y siento que él como que dijo ¡ah sí que interesante! yo pensé ya cumplí ya te dije y si tú no quieres cuidarte pues ya es tu problema”.*

Flaca: *“Le digo a mi pareja que fui al médico a hacerme una revisión y me detectan VPH, su reacción fue de mucho coraje,*

a mis ex parejas les comenté para que ellos fueran a hacerse una revisión médica”.

Elena García: “Pues le dije a Isra en cuanto abrí los resultados, porque estaba conmigo, se los vine a enseñar a tu tía y hasta ahorita a ti, nada más, en la vecindad dije que tenía miomas”.

Australia: “Lo platique con Mau, con Yola, con mi amiga Angie y su novio que era doctor y con Leo nada más. Mau me decía “mira investigué esto, mi esposa pasó por algo similar, ahorita ya está bien”, y me tranquilizaba. Se lo conté a mi hermana en ese transcurso y eso porque me comentó que una amiga lo estaba pasando, con ella lo llevé muy tranquilo y le decía todo está bien. Con mi amiga Angie, creo que su novio por ser doctor se manejó muy profesional, con ella me equivoqué, después me entere que alguien más sabía, perdí la confianza, como la conozco bien sabía que siempre le contaba a todo el mundo y era muy insistente, pero más que tranquilizarme era de chisme, le dije todo está bien la doctora inventó, pero traigo una infección que tiene arreglo, pero nada más con ella”.

6.4 Significado de ser portadora del VPH

El significado varía de participante en participante, pues cada una de ellas lo vivió de distinta manera, algunas lo ven como el tener que cuidarse más, el ser más selectivo con las parejas sexuales, aprender a vivir día a día con él virus, pero sobre todo el guardar silencio se hizo presente pues mencionaron el callarlo con las parejas pues no saben cómo abordarlo y como podría tomarlo.

X: “Bueno para mí ahorita ya en recuperación, queda como que tengo que cuidarme ¿no? Que ya pues estoy del otro lado, no regresar para atrás y nada más, ya no es tanta mi preocupación como aun principio”.

Constanza: *“Es una experiencia que no se le desea a nadie, es un tema que me ha tocado escucharlo de personas cercanas, pero hasta que no lo vives no sabes cómo, pues el sentir y el pensar y es algo que desgraciadamente pasa y ya no debería de pasar y también es como un cierto responsabilidad de parte de uno al no exigir a la pareja cuando o no ser selectiva con la pareja”.*

Gina: *“Tener VPH afortunadamente para mí no me limito de nada, me siento sana, el único problema que me crea es la disyuntiva de decirlo y el cómo a mi pareja”.*

Lola: *“Pues ya lo tomo muy normal creo, ya aprendí a vivir con ello día con día, pero pienso que si puede ser también de actitud y he estado muy tentada a recibir ayuda alternativa, porque si quiero tener una vida normal y por supuesto hijos, pero sobre todo quiero poder tener una relación normal sin tener que andar por el mundo diciéndole a alguien lo tengo y si me quieres, me aceptarás con él, eso me intriga mucho porque no quisiera que pasara y por ello quiero ver alternativas”.*

Flaca: *“Pues es algo que como ya lo dije tienes que vivir con ello, entender que las cosas cambian un poco y bueno tomarlo de la mejor manera posible, para no llegar a un punto en el cual te sientas muy mal en cuanto tu ánimo”.*

6.5 Prácticas sexuales en este período

No todas las participantes lo abordaron, pero tres de ellas reportaron haber detenido las prácticas sexuales en cuanto conocieron el resultado, sólo Flaca mencionó continuar cada tercer día teniendo relaciones sexuales usando preservativo, aun sabiendo de su enfermedad.

X: *“Cuando me dicen del papiloma decido parar las relaciones sexuales”.*

Lola: *“Es algo que inmediatamente se detiene sólo por la palabra VPH”.*

Elena García: *“No ya no, porque me las prohibieron desde que me salió”.*

Flaca: *“Sí regularmente cada tercer día con condón, por protección y para proteger de cierta manera a mi pareja”.*

7. Tratamiento recibido contra el VPH

El procedimiento no vario mucho, a dos participantes les combinaron el tratamiento pues una de ellas recibió cauterización y cononización y por otra parte a Lola le aplicaron la cononización, cauterización y aplicación de pomadas. A todas les realizaron biopsia, a tres de ellas las cauterizaron, a otras tres les realizan el cono de cérvix, con la coincidencia de aplicar tapones de gasa que se remueven al siguiente día, también una de ellas recibió crioterapia, y con otra se llega a la decisión de retirar la matriz por completo. Todas ellas reportaron continuar en seguimiento previo al tratamiento.

X: *“Me cauterizaron dos veces, la última vez que me quemaron como con una planchita así muy chiquita, le quitan a uno carne, se ve como se desprende, este la carne de la matriz, el doctor me dijo “que la lesión era la manchita que se veía ahí”, cada manchita me la iban a estar quemando, entonces me quemaban, me quemaban y me quemaban, me volvían a citar y me volvían a quemar, de los granitos que me salieron me quitaron todo lo que tenía desde el puentecito de la vagina y el ano, todo eso ya tenía hasta el ano, yo creo como vieron que seguía la lesión me enconaron me hicieron cirugía me durmieron toda, después me dijo “le vamos a dejar unas gasas ahí adentro este usted se va a bañar y se las va a quitar”, al término de tres días dijeron que me quitara las gasas, yo cuando me bañaba me buscaba y me buscaba las gasas y*

nunca me las encontré y ahí se me pasaron como ocho días y yo ya me sentía mal y fui y halla me las quitaron, después de la cirugía todavía estuve yo en tratamiento como seis meses ya después pura revisión y ya me dieron el alta”.

Lola: “Me estuvieron haciendo papanicolaou cada dos meses, me daban resultados negativos la lesión seguía apareciendo y me dijeron “te vamos a hacer una biopsia”, me hacen la biopsia y me dicen “te vamos a hacer un cono”, ese día, me pusieron el pato, me dijeron que ya empezarán con el corte, finalizó y me dijo que me dejaría unas gasas por dentro que al otro día me las quitara, al siguiente día me quito las gasas y me vino una hemorragia sorprendente, que termine en urgencias, tuvieron que coserme y sin anestesia, fue el dolor más horrible y desgarrante que he sentido en toda mi vida, pero me aguanté no quería demostrar dolor, yo debía ser fuerte, si yo sola me había metido en esto, yo creía que yo sola iba a poder también salir avante de ello, ya me estabilizan y no sé qué pasó que a los pocos días de nuevo se viene una hemorragia vuelvo a urgencias y esta vez deciden cauterizarme, fijate que no me dolió tanto como que ya había vivido algo peor que eso y ya salí nuevamente y bueno todo está bien hasta aquí, espero mi siguiente cita y me dan los resultados de la biopsia y resulta en cáncer, lo bueno de esto es que es in situ no había hecho explosión por así decirlo y me dicen que esperemos seis meses a que cicatrice para una siguiente revisión”.

Constanza: “Me empezaron a poner la anestesia local, me asuste y en un principio tampoco podía introducir el pato, dice “estas muy nerviosa te tienes que relajar”, vi al principio cuando empezó a hacer toda la preparación de “mira aquí está y sigue lo mismo no ha avanzado, esto es lo que vamos a quitar y se tiene que ver todo limpio”, se veía como, como una natita, se ve todo rosita y se ve como una natita así medio blanca,

“vamos a empezar” y ya no se veía por todo el proceso que estaba él manejando, hizo la cirugía recuerdo que quito un pedacito porque hay unas que creo que cauterizan, a mi nada más me quitó el pedacito duro 15 minutos la cirugía, me pusieron como un taponcito de algodón y me dijeron que yo me lo tenía que quitar no me acuerdo si ese día en la noche o al otro día en la mañana, me dejaron como algo colgando y yo eso lo jalé y me lo quité con miedo de ¡ay! qué tal si se me sale todo, pero si, no fue sencillo, volví a ir a la semana a revisión y luego como unas tres o cuatro veces más cada mes, cada tres”.

Gina: “En el IMSS me canalizaron a displasias y en cuestión de 2 semanas me programaron electro-cirugía, previo me realizaron papanicolaou, colposcopia, biopsia y me realizaron la electro-cirugía, me dieron vitamina a para regenerar tejido, reposo y nueva cita para revisión, en la siguiente aún quedaba un poco de lesión y me realizaron otra electro-cirugía pequeñísima, posteriormente me programaban citas aproximadamente cada seis meses”.

Australia: “voy con otro doctor llevo los resultados se los doy, me dijo los voy a guardar, estoy consciente de lo que me hablas pero que te parece si hacemos una revisión general vemos estudios y empezamos de ceros, me dijo “sí hay una lesión, es muy leve y esto se puede curar, te tengo que cauterizar”, me dijo “te hicieron una biopsia y es algo delicado porque te causan otra lesión, ojalá no implique nada, pero la biopsia fue grande y esta lastimado adentro y hay que esperar a que sane”, me dijo “necesito que sane, la cauterización la hago en un mes, necesito que estés tranquila, que te tomes éste medicamento”, ya hizo la cauterización me dio medicamento, uno era para infección urinaria, otro para sanar la cauterización y otro para limpiar. Yo sacaba por medio del

flujo la pastilla primero empezaba con color muy fuerte después ya era transparente.

Flaca: “La crioterapia, tomaba duchas vaginales, en ese tiempo no tuve relaciones sexuales, tome medicamento (ibuprofeno), sentí mareos, me dieron calambres, sangrado mínimo y algo de calentura, se me formó como una ampolla y tenía flujo sanguíneo lento y un olor muy fétido con dolor, le aviso a mi médico, tengo comunicación constante sobre el tratamiento con él, después de 3 meses, me recetaron los lavados vaginales y me coloque óvulos como lo recetaron y medicamento para el dolor, simplemente lo que quieres es salir lo mejor del tratamiento”.

Elena García: “Me dijo que me iba a retirar la matriz, una doctora me dijo “sí hay que quitarla porque de 10 a 15 días se volvía cáncer”, me hicieron estudios de sangre, de orina de todo, me dijeron “salieron bien”, me sacaron la matriz, cuando desperté de la anestesia, me enseñó la matriz, tenía muchos puntitos morados feos, el doctor dijo otros quince días y se muere pero no le dimos importancia”.

7.1 Emociones durante la etapa de tratamiento

Las emociones percibidas durante el tratamiento son dolor, miedo, cansancio, tristeza, fortaleza y coraje.

X: “Me daba horror”.

Constanza: “Estaba yo como adolorida, como cansada, agotada, triste, como que todo lo tenía yo, en ese momento se dejó salir y empecé a tener muchas dolencias”.

Lola: “A pesar de todo me sentía fuerte, no te voy a mentir no soy muy católica, pero me la pase rezando todo el tiempo”.

Flaca: *“No dejas de sentir coraje por lo tonta que fuiste al no protegerte al tener relaciones sexuales”.*

Elena García: *“Me deprimí mucho”.*

Australia: *“Tenía cansancio físico, emocional, desgaste”.*

7.2 Acompañantes durante el tratamiento

Por lo regular las participantes mencionaron acudir acompañadas por la pareja, alguna amiga, el ex novio o los hermanos, mencionaron que preferían acudir solas pues sus familiares y/o amistades tenían otras actividades, aunque se indicó también que a algunas le acompañaba la pareja y después de un tiempo se notaba su ausencia.

X: *“Prefería ir sola, una porque todas trabajan y mi esposo pues también trabaja, entonces le decía “no yo me voy sola”, una sola vez me acompañó mi hermano y mi cuñada”.*

Constanza: *“Sólo mi amiga me acompañó durante la cirugía, después yo iba sola”.*

Lola: *“Llegó mi novio y luego mi hermano me recogió en el coche al salir, mi novio acostumbraba acompañarme, después de un tiempo comencé a ir sola”.*

Flaca: *“Amigos, mi ex novio y mi amiga de la facultad”.*

Elena García: *“Algunas veces iba yo sola y en otras me acompañaba mi marido o mi hija”.*

Australia: *“Leo fue de siempre ir conmigo al médico”.*

7.3 Significados atribuidos por las mujeres al alta del tratamiento

A pesar de saber que seis de ellas ya fueron dadas de alta, solo tres de ellas hicieron mención durante su relato de ésta etapa, indicó una de ellas haber demorado seis meses para conseguirlo, una de ellas expresó su emoción al recibir la noticia, Elena enfrentó la confusión de no saber si la pérdida de su matriz fue la mejor decisión. Aunque por otra Lola menciona continuar con el padecimiento pues su tratamiento aun no refleja buenos resultados.

Constanza: “Cuando llevo como la tercer revisión que ya eran los tres meses, dijo el doctor estas muy bien, se ve que fue buena cirugía, nada más vamos a esperarnos a los 6 meses para ver que no haya nada a los 3 meses, fue cuando dije ¡ay ya, ya la libre!, ya no me vuelve a pasar, ya no me tiene que pasar, ya me sentí liberada, de los seis meses ya sólo fue la confirmación de ya, ya se te quitó, ya no tienes nada, que por lo que eh leído nunca se quita del todo pero por lo menos ¡ya no se veía ahí!”.

Elena García: “Me dan de alta una vez que me quitan la matriz, me dan las recomendaciones y el medicamento y ya, pero yo tengo la duda de si lo tuve, si lo tengo o que pasó”.

Australia: “Me hizo otra revisión me dijo “estas bien” me dio de alta, yo dije ¡yuju! ya estoy sana, estoy del otro lado”.

Lola: “Tú crees que a la fecha sigo yendo, no me han dado de alta, después de la operación me hicieron otro papanicolaou a los seis meses me dicen “aún hay lesión” y me descubren molusco contagioso, me dicen que primero atacaran el molusco y me los quitaban con ácido, me quemaban la piel completamente, continúan con el papanicolaou y colposcopia y sigue la lesión, me dan un tratamiento nuevo, me introducen

una crema junto con un tampón y me tenía que dejarlo por un día completo y sentía ardor y dolor como de cólico, fueron 10 sesiones y me dejaron descansar cuatro meses, la doctora me dijo que fue como si me hicieran un pilling en el útero que me quitaba una capa de piel, me hace nuevamente el papa y sigue saliendo la lesión, creen los doctores que es más psicológico, ahora que mi estado de ánimo no me ayuda mucho y que debería pensar en medicina alternativa antes de otras cirugías”.

7.4.1 Recomendaciones médicas posteriores al tratamiento

Como principal recomendación recibieron el evitar realizar esfuerzos como lo es hacer quehacer, cargar objetos pesados, tener buena alimentación, tomar algunos medicamentos para la cicatrización, no tener relaciones sexuales sin preservativo pero sobre todo y lo más importante realizarse el papanicolaou cada seis meses y un año.

X: “Después de la cirugía fue reposo, no barrer, no trapear, no cargar pesado, estuve en tratamiento más de un año, hasta que me dieron de alta, pero me dijeron que me estuviera haciendo el papanicolaou cada seis meses y no me lo hago cada seis meses me lo hago cada año y eh salido bien”.

Constanza: “Me dio, recuerdo que me dio unos óvulos me parece que para cicatrizar y me dio ese día antibiótico para que no tuviera molestias, me propuso o que pidiera vacaciones o faltara al trabajo, pero no lo hice yo seguí trabajando pero así como llegaba y me sentaba no me paraba en todo el día hasta que salía y si, a pesar de que fue una cirugía muy micro, si no me podía parar, me costaba trabajo pararme, me costaba trabajo sentarme, me sentía adolorida, me sentía cansada, me sentía agotada y fue una semana complicada y tratando de que no se hiciera evidente”.

Lola: *“Me dio una hoja con las indicaciones posteriores de no relaciones en tres meses, no cargar cosas pesadas, no hacer esfuerzos, reposo tres días, comer bien y hacer ejercicio poco a poco”.*

Elena García: *“De no barrer, de no cargar cosas pesadas, de no esfuerzos, de no hacer nada prácticamente”.*

7.5 Emociones que el alta suscita en las participantes

Las emociones que predominaron durante esta etapa son llanto, agotamiento, sorpresa, miedo, tristeza, fortaleza, incertidumbres, dolor, preocupación, enojo y angustia.

X: *“No pues como que ya más o menos me iba acostumbrando porque yo me sentía tan mal, salía a la calle, aquí me aguantaba pero yo salía y empezaba llore y llore y ya se me fue pasando y se me fue pasando”.*

Constanza: *“Me sentía de ánimo y de apariencia muy agotada”.*

Lola: *“Cuando me explicaron como estaba, pues fue sorpresa la primera emoción, después miedo, tristeza y fortaleza para no permitir que regrese de nuevo el cáncer”.*

Elena García: *“Mucha incertidumbre porque una doctora después me dijo que no era necesario retirar mi matriz, que se tuvo que haber hecho una cauterización, cono, etc., por medio de tratamiento, y creí por comentarios de otra doctora que lo tenía en la sangre, y yo quedé con mucha duda”.*

Australia: *“Dolor, angustia, preocupación, enojo con él”.*

7.6 Cambios corporales después del tratamiento

Los cambios corporales que se presentaron después son muy variados, pues en el caso de X le causa dolor la realización del papanicolaou, Gina no presenta ningún malestar, Lola tiene visibles cicatrices de las quemaduras, Flaca y Australia tienen dolor al realizar el coito y Elena García padece cambios hormonales por la pérdida de la matriz.

X: *“He sufrido después de la cirugía mucho el que me hagan el papanicolaou, que no me encuentran el cuello te digo que una enfermera me dijo es que usted tiene la matriz volteada y la doctora me dijo que era por el encono”.*

Gina: *“No creo tener problema sobre alguna posición, la lesión que tuve fue muy leve, al parecer, no me dejó secuelas por lo que no tengo limitación.”*

Lola: *“El único cambio que tengo es que se ven las cicatrices de las quemaduras que me hicieron para quitarme el molusco”.*

Flaca: *“Tengo molestias al hacerlo con ciertas posiciones”.*

Elena García: *“Tengo el mismo dolor en la pierna por las noches, y más que nada han sido cambios hormonales por lo de mi matriz, ando de malas, muy irritable, enojona”.*

Australia: *“Cierta dolor se presentaba al tener relaciones sexuales y el doctor me dijo “tal vez fue por la biopsia porque fue en donde justamente se da un contacto”. Ahorita ya no tanto, ha disminuido es muy ligero, ahorita tendría que ver más con una cuestión de excitación, eso fue disminuyendo el grado de que yo quisiera tener relaciones sexuales”.*

8. Cambios en la vida sexual después de la enfermedad

Dos participantes reportaron haber frenado completamente la vida sexual en pareja, y desde que les fue detectado el VPH no han vuelto a tener ninguna relación con su pareja, incluso cuando es la pareja la que inicia el contacto ellas manifestaron sentir coraje y prefieren evitarlo.

X: “Me dijeron las doctoras particulares que sí podía tener relación con él pero con preservativo, pero para mí ya no es necesario, cuando salí de la cirugía y que ya me encontraba bien, con más razón “sabes que hazte para allá por que no voy a estar al toma y daca”, dije ¡no! y ya de ahí para acá, puros pleitos con el señor, me ha llegado a decir “no pues a lo mejor andas con otro por eso no quieres tener una relación conmigo”, pero no es eso le digo, es que yo me tengo que cuidar, si tú nunca te quisiste curar yo ya no voy a volver a caer en el hospital no más por tu gusto, y le digo eso hubieras pensado y te hubieras curado, si pensabas andar con mujeres ¡tú te hubieras cuidado!, así que yo no quiero que me friegues, quieres seguir pues vete a la calle porque conmigo no y diario son pleitos y cuando intenta tocarme me da mucha rabia, no lo soporto”.

Elena García: “Aquí en confianza, cuando me quiere tocar mi parte me da mucho coraje, me da una rabia, desde que me detectaron el virus no he querido tener relaciones con él”.

Por otra parte Lola y Australia informaron haber reiniciado su vida sexual en pareja después del tratamiento, el cual les trajo consecuencias negativas pues se presentaban con dolor y secreción sanguínea, así como la no excitación por lo que Australia fingía su orgasmo. El reinicio por parte de la participante Lola se da principalmente por complacer a su pareja sexual después de haber aguantado el tratamiento sin actividad sexual.

Lola: *“Continué teniendo relaciones con mi pareja y eran dolorosas e incómodas, me salía agüita con sangre, decía la doctora que era normal, pero yo no le decía nada a mi pareja pensaba ¡pobre él! ya ha aguantado tanto, como para todavía castigarlo sin esto que quiere y me aguantaba el dolor, eran mínimo una vez a la semana. Puedes continuar manteniendo las relaciones con condón y las poses pueden seguir siendo las mismas, pero te hace más selectiva, más desconfiada ya no lo haces con cualquiera o por lo menos la piensas dos veces”.*

Australia: *“La siguiente relación sexual fue, bien complicado, pasó como seis meses, fue de ¡no lo volvemos a hacer nunca sin condón! hasta que no te revises, ahora es de 1 o 2 veces a la semana, pareciera que empezamos al revés, en el noviazgo era diario mañana, tarde y noche, y ahora es de, si no se me antoja no, le perdí un poco de interés, ahorita para mí no es importante una relación sexual, porque déjame decirte que no sentía nada, fingía mi orgasmo. Después de hacerlo tengo una emoción de nostalgia pero conmigo”.*

8.1 Exigencias a nuevas parejas sexuales

Algunas de las participantes continuaron con su vida sexual activa después del tratamiento con parejas nuevas, algunas de ellas informaron sí hablar sobre su padecimiento con la pareja nueva otras de ellas prefieren reservárselo y cuidarse por medio del preservativo para no sufrir rechazo por parte de la nueva pareja. El pedirles un examen que demuestre el no tener ninguna enfermedad venérea se hace presente para tres participantes para asegurar no volverse a contagiar.

Gina: *“Tuve una pareja posterior con quien dure un año y medio, las relaciones fueron aproximadamente en 5 ocasiones y siempre con condón, a él no le dije sobre el VPH, creo que tendría rechazo de él por ello no lo dije”.*

Lola: *“Después terminé con este chico y empecé a salir con otra persona, a mí el VPH no me limita el conocer a gente, porque a esta persona no le dije nada, no voy a correr el riesgo del rechazo, así que me cuido y ya con eso es suficiente, hasta ahorita solo ha sido con él con quien tuve una relación sexual más, pero si llegara alguien más siento que no le diría que para ello intentaría con la medicina alternativa para evitármelo”.*

Constanza: *“Yo creo que sí le pediría un examen, sería algo así de cartas sobre la mesa porque me pasó esto y no quiero que me vuelva a pasar, yo creo que sería con más cuidado pero ya no sería lo mismo, en esa parte sí me marcó, ya no puedo confiar en la gente así”.*

Elena García: *“Siento que es más bien algo mío, porque él se fue a hacer los estudios al IMSS le dijeron que está bien, él no tiene nada”.*

Australia: *“La realización de los exámenes para saber que está bien.”*

Flaca: *“A mi nueva pareja se lo dije y lo tomo de la mejor manera, es algo que tienes que aprender a llevar contigo y saber que ya no va ser lo mismo al involucrarte con alguien en el ámbito sexual, tengo un gran apoyo por parte de él e incluso ha buscado información para entender sobre lo que paso y como llevar la infección y sepa cómo tratarme, yo soy de cada tercer día, usamos condón por mi miedo de infectarlo, la verdad ya no practico el sexo oral”.*

8.2 La maternidad después de la enfermedad

El caso de Constanza presentó un hecho único, pues después de enterarse de ser portadora de VPH y recibir el tratamiento, una vez obtenida su alta médica decidió realizarse una inseminación artificial para no tener que

tener contacto sexual con un hombre, y con ello poder satisfacer su instinto materno.

Constanza: *“Cuando me pasa esto dije “que necesidad tengo de estar buscando un pendejo que nada más llega y me contagia o me salga loco”, cuando me pasó lo del papiloma tenía yo miedo de no poder tener familia y ya me dijeron que podía, que ya estaba bien, que ya podía, empecé a ver alternativas, dije yo creo que me voy a terminar haciendo algo yo, porque no puedo esperar a que llegue alguien para poder, no necesariamente ser feliz pero que yo pueda tener una familia, dije “yo creo que el marido no va a hacer para mí”, hijos si quiero, pero pues si no llega una persona pues vamos a ver alternativas, empecé a buscar en Internet, vi la inseminación, empecé a ver los costos, vi que eran pagables, no es barato pero eran pagables, fui a dos clínicas y ya me dijeron como era el tratamiento, que tenía que hacer, costos aproximados, dije la edad ya se me está yendo, el trabajo es funcional y me embaracé”.*

4. DISCUSIÓN

El uso de la metodología cualitativa y sus diferentes técnicas, en este caso la entrevista semiestructurada (Álvarez-Gayou, 2003), permitió obtener información subjetiva acerca de las prácticas sexuales de mujeres portadoras del virus del papiloma humano (VPH), acerca del cómo y el porqué de su problemática de salud a investigar (Taylor y Bogdan, 1996).

La perspectiva de género brindó la oportunidad de identificar que las prácticas sexuales de las mujeres con VPH se ven afectadas y por ende modificadas ante el diagnóstico positivo de la enfermedad; pues tiene como principal eje analizar la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales (Cazés, 2000), así como la interacción entre hombres y mujeres, permitiendo observar las desigualdades y propiciando al análisis crítico (Salles, 1996, citado en Villaseñor y cols.).

Saberes acerca de la sexualidad. Hablar sobre la primera relación sexual, cómo prevenir embarazos, ETS, anticonceptivos, son temas que aún se dejan para ser tratados por una institución educativa de manera abierta, o al menos eso se espera, lo cual concuerda con lo reportado por Stern y cols., (2003) quienes plantean que el dejar el tema de la sexualidad en manos de la institución educativa, origina que queden muchas dudas, pues no se tiene la suficiente confianza para poder preguntar más, lo cual hace que se recurra a las amistades y/o páginas de Internet y libros para salir del paso, como lo reportan Valdés y cols., (2003). Lo que relaciono con lo mencionado por las participantes, pues no contaban con suficiente conocimiento sobre sexualidad, antes de iniciar su vida sexual en pareja; siendo un punto importante y crítico, pues a raíz de ello pueden devenir muchas cuestiones posteriores; tales como, adquirir una enfermedad de transmisión sexual o vivir embarazos no deseados, temas que podrían evitarse o prevenirse, si desde el hogar se genera una cultura más abierta sobre la sexualidad, pues las participantes contaban con saberes de la sexualidad pero abordados desde discursos implícitos, de consejos, de que la sexualidad puede ser un punto crucial en sus vidas, ya que iniciarlas a edad temprana modifica completamente la trayectoria de vida.

Perjuicios sobre la sexualidad femenina. La sexualidad ha sido un tema difícil de tratar a lo largo de los años, pues existe muy poca apertura en cuanto a la información que existe al respecto. Son pocas las ocasiones en las que se tienen conversaciones sobre sexualidad entre las personas, y en los casos en los que se llega a tocar es ocultando la inquietud personal, asignándosela a otra persona, en tono de burla o muy escueto, casi tratando de evitarse por completo, y ¡qué decir si se trata de que la familia brinde como principal instancia los primeros acercamientos del tema!. Es muy común hoy en día que los padres aborden algunos puntos de la sexualidad con sus hijos, como la menstruación en el caso de las mujeres, y las primeras erecciones en el caso de los hombres, pero se hace como una prohibición, de manera oculta en el discurso. Se aconseja a las mujeres el cuidarse de los hombres, pues son la principal fuente de enfermedades y de embarazos, y se alienta a los hombres a tener plena actividad sexual pues eso demostrará su masculinidad.

Saberes acerca de la menstruación. La manera en la que fue abordado el tema de la sexualidad con cada una de las participantes varía dependiendo del nivel socioeconómico de la familia, y que decir del nivel de estudios; pero principalmente considero que influye la misma trayectoria de vida, sobre todo la identidad de género, pues coincide el punto de que a éstas mujeres les vendieron la idea de que la regla les va a llegar en cualquier momento, siendo algo que puede remover emociones, sobre todo infundir temor, pero una vez llegada la regla no se es más una niña, es el cambio a convertirse en una mujer capaz de procrear familia, por lo cual tiene que ser muy cuidadosa y responsable con sus actividades sexuales.

Uso del condón en la primera relación sexual. Se sabe que en la Ciudad de México la edad promedio para la iniciación sexual en las mujeres es a los 17 años de edad, lo cual coincide con la edad en la que la mayoría de las participantes iniciaron su vida sexual en pareja. Éste primer encuentro sexual, de acuerdo con Amuchástegui (1996), resulta ser no planeado, propiciando el no uso de preservativo, lo cual no comparto por dos cuestiones, una de ellas es el año en el que se hizo esa investigación, pues ya han transcurrido 17 años de

ello y refleja la evolución en el tema; por otro lado, de acuerdo con los relatos de las participantes, si habían tenido prácticas previas con sus parejas para la utilización del preservativo y sólo dos de ellas mencionaron haberse dejado llevar por el momento y no utilizarlo, lo cual quiere decir que el no uso del preservativo en el primer encuentro no es una regla, pues aún con poco conocimiento sobre anticonceptivos, se usa quizás el de más fácil uso, el preservativo, no quiero decir que no es importante el punto de que existan mujeres que en su primera relación sexual no usen preservativos, sino que quizás va en aumento el número de parejas que planean su primera relación sexual, o quizás buscan información para evitar embarazos o ETS, lo cual sería un punto interesante de estudiar pues existe en contraparte un gran número de mujeres jóvenes embarazadas o con resultado positivo a una ETS.

Sumisión femenina en el acto sexual. El hecho de que aún existan mujeres que no den importancia o prioridad a usar un preservativo puede explicarse por el hecho de vivir en un contexto machista. Gina, por ejemplo, creció con la idea de que los hombres sólo buscan su propio placer y que la mujer debe ser sometida ante sus exigencias. Ella provenía de una familia en donde el padre tiene una educación machista, y al momento de la relación sexual puede estar surgiendo el pensamiento del sometimiento y con ello la no exigencia del uso del preservativo, pues la pareja puede llegar a pensar que la mujer puede ocultar una enfermedad o no desea ser madre y con ello puede decidir el terminar la relación, lo cual no es oportuno para una mujer, pues la sociedad dicta que hay que retener a los hombres, o no reflejar ser una mujer capaz de tener una familia.

Perjuicios entorno al número de parejas sexuales. Nava y cols., (2004) mencionan que el número de parejas sexuales varía entre hombres y mujeres, siendo en los hombres un aproximado de 7 y en las mujeres de 2, ante ello yo encontré una gran variedad en el dato, pues las participantes informaron haber tenido desde una pareja sexual hasta 25, se puede ver como la equidad de género ha permeado en las mujeres, tras una larga batalla por la igualdad, y les ha dado más apertura en cuanto a cuestiones de sexualidad; de cualquier manera bajo la cultura machista en la que vivimos, el que una mujer

disfrute plena y abiertamente su sexualidad la enclaustra en el cautiverio de puta, como lo menciona Lagarde (1996), entonces el que una mujer tenga 1 o 25 parejas sexuales de cualquier manera la convierte en una puta para la sociedad, aunque dicho dato es escondido o reducido por las mujeres para evitar ésta etiqueta, pues aún no es bien visto que una mujer demuestre más experiencia sexual que un hombre, inclusive el que la mujer demuestre mejor desempeño sexual hace que en su discurso minimicen el número de parejas, pues los hombres prefieren que la mujer sea sumisa y virgen, para ser elegida como su compañera y madre de sus hijos.

El hecho de que un factor principal para adquirir una ETS es el número de parejas sexuales, según Nava y cols., (2004), el número de parejas sexuales de acuerdo con lo obtenido en dicha investigación no arrojó ser un punto clave para la adquisición del VPH, pues hay una gran variante en el dato, desde 1 pareja hasta 25, por lo tanto no comparto la idea de que sea el número de parejas un factor determinante, pues existe el caso de una mujer que ha pasado toda su vida con una sola pareja sexual, siendo su pareja la que le transmitió la enfermedad, creo que el número de parejas sexuales las enclaustra más en el cautiverio de puta, que el que determine la aparición de una ETS, no quiero decir que esté bien o mal el hecho de que las mujeres tengan muchas o pocas parejas sexuales, al punto que quiero llegar es, que el número de parejas sexuales es alarmante por las enseñanzas de respeto y fidelidad que nos enseñan como mujeres, pues se rompe totalmente con el discurso, y las convierte en mujeres promiscuas, no dignas de ser madre-esposas como lo indica Lagarde (1997).

Enclaustrada en el cautiverio de puta. Incluso hablar sobre las prácticas sexuales de las mujeres antes de que hayan iniciado su vida sexual, las enclaustra en el cautiverio de puta, pues en el colectivo social cuando se es pequeño y se intenta tocar alguna parte del cuerpo lo primero que se recibe es un no rotundo que te enseña a que el cuerpo es algo “sagrado” que no cualquiera puede tocar, inclusive uno mismo, por ello es que la masturbación femenina como práctica sexual prematura se presenta en una mínima parte de la población, pues seis de cada diez mujeres han recurrido a la masturbación

como práctica sexual, ante esto autores como Toro (1986), Jaramillo (1986) y Farley (1999), citados en Valdés y cols., (2003), mencionan que las mujeres que practican la masturbación muestran mayor autoestima, deseo sexual y menos tiempo de excitación, lo que favorece su vida sexual, en el caso de las participantes se presentó en una de siete, lo que refleja que dicha práctica no es aceptada ni practicada abiertamente por las mujeres, pues continúan con el pensamiento de que no deben tocarse o bien porque creen que no es algo necesario en sus vidas, pero ¿Qué pasaría si una mujer supiera cuales son las zonas de su cuerpo que le causan mayor placer?, y pudieran exigir a su pareja las complazca, si existiera una apertura en el tema de la masturbación femenina, habría, desde mi punto de vista, mujeres con mayor goce de su sexualidad en pareja y no mujeres que mantienen relaciones sexuales por complacer a la pareja, aunque claro, dicho punto resulta un poco difícil de llevarse a cabo, pues a las mujeres se les ha educado para complacer a los otros antes que a ellas mismas, como lo reporta Lagarde (1997) las mujeres no son sus propias dueñas, existen como objeto para otros, lo cual considero que, si no descubren por ellas mismas sus goces sexuales, no sabrán en ningún momento la verdadera sensación placentera, pues podrían quedarse sólo con lo que los hombres manifiestan de experiencia. Lamentablemente las mujeres hemos sido educadas bajo la sumisión de una cultura machista, en la que desde pequeñas comienza el entrenamiento con los juegos, por ejemplo la cocinita, el juego de trastes, los muñecos, que nos van permitiendo ensayar el ser una buena mujer en un futuro, como lo menciona Stoller (1968, cit. en Lamas, 1995) el vivir las experiencias, ritos y costumbres atribuidos al sexo, asigna una identidad de género difícil de romper.

Prácticas sexuales de riesgo. Este acontecimiento de postergar los cuidados corporales, orilla a las mujeres a tener prácticas sexuales de alto riesgo, pues al carecer de asertividad para exigir el uso de preservativos, su bien arraigada sumisión y la carencia de conocimientos sobre los temas de sexualidad, como los anticonceptivos, deja a la deriva el cuidado corporal ante las enfermedades de transmisión sexual. Siendo así que hoy en día un 15% de las mujeres presentan infección por el virus del papiloma humano. Espinosa y Paz (2004) reportaron que el inicio temprano de la actividad sexual, el deterioro

social y la falta de servicios de salud, son los principales puntos que propician las infecciones de transmisión sexual, con lo cual estoy en discrepancia, pues en primer instancia preguntaría ¿Qué edad se considera inicio temprano? no apoyo el punto de que el inicio temprano de la sexualidad sea un factor, quizás pueda ser una variable, pero en este caso se presentan participantes con actividad sexual después de los 22 años, se tendría que determinar con dichos autores si entra en el rango de inicio temprano. Más que un inicio sexual a edad temprana considero como riesgoso un inicio sin preservativo, considero que si se le enseña a una mujer a cuidarse desde su primer encuentro puede volverse una constante para futuros encuentros. Por otra parte apoyo la idea del deterioro social, pues se está brindando una apertura a los hombres a vivir la promiscuidad, pareciera que existe una competencia por sumar encuentros sexuales y ganar la partida, es común escuchar pláticas de yo le gané a tal, inclusive los hombres tienden a relacionarse con las parejas sexuales de otros conocidos, lo cual no crítico, cada quien puede llevar a cabo sus prácticas a su parecer, lo que entra en duda es el saber que cuidados están teniendo con su propio cuerpo, pues está claro que si no cuidan su cuerpo, el día de mañana no pensarán en cuidar el de su pareja sexual estable, lo cual convierte a las enfermedades en un ir y venir, pues se transmiten con facilidad de uno a otro sumando el número de pacientes en las salas de espera de los centros de salud.

Por otra parte el no uso del preservativo en algunos casos, pueden estar determinados por la cuestión de las creencias, pues si la pareja llega y se le pide el uso del preservativo, puede desconfiar de por qué la mujer lo pide, volteando la situación, mencionando que no ha tenido conductas de riesgo con otras mujeres y chantajeando a la pareja con un discurso de si usamos condón es por qué dudas de mí, o tú estás saliendo con alguien más, y que pasa con estas mujeres es más fácil dejarse llevar, con la carga de no cuidado corporal como se mencionaba anteriormente y con la presión de que la pareja sepa que confía en él a ciegas como para permitir una penetración sin protección a sabiendas de que puede haber riesgos, lamentablemente como mujer se tiene una enseñanza de sumisión lo cual permite aceptar todo lo que el otro mencione o solicite, pues indica que llevamos a cabo de manera correcta el rol

que nos fue enseñado, aunque también los hombres continúan teniendo el pensamiento de que una práctica sexual sin condón es más placentera, olvidando que dicha práctica es de riesgo.

Experiencias que postergan la visita al ginecólogo. Una vez iniciada la vida sexual en pareja las mujeres deben someterse a revisiones ginecológicas rutinarias para llevar un control sobre su salud sexual, pero en la actualidad se observan espacios muy largos entre el inicio de la vida sexual en pareja y la primera revisión ginecológica, lo cual puede estar relacionada con la poca divulgación del servicio por parte de los centros de salud, y por lo mismos saberes colectivos que especulan alrededor del servicio, pues como lo reportaron Galván y cols., (2005), las mujeres que no pueden acudir al sector privado refieren presenciar incomodidad en la revisión y deciden aguantar el trato del sector público, lo que desencadena en automático una reacción de bola de nieve, pues se empieza a comentar con el entorno la experiencia que se vivió en la revisión y al ser escuchada o al llegar a oídos de otras mujeres, hacen que se genere una resistencia a acudir a dicho servicio, coincidiendo con lo mencionado por Zenteno y Rivas (2006), quienes informan que las mujeres tienen el conocimiento sobre el procedimiento del Papanicolaou (PAP) manifestando acceso para realizarse la prueba, pero demostrándose poca congruencia con la realización por cuestiones de demora de la entrega de los resultados, la poca confianza para aclarar dudas, el sexo del médico y sobre todo el dolor al introducir el espejo, esta sensación de dolor la manifiestan todas las participantes al momento de la revisión, siendo el principal factor para prolongar la siguiente cita médica.

Dicho pensamiento de ser objeto de otros, puede influir en que las mujeres no realicen periódicamente visitas al ginecólogo, anteponiendo las cuestiones corporales y de salud a las demandas de los otros, también por cuestiones de pena, como lo comentan las participantes, no es lo mismo que una persona te vea y te toque orificios como la boca, la nariz o los oídos que no tienen ninguna connotación sexual, a que te ausculten el orificio vaginal, como lo mencionan Galván y cols., (2005), el temor, el pudor y la vergüenza de las mujeres a ser vistas y/o tocadas en partes corporales cargadas de connotación

sexual dan pauta a posponer las visitas al ginecólogo, lo cual es semejante a lo ocurrido con las siete participantes, pues sus visitas al ginecólogo fueron años después de haber iniciado la vida sexual en pareja, cuando en las instituciones de salud se invita a que una vez iniciada la vida sexual en pareja, es importante y necesario acudir a realizarse las revisiones ginecológicas, a lo que yo me pregunto, ¿Qué sucede con la población femenina? Pueden ser varias variantes, una de ellas si puede ser la pena, pudor, temor, etc., pero más allá de ello, considero que es la cultura machista, pues existen muchos ginecólogos de sexo masculino, y ¿Qué pasa? cuando como mujeres recibimos comentarios de que los hombres buscan placer con tu cuerpo, que los hombres solo se interesan en los cuerpos femeninos, las mujeres difícilmente accedemos a mostrarlo, y si tu ginecólogo es hombre es aparentemente normal que una mujer postergue su visita, aunado con el pensamiento que tenemos cargado desde la infancia, en el que nadie debe tocar tu cuerpo, es difícil que una mujer acceda a romper con estos saberes sociales pues a pesar de saber que es por una cuestión de salud, influye más toda esta presión social que se posterga, consideraría importante empezar a romper los saberes sociales que orillan a una mujer a postergar su cuidado corporal, por la pena de ser tocada y vista por un tercero.

Perjuicios del personal de salud en torno a las ETS. Por otra parte los centros de salud también son un punto crítico, pues el personal no cuenta con las suficientes herramientas o no está del todo calificado para poder abordar temas de transmisión sexual, cuentan con personal que en lugar de beneficiar y/o a apoyar al paciente enfermo, los hunden más con sus comportamientos y comentarios, será quizás por la creencia de que una persona infectada de una ETS es sucia, perversa, promiscua, podría ser, pero dicha información es irrelevante, cuando lo primordial es enfocarse en la persona, en que recupere la salud no en la cuestión social de ser tachado y denigrado, siendo así, si se le agrega el hecho de que existen en el colectivo social la idea de no ser vistos ni tocados por terceros, incrementa más el hecho de abstenerse a visitar al médico. Lo cual me hace pensar ¿cuántas personas con una enfermedad de transmisión sexual habrá en realidad? Pues si son pocos los que se atreven a romper con estas ideas y soportan las visitas al

médico con todo y sus contrapartes, cuantos postergarán la visita y peor aún continúan infectando a otros. Los centros de salud deberían prestar más atención a la capacitación de su personal para aumentar la población que acude a dichos lugares más que para curar una enfermedad, lo ideal sería brindar consultas e información para prevenirla.

Medicación de infecciones vaginales sin revisión. Lamentablemente las mujeres tienen asignado una identidad de género social que influye bastante en sus decisiones, acciones y comportamientos, lo cual las convierte en blanco fácil para cualquier ataque, agresión o inclusive cualquier situación, lo cual explica por qué una vez presentándose los primeros síntomas de una infección vaginal permitían que se les recetara sin revisión, siendo un punto fuerte a criticar a los centros de salud, mismo que concuerda con lo mencionado con Luna y Sánchez, (sin año), ya que las instituciones de salud menosprecian los malestares, volviéndolos cuadros clínicos tratables con medicamentos, aunque funcionó por unos meses, eso no rescata el tiempo en que estas mujeres pudieron haber sido tratadas con anterioridad, inclusive en el caso de Elena donde se pudo haber evitado la pérdida de su matriz. Lo que está sucediendo es que los centros de salud o no tienen personal capacitado, ya que se escuchan distintas versiones y ninguna verdad, o no cuentan con instalaciones adecuadas, o su personal ya no tiene la capacidad para manejar un problema de salud como lo son las ETS, que puede a su vez explicar el aumento considerable de dichas enfermedades. Pero es un hecho de que la Secretaría de Salud debería de prestar atención al tema pues existe poca cultura de prevención sexual y un gran aumento y decesos por cuestiones relacionadas con la sexualidad.

Prácticas sexuales de mujeres con VPH. Hablar de las prácticas sexuales de las mujeres con enfermedades de transmisión sexual, en particular con VPH, es interesante, pues se puede observar una variabilidad, incluso un antes y un después. En un inicio las prácticas sexuales de las participantes fueron reportadas como insignificantes, pues al no tener amplia experiencia desconocían verdaderamente como es el placer que emerge alrededor de una relación coital, como lo mencionan Stern y colaboradores, 2008, las mujeres

funcionan como meras colaboradoras en el acto, de hecho se observa como las posiciones más comunes son el misionero, de cucharita y de perrito, claro, dichas posiciones son llevadas a cabo bajo petición de la pareja, pues ellas no se atreven a proponer posiciones, pareciera que las mujeres sólo prestan el orificio vaginal dejando de lado el placer, siendo así, sus prácticas sexuales se traducen en penetración sin goce, lo cual se identifica en cinco de las participantes, pues en sus encuentros sólo buscaban el placer del otro, aguantando inclusive dolor durante el acto, como reportan Stern y colaboradores, las mujeres relacionan el placer cuando en la relación de pareja ya existe amor, tal es el caso de Flaca quien es la única participante que informa sentir amor por su pareja y un goce absoluto en sus encuentros, lo cual coincide por lo mencionado por dichos autores. Cabe mencionar un caso en particular, quien desde un inicio reportó información que la distingue de las demás. Tal es el caso de Gina, quien en sus prácticas sexuales ella reporta poco placer, pues sus prácticas estaban ligadas al rompimiento del himen, pues le fue enseñado que los hombres buscan a la madre-esposa que rompa el himen y sangre las sábanas durante la primera relación sexual, cosa que quería erradicar por completo, lo cual propiciaba que sus encuentros tuvieran una connotación de significados diferentes a las demás participantes, pues ella prefería estar inmersa en el cautiverio de loca, pues rompía completamente con lo que una mujer buscaría, que es entrar en el cautiverio de madre-esposa y realizando conductas socialmente reforzadas.

Posteriormente las prácticas sexuales sufren una considerable transformación, las mujeres son intervenidas quirúrgicamente por procedimientos fuertes y agresivos que producen cambios tanto internos como externos en su cuerpo, en especial en la vagina, y con ello modifican por completo sus experiencias y sus significados. Al hablar de experiencias se engloban las sensaciones placenteras y los contactos corporales, algo importante a resaltar es que el reinicio de la actividad sexual de estas mujeres es difícil y desagradable, tienen que volver a confiar en su pareja para permitir una penetración y más aún si el tratamiento dejó secuelas que al estar en el acto producen una sensación desagradable en lugar de placentera, lo que en automático transforma la experiencia del coito para esa mujer, pues para evitar

el dolor va a preferir buscar excusas para no tener contacto sexual, o bien puede alargar la frecuencia entre las relaciones sexuales. Aunque claro también existe la contra parte como lo comenta Toro (1986, citado en Villaseñor y cols., 2008) las mujeres también puede continuar con su vida sexual activa sólo para brindarle satisfacción a su pareja, aguantando las molestias. Desde mi punto de vista la experiencia sexual de una mujer con VPH jamás va a ser la misma, quizás socialmente se pueda juzgar y criticar, comentando que la mujer se lo busco, etc., pero ¿y si su primera vez fue planeada? ¿Si el preservativo se rompió? ¿Qué pasa con ésta mujer?, sexualmente hablando, pueden observarse dos escenarios, uno de ellos es que al llevar a cabo el tratamiento se le diera de alta y todo estuviera perfecto, su reinicio sexual ya no será el mismo, para empezar se dudaría de la pareja, si es una nueva hay quien decide callar el diagnóstico por miedo al rechazo o quien exija la realización de exámenes médicos para evitar un nuevo contagio, también habrá limitaciones, tanto corporales como psicológicas, ¿Y el placer? Éstas mujeres estarán pensando ¿Y si me vuelve a pasar? ¿O si lo contagio? Lo que las podría volver mujeres frías e inseguras, pero sobre todo con baja autoestima, pues viven presas de una enfermedad de la cual no pueden especular con cualquier persona. O bien un segundo escenario podría ser que las mujeres activen su sexualidad por el placer de enfermar a los hombres, como en búsqueda de venganza, pues con la lucha de poderes que se ha ido desarrollando en la sociedad no es de sorprenderse que la mujer por venganza cometa una acción de éste tipo o viceversa que los hombres sabiendo su padecimiento no utilicen preservativo, y con ello se incremente el número de personas infectadas.

Cese de la actividad sexual. Durante el tratamiento todas las participantes tienen que parar por completo sus prácticas sexuales, aparte de ser por recomendación médica, también se puede observar como una conducta de castigo para la pareja, al saberla como principal fuente de transmisión, aunque cabe resaltar que para dos participantes X y Constanza, desde el momento de recibir el diagnóstico y hasta la fecha han frenado completamente su sexualidad, manifestando ya no ser esencial en sus vidas, acción que mencionan Valdés y cols., (2003) al reportar que las mujeres no recurren a las

prácticas sexuales, dándoles menor valor, siendo así que se enclaustran en automático en el cautiverio de monjas, aclaro no dentro de un convento, si no por el hecho de vivir su feminidad sin la sexualidad, pues al ser las dos madres, han cumplido con uno de los principales objetivos de la mujer, ser madre, por lo que el sexo pasa al último plano de las necesidades.

Se observa un cese de la actividad sexual de estas mujeres; al mismo tiempo de que se atreven a expresar el padecimiento, son enclaustradas social y personalmente en el cautiverio de puta (Lagarde, 1997) ya que bajo la visión machista de la sociedad han sido infectadas por ser promiscuas y estas mujeres se apropian de dicho rol, sintiéndose putas por padecer una ETS.

Limitaciones en las prácticas sexuales. Las prácticas sexuales posteriores al tratamiento se vuelven más cotidianas para las mujeres con VPH, pues omiten posiciones por el dolor, siendo la posición eje la del misionero, aunado al punto de que el tener VPH puede ocasionar que broten verrugas genitales en la mujer y su pareja, lo que impide que se tenga un acercamiento buco-genital por higiene y estética, dejando de lado la práctica del sexo oral, tanto de ellas hacia la pareja, como de la pareja hacia ellas, punto que me llama la atención, pues me indica que existe muy poca información sobre la transmisión de una ETS por la boca, pues hay información que apoya la transmisión y otra que meramente lo rechaza, por lo cual sería importante aclarar los puntos clave con las mujeres al momento de ser enteradas de los resultados de la prueba, para evitar futuras confusiones, así como la realización de un estudio para conocer el significado y experiencia que esto podría provocar en la persona que lo tiene y la que lo practica.

Buscando la fuente de contagio. Un punto importante que se presenta ante un diagnóstico positivo de un ETS, es la culpa, normalmente las mujeres van a buscar culpar a su pareja, tratando de buscar el más mínimo detalle que los inculpe, que en este caso se traduciría a una infidelidad, pero algo con lo que no cuentan las mujeres, es que los programas de los servicios de salud han marginado a los hombres de ser portadores de dichas enfermedades, como lo reportan Espinoza y Paz, (2004). Acto con el que no estoy de acuerdo,

porque ahora se sabe que hay por lo menos dos distintas maneras de adquirir una ETS, en especial el VPH, una por contacto sexual y otra por el mal uso de los utensilios ginecológicos, acto que apoya Díaz (2008), entonces si una mujer está teniendo contacto sexual con su pareja sin preservativo, cuando la mujer recibe el diagnóstico y lo comenta ¡o sorpresa!, se entera por el médico que su pareja no tiene nada, ningún síntoma de la enfermedad, ¿Entonces quien contagió a quién? Lo que hace que la mujer entre en conflicto, pues si su pareja no tiene la enfermedad, no le fue infiel, ¿Cómo se pudo enfermar?, no quisiera que se entendiera que la culpa recae completamente en los hombres, pues si se han reportado casos en los que la mujer es la que es infiel y con ello se vuelve la fuente de transmisión de la enfermedad, sólo que el hecho de que las mujeres son a las que enferma y lo manifiestan con mayor facilidad que los hombres, las convierte en el centro de atención de la sociedad, y peor aún tienen que soportar socialmente la presión de que ella padece una ETS, y lamentablemente el padecer una ETS en pleno siglo XXI significa promiscuidad, conducta que en los hombres sigue siendo aplaudida, o bien que dicha enfermedad haya sido adquirida durante la primera relación sexual o durante una revisión ginecológica con los aparatos esterilizados de manera correcta, lamentablemente la sociedad no sabrá el origen o lo dudará y la mujer enferma continuará siendo señalada.

Callando la enfermedad. Lo que hace que abordemos la culpa de otro modo, pues ahora la presión y la mira están puestas en las mujeres, ya que a ellas si se les comprobó la enfermedad, de ahí el origen de la llamada enfermedad silenciosa, como se le conoce al VPH, pues una vez conocido el diagnóstico las mujeres prefieran reservarse el dato para evitar discriminaciones, ser juzgadas, señaladas e introducidas en el cautiverio de puta. Lo que la gente no conoce aún es el significado que esto conlleva en las mujeres, pues el vivir un tratamiento contra el VPH, y muchas veces en silencio, las hace sentir frustradas, desilusionadas, enojadas, y con justa razón, pues aparte de saber que tienen que aguantar la culpa moral del hubiera, tienen que vivir experiencias desagradables, que las van a marcar de por vida, pero sobre todo vivir la incertidumbre de si podrán ser dadoras de vida.

El deseo de la maternidad después del VPH. Es un punto importante que se encontró en dicha investigación, pues fue bien enseñado el papel de ser madre-esposa a las participantes, ya que se mencionó la importancia y el deseo de ser madres, lo que de acuerdo con Da Silva y Giménez, (2005), es un punto clave en la adquisición del VPH, pues las mujeres al tener una relación estable de muchos años dejan de usar el preservativo para poder iniciar a procrear familia con la que creen será su pareja, lo cual puede explicar por qué la única participante que tuvo un solo compañero sexual adquirió el VPH, pues puede más el deseo o la presión de ser madre que se permite el contacto sexual sin preservativo pues el tener años de convivencia con la pareja crea confianza, y también explica por qué todas las participantes buscaban la cura, al ser una enfermedad en el área de la vagina y por la importancia que esta tiene con la maternidad, todas desean que su parte íntima se encuentre en perfectas condiciones para más adelante cumplir con la maternidad, Anteriormente se creía que el uso de preservativo era para quien no deseaba tener hijos, cuando la realidad es que el uso del preservativo debería de ser una regla en todas las prácticas sexuales, no sólo para evitar embarazos sino también ETS.

Al hablar de la maternidad es importante retomar un caso, el de Constanza, pues esta participante, reporta una experiencia desagradable en cuanto al relacionarse sentimental y sexualmente con los hombres, que la lleva a cambiar el significado de su sexualidad, pues como ella lo expresa “*Preferí hacerme una inseminación artificial que volver a pasar esto*”. Al leer estas líneas uno puede inferir ¿Y porque generalizó? No todos los hombres son iguales, dirían algunas mujeres, pero Constanza te está diciendo que ella ya no va a permitir que un hombre quiera tener contacto con ella, pues la experiencia debió haber sido tan fuerte emocional y psicológicamente que está cumpliendo con el deseo de la sociedad y de ella misma de ser madre, pero a la vez demostrando a ella misma y a la sociedad que puede hacerlo rompiendo con el esquema tradicional. Lo que puede causar ruido con otras mujeres, pues que les está diciendo, cualquiera puede ser madre sin necesidad de contacto sexual, acto que si se traduce socialmente dejaría en muy mala posición a los hombres, pues ahora ya no se necesitaría de su presencia para la fecundación,

sólo su esperma, pero ya no con penetración, lo que a su vez les pegaría directamente en su virilidad. Aunque claro socialmente hablando la mujer actualmente continua perdiendo, pues al saberla una madre soltera la hace más vulnerable con los hombres, pues la creen el blanco perfecto para una vida sexual activa sin compromiso.

Para finalizar me gustaría enfatizar la cuestión de que el ser portadora del VPH no quiere decir que la mujer morirá de cáncer cervicouterino, pues es una enfermedad que si se detecta a tiempo puede ser curable, pero para ello es importante generar una cultura de prevención y de utilización de pruebas como el papanicolaou y la colposcopia, que son esenciales para la detección del VPH y con ello determinar el tipo de virus que se está instalando en el cuerpo y atacarlo con el mejor tratamiento posible para poder nuevamente introducir a la mujer al cautiverio de madre-esposa aunque sea en silencio y toda su vida recordará su andanza por el cautiverio de puta al haber sido portadora del VPH, aunque lo esencial sería abordar los temas de sexualidad tanto en las instituciones educativas como en el hogar con mayor apertura y claridad, para fomentar el uso del preservativo, que hoy en día sigue siendo la principal herramienta para prevenir un embarazo no deseado, pero sobre todo adquirir una enfermedad de transmisión sexual como lo es el virus del papiloma humano.

5. CONCLUSIÓN

La sexualidad ha sido un tema social que se aborda poco, con la claridad y seriedad que conlleva, lo que representa que hablar sobre salud sexual es más complicado, llegando al silencio de quien la padece, pues como hemos venido observando el compartir una experiencia de enfermedad en el área genital, que se sabe es adquirida por acto sexual, es en automático un sinónimo de promiscuidad, conducta severamente castigada por la sociedad, más en el caso de las mujeres a diferencia de los hombres, y con ello se desprestigia a la mujer, pues la convierte ante ella y ante los ojos de los demás, como una mujer sucia que no podrá realizarse en el papel de madre, pues bajo la visión machista de la sociedad mexicana, la mujer debe conservarse pura hasta el matrimonio; o en su defecto, la justifica cuando la enfermedad la obtiene durante su matrimonio, no sin antes confirmar que la infidelidad fue por parte del hombre y no de ella.

Las mujeres al saberse portadoras del virus del papiloma humano (VPH) se empoderan de su cuerpo, al preocuparse por él y cuidarlo sometándose a tratamientos y de sus prácticas sexuales, cesando completamente las relaciones sexuales o exigiendo el uso de condón a su pareja, así como posiciones sexuales que no sean dolorosas para ellas y con ello continuar con la vida sexual, todo esto por el sufrimiento físico y psicológico que están viviendo a raíz del diagnóstico positivo. Una vez indicada el alta médica y la autorización para continuar con la vida sexual en pareja, logran con el empoderamiento prevalecer la salud.

Cuando una mujer es diagnosticada con el VPH, no representa promiscuidad, sino la sumisión con la que se vive todos los días, tiene que ser sujeto para el otro antes que para ella misma, aunque la mujer que tiene el VPH sea una prostituta, se vive bajo el poder de otro, de la misma manera que una mujer que no la ejerce, pues es la lucha del poder masculino la que presiona para tener un acto sexual. Aunque se observen cada vez más mujeres solicitando el uso del preservativo, son cuestionadas por los hombres, pues representa conocimiento y poder sobre ellos, poder sobre su cuerpo, sobre la

maternidad, y también cuestiona la fidelidad de la mujer, pues los hombres esperan que el acto sexual se dé sin condón por buscar su máximo placer, creyendo que este se obtiene sin el condón, claro también por parte de las mujeres cuando llevan algún tiempo en la relación y desean tener descendencia, lo hacen sin acudir al médico para planificar, pues el tiempo de la relación significa para ellas confianza, sin saber si su pareja padece de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual, mejor conocidas como ETS, se adquieren por la insubordinación de las mujeres en el acto sexual, por la carencia de poder para exigir preservativo, luchando contra la poligamia sin protección de los hombres, convirtiendo sus prácticas en prácticas de riesgo.

La poca apertura de los temas de sexualidad y la desinformación que se puede encontrar en la red, ha permeado en la poca cultura de prevención sexual, ya que son pocas las mujeres que saben realmente cómo funcionan los anticonceptivos, cuales son mejores o más fáciles de usar, cuando acudir por primera vez al ginecólogo, bajo qué motivos se debe de acudir, es más bien una cadena de acción-reacción la que se mantiene, al detectar una molestia o un síntoma fuera de lo normal, es cuando se solicita la asistencia médica, y lamentablemente el VPH es una enfermedad que puede permanecer asintomática por muchos años, y en el momento de la detección ya es demasiado tarde para el tratamiento, o es más complicado para el médico abordarlo, es por ello que es de suma importancia fomentar entre las mujeres a partir de la adolescencia, el cuidado genital, y las visitas al ginecólogo, para poder detectar no sólo una ETS a tiempo, sino cualquier otra anomalía.

Pero para ello se tendría que trabajar aún más con el sexo femenino, pues al saber que la mayoría de los médicos ginecólogos son del sexo masculino, se observa un rechazo y una limitante en corto tiempo por la constante lucha de poderes, pues aunque actualmente las mujeres ya demuestran más apertura e igualdad, aún continúa presente el pudor por ser vistas y tocadas por una persona del sexo opuesto, por la mitificación de que

los hombres obtienen placer observando y tocando los cuerpos desnudos de las mujeres, siendo el principal factor para postergar la visita al ginecólogo.

En cuanto a las prácticas sexuales es normal que se denote una transformación, desde un inicio la manifestación de la experiencia se documenta como no agradable, las mujeres al ser sujetos más románticos esperan de las prácticas sexuales actos sutiles, placenteros y cargados de emociones positivas, contrario con lo que se encuentran, que es dolor, pero sobre todo esa parte romántica que esperan, las posiciones son en su mayoría sugeridas por los hombres siendo las más usuales el misionero, la cucharita y el perrito. El sexo oral es una práctica que poco se reportó de ser llevada a cabo, no a todas las mujeres les agrada su práctica, siendo a veces realizada a petición de la pareja. Cuando la mujer se sabe sana accede a las prácticas sexuales de la pareja sin ningún inconveniente, hasta con la regularidad que la misma solicite, pero una vez diagnosticado el VPH sufren una transformación completamente, pues ahora hay una emoción de enojo y frustración por la enfermedad, aparte de lo que causa psicológicamente escuchar ser portadora de un virus, pues lo asocian en automático con el cáncer de cérvix, y evitan por completo continuar con las prácticas, por lo menos durante el tiempo que necesite el tratamiento. Ya que se recibió el tratamiento y pueden ejercer nuevamente la actividad sexual, las prácticas siguen siendo reservadas, pues existe el temor y la duda de volver a adquirirlo, en el caso de la misma o una nueva pareja sexual, así como la incertidumbre de divulgar con la pareja la presencia del virus, si fuese una nueva pareja, en el caso de que hayan sufrido cambios corporales por la aparición de verrugas, también se ve limitada su actividad, pues si les gustaba que les practicasen sexo oral, por las cicatrices habrá un impedimento, esto en el caso de que no le sea comentado a la pareja por la posible discriminación.

El VPH ha sido encasillado como una enfermedad de las mujeres, por ser ellas las que manifiestan en mayor proporción los síntomas, lo que socialmente la estigmatiza, pues aunque ya hayan recibido tratamiento para lograr la cura, en su historial aparece una pequeña marca que las hará vivir todos los días con el ser portadoras del virus, y aunque muchos digan o

demuestren apoyo y solidaridad para con la mujer, en realidad la clasifican como una mujer sucia, no apta para ser madre-esposa. Por el otro lado cuando se trata del caso contrario, es común escuchar que al hombre lo infectó una mujer, y se pone en tela de juicio la integridad de la mujer, pues el hombre sólo cometió el acto de no usar preservativo, siendo siempre ella la responsable de la salud de los otros. Convirtiéndose en una cadena sin fin, pues al ser los dos vectores de contagio, no se podrá encontrar el inicio de la cadena y mucho menos se podrá dar a conocer a ciencia cierta quien infectó a quién. Aunque claro, bajo la sociedad machista en la que nos desarrollamos y movemos diariamente, la mujer es señalada y etiquetada por ser la portadora del virus del papiloma humano.

Para finalizar, la realización de ésta investigación, permite pensar en el desarrollo de nuevas investigaciones en las que se aborden temas como la experiencia de los hombres al saberse portadores del virus del papiloma humano, y al mismo tiempo conocer las prácticas sexuales que han tenido a lo largo de su vida, resultaría interesante conocer los dos lados de la moneda y poder, en un momento, debatir ambos puntos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, G. J. J. (2003). Como hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología. Paidós Ecuador, México, pp. 111.
- Amuchástegui, H. A. (1996). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de Investigación. 137-172.
- Cazés, D. (2000). Nociones y definiciones básicas de la perspectiva de género. En: La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles. CONAPO y Consejo Nacional de la Mujer, pp. 75-116.
- Crespo, B. M. C. y Salamanca, C. A. B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación, (27) pp. 1 – 4.
- Curiel, V. J. J. (2007). Biopsia del cuello uterino ¿es confiable y reproducible el diagnóstico histológico? Utilidad de p16IK4A para lograrlo. *Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia*, 75 (10), pp. 615-620.
- Da Silva, M. F. M. L. y Giménez, G. M. T. (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia*, 73 (10), pp. 531-536.
- Departamento de Servicios Humanos y de Salud, (2007). Virus del Papiloma Humano: Información sobre el VPH para los médicos. Estados Unidos, pp. 1 -36.
- Díaz, P. M. E. (2008). Tengo Papiloma, una doble perspectiva.
Fuente:<http://www.periodistasenlinea.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=9237>
- Espinosa, D. G y Paz, P. L. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*, (54) 125-153.
- Esplen, E. (2007). Género y Sexualidad. Colección de Recursos de Apoyo. Pp. 1-69.
- Galván, T. M.; Córdoba, B. D. I y Sapién, L. J. S. (2005). Experiencias de mujeres en exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1 (1) 141-173.
- Graham, F. J. C. (1959). Colposcopia. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, pp. 28-34.

- Hartigan, P. (2001). Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Publicación Ocasional, Organización Panamericana de la Salud, (7) 1-30.
- Hernández, S. R.; Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2006). Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill, México, pp. 850.
- Ito, S. M. E. y Vargas N. B. I. (sin año). Investigación cualitativa para psicólogos.
- Lagarde, R. M. (1996). El género, fragmento literal: La perspectiva de género. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Ed. Horas y Horas, España, 1- 21.
- Lagarde, R. M. (1997). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 25-57.
- Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. Revista de educación y cultura de la sección 47 del SNTE, (8) 14-20.
- Lizano, S. M.; Carrillo, G. A. y Contreras, P. A. (2009). Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. Instituto Nacional de Cancerología, México, (4) 205-216.
- Luna, B. M. y Sánchez, R. G. (Sin año). Cáncer cervicouterino ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad? 1-13.
- Nava, B. A. A.; Ávila, R. H.; Casanova, G. y Lartigue, T. (2004). Prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres embarazadas y sus parejas. Perinatología y Reproducción Humana, 18, pp. 91-102.
- Salgado, L. A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit, Perú, 13, pp. 71-78.
- Stern, C.; Fuentes, Z. C.; Lozano, T. L. R. y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45, pp. 34-43.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación, Paidós, Barcelona.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1996). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación, México, Paidós.
- Urrutia, S. M. T.; Poupin, B. L.; Concha, P. X.; Viñales, A. D.; Iglesias, N. C. y Reyes I. V. (2008). ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolaou?

- Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino auge. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73 (2), pp. 98-103.
- Valdés, R. M. P.; Sapién, L. J. S. y Córdoba, B. D. I. (2003). Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. *Psicología y Ciencia Social*. 6 (1), pp. 34- 48.
- Valenzuela, S. M. T. y Miranda. A. (2001). ¿Por qué no me hago el papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 5 (2-3), pp. 75-80.
- Vela, P. F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Editorial FLACSO, México, pp. 63-95.
- Villaseñor, F. M.; Contreras, E. M.; Barraza, S. H.; Cardiel, R. M. y Romero, P. J. (2008). Coeducación para prevenir cáncer cérvico-uterino: la perspectiva de mujeres y hombres en el Centro-Occidente de México. *Género y Salud. Atisbos sobre la academia en Guadalajara*. 136-168.
- Wiesner, C. C.; Acosta, P. J. y Díaz, C. A. (2009). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Cancerología*, 13 (3), pp. 145-156.
- Zenteno, C. V y Rivas, P. J. L. (2006). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años, en el Hospital la Paz. *Archivo del Hospital La Paz*, 5 (2) 7-15.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Fecha _____

Por medio de la presente se le invita a participar en una investigación psicológica, la cuál tiene como objetivo conocer las prácticas sexuales de mujeres con el virus del papiloma humano, sus experiencias y significados. La cuál se realizará por medio de entrevistas semiestructuradas, las cuales se realizarán en el horario acordado, el número de las sesiones y la duración de éstas dependerá de la evolución de las entrevistas. Siéntase con absoluta libertad de externar cualquier duda o incomodidad sobre alguna de las temáticas o técnicas de abordaje. En caso de aceptar se pide su autorización para audio grabar las sesiones, de igual forma es importante aclarar que todos los datos obtenidos serán utilizados de manera confidencial y con fines académicos. Por lo que le solicitamos sea tan amable de elegir un seudónimo.

He leído y comprendido el estudio a realizarse y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria. Convengo en participar en éste estudio de investigación de manera **VOLUNTARIA**, de la misma manera acepto que se audio graben las sesiones.

Para cualquier duda por favor contactar con Karen Ivette Gutiérrez Serrano al teléfono celular 5534343509.

Nombre del participante

Firma

Nombre del investigador

Firma

GUÍA TEMÁTICA

1. Datos sociodemográficos

Edad

Religión

Nivel de estudios

Ocupación

Número de hijos

Lugar de residencia

Inicio de la vida sexual activa

Edad de la primera revisión ginecológica

Número de parejas sexuales

2. Sexualidad

¿Qué sabías sobre la sexualidad en la adolescencia?

¿De que fuente proviene ésta información?

3. Primera relación sexual

¿A qué edad fue tu primera relación sexual?

¿Qué sabías de la primera relación sexual?

¿Podrías relatarme el acto previo a la relación sexual?

¿Cómo decides iniciar con tu vida sexual activa?

¿Utilizaron algún anticonceptivo?

¿Cómo fue la experiencia?

¿Qué posiciones practicaron?

¿Qué significó para ti?

¿Qué emociones percibiste durante y después del acto?

4. Primera revisión ginecológica

¿Cuál fue el motivo para acudir a la primera revisión ginecológica?

¿Cómo te decides a acudir?

¿Acudes al sector privado o público?

¿Podrían hablar sobre el trato brindado por el personal?

¿Cómo fue la experiencia?

- ¿Qué significó para ti?
- ¿Qué emociones percibiste durante y después de la revisión?
- ¿Quién fue tu acompañante?

5. Sospecha de una ETS

- ¿Qué síntomas presentaste?
- ¿Observabas algún cambio corporal en tu pareja?
- ¿Qué prácticas sexuales hacías en este periodo?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Qué anticonceptivo utilizaron?
- ¿A quién le comentas sobre tu sospecha?
- ¿Qué le comentas?
- ¿Percibes rechazo o aceptación de su parte?

6. Revisión ginecológica

- ¿Por qué decides hacerte la revisión ginecológica?
- ¿Acudes al sector privado o público?
- ¿Qué pruebas te realizaron?
- ¿Podrían hablar sobre el trato brindado por el personal?
- ¿Cómo fue la experiencia?
- ¿Qué significó para ti?
- ¿Qué emociones percibiste durante y después de la revisión?
- ¿Quién fue tu acompañante?
- ¿Compartes tu experiencia con alguien?
- ¿Qué le comentas?
- ¿Percibes rechazo o aceptación de su parte?

7. Espera del resultado

- ¿Qué información buscas en los medios de comunicación?
- ¿Qué emociones te provoca la información?
- ¿Qué información compartes?
- ¿Percibes rechazo o aceptación de su parte?
- ¿En este periodo a que prácticas sexuales recurre?
- ¿Con qué frecuencia?

¿Qué anticonceptivo utilizaron?

8. Recepción del resultado

¿Cómo te dan la noticia del resultado positivo a VPH?

¿Cómo percibes el trazo brindado por el personal médico en este momento?

¿Qué indicaciones médicas tienes que seguir?

¿Te explican el tratamiento a seguir?

¿Qué significa para ti?

¿Qué emociones percibes?

¿Se lo comunicas a tu pareja sexual actual y anteriores parejas?

¿Sospechas de la fuente de contagio?

¿En este periodo a que prácticas sexuales recurre?

¿Con qué frecuencia?

¿Qué anticonceptivo utilizaron?

9. Tratamiento

Platícame todo el proceso del tratamiento

¿Observas cambios en tus genitales?

¿Qué emociones percibes en este periodo?

¿Regularmente quien te acompaña al médico en este lapso?

Al escuchar el alta ¿Qué indicaciones seguiste?

10. Reinicio de la vida sexual

¿Cómo decides volver a hacer el coito?

Si es con la misma pareja ¿Qué exigencias planteas?

Si es con una nueva pareja ¿Qué información le compartes?

¿Percibes aceptación o rechazo de su parte?

¿Qué prácticas sexuales mantienes a partir del alta?

¿Utilizaron algún anticonceptivo?

¿Cómo fue la experiencia?

¿Qué posiciones practicaron?

¿Qué significó para ti?

¿Qué emociones percibiste durante y después del acto?