



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS  
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD

**TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS  
TERAPÉUTICOS DE MUJERES CON IVPH**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

**MAESTRA EN CIENCIAS**

**PRESENTA**

**MARCELA LÓPEZ PACHECO**

**TUTORA:**

**DRA. EDITH YESENIA PEÑA SÁNCHEZ**

**INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA**

**Ciudad de México, junio de 2017**



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.

## Resumen

En el marco de los programas de atención y prevención de cáncer cervicouterino (CaCu), segunda causa de muerte en mujeres por cáncer, el sector salud a nivel mundial y a nivel nacional han planteado una serie de medidas estratégicas para frenar su avance y desarrollo. Estudiar desde todas sus aristas la infección por virus del papiloma humano (IVPH), factor que propicia su presencia, es fundamental para conocer todos aquellos factores biológicos y psico-socioculturales que influyen en las formas de abordarlo y tratarlo en términos biomédicos y de acuerdo a las estrategias individuales que cada mujer que lo padece desarrolla a lo largo de su proceso de manifestación, detección y tratamiento. Por tal razón, el objetivo de este trabajo recae sobre el análisis de las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de un grupo de mujeres jóvenes diagnosticadas con la infección del virus, lo que permitió observar cómo han vivido la enfermedad y cómo se han modificado y reconstruido sus referentes significativos a partir de las nociones de carácter social y biomédico que existen y se transmiten acerca de éste.

Por lo anteriormente descrito, esta investigación está centrada en un grupo conformado por mujeres jóvenes que, por su diagnóstico de lesión de bajo grado, fueron derivadas a la unidad de displasias del Hospital General de México, donde reciben tratamiento y seguimiento de control por la infección de VPH. Es un estudio que mediante la aplicación de una metodología mixta (cuanti-cualitativa), a partir del enfoque biocultural, los modelos explicativos de Kleinman, en particular del uso del *sickness*, y el concepto de alternación que forma parte de la construcción social de la realidad de Berger y Luckmann, se problematiza sobre la asimilación de la enfermedad que conlleva a cambios y estrategias que las mujeres han tenido en su vida sexual y reproductiva una vez que ya han transitado por el proceso de diagnóstico, tratamiento y control de la IVPH.

A partir de este estudio se concluyó que existen dos factores trascendentales que atraviesan la trayectoria de las mujeres y que influyen en la experiencia que tendrán con el padecimiento: las nociones socioculturales que se construyen sobre el virus y su relación con la transmisión sexual, y la falta de información clara y concreta sobre el mismo que les permita comprender y afrontar su condición a partir de otros recursos cognoscitivos y materiales.

## Agradecimientos

Externar agradecimientos no es una labor fácil, y más cuando se asume que un trabajo no es sólo de quién lo escribe, sino de todos aquellos que, desde sus distintas posiciones, contribuyen para que éste sea posible. En este sentido, el temor a la injusticia o a los olvidos se vuelve una constante, por lo que de manera general, inicié con un agradecimiento a todos aquellos que, en distintos momentos, me han acompañado en esta gran aventura llamada vida.

Hago extensa mi gratitud al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Sociomédicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, y a Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el financiamiento brindado a lo largo del desarrollo de esta investigación.

A lo largo de la formación académica y profesional siempre hay maestros que con su paciencia y sabiduría nos guían y nos ayudan a sortear las hostilidades de este camino, y una de ellas es mi asesora la Dra. Edith Yesenia Peña S., para quien no tengo más que palabras de agradecimiento por tomarme y no soltarme hasta nuestra llegada al puerto que elegimos como destino final, la culminación de este trabajo que hoy nos arranca miles de sonrisas y satisfacciones por compartir. A mi comité tutorial formado por la Dra. Elia Nora Arganis y Ma. Carmen Calderón por la confianza brindada sin cuestionamientos, y sí con mucho apoyo.

Gracias a mi viejita por ser mi madre, mi amiga y mi mejor psicóloga, que sólo pide como pago el valor constante de vivir y disfrutar la vida. A mis hermanos (as) por hacer mis alegrías más grandes y mis tristezas más pequeñas, por nunca dejarme y estar siempre al pendiente de mí.

A ese “alguien” que no le gustan los agradecimientos públicos, pero que es imposible no mencionarlo, porque a pesar de los sinsabores sigue estando presente con su solidaridad e incondicionalidad que siempre lo caracterizan.

A mis amigos viejos y nuevos -ustedes y yo nos reconocemos- porque en la distancia o en la cercanía han estado compartiendo, sonriendo y llorando la vida, lo cual agradezco infinitamente.

Pero, sobre todo, un reconocimiento especial a aquellas mujeres que con sus temores auestas, compartieron conmigo su silencio, su dolor y sus tristezas. Este trabajo también es de ustedes.

# Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

## **Capítulo I Antecedentes**

1.1 La infección del Virus del Papiloma Humano: Caracterización y perfil epidemiológico .....	6
1.2 Políticas, programas e intervención del sector salud para la atención de la Infección del Virus del Papiloma Humano .....	11
1.2.1 Vacunación .....	17
1.2.2 Educación y promoción en salud sexual y reproductiva .....	20
1.2.3 Promoción del uso de preservativos .....	23
1.2.4 Tamizaje primario .....	24
1.3 La infección del Virus del Papiloma Humano desde diferentes enfoques	
1.3.1 Enfoque biomédico .....	25
1.3.2 El enfoque sociocultural .....	28

## **Capítulo II Acercamiento al modelo teórico y conceptual**

2.1 Una mirada desde la antropología en salud.....	37
2.2 La infección del Virus del Papiloma Humano desde el enfoque biocultural .....	42
2.3 La alternación en la construcción social de las mujeres que viven con infección por Virus del Papiloma Humano .....	51
2.4 El <i>sickness</i> para entender la experiencia de las mujeres que adquieren la Infección por Virus del Papiloma Humano .....	58
2.5 Otras categorías analíticas y descriptivas: Las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos .....	62

## **Capítulo III Problema de investigación y estrategia metodológica**

3.1 Planteamiento del problema .....	66
3.2 Hipótesis de trabajo .....	68
3.3 Objetivos de investigación .....	69
3.4 Justificación .....	69

3.5	Estrategia metodológica .....	72
3.5.1	El universo de trabajo y los casos .....	72
3.5.2	Desarrollo metodológico .....	75
3.5.2.1	Primera fase: Métodos y técnicas cuantitativas .....	77
3.5.2.1.1	Método .....	77
3.5.2.1.2	Fuente: Revisión de expedientes .....	79
3.5.2.1.3	Instrumento .....	79
3.5.2.1.4	Método de análisis .....	80
3.5.2.2	Segunda fase: Métodos y técnicas cualitativas .....	80
3.5.2.2.1	Método .....	80
3.5.2.2.2	Fuente: Observación y entrevistas .....	82
3.5.2.2.3	Instrumento .....	83
3.5.2.2.4	Método de análisis .....	88
3.6	Consideraciones éticas e impacto social .....	90

## **Capítulo IV**

### **El Hospital General de México y la atención a la Infección del Virus del Papiloma Humano**

4.1	Antecedentes e historia del Hospital General de México .....	94
4.1.1	Distribución y organización hospitalaria .....	99
4.1.2	Investigación y enseñanza .....	100
4.1.3	La formación de un nuevo pabellón: oncología y la inserción de la clínica de displasias .....	102
4.2	Protocolos de atención a las Infecciones de Trasmisión Sexual .....	107
4.3	La atención a mujeres con Infección del Virus del Papiloma Humano .....	109

## **Capítulo V**

### **Los expedientes clínicos como herramienta de búsqueda y selección de casos**

5.1	Qué es un expediente clínico .....	124
5.2	El expediente clínico como recurso primario de las investigaciones en ciencias sociales .....	129
5.3	El archivo y los expedientes clínicos en el CENACLID .....	132
5.4	Clasificación de datos y resultados .....	138

## Capítulo VI

### Reconociendo un nuevo cuerpo: los testimonios de mujeres con Infección del Virus del Papiloma Humano

6.1	Características sociodemográficas, económicas y epidemiológicas de los casos .....	149
6.2.	La voz de las mujeres con IVPH	
6.2.1	Alison .....	155
6.2.2	Flor .....	157
6.2.3	Soffa .....	160
6.2.4	Sharely .....	163
6.2.5	Valentina .....	166
6.2.6	Eva Luna .....	170
6.3.	La percepción, problematización y asimilación de las mujeres al ser diagnosticadas con IVPH .....	175
6.4.	Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres diagnosticadas con infección por este virus .....	183

## Capítulo VII

### Análisis y discusión

7.1	La experiencia y el malestar de en torno a la IVPH: un acercamiento al concepto del <i>sickness</i> .....	190
7.2	Reconocimiento y adaptación a una nueva realidad: la alternación .....	205
7.3	Análisis biocultural de la IVPH .....	216

<b>Conclusiones finales</b> .....	<b>243</b>
-----------------------------------	------------

<b>Bibliografía</b> .....	<b>259</b>
---------------------------	------------

<b>Anexos</b> .....	<b>272</b>
---------------------	------------

<b>Anexo 1.</b> Hoja de registro o cédula de datos sociodemográficos generales.....	<b>272</b>
---	------------

<b>Anexo 2.</b> Guía de observación no participante que se realizará por parte del investigador en el espacio hospitalario.....	<b>273</b>
---	------------

<b>Anexo 3.</b> Guía de observación no participante y acopio de datos al interior de la consulta realizada por el investigador .....	<b>273</b>
--	------------

<b>Anexo 4.</b> Guía de entrevista semiestructurada preliminar para las mujeres	
---	--

con IVPH .....	275
<b>Anexo 5.</b> Hoja frontal de apertura de expedientes .....	278
<b>Anexo 6.</b> Formato de Historia clínica (frente y reverso) .....	279
<b>Anexo 7.</b> Carta de consentimiento informado .....	281



## Índice de cuadros, imágenes, figuras y tablas

<b>Cuadro 1.</b> Criterios de inclusión y de exclusión aplicados para la selección de las informantes .....	73
<b>Cuadro 2.</b> Características generales de las participantes .....	75
<b>Cuadro 3.</b> Componentes y codeterminantes para el análisis biocultural .....	89
<b>Cuadro 4.</b> Inicio de vida sexual por rangos de edad y número de parejas sexuales .....	143
<b>Cuadro 5.</b> Rasgos sobre la historia sexual y reproductiva de mujeres de 20-24 años .....	144
<b>Cuadro 6.</b> Diagnóstico y tipo de lesiones presentadas en mujeres de 20-24 años de edad durante 2016 .....	145
<b>Cuadro 7.</b> Tipo de tratamientos realizados a mujeres de 20-24 años de edad durante 2016 .....	146
<b>Cuadro 8.</b> Selección de posibles candidatas para la realización de entrevistas .....	147
<b>Cuadro 9.</b> Características sociodemográficas y económicas de los casos .....	150
<b>Cuadro 10.</b> Características epidemiológicas de los casos .....	152
<b>Cuadro 11.</b> Respuesta sexual a partir del diagnóstico y la trayectoria de atención .....	232
<b>Cuadro 12.</b> Categorización de la experiencia y la respuesta biológica .....	237
<b>Imagen 1.</b> Hospital General de México .....	98
<b>Imagen 2.</b> Unidad de oncología, pabellón 111 .....	104
<b>Imagen 3.</b> Consultorios de exploración y archivo CENACLID .....	112
<b>Imagen 4.</b> Consultorio de tratamientos quirúrgicos .....	113
<b>Imagen 5.</b> Área de limpieza y lavado de materiales .....	114
<b>Figura 1.</b> Simbología y plano de distribución del CENACLID .....	115
<b>Figura 2.</b> Procedimiento de atención para pacientes de primera vez .....	120
<b>Figura 3.</b> Flujograma de atención del hombre .....	122
<b>Figura 4.</b> Flujograma de la atención que siguen las mujeres que se atienden en el HGM.....	123
<b>Tabla 1.</b> Registro de nuevos expedientes por año .....	139
<b>Tabla 2.</b> Clasificación por rangos de edad .....	141

## Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual que afecta a mujeres y hombres, se asocia principalmente al desarrollo de cáncer cervicouterino, y a una afectación de otras áreas o zonas del cuerpo como la anal y la orofaríngea. Se caracteriza por ser un virus que, al permanecer en el organismo por largos periodos sin manifestación de síntoma alguno, causa lesiones internas y externas en el área genital u otras zonas expuestas al contacto. La realización de las pruebas de tamizaje (*Papanicolaou*) y colposcopias oportunas para su detección, son básicas para detectar oportunamente cualquier tipo de alteración o lesión intraepitelial en cualquiera de sus niveles de avance y agudización.

Ante el incremento en los índices de incidencia tanto por infección de VPH (IVPH) como por cáncer cervicouterino en población joven a nivel mundial y nacional, la OMS y la Secretaría de Salud (SS), a través de los diversos organismos estatales, han implementado una serie de medidas para combatir y disminuir dichos índices mediante la difusión de los factores de riesgo que propician la adquisición del virus, la concientización de las pruebas de detección oportunas, y la aplicación de la vacuna a niñas y adolescente que no hayan iniciado vida sexual como una estrategia de prevención, y que se han fortalecido con una serie de estudios y nuevos descubrimientos sobre el comportamiento biológico del virus, así como aquellos que se han enfocado a indagar las causas y los factores que influyen en la adquisición del virus en población cada vez más joven, y que potencializan su vulnerabilidad para el desarrollo de algún tipo de cáncer, y para ser fuente de propagación que necesita de medidas estratégicas para su control y detención.

Al ser un problema que ante todo afecta a la población femenina, han surgido diversos estudios de tipos social y antropológico en torno a la significación que las mujeres le dan al virus, además de la estigmatización que viven tras contraer la infección. A partir de la ubicación de los distintos enfoques sobre los cuales han girado una diversidad de trabajos, se presenta una investigación que intenta profundizar, desde una metodología mixta, sobre las trayectorias de

atención y los itinerarios terapéuticos de las mujeres que padecen la IVPH, que tienen lesión de bajo grado (NIC 1)<sup>1</sup> y que se atienden en la clínica de displasias del Hospital General de México, con el objetivo de conocer las nociones y los significados que las mujeres poseen sobre el virus como enfermedad y como ITS, y como factor necesario pero no determinante del CaCu y otros tipos de cáncer asociados, como una forma que les ayuda a construir o buscar diversos mecanismos para atender y entender una enfermedad de carácter crónico y transmisible, como el virus del papiloma humano, cargado de una serie de significados sociales y culturales subyacentes a su ser social, y que influyen en la transformación de su identidad como individuo social y sexual.

A partir de la extracción de los datos que fueron analizados a la luz del enfoque biocultural y la relación recíproca que se establece entre los factores biológicos y socioculturales, las aportaciones de Arthur Kleinman con su modelo explicativo del *sickness*, y el proceso microadaptativo que se explica a partir de los propuesto por Berguer y Luckmann, la presente investigación se divide en los siguientes siete apartados principales.

El primer capítulo contiene la parte de los antecedentes que se construyeron a partir de los rasgos generales de qué es y cómo se explica la infección por virus del papiloma humano desde lo científico y lo biomédico, a propósito de las estadísticas y la importancia que tiene a nivel nacional y mundial como un problema de salud, ligado a los programas y políticas públicas que se han implementado para su abordaje dentro de las instituciones, y que vienen desde la Organización Mundial de la Salud y los distintos organismos nacionales donde estos se insertan. La mención de los factores de riesgo y las medidas prioritarias dentro de este panorama de la política pública resultó fundamental para

---

<sup>1</sup> La nomenclatura NIC I o LSIL (Lesión intraepitelial de bajo grado) es usada para referirse a la “displasia cervical leve donde se encuentran células en mitosis e inmaduras únicamente en el tercio inferior del epitelio” (Salas, Villalobos y Ramírez, 2006: 13).

La razón por la que se ha decidido trabajar con población femenina que presente esta condición de lesión leve está basada en que, de acuerdo a López y Lizano (2006), por esta condición de actividad mitótica y de inmadurez celular, es la que se presenta de manera más común en las mujeres causando lesiones no graves u oncológicas que inclusive hasta pueden ser transitorias, no obstante deben someterse a tratamiento y vigilancia para evitar la posibilidad de una evolución a lesiones de alto grado denominadas HSIL o NIC II y III.

relacionarlo con la diversidad de estudios que se han realizado sobre el tema desde dos vertientes principales: lo estrictamente científico, y aquellos que se han escrito desde una perspectiva social. Este último recorrido se orientó a puntualizar lo más importante y lo más reciente que se ha investigado acerca del tema que aquí se presenta.

El marco teórico es lo que sustenta el segundo capítulo. Los enfoques a partir de los cuales se llevó a cabo el análisis de los datos extraídos en el trabajo de campo, son descritos en este apartado. Desde el enfoque biocultural se analizan los cruces existentes entre los factores fisiológicos y los factores sociales y culturales para entender el sentido del proceso salud-enfermedad-atención, en relación a la experiencia de las mujeres que viven con el padecimiento y la afectación en sus relaciones sexuales y sociales, a partir de las cuales construyen estrategias microadaptativas y procesos de alternación que requieren una resignificación y reconceptualización de la enfermedad que les permita resocializar con su nueva condición.

El tercer capítulo concentra todo lo correspondiente a la parte de la estrategia metodológica que se aplicó para la extracción de datos, posterior a la presentación del planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis y la justificación que rigió este trabajo con el propósito de desentrañar el proceso y el trayecto de atención que viven las mujeres con IVPH desde el momento en que acuden al médico y son diagnosticadas, hasta que reciben la atención necesaria para el control y tratamiento de la infección. Por consecuencia, en este apartado se expone el universo del trabajo y el lugar donde se realizó la investigación, así como todas las particularidades que fueron necesarias para delimitar y enfocar las herramientas que permitieran llegar a los objetivos planteados.

La historia del Hospital General de México, lugar donde se realizó la investigación, ocupa las líneas que dan lugar al cuarto capítulo, en donde se describe parte del desarrollo y la conformación de esta institución hospitalaria, así como su importancia a nivel nacional, gracias al compromiso que desde sus orígenes tuvo no sólo con la atención médica ofrecida a los pobladores de la Ciudad de México, sino con la formación de futuros médicos y el impulso constante

que siempre ha mostrado en el terreno de la investigación científica. La distribución y el nacimiento de los pabellones de especialidad ocupan una mención importante, pues en este ambiente de renovación y avances médicos y tecnológicos es que se fundó en la década de los 80's el Centro Nacional de Clínicas de Displasias (CENACLID) a cargo del cirujano oncólogo Fernando Cruz Talonia, parteaguas del desarrollo de una especialidad de combate al cáncer cervicouterino. La trayectoria clínica que siguen las mujeres que se atienden en el CENACLID es descrita en esta sección, la cual surgió básicamente de la estancia de campo al interior de esta unidad que permitió observar todos los elementos que confluyen en la atención a la IVPH.

En el quinto capítulo se ubica el análisis de los expedientes como una de las fuentes primarias para extracción de datos; en él se explica qué es un expediente clínico, cómo se conforma y cuáles fueron los hallazgos encontrados tras la revisión de los mismos en la clínica de displasias de la unidad de oncología del Hospital General de México, y es complementario al análisis de los casos con los cuales se trabajó después de la ubicación y selección de acuerdo a los criterios establecidos.

Después de esta etapa de revisión y clasificación de expedientes de donde se extrajeron datos de carácter sociodemográfico y epidemiológico, los seis casos a los cuales se les realizó entrevista a profundidad quedaron delimitados. La descripción de estos casos conforma el sexto capítulo donde se ahonda en los factores socioeconómicos que ilustran el contexto en el que sitúan, y en las experiencias que las mujeres han tenido antes y después de ser diagnosticadas con IVPH, de donde deriva la forma en que ellas problematizan y asumen un nuevo estado biológico que las orilla a iniciar una trayectoria y un itinerario de abordaje y tratamiento a este padecimiento de carácter sexual.

El séptimo como último capítulo contiene la parte sustancial del análisis de los resultados obtenidos y la discusión que se establece entre el reconocimiento y la adaptación que sufren las mujeres ante una nueva realidad biológica, que tiene repercusiones en su vida cotidiana y en su vida sexual y reproductiva, en donde la experiencia como un lenguaje de vivencias, creencias, prácticas y

representaciones permite comprender la simbiosis que existe entre los factores biológicos y socioculturales en la reconstrucción y reaprehensión de un nuevo cuerpo.

Las conclusiones que al final se presentan son los resultados y las reflexiones, producto de la discusión que se intentó establecer entre los datos obtenidos y la teoría, con el propósito de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas al inicio de este trabajo, y lograr los objetivos presentados que fueron la brújula del mismo.

En síntesis, este trabajo de investigación de corte antropológico buscó ante todo comprender cómo un problema de dimensiones biológicas y socioculturales se concretiza en la experiencia que viven las personas que padecen la infección por VPH, y se perciben mediante las modificaciones y microadaptaciones presentes en su vida cotidiana y su vida sexual y reproductiva.

# Capítulo I

## Antecedentes

### 1.1 La infección del Virus del Papiloma Humano: Caracterización y perfil epidemiológico

Diversos estudios acerca de la infección por virus del papiloma humano sostienen que este virus es tan viejo como la humanidad misma, y como ella, ha evolucionado, mutado y cambiado con el paso de los años. Su presencia ha sido tan común, que los animales no han estado exentos de padecer la aparición de los papilomavirus, pues de acuerdo a lo que apunta la doctora Elizabeth Ball estos “han sido aislados en al menos 24 especies de animales incluyendo aves, reptiles y mamíferos, y en algunos de estos se han asociado a cáncer (Ca) invasivo” (1998: 136). Esta tesis fue apoyada por otros estudios que se enfocaron en la historia natural del virus, descubriendo que en pleno siglo XIX se dio el primer reporte de transmisión por verrugas y contacto epitelial, a los que le siguieron registros posteriores como producto de diversos experimentos de autoinoculación como los realizados por el investigador y otorrinolaringólogo alemán E.V. Ullman, a finales de este siglo y principios del XX (López y Lizano, 2006; García, *et. al.*, 2008).

A pesar de no tener datos claros sobre el origen de las verrugas y el CaCu, ha quedado claro que fueron infecciones y enfermedades que por alguna razón siempre estuvieron relacionadas al ámbito sexual, aun cuando no hubiera explicaciones precisas y fueran motivo de múltiples críticas.

El siglo XX fue fundamental para los estudios sobre VPH, porque en él se dieron sucesos importantes que han marcado, dirigido y clarificado las líneas de investigación sobre este virus y su relación con el CaCu. Este periodo de experimentos y descubrimientos dio inicio con las pruebas realizadas por el médico Richard Shope y su inoculación del virus extraído de conejos infectados a conejos sanos, lo que le permitió argumentar con base en sus evidencias, que los papilomavirus son virus transmisibles (López y Lizano, 2006; *Boletín Epidemiológico*, 2014). Tras él, una serie de estudios y descubrimientos aportaban

elementos sustanciales para descifrar la incógnita que aún representaba este virus, hasta que a partir de 1970 un médico y científico alemán de nombre Harald zur Hausen reveló que el VPH era el principal causante del cáncer cervicouterino, y que la vía sexual era su medio de transmisión, tesis que le valió su reconocimiento con el premio nobel en 2008 (López y Lizano, 2006).

El virus del papiloma humano es un virus de transmisión sexual que pertenece a la familia *papillomaviridae*, del género *papillomavirus* (Silva, *et. al.*, 2013: 186), principal causante de neoplasias y lesiones múltiples en el área anogenital (cuello uterino, vagina, vulva, pene, y ano) y aerodigestiva superior (faringe, laringe y cavidad oral) asociadas al desarrollo de cáncer cervicouterino. Es un virus por lo regular asintomático<sup>2</sup> del cual se reconocen entre 35 y 40 genotipos, así como un aproximado de más de 100 tipos<sup>3</sup> clasificados en grupos de alto y bajo riesgo, denominación que depende de la actividad y el comportamiento de ciertos agentes proteínicos existentes en la doble cadena del DNA que conforman el virus, y que tienden a infectar mucosas o regiones de epidermis en contacto con agentes contaminados (Almonte y Muñoz, 2007; Ball, 1998; Lopez y Lizano, 2006). El grupo de alto riesgo u oncogénico, causante de lesiones de larga duración que pueden ser persistentes, está conformado por los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68, de los cuales en particular el 16<sup>4</sup> y 18 han sido identificados como los más agresivos por ser los responsables de al menos el 70% de los casos que han evolucionado a cáncer; mientras que los tipos 6, 11, 10, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73 y 81, a pesar de que provocan la presencia de verrugas o condilomas

---

<sup>2</sup> Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Publica identifica cinco formas en que el virus se manifiesta: como "infección latente, infección inadvertida (asintomática), infección aparente (lesiones), infección abortiva (la integración del genoma viral) e infección persistente asociada al desarrollo de lesiones en el cérvix uterino" (Gutiérrez, *et. al.*, 2010: 190), y que son respuestas biológicas que surgen de las características particulares del tipo de virus en combinación con las condiciones y la respuesta inmune de cada organismo donde éste se hospede.

<sup>3</sup> Algunos artículos que conforman la basta literatura sobre el tema han llegado a reconocer entre 150 y 200 tipos de VPH, a pesar de ello todos coinciden en la cantidad aproximada que existe sobre los tipos considerados de alto y bajo riesgo (Melo, *et. al.*, 2014: 142; Méndez y Saíenz, 2010: 206; Sanjosé, Bosch, y Castellsagué, 2007: 9).

<sup>4</sup> Se han mostrado evidencias de que el tipo 16 tiende a permanecer y persistir más tiempo, provocando así una rápida evolución a CaCu. La transmisión del virus por vía vertical de la madre al hijo durante el alumbramiento se encuentra estrechamente asociado a este tipo de VPH (Lizano, Carrillo y Contreras, 2009; Ball, 1998).



acuminados, son considerados de bajo riesgo porque no encuentran asociación directa o inmediata con un desarrollo oncogénico (Bell y Lescay, 2015; González, *et. al.*, 2002; Melo, *et. al.*, 2014; Sánchez, Uribe y Conde, 2002; *Boletín Epidemiológico*, 2014)<sup>5</sup>, pues se da como:

*[...] una expresión de los productos de los genes virales [que] se encuentra cuidadosamente regulada, de modo que las proteínas virales se expresan en momentos definidos y en cantidades controladas a medida que la célula infectada migra hacia la superficie epitelial”* (Lizano, Carrillo y Contreras, 2009: 207).

Las lesiones que el virus causa están clasificadas de igual forma como de bajo y alto grado, una denominación que depende del área o extensión hacia donde se hayan propagado las escamas epiteliales; es decir, cuando éstas ocupan menos de la mitad del epitelio son consideradas de bajo grado (LSIL) o NIC 1, y cuando se identifican hasta el segundo tercio de la zona epitelial ya son de alto grado (HSIL) o NIC 2 y NIC 3.

La infección por este virus tiene la particularidad de ser transitoria en muchos de los casos, y sólo presentar lesiones de bajo grado que pueden ser controladas por el cuerpo mismo, causando una futura desaparición, dependiendo el tipo que se contraiga y el estado inmunológico de cada persona, lo que impide una evolución a lesión grave o neoplasias de segundo y tercer grado (NIC2 y NIC 3) que aumenten las posibilidades de desarrollar CaCu por el nivel de lesión en el epitelio (Almonte, *et. al.*, 2010; Bell y Lescay, 2015; López y Lizano, 2006; Parra, 2009),<sup>6</sup> porque como se sabe, el sistema inmunológico es el encargado del ataque a los principales organismos y sustancias que provocan las enfermedades, en este caso, aquellos agentes virales y patógenos causantes del cáncer. No obstante, el

---

<sup>5</sup> Algunos estudios sobre el tema señalan una división de los genotipos de VPH en cinco géneros denominados con letras del alfabeto griego: Alfa, Beta, Gama, Mu y Un, los cuales sirven para diferenciar y especificar el área de infección y el grado de riesgo que puede causar una vez que alguno de estos se contraiga. Así entonces, los que se agrupan en el género Alfa son considerados lo que infectan el área ano-genital y los de alto riesgo por su relación con el desarrollo de cáncer cervical (Lizano, Carrillo y Contreras, 2009; Martínez, 2009).

<sup>6</sup> La estrecha relación existente entre el desarrollo del virus y el sistema inmunológico radica en que, de acuerdo a lo que expresa Paulina Parra (2009) en su artículo “Características de la Infección por Virus Papiloma Humano en la Adolescencia y su Manejo”, las mujeres que ella denomina inmunocompetentes, son capaces de eliminar el virus en un tiempo aproximado de entre 24 y 30 meses.

VPH puede permanecer en el cuerpo por periodo de incubación que oscila entre los seis y ocho meses sin presentar alteración alguna, lo que no quiere decir que no haya infección, simplemente no hay desarrollo o síntomas que delaten su presencia, por lo que después de los doce meses se pueden hablar de una resistencia al avance de células malignas, o bien, de una progresión a lesiones celulares malignas. Se ha señalado que para que un carcinoma cervicouterino invasor se presente en su máxima expresión, es necesaria la combinación con otros factores de tipo externo como los ambientales y los individuales que influyen en su desarrollo, pues en un primer momento la infección por VPH se relaciona a lesiones epiteliales benignas (De la Torre, 2010; Barrón, 2010).

Los métodos de detección de células y tejidos infectados, o también llamados pruebas de tamizaje son: la aplicación de las pruebas citológicas o *Papanicolaou*, el cual detecta alteraciones en las células y los tejidos; la colposcopia que sirve para encontrar los tipos de lesiones que se presentan principalmente en el cuello del útero; la biopsia que determina el tipo de lesión; y la captura de híbridos o pruebas de hibridación, que pertenecen al campo de la biología molecular, que profundiza en la detección del DNA del VPH, así como el tipo de virus a partir de la medición de la carga viral, y que se realiza con menor frecuencia por los elevados costos de su aplicación (Ball, 1998; Curiel, 2008). Asimismo, es importante mencionar que existe el cultivo vaginal, una prueba complementaria a las cuatro anteriormente mencionadas, y que sirve para detectar otras infecciones de transmisión sexual como la clamidia que, por sus características inflamatorias, hace que las células se vean anormales y, por tanto, se pueda confundir con lesiones provocadas por el virus sin en realidad serlo.<sup>7</sup>

Ante estos avances en los descubrimientos que se van dando día con día respecto al VPH y el CaCu, es importante profundizar en las medidas que ha tomado el sector salud para controlar tanto esta infección de transmisión sexual, como el desarrollo de los tipos de cáncer relacionados a la presencia viral del

---

<sup>8</sup> En la actualidad, Eduardo Lazcano (2010) habla de la confiabilidad y seguridad de la autotoma de muestras vaginales como una opción de concientización acerca del virus, y como una estrategia que ayude a prevenir la evolución del IVPH a CaCu al facilitar la posibilidad de que se hagan análisis a gran escala.

papiloma, pues de acuerdo a las estadísticas más recientes a nivel internacional proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer cervicouterino se ha convertido en la cuarta causa de muerte por cáncer a nivel mundial; tan sólo en 2012 se registró un aproximado de 530 000 nuevos casos, de los cuales el 7.5 % fallecieron por esta causa. Se ha apuntado que casi el 85 % del total de los casos a nivel mundial se presentan en regiones en vías desarrollo como el África subsahariana, Asia, Centroamérica, Latinoamérica y el Caribe, a los cuales se les adjudica el 70% de las muertes por cáncer de este tipo en el mundo (Torres, Cruz y Madrid, 2014; Chirenje, *s/f*; *Boletín Epidemiológico*, 2015). Tan sólo en América Central, América Latina y el Caribe, la OMS en colaboración con la OPS (Organización Panamericana de Salud), reportaron 83 000 casos de mujeres diagnosticadas por CaCu, de las cuales 36 000 fueron decesos, encendiendo así los focos rojos que alertan sobre un acelerado porcentaje de mortalidad en estos países subdesarrollados en los próximos años.<sup>8</sup>

El caso de México no es la excepción, pues la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología considera que de los tipos de cáncer que más afectan a la población femenina está el cervicouterino, seguido del cáncer de mama que ocupa el primer lugar, y cuyo referente más inmediato es la presencia de la IVPH, causa necesaria más no suficiente u obligada para presentar un desarrollo oncológico en dicha área cervical, por lo que una parte importante de los estudios realizados acerca del CaCu están enfocados en mencionar y analizar el comportamiento biológico de este virus.

En la actualidad, la IVPH se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial, pues las estadísticas la han señalado como la infección de transmisión sexual más común en el mundo, apuntando que más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus (OMS, 2016)<sup>9</sup> por lo que se estima que la mayoría de

---

<sup>8</sup> En esta región latinoamericana y del Caribe, el CaCu se ha convertido en la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, por lo que se estima que, de seguir esta misma tendencia, para el 2030 habrá un aumento del 45% en los índices de mortalidad. (OPS-OMS. *Cáncer cervicouterino*. Fuente: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es). Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2015).

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud. Fuente: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>. Fecha de consulta: 30 de enero de 2016.

hombres y mujeres lo adquirirán en algún momento de sus vidas, una vez iniciada la vida sexual. En México, hasta 2014 se registró un promedio de 2026 casos en todo el país, donde el D.F (394), Jalisco (179) y el Estado de México (113) encabezan las cifras de mayor presencia (*Boletín Epidemiológico*, 2015: 17). Hasta el 2012, los grupos de edad más afectados por esta ITS, y por tanto ubicados como los de mayor riesgo, son lo que corresponden en primer lugar al que oscila entre los 25 y los 44 años (184 949 casos), seguido por el de los 20 a los 24 años (39 351 casos).

Dado que muchas mujeres lo contraen durante la adolescencia (Méndez y Saíenz, 2011), es importante resaltar que este virus representa la segunda infección de transmisión sexual más frecuente en los adolescentes,<sup>10</sup> infectando hasta a un 70% de los individuos, lo que lo hace ser uno de los sectores de la población considerados más vulnerables en este sentido por causa de diversos factores como el inicio de la vida sexual a temprana edad,<sup>11</sup> y la resistencia que muestran al uso de métodos anticonceptivos, una negativa acentuada más en mujeres que en hombres, registrándose así una tasa del 33.4 frente al 14.7 respectivamente (PAE 2013-2018: 32), entre otras causas. Estas cifras permiten comprender el incremento en los casos de embarazo adolescente y de contagio por IVPH, dos factores considerados ya un problema de salud actual en este sector de la población.

## **1.2 Políticas, programas e intervención del sector salud para la atención de la Infección del Virus del Papiloma Humano**

Las directrices que dirigen la prevención, detección y tratamiento en torno a la infección por virus del papiloma humano como problema de salud a nivel mundial, no están establecidas de forma específica en los programas de acción internacionales de la OMS, pues por la asociación del virus al desarrollo de cáncer

---

<sup>10</sup> La ITS que encabeza las estadísticas en adolescentes es la Tricomoniasis urogenital, con un total de 10,617 casos registrados tan sólo en 2012 (PAE 2013-2018, p. 40).

<sup>11</sup> El Programa de Acción Específico 2013-2018 registra los 12 años como la edad de inicio, aunque la edad promedio es de 15.9 años (p. 31).

cervicouterino, las medidas que respectan a su control y tratamiento se encuentran asentadas de manera inherente en el tratamiento de este tipo de cáncer como parte de su proceso de detección y prevención. Bajo esta lógica, este organismo propone una intervención integral que se basa en cuatro ejes principales que se enfocan en prevenir el contagio por este agente viral como causa principal del desarrollo de CaCu (OMS, *Papiloma virus (PVH) y cáncer cervicouterino*, 2015):<sup>12</sup>

- Vacunación.
- Educación sexual.
- Promoción del uso de preservativos.
- Tamizaje primario o pruebas para VPH.

Estos ejes marcados por la OMS son también los que se siguen a nivel Latinoamérica, Centroamérica y el Caribe a través de los estatutos señalados por la Organización Panamericana de Salud (OPS), y que están claramente establecidos en las hojas informativas del 2015 sobre el virus del papiloma humano, y que a su vez son las pautas que sigue la política pública en el caso particular de México.

A nivel nacional, la Secretaría de Salud a través de los Programas de Acción Específico expone las medidas consideradas como necesarias y pertinentes para el abordaje de ciertas enfermedades que se han convertido en problemas de salud como el cáncer cervicouterino y las Infecciones de Transmisión Sexual, donde el VPH es considerado desde su doble dimensión (agente causal y virus adquirido), para lo cual elaboró tanto el *Programa de Acción Específico sobre la Prevención y Control de Cáncer en la Mujer 2013-2018* (PAE), como el *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*, donde se asientan como una prioridad las medidas que se deben llevar a cabo para prevenir, detectar y tratar la IVPH como causal de CaCu y como ITS.

---

<sup>12</sup> Es importante mencionar que a estas medidas se suman tanto la difusión sobre el consumo de tabaco, como la circuncisión masculina como agentes que potencializan la presencia oncológica en el área cervical.

En términos de políticas públicas en salud, la infección por virus del papiloma humano no es un factor prioritario que requiera un apartado particular, pues como tal, éste más que ser una enfermedad en sí misma, se concibe como un agente causal de un tipo de cáncer que sí se ha convertido en un problema de salud. Por sus características como agente que se contrae vía transmisión sexual, el abordaje se da a partir de ubicar a la IVPH como parte de un grupo de enfermedades que requieren estrategias específicas para su control, junto a la clamidia, al herpes genital, la tricomoniasis y al VIH, y que básicamente se centran en ubicar y dirigir el comportamiento sexual de los individuos en etapa reproductiva y sexualidad activa. Por tal motivo, la importancia y mención que se le da en cada uno de los PAE responde a los objetivos particulares que en cada uno se plantea.

El primer objetivo está más centrado en las medidas que se deben tomar para el control y disminución de cáncer cervicouterino, y que consisten en primer lugar en la creación de un mayor número de clínicas y laboratorios donde se puedan realizar las pruebas citológicas (*Papanicolaou*) y la colposcopia, así como las pruebas patológicas (biopsia) y de biología molecular (captura de híbridos) para poder detectar de forma oportuna no sólo las primeras expresiones de CaCu,<sup>13</sup> sino de su agente causal, el VPH. Si bien estas estrategias son reconocidas como adecuadas en tanto método de detección, también se han señalado sus limitaciones desde dos puntos:

- *Efectividad*: De acuerdo a las aportaciones realizadas por Gutiérrez y cols. (2010), la realización de las pruebas citológicas convencionales (*Papanicolaou*) no alcanzan a dar la información suficiente sobre la actividad

---

<sup>13</sup> Es de notar que el *PAE de Prevención y Control de Cáncer en la Mujer* se ha ido modificando de acuerdo a las necesidades marcadas por las estadísticas, pues en el que corresponde al periodo 2007-2012, la estrategia operativa establecía como prioridad no sólo las pruebas oportunas de detección oncológica, sino la detección y el tratamiento de VPH acompañada de un tamizaje primario que permitiera detectar los tipos de este virus relacionados al desarrollo de cáncer; no obstante, la aplicación de estas pruebas estaban enfocadas en mujeres con un rango de edad que iba de los 35 a los 64 años, consideradas entonces como el grupo de alto riesgo. Pero ya en el PAE del 2013-2018, dentro de los indicadores y metas, aunque sigue apareciendo como objetivo primordial la detección temprana desde las primeras manifestaciones de CaCu, mediante la aplicación de las pruebas de tamizaje correspondientes que se consideran oportunas y fundamentales, ahora están focalizadas en grupos de mujeres con un rango de edad que va de los 25 a los 35 años, pues las estadísticas epidemiológicas actuales marcan altos índices de presencia y mortalidad por CaCu en mujeres de 25 años principalmente.

que tiene el virus en el entorno celular, lo cual no refleja la situación o estado de la actividad del virus en su totalidad, pues como ya se mencionó, sólo marca si existe o no alteración celular; es decir, muestran una alta sensibilidad, pero una baja especificidad. Con la prueba de colposcopia sucede algo similar, al basarse en la lectura de imágenes con ácido acético mostradas a través del colposcopio, las interpretaciones pueden generar falsos positivos, porque la precisión de éste depende del grado de lesión, por lo que es difícil detectar las lesiones de bajo grado; de ahí que ambas pruebas se consideran complementarias para un diagnóstico, pero poco efectivas si se utilizan como pruebas únicas.

- **Costo:** En ambos casos los falsos negativos son comunes a causa de una mala interpretación o de un mal procesamiento en la toma de muestras, aspecto que se relaciona a lo económico y a la falta de recursos destinados a la salud, pues si bien son pruebas que se aplican con cierto éxito en los países desarrollados (en combinación con otras pruebas), en aquellos que se consideran países en vías de desarrollo como México, dichas pruebas tienen márgenes de error en la medida en que no existe el personal adecuado y preparado para realizarlas, ni tampoco los recursos necesarios para capacitar a personal que a ellas se dedica. Sumado a ello, la aplicación de pruebas más específicas como la captura de híbridos es altamente costosa, por lo que es difícil que se introduzca como parte de la política de salud, o bien, que resulte auto costeable para las mujeres que se someten al esquema de detección y control de la IVPH y el CaCu.

El PAE que corresponde a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes trata dicho virus como la segunda ITS que más afecta a este sector de la población, lo que hace necesario tomar medidas de control centradas en la prevención y el tratamiento, pautas que parten con la realización del tamizaje correspondiente sólo a la prueba citológica o *Papanicolaou* que, aunque deja de lado otras pruebas que precisan el tipo y el estado de desarrollo del virus, en un primer nivel permite detectar cualquier tipo de alteración celular; la difusión para la aplicación de la

vacuna y el fortalecimiento de las estrategias de promoción y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS); así como el acceso a los servicios de salud. Dichos puntos ya se habían considerado de manera muy general desde el PAE 2007-2012, en tanto medidas de control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, pero sin hacer particular mención de la IVPH, pues la preocupación central estaba en reducir los índices de embarazo adolescente y evitar los contagios por transmisión sexual de manera general, pero lo cual se fortaleció la difusión del uso de métodos anticonceptivos como su principal objetivo.

Sumadas a estas estrategias preventivas, es importante hacer mención que estas medidas van de la mano con el señalamiento de los factores de riesgo que posicionan a los sujetos en un estado de vulnerabilidad ante la IVPH, contribuyendo así al marcado incremento en los índices de incidencia que le dan su carácter de problema de salud, y que son reconocidos tanto a nivel nacional como internacional. Entre los principales factores reconocidos se encuentran:

- Inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.
- Múltiples parejas.
- Consumo de tabaco.
- Inmunodepresión (por ejemplo, las personas infectadas por el VIH corren un mayor riesgo de infección por PVH y padecen infecciones provocadas por un espectro más amplio de estos virus).

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2014: 8), a propósito del cáncer cervicouterino, a nivel nacional reconoce y agrega otras causas que ponen en riesgo<sup>14</sup> la salud biológica y sexual de los individuos, tales como:

---

<sup>14</sup> Según la OMS, un factor de riesgo es considerado como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. (OMS, *Factores de riesgo*. Fuente: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/). Fecha de consulta: 25 de mayo de 2016). Del mismo modo Roberto Suárez y colaboradores afirman que el riesgo es “entendido como la probabilidad que existe de que tenga lugar un acontecimiento con un impacto negativo, o de que un factor aumente la probabilidad de que esto ocurra [...] se pone en la escena pública como factor susceptible de ser evaluado –risk assessment–, administrado –risk management– y asociado a la toma de decisiones para reducir su efecto. Así mismo, la categoría



- Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.
- Tener una pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.
- La edad como un marcador que indica el periodo de mayor vulnerabilidad tanto para contraer VPH (18 a 30 años que se señala como la fase de sexualidad activa, y cuya prevalencia decrece después de los 30 años), como para desarrollar CaCu.
- Persistencia viral, común entre los tipos de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Coinfección con otros virus, como el del herpes simple (*HSV*) tipo 2, citomegalovirus (*CMV*), herpes virus humano tipos 6 y 7 (*HHV-6*), detectados todos en el cérvix.<sup>15</sup>
- Predisposición genética, donde la herencia afecta la susceptibilidad a la infección por *VPH*, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad.<sup>16</sup>

A partir de las cifras nacionales que confirman un incremento de la incidencia de VPH en población adolescente, el reconocimiento de dichos factores está dirigido, de acuerdo a lo que contiene el *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, a la concientización y adopción de un estilo de vida saludable, así como a la exhortación de un cambio en las conductas y prácticas sexuales de la población en riesgo, en este caso la de jóvenes y adolescentes. Estos factores de riesgo son reconocidos y apoyados por otros estudiosos sobre las causas que propician la infección por VPH, agregando a la lista otros elementos que agudizan el estado de riesgo, tales como el

---

riesgo tiene una doble condición: es un instrumento operativo de control social, pero a su vez es un dispositivo metodológico desde la salud pública (2006: 127).

<sup>15</sup> Sanjosé, Bosch y Castellsagué afirman que padecer otro tipo de infecciones de transmisión sexual como la clamidia y el VIH también aumentan las posibilidades de contraer VPH (2007: 16).

<sup>16</sup> Respecto a la predisposición genética, un estudio realizado por Jaime Berumen y colaboradores expresan lo siguiente: "La participación genética e este tipo de enfermedades no es muy aparente y el patrón de herencia familiar es difícil de establecer. Dado que en este tipo de enfermedades participan varios genes de baja penetrancia [*sic*], y varios factores ambientales, no siempre que se presenta un defecto genético o un factor ambiental aislado se manifiesta la enfermedad" (2010: 121).

tabaquismo, el consumo de alcohol, el uso de cocaína,<sup>17</sup> la situación socioeconómica que influye en el tipo de alimentación e higiene, el número de embarazos (multiparidad), el uso de anticonceptivos hormonales y espermicidas como reflejo de la ausencia del uso de condón, entre otros (Almonte, *et. al.*, 2010; Hidalgo y Castellano, 2007; Parra, 2009; Pérez, Mantilla y Pérez, 2013; Puente, *et. al.*, 2014; Sánchez, Uribe y Conde, 2002), más relacionados a lo social y lo cultural, que se complementan con los mencionados por Roberto Franco y Javier Eduardo García (2013), quienes además identifican la escolaridad y la falta de acceso a la seguridad social, como elementos sustanciales que potencializan las posibilidades de contraer y desarrollar papiloma y cáncer en el área ano-genital y cavidad oral.

Tras focalizar los elementos que representan un riesgo para contraer la infección del VPH, se pueden comprender los ejes sobre los cuales se sustentan los pilares de prevención y control tomados por los organismos internacionales y nacionales anteriormente mencionados.

### **1.2.1 Vacunación**

A medida que se conocía la incidencia y el aumento en las cifras que registraban una marcada presencia de cáncer cervicouterino a nivel mundial, los organismos internacionales y nacionales encargados de intervenir en la vigilancia sanitaria de la población en general, han creado y difundido una serie de estrategias para combatir y frenar los acelerados avances en materia de CaCu. En el marco de este ejercicio de prevención, tanto la OMS como la OPS plantean como medida primaria la vacunación a nivel mundial que ayude a controlar y disminuir la incidencia por VPH, y de la cual se espera “reduzca los índices de morbilidad y mortalidad asociada a la infección [...] y proporcionen un mayor beneficio a la salud pública” (Hidalgo y Castellanos, 2007: 216). Es por esta razón que ambos

---

<sup>17</sup> Este factor está más asociado a un incremento de la prevalencia de VPH en hombres por encima de las estadísticas relacionadas a mujeres, y no necesariamente porque exista una relación biológica entre dicha droga y el virus, sino porque contribuye a la realización de prácticas de riesgo para adquirir ésta o cualquier otra ITS.

organismos recomiendan como prioridad la inclusión de las vacunas contra este virus en los programas de salud nacionales.

En los países en desarrollo, esta acción se ha convertido en una necesidad por ser los que encabezan los elevados índices de presencia de CaCu e infecciones por VPH, y porque en ellos se presenta una marcada restricción a los servicios y a los tratamientos necesarios para el combate de esta enfermedad como problema de salud.

Desde la Organización Mundial de la Salud se indica la aplicación entre los 9 y 13 años de edad, cuando aún no se ha iniciado vida sexual, y aun cuando ya se haya iniciado, se puede aplicar siempre y cuando no se haya estado en contacto con el virus, pues es fundamental señalar que ésta es sólo preventiva, no un tratamiento de combate y erradicación de IVPH o CaCu (OMS, 2015). Por tal razón, tanto la OPS como la Secretaría de Salud, ésta última de nivel nacional, siguen esta misma línea de prevención y control primario que se encuentra asentada en cada uno de los documentos que así lo confirman, tales como las hojas informativas sobre cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano, respecto al primero, y los Programas de Acción Específico ya mencionados con anterioridad para el segundo caso.

Hasta ahora internacionalmente se reconocen dos vacunas, bivalente y tetravalente, las cuales, a partir de sus compuestos basados en sales de aluminio, favorecen el fortalecimiento de la respuesta inmune y protegen de contraer los tipos 16 y 18 (bivalente Cervarix) considerados los más agresivos o de alto riesgo, y otros de bajo riesgo (tetravalente Gardasil) como el 6 y el 11. Su uso sigue un esquema de aplicación intramuscular que va de dos a tres dosis, según sea el caso de la vacuna que se aplique, siguiendo un patrón temporal que va de los 0, 1 y 6 meses, para el caso de la bivalente, mientras que la tetravalente sigue una pauta de 0, 2 y 6 meses, con una nueva dosis, o dosis de refuerzo a los 10 o 20 años que es el tiempo que se calcula dura el efecto de las vacunas (Almonte, *et al.*, 2016; OMS, *Papiloma virus (PVH) y cáncer cervicouterino*,; Curiel, 2008; Diestro, Serrano y Gómez, 2007; López y Lizano, 2006; Lizano, Carrillo y Contreras, 2009). Su uso está dirigido hacia dos objetivos primordiales: la profilaxia

que evita la infección creando una buena persistencia de al menos siete años, y la terapéutica que impide la “progresión de lesiones precursoras existentes” (Méndez y Saíenz, 2011: 2009), es decir, previene la aparición de verrugas en el área genital y la papilomitosi (Almonte, *et. al.*, 2010: 555).

De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México se encuentran disponibles ambas vacunas (Cervarix o Cevarix y Gardasil o Gardas il), aprobadas desde 2006, pero puestas a disposición hasta 2008 cuando se pusieron en marcha las campañas de vacunación contra el VPH en instituciones de salud pública como Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, y otras como SEDENA y PEMEX pues, siguiendo lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-014 y el PAE, la vacunación es entonces una estrategia de combate al virus que se establece como una prioridad de carácter primario, al que se suma la educación sexual, y que se debe dar promoción y seguimiento (*Boletín Epidemiológico*, 2014).

No obstante, a pesar de que se difunden una serie de certezas en torno a la aplicación de dichas vacunas, no se puede dejar de mencionar la existencia de artículos como el de Gabriela Moreno (2014) que también se centran en una discusión sobre los aspectos problemáticos que subyacen a esta medida preventiva, como lo económico ligado estrechamente a los factores de riesgo anteriormente mencionados, y que se refieren, en este sentido, básicamente al costo de la vacuna que limita el acceso a su uso y deja fuera de sus beneficios a la poblaciones de bajos recursos que conforman el sector donde se registran los altos índices de VPH, desarrollo de CaCu y mortalidad, pues si bien son promovidas y aplicadas en el sector salud de manera gratuita, no toda la población tiene acceso a los servicios de salud. Otra de las críticas radica en la limitación sectorial de la vacuna, ya que la focalización y restricción al sector femenino como población apta para la aplicación deja de lado a la población masculina que es portadora, lo cual genera un sesgo en los objetivos de la prevención, pues desde lo que plantea Poveda y colaboradores:

*es importante llegar a la igualdad en las herramientas de prevención [...] Por consiguiente los varones deben de ser sujetos al esquema de vacunación, con lo que se evitarían nuevos portadores asintomáticos y reducir la probabilidad de contagio de virus del papiloma humano en las mujeres (Franco y García, 2013: 15).*

Es decir, exhorta a la creación de medidas de prevención incluyentes que rompan con la inequidad de género perceptible en la noción de que la enfermedad “es propia de las mujeres” (Lazcano, 2010: 256).

La vacuna en sí misma ha despertado una serie de polémicas que se han hecho manifiestas en una diversidad de artículos que, desde distintas aristas, ponen en cuestionamiento tanto la vacunación como parte del programa de prevención primaria, así como la efectividad y los daños colaterales que vienen tras su aplicación. De este modo, publicaciones como las realizadas por José de Jesús Curiel (2008), Mónica Luna y Georgina Sánchez (2014), así como por Gabriela Melo y colaboradores (2014) hacen evidente que el espectro de protección que cubre la vacuna no es total, en tanto que si se habla de una existencia de alrededor de 150 a 200 tipos de este virus, éstas sólo están diseñadas para proteger y detener la adquisición y desarrollo de los 4 tipos de VPH más comunes y agresivos, y por un periodo no mayor a los 5 años (Sanabria, 2014), lo que no exime a ninguna mujer vacunada de adquirir otro tipo de cepa y, por tanto, que genere otro tipo de manifestaciones fisiológicas que bien puede impactar en la salud emocional de la mujeres, pues rompería su estado de seguridad y protección.

Otra de las vertientes hacia las que han dirigido las críticas están encaminadas a que no se sabe a ciencia cierta cómo actúa la vacuna y cuáles son sus reacciones, así como tampoco sus daños colaterales, lo que genera un estado de desconfianza ante tal método preventivo sobre el que se piensa puede causar daños en la fertilidad de las mujeres (Camaño y Sanchis, 2014).

No obstante esta serie de discusiones, la vacuna sigue siendo en el presente la mejor forma de prevención reconocida y promovida por el sector salud a nivel nacional e internacional.

### **1.2.2 Educación y promoción en salud sexual y reproductiva**

A parte de la vacunación, el esquema de prevención de VPH está diseñado para incluir educación para la salud ligada a la promoción del uso de preservativos. Para

una mejor comprensión, es importante apuntar lo que se entiende por salud sexual y reproductiva. En este sentido, para la OMS la salud sexual y la salud reproductiva son dos cosas diferentes, aunque complementarias entre sí, por lo que han requerido una definición por separado que se sustenta a partir de las siguientes líneas:

- **Salud sexual** se ha definido como:

*[...] un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2016).*<sup>18</sup>

- **Salud reproductiva** se comprende como aquello que:

*[...] aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee [...] supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (OMS, 2016).*<sup>19</sup>

Desde esta perspectiva, la educación sexual se comprende como aquella información proporcionada acerca de sexualidad, infecciones de transmisión sexual -donde entra el virus del papiloma humano-, protección y cuidados que eviten el contagio, y las revisiones médicas de manera periódica. Usualmente, cuando se habla de este tipo de educación se piensa en que los responsables de ofrecerla son los que conforman el personal de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales), sin embargo, el espacio escolar y la sociedad misma ocupan un papel fundamental en la difusión acerca de este tema y los que a él se encuentren relacionados, esto con la finalidad de sensibilizar y concientizar a la

---

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Fuente: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/). Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016.

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud. Fuente: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/). Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016.

población en general, pero sobre todo a jóvenes y adolescentes sobre las implicaciones de contraer este virus.

La promoción de la salud se convierte entonces en una labor complementaria al ejercicio educativo, pues ésta se puede explicar como la concientización e interiorización de esta información difundida que se concretiza en la serie de capacidades y habilidades que los individuos ponen en práctica para modificar sus condiciones y tomar el control de su salud para poder mejorarla. Ante ello, la Secretaría de Salud (2016) agrega lo siguiente:

*[...] la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.<sup>20</sup>*

Los distintos organismos de salud internacionales y nacionales proponen la promoción de prácticas sexuales seguras, fuera de todo riesgo, donde el inicio de la vida sexual sea postergada y alejada de todo sentido prematuro o temprano; el uso de preservativos que deberán ser proporcionados por sus organismos; concientizar sobre el uso del tabaco como elemento potencial que propicia el desarrollo de cáncer, y cuyo consumo inicia desde la adolescencia; pero sobre todo, en la asistencia a revisiones periódicas de carácter médico-ginecológico. Es decir, su construcción parte y se sustenta como el elemento opuesto a los factores de riesgo arriba expuestos.

Si bien estas medidas preventivas están enfocadas a los sectores de la población conformados por jóvenes y adolescentes, que incluyen tanto a hombres como a mujeres, es importante señalar que son medidas cuyo interés está más focalizado en las mujeres que en los hombres, tanto por las condicionantes biológicas que vulneran y ponen en riesgo al sector femenino al resultar más afectadas por la IVPH, como por las condicionantes y estructuras culturales que

---

<sup>20</sup> Secretaría de Salud, *Promoción de la salud*. Fuente: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>). Fecha de consulta: 30 de abril de 2016.

tiene una influencia relevante respecto a la concepción de la figura masculina, su salud y comportamiento frente a estos factores de riesgo y prevención.

### **1.2.3 Promoción del uso de preservativos**

La promoción del uso de preservativos forma parte de esta educación y promoción para la salud. Esta medida parte de los altos índices de contagio por VPH que se registran de la población joven que lleva a cabo su sexualidad sin la protección de algún método de barrera. Aunque se sabe que estas medidas de promoción a propósito de la IVPH están más dirigidas hacia el uso de condón, el uso de otros métodos no están descartados como parte de este programa que también prevé los embarazos a temprana edad y no deseados, a pesar de que tampoco se recurre a ellos con frecuencia, pues las estadísticas asentadas en el PAE de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 señalan que sólo el 54.6 % de las jóvenes ubicadas en un rango de edad que va de los 15 a los 19 años, que son sexualmente activas, utilizan algún método anticonceptivo para cuidar y proteger su fecundidad y su salud sexual.<sup>21</sup> Mientras que el resto (45.4%) están expuestas a una infección de transmisión sexual y/o son propensas a un embarazo (PAE *Salud sexual...*, 2014: 34).

A pesar de su característica como protector que ayuda a evitar el contacto con zonas donde el virus pueda estar latente, se sabe que el condón o preservativo no es un método 100% seguro que proteja de contraer el virus, no obstante, se considera que ayuda a disminuir las posibilidades de infección (Sanabria, 2009), lo que significa un aporte para el control y freno del VPH y otras ITS o comorbilidades asociadas a este virus. Esto se encuentra estrechamente vinculado con la presencia de múltiples parejas y con que representa la única estrategia de protección y prevención aplicable para la población varonil, a lo que

---

<sup>21</sup> Se ha registrado que de entre las adolescentes que usan métodos anticonceptivos que corresponden a este grupo etario, el 39.1% usa el condón, 23.2% el dispositivo intrauterino (DIU); 10.4% los hormonales orales, 10.4% las inyecciones, 5.7% el implante subdérmico, el 7.7% métodos tradicionales, y el 3.6% restante, algún otro método. Por su parte, la anticoncepción de emergencia ocupa un 0.8% de la población adolescente femenina que recurre a éste (PAE salud sexual y reproductiva para adolescentes, 2013-2018: 34).



se suma el contagio de otras ITS que vulneran la salud del sujeto en relación con el VPH.

#### **1.2.4 Tamizaje primario**

De acuerdo a lo que expone la Secretaria de Salud respecto al tamizaje primario, esta es una medida que igualmente está estrechamente relacionada con la promoción a la salud, pues desde aquí, la información ofrecida acerca de qué es el VPH, cómo se transmite y su relación con el cáncer cervicouterino propicia la concientización en las jóvenes acerca de la importancia de realizarse pruebas de tamizaje básicas y oportunas una vez que la vida sexual se ha iniciado. Aunque es considerada una medida preventiva de carácter secundario, pues la vacuna es la principal, su objetivo es vigilar y detectar cualquier alteración celular que abra las posibilidades de una presencia por este virus, y así poder controlarla a tiempo y “reducir la mortalidad y la morbilidad mediante un diagnóstico precoz que incluya aspectos relacionados con el tratamiento” (Sebastián, 2001, citado por Luna y Sánchez, 2014: 69).

Dichas pruebas base se enfocan principalmente al *Papanicolaou* el cual se complementa con la colposcopia si es que al realizar el primero se encontraron alteraciones que requieran otras pruebas para profundizar y observar si hay o no lesiones. Detrás de estas pruebas, la biopsia, la captura de híbridos y los cultivos vaginales son aplicables sólo cuando ya existe un diagnóstico de infección por VPH para detectar sus primeras manifestaciones y su posible desarrollo a CaCu (PAE, *Prevención y control de cáncer en la mujer, 2013-2018*).

De este modo, como se ha podido observar, los ejes que han movido los intereses y la atención del sector salud en torno a la IVPH radican, ante todo, en los métodos y estrategias de detección y prevención del contagio por la infección de dicho virus, aunque en sentido estricto el tema de la prevención parezca estar direccionado en otro sentido, pues como lo afirman Noides Bell y Michel Lescay:

*El tema de la prevención es complicado, pues se habla de derechos sexuales y de la libertad individual que cada uno debe ejercer como quiera. Lo importante radica en estar informados sobre la relación existente entre el VPH y el cáncer, así como también en intentar y*

*conocer a la pareja, en la medida de lo posible, para valorar los riesgos. Hay que transmitir un mensaje de tranquilidad y saber que la mejor opción para no padecer de esta terrible enfermedad y sus nefastas consecuencias, es el autocuidado. En fin, las relaciones sexuales deben ser seguras y protegidas (2015: 2).*

Desde la mirada de Lourdes Campero y colaboradores, la forma en cómo se ha tratado el problema del VPH en los programas de prevención y control, como la segunda ITS que más registra casos de incidencia en jóvenes y adolescentes, estos “deben partir de un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género” (2013: 304), una observación que, desde su perspectiva, puede marcar diferencias sustanciales en la forma de tratar, abordar y combatir este problema de salud causado por la IVPH.

### **1.3 La Infección del Virus del Papiloma Humano desde diferentes enfoques**

#### **1.3.1 Enfoque biomédico**

Sin duda alguna, el principal campo de estudio del virus del papiloma humano ha sido el biomédico. Diversas han sido las aportaciones de carácter científico que se han realizado para explicar la historia natural del virus: composición del virus, expresión, tipos y diversas particularidades a nivel genético que profundizan en las condiciones biológicas necesarias para que esté presente en un organismo o cuerpo y, en determinados casos, causar los cambios o mutaciones celulares requeridas para un desarrollo cancerígeno en las áreas cervicouterina, ano-genital y orofaríngea. Pero hoy en día se sabe que comprender dichos factores biológicos no es sinónimo de un conocimiento absoluto del virus, existen codeterminantes externas que favorecen o disminuyen las posibilidades para que éste sea adquirido y tenga las posibilidades de evolución oncológica.

Basta con adentrarse en investigaciones como las realizadas y publicadas por la *Gaceta Mexicana de Oncología*, en particular la que se publicó en 2014, donde, a propósito de cáncer cervicouterino, se estudia el VPH en sus múltiples dimensiones que van desde el análisis de moléculas que permite conocer la formación de células precancerosas y su etiología viral, hasta los métodos de

detección oportuno centrados en la realización de las pruebas de tamizaje necesarias para la identificación de lesiones precancerosas. Dichos estudios especializados han contribuido no sólo a conocer el virus en su comportamiento y estructura molecular y biológica de manera más profunda, sino a sentar bases para los avances técnicos y científicos que se han presentado para el diagnóstico y tratamientos del CaCu y de su causante la IVPH, así como nuevas estrategias y tratamientos más avanzados para casos que presentan cáncer prematuro.

Sobre esta línea han surgido otras aportaciones de diversos institutos de investigación biomédica que aportan conocimientos sobre los descubrimientos genómicos que en general se han hecho sobre el cáncer, y en particular sobre el cervicouterino, con el objetivo de contribuir con nuevos referentes a partir de los cuales se desarrollen o modifiquen las formas de detección y tratamiento ya existentes que ayuden a disminuir los índices de incidencia y mortalidad en las mujeres; para ello basta conocer los artículos de Ball (1998); Calero y Zúñiga (2005); López y Lizano (2006); Almonte (2006); Martínez (2009); Lizano, Carrillo y Contreras (2009); De la Torre (2010); Gutiérrez, *et. al.* (2010); Sánchez, Guido y Carranca (2010), Ochoa (2014) sólo por mencionar algunos, para profundizar en un conocimiento más amplio y general sobre este tema explicado desde sus análisis y observaciones científicas.

El descubrimiento de nuevos tipos y las mutaciones del virus son parte de la cotidianeidad de los estudios científicos (Melo, *et. al.*, 2014; Méndez y Saínez, 2010; Sanjosé, Bosch y Castellsagué, 2007) que si bien aportan nuevos conocimientos sobre el VPH, también demanda nuevos estudios de abordaje y acciones para su prevención y tratamiento una vez que se ha adquirido el virus y desarrollado lesiones pre o cancerosas, lo que se relaciona de alguna manera a la importancia de la aplicación de las vacunas como método de prevención. Conocer los diferentes tipos de VPH y su grado de tendencia proclive a un desarrollo oncológico, van proporcionando elementos para reconocer la efectividad o la caducidad de los alcances que éstas tienen, una vez que se conocen las mutaciones y las conformaciones moleculares del virus.

Desde estos avances científicos se conocen las diferentes posturas donde la vacunación se concibe como una estrategia efectiva de prevención, tomando en cuenta sus restricciones de que los beneficios sólo son aplicables a niñas o mujeres que no han iniciado vida sexual (OMS, *Papiloma virus (PVH) y cáncer cervicouterino*; López y Lizano, 2006; Diestro, Serrano y Gómez, 2007; Hidalgo y Castellanos, 2007; Curiel, 2008; Lizano, Carrillo y Contreras, 2009; Almonte, *et. al.*, 2010; Méndez y Reiner, 2011), y que se contraponen a aquellas que tomando en cuenta los referentes de estos nuevos descubrimientos en torno al papiloma, la cuestionan como una medida efectiva, pues no protege y ataca todos los tipos existentes, ni considera las mutaciones que éste va teniendo, lo que hace necesario pensar en la creación de otras nuevas vacunas o la modificación de las que ya existen a fin de que éstas cubran un mayor espectro de ataque al virus y prolonguen el tiempo de duración, ya que cuentan con una caducidad no mayor a los cinco años (Curiel, 2008; Camaño y Sanchis, 2014; Luna y Sánchez, 2014, Melo, *et. al.*, 2014, Sanabria, 2014).

La epidemiología relacionada a los factores de riesgo que ocasionan la presencia de la IVPH como factor necesario pero no suficiente para el desarrollo CaCu, es otra de las vertientes que ilustra y complementa los datos presentados en las publicaciones de carácter biomédico, en tanto que es necesario conocer la distribución y los determinantes que se relacionan a la adquisición de la IVPH y el desarrollo del CaCu (De la Torre, 2010; Barrón, 2010; Torres, Cruz y Madrid, 2014; Chirenje, *s/f*; *Boletín Epidemiológico*, 2015). Los estudios descriptivos y analíticos de factores sociales que impactan en la salud y la enfermedad son la base de la epidemiología. A través de ellas se conocen los índices de desarrollo humano mediante el acceso a los servicios básicos que se establece como una medida de referencia para conocer las condicionantes de vulnerabilidad en que se encuentran las poblaciones para adquirir y desarrollar ciertas enfermedades.

A partir de aquí se pueden conocer las condiciones que propician la aparición y desarrollo de la IVPH, en donde se relacionan lo biológico con aquellos determinantes sociales que se conjugan para dar lugar y posicionar al cáncer

cervicouterino en las estadísticas de morbilidad y mortalidad, y que están relacionadas al nivel de desarrollo de un país o estado, en términos de economía y educación que revelan el acceso a los servicios de salud y a la información que se proporciona y difunde respecto a la IVPH y el CaCu al interior de la población, a modo de que esto también funge como un método preventivo y de diagnóstico oportuno.

Desde estas tres principales líneas de estudio (conformación biológica y etiológica, vacunación y epidemiología) es que las investigaciones biomédicas se han ido elaborando y adquirido relevancia, pues desde esta perspectiva de especialización, conocer a profundidad la composición del virus en todas sus aristas permite construir muros de protección más efectivos que puedan combatir a las afectaciones que la IVPH causa, a partir de la aplicación y mejora de las estrategias de combate existentes que intentan fortalecer al organismo para hacer frente a su aparición.

### **1.3.2 El enfoque sociocultural**

Estudiar el virus del papiloma humano no es limitarse a la importancia de sus dimensiones biomédicas, implica también observar el fenómeno desde sus prácticas y representaciones, significaciones y repercusiones en el ámbito social y cotidiano donde los cuerpos se relacionan, se mezclan, se intercambian y convergen con otros cuerpos a partir de elementos cognoscitivos y simbólicos que rigen el universo de prácticas y representaciones construidas colectivamente para explicar y dar sentido a los hechos que conforman la vida cotidiana. Hacer un recorrido por las distintas aportaciones en este terreno nos ha llevado a conocer que, si bien aún hace falta mucho por realizar y estudiar, existen contribuciones interesantes que son una guía no sólo de lo que se ha hecho al respecto, sino de lo que aún hace falta por hacer, así como sus métodos y formas de abordaje.

Los primeros años del siglo XXI marcaron el auge de los estudios de corte social en temas de VPH a propósito del cáncer cervicouterino, pues es cuando se

detecta un interés que motiva la producción de estudios sobre un virus que, si bien ya se había detectado desde finales del siglo pasado, ahora comenzaba a convertirse en un problema de salud, en particular enfocado a la población femenina, y que se ha agudizado con el paso de los años, demandando así un mayor número de investigaciones que ayuden a explicar este fenómeno desde las distintas perspectivas que lo envuelven.

Por lo regular estos trabajos de carácter social y antropológico que se han venido realizando se centran fundamentalmente en las siguientes directrices: los factores de riesgo que propician la presencia de VPH a propósito del desarrollo de CaCu, las nociones y conocimientos que existen en torno al virus, el principio de la experiencia al adquirir la condición de IVPH, las repercusiones psicológicas que devienen tras los tratamientos biomédicos de control del virus, la estigmatización, las redes de apoyo social, los referentes simbólicos y significativos que están presentes no sólo en las mujeres que lo padecen, sino en el imaginario colectivo y, así como la relación que existe con la sexualidad. Estas líneas de abordaje ofrecen una nueva perspectiva desde dónde observar y comprender un problema que ha sido categorizado en lo biológico como enfermedad o alteración del estado óptimo del organismo, proporcionando elementos suficientes para reafirmar que el cuerpo no es sólo una entidad biológica, sino integral, es decir, que está conformado por otros referentes externos que en él influyen de manera directa como el ambiente y la cultura.

Así, tenemos artículos como el que publicaron en 2012 Leticia Hernández, Silvia Padilla y María Luisa Quintero que, a través de un estudio descriptivo basado en la revisión documental y fuentes estadísticas, profundizan en el análisis de cómo influyen cada uno de los factores identificados como riesgosos en la adquisición de la infección por VPH, clasificándolos en estructurales y culturales para alertar sobre estas conductas a fin de que los jóvenes cuenten con una mejor y más amplia información sobre este virus relacionado a las relaciones sexuales. Siguiendo esta misma línea, la doctora Magalis Puente y colaboradores (2014) se enfocaron en identificar estos factores de riesgo en población adolescente, en particular en un grupo de Santiago de Cuba. A través de un estudio analítico,

descriptivo y retrospectivo de 575 adolescentes atendidos en el área de consulta externa durante el periodo de un año (2012-2013), descubrieron la necesidad de un trabajo integral en las consultas infanto-juveniles a fin de proporcionar la información requerida y el conocimiento a estos grupos vulnerables, conclusiones que surgieron del análisis de microhistorias clínicas que contenían datos relevantes como inicio de vida sexual, número de parejas, protección, síntomas y tratamiento, y cuyos datos se convirtieron en determinantes identificables y asociadas con el riesgo de adquisición del virus.

Aunque no tan reciente, la investigación de Sánchez-Alemán (2002) aporta elementos sustanciales al respecto, pues en su artículo basado en el análisis de la población juvenil universitaria del estado de Morelos, buscó estimar la prevalencia de VPH en este grupo mediante un estudio transversal durante 2000-2001, y donde se aplicaron cuestionarios y se tomaron muestras genitales para detectar ADN oncogénico tanto en hombres como en mujeres, para así concluir que a través de la identificación de factores biológicos se puede evaluar el comportamiento sexual de los jóvenes, conclusión que resulta más pertinente y marcada en las mujeres que en los hombres.

Vinculado a ello se encuentra otra serie de investigaciones que han intentado captar e identificar los conocimientos existentes en torno al virus por parte de la población joven y adolescente, como es el caso del texto publicado por Regla Mercedes García y colaboradoras (2011) quienes realizaron un trabajo en Matanzas, Cuba, acerca de los conocimientos sobre prevención de cáncer cervicouterino en este sector de la población, para lo cual utilizó un método descriptivo, y una muestra tomada de los alumnos del noveno grado del Politécnico Universitario de dicha provincia, a quienes se les aplicó un cuestionario de donde se sacaron los resultados que determinaron que la edad de inicio de vida sexual no había disminuido como en algún momento se había especulado, y que había un desconocimiento considerable de la población acerca del virus.

Otra de las líneas de investigación de carácter social en torno al VPH está centrada en el principio de la experiencia que tiene cierto impacto en las

trayectorias de atender y vivir con un padecimiento como éste. Así los demuestra un artículo publicado en la Revista de Enfermería del IMSS, cuya autoría corresponde a Emma Vargas y colaboradores (2014), que parten de un estudio de carácter cualitativo de aproximación fenomenológica para explicar la experiencia de vivir con VPH, y conocer los significados sexuales y socioculturales que se perciben a partir del análisis de 20 mujeres diagnosticadas con este virus en el Hospital de Ometepec, Guerrero, a quienes se les realizó una entrevista a profundidad. Esta investigación surgió a raíz de una premisa médica que, de manera un tanto empírica y basada en supuestos, daba una respuesta del porqué se originaba el abandono de los tratamientos de control por parte de las mujeres diagnosticadas con el virus en esta región guerrerense, ante lo cual, un grupo del área de enfermería decidió indagar e ir más allá de esta visión que hasta entonces había dejado de lado otros factores de influencia relacionados a lo sociocultural. De esto concluyeron que las significaciones culturales que las mujeres poseen influyen de manera sustancial en las limitantes que tienen hacia el uso del condón, y las decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad.

Este trabajo de alguna manera se relaciona también con lo presentado por Carolina Wiesner en colaboración con otros colegas (2009) quienes, mediante un estudio exploratorio y experimental, de carácter fenomenológico y con metodología cualitativa basada en entrevistas a profundidad y grupos focales, observaron las reacciones y repercusiones psicológicas y sociales presentes en un grupo de mujeres colombianas que fueron sometidas a pruebas de ADN para la detección de VPH, como producto de las representaciones y construcciones ideológicas que sobre él se tenía, y que inevitablemente generaban un efecto inconsciente en el individuo. La conclusión a la que llegaron es que la prueba de detección se debe hacer no por un temor latente a desarrollar cáncer cervicouterino, sino por las características en sí mismas de la infección y por los beneficios de realizarla, lo que implica un acto de reflexión anticipada.

El tema de las creencias es un factor inherente a estudio de este virus, pues están presentes en las dos dimensiones que las construyen: en la dimensión del



binomio salud- enfermedad y en la dimensión de la sexualidad. Al respecto Teresa Urrutia en colaboración con otros colegas (2012) publicaron un artículo centrado en todos aquellos conocimientos y conductas que las adolescentes chilenas tienen en torno a esta enfermedad de transmisión sexual. Partieron de un estudio transversal realizado a 226 adolescentes de tres escuelas diferentes en Santiago de Chile, del que se dedujo la existencia de conocimientos acerca del VPH, aun cuando estos no correspondían con las conductas preventivas porque dichos conocimientos se encontraban mediados por el sistema de creencias construido y difundido en su entorno social. Siguiendo este enfoque de creencias, este mismo grupo de profesionales, aunque ahora encabezado por Ximena Concha (2012) presentan un trabajo de carácter documental donde se busca identificar, describir y analizar las creencias existentes sobre este virus, y el cual está basado en la revisión de 45 artículos. Su interés primordial parte de conocer las razones por las cuales los porcentajes de mujeres jóvenes que han adquirido el virus son tan altos en a pesar de la difusión existente acerca del virus, de lo cual identificaron como principal factor de creencia la negación de la enfermedad ligada a un sentimiento estoico que provoca la postergación tanto del diagnóstico como del tratamiento a tomar, con la finalidad de mantener en adecuado estado sus vínculos sociales y el bienestar familiar.

El estigma social que se ha construido acerca del VPH es un tema que de alguna manera está estrechamente vinculado a la experiencia de padecer el virus, debido a sus formas de representación y significación social. Y así es como lo explican María del Carmen Arellano y María del Carmen Castro (2013) en su tesis sobre el estigma social que sufren las mujeres diagnosticadas con dicho virus y con cáncer cervicouterino, la cual se basó en un grupo de mujeres de Hermosillo, Sonora, cuyos resultados demuestran los grados de afectación que rasgos sociales como la religión, la sexualidad y el género ocasionan en el sector de la población que lo padece, lo que indica que es un problema de salud que se vive en el interior y con el exterior en una complejidad construida más que por los

síntomas y los deterioros orgánicos, por las ideologías que sustentan las relaciones de determinadas sociedades o grupos.

En 2014 estas mismas autoras publicaron un artículo en el que dieron continuidad al tema del cáncer en cérvix pero enfocado a las redes sociales de apoyo ligadas al género, con el objetivo de mostrar una visión sobre el funcionamiento y el tipo de sistemas de apoyo que se construyen alrededor de estas mujeres en situación de VPH, displasias y cáncer en el área cervical; es un estudio cualitativo basado en entrevistas a profundidad que se les hicieron a 34 mujeres de dos clínicas de displasias diferentes que igual se ubican en dicha capital sonoreense. La mayor aportación de este trabajo fue que se identificaron las desigualdades de género como causantes que propiciaban la presencia de sentimientos de incertidumbre y desigualdad, lo que obligó a estas mujeres a diseñar y buscar lazos de organización y apoyo tanto en la atención médica como en la familia, amigos y conocidos, obedeciendo así a sus necesidades provenientes de su rol social en interacción con los otros.

El VPH visto como un fenómeno que emerge en un contexto de paradigmas y discursos se convierte en un aporte interesante por tratarlo desde un universo simbólico y significativo socialmente construidos. Esta es la perspectiva que reflejan Ana Leticia Salcedo y Javier E. García (2010) quienes, de una forma analítica, abordan el problema y le dan un giro al significado fisiológico del virus, para relacionarlo a la realidad social que se rige por estructuras que determinan las prácticas y los valores que se le dan a la enfermedad y a la sexualidad desde los cuatro ejes o dos binomios fundamentales que conforman al sujeto detectado: riesgo y peligro, seguridad y confianza.

Desde este universo de significados socioculturales, la visión que muestra María del Carmen Calderón Benavides (2011) en el artículo “Cáncer cervicouterino y sexualidad: Un enfoque desde las narrativas de las mujeres enfermas”, es fundamental en tanto que, a pesar de no ser un estudio enfocado precisamente a la infección por VPH, se centra en el desarrollo de CaCu como enfermedad y

producto de la presencia de infección por este virus. Sus intereses principales se concentran en conocer la concepción que las mujeres tienen sobre la enfermedad y sobre sí mismas una vez que su identidad se ve peligrada por cambios causados por la presencia de agentes sintomáticos que modifican su contexto y sus relaciones sociales, más aún cuando se centran en áreas del cuerpo de tal significado como la genital relacionada a la reproducción, la sexualidad y la identidad de género. Es un trabajo de carácter cualitativo, basado principalmente en una metodología de entrevistas a profundidad como un apoyo para la extracción de datos, realizada a población asistente al Hospital General de la Ciudad de México.

Al hablar de VPH existe una asociación inmediata con el género y la sexualidad como práctica que propicia la infección, lo que lo coloca dentro de un universo significativo en términos socioculturales que deben ser entendidos en la medida que existe un impacto en la forma en que cada individuo vive la experiencia del virus que puede desarrollar un padecimiento crónico-degenerativo e inclusive la muerte. La relación entre la sexualidad y la enfermedad como aspectos con los cuales se socializa y sobre los que recae un pronunciado grado de estigmatización, puede comprenderse a mayor profundidad tomando en cuenta el texto escrito por Patricia Tovar (2004) "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica", en el cual se busca evaluar el impacto que la medicina tiene sobre el cuerpo, en particular de las mujeres, y que resulta muy propicio para comprender el fenómeno de las ITS, y en particular el VPH, como el resultado de una práctica con cierto valor social que se origina y se concreta en el cuerpo (acto sexual), y cuyos resultados se manifiestan en él mismo a través de la enfermedad.

En este marco de la identificación de elementos sociales relacionados al VPH, como la sexualidad (que incluye al género y al cuerpo) y las Infecciones de Transmisión Sexual como determinantes para su presencia, es importante retomar los trabajos realizados por Ivonne Szasz y Susana Lerner (1998, 2010) como autoras y compiladoras, que transitan entre las desigualdades de género, los

derechos humanos y la salud reproductiva, así como las condiciones de vida en México, sin dejar de mencionar las formas en cómo es tratado y abordado el tema de la sexualidad desde los límites y matices del género, bajo la óptica de la metodología cualitativa, que aportan rasgos fundamentales para entender las lógicas sobre las cuales social y culturalmente se mueve y se sustenta la sexualidad como práctica con elementos significantes bien delineados, y las ITS como consecuencia de un acto que adquiere también valores y significados particulares. Desde esta perspectiva, Ana María Salazar (2009) también ofrecen herramientas para reflexionar y entender la complejidad de la sexualidad en tanto género y salud, desde los roles asignados social y culturalmente al interior de una sociedad con códigos de comportamientos en tanto hábito y prácticas perfectamente definidos, lo cual abre el panorama hacia el sentido de la realidad en lo referente a los factores de riesgo de los jóvenes con relación a las ITS, y en particular, a la infección por VPH que los sitúa en un estado de permanente vulnerabilidad, pues la realidad cultural ha generado determinantes que han orillado a un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres que se refleja en las formas de vivir y ejercer la sexualidad, así como de afrontar y vivir la infección por VPH una vez que el diagnóstico afirma su presencia.

Existen aún muchos trabajos por mencionar, no obstante, los anteriormente señalados conforman las aportaciones más recientes hechas sobre este tema de estudio, marcando las directrices que se han seguido para, desde distintos campos de observación y análisis, se pueda deconstruir la complejidad del fenómeno de la IVPH y conocer su relevancia en términos médicos y socioculturales.

La infección por virus de papiloma humano es considerada como un problema de salud a la luz del cáncer cervicouterino y de las ITS, por lo que es visible que la producción de carácter antropológico relacionada a lo médico esté dirigida hacia ambos campos. No obstante, estos hallazgos permiten reflexionar sobre la pertinencia de realizar investigaciones de carácter cualitativo a partir de las cuales se puedan abordar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos para conocer y profundizar sobre las nociones y la problematización de las mujeres acerca del VPH, los saberes y prácticas que en él se conjugan en

relación a lo que la política pública establece como medidas necesarias para la atención y los servicios que se ofrecen en el espacio hospitalario, y cómo esto influye en los cambios y estrategias que tendrán en su vida sexual y reproductiva una vez que ya han transitado por el proceso de diagnóstico, tratamiento y control de la IVPH.

## Capítulo II

### Acercamiento al modelo teórico y conceptual

#### 2.1 Una mirada desde la antropología en salud

Pensar actualmente en la enfermedad, cualquiera que esta sea, desde una visión biológica en la que se comprende “como la alteración del estado óptimo y funcional del cuerpo”, implica adoptar una postura reduccionista que limita sus posibilidades de estudio en los campos de las ciencias sociales. Con el paso del tiempo se ha evidenciado que en el proceso de enfermar influyen otros factores como los psicológicos, ecológicos, sociales y culturales que ayudan a explicar ante qué circunstancias se considera que una persona presenta y desarrolla una enfermedad, qué estrategias existen para que la mantenga bajo control o descontrol, o bien, emerja y se erradique, según sean los casos, y tomando en cuenta el tipo de enfermedad y el contexto donde se presenten. Abrir la visión hacia otros campos de análisis es fundamental para obtener los elementos suficientes a partir de los cuales se pueda comprender el campo de acción del proceso salud-enfermedad.

Desde aquí, es imposible pensar la enfermedad sólo como una disfunción corporal. Ante tal postura, es importante y necesario ver la enfermedad como un proceso que involucra distintas aristas y componentes, y observarla desde una perspectiva integrativa que puede ayudar a comprender su origen, su comportamiento y la experiencia de vivirlo, la cual varía entre los sujetos de acuerdo al contexto de cada uno. Ya lo señalaba Fracoise Laplantine en su más conocido texto sobre *Antropología de la enfermedad*:

*[...] si bien las interpretaciones de la patogenia y de la terapia son esencialmente variables de una sociedad a otra, de un individuo a otro, e incluso eminentemente evolutivas en una misma sociedad [...] lo que trataré de demostrar es que también en esas interpretaciones hay permanencias, constantes o, si se prefiere, invariantes perfectamente discernibles de la experiencia mórbida y de la esperanza de curación; y que no son ilimitadas. A mi parecer, el objeto que debe entonces enfocarse por una antropología de las formas elementales de lo normal y de lo patológico es la transformación de las representaciones de la enfermedad y de*

*la curación, tales como son experimentadas empíricamente por los interesados (los que atienden y los que son atendidos), en sus verdaderos modelos etiológico-terapéuticos (1965: 14).*

Este trabajo de investigación aborda la problemática de las trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de mujeres jóvenes con IVPH, y tiene por ejes teóricos los siguientes que son fundamentales para los objetivos y planteamientos del mismo: el enfoque biocultural, cuyos inicios se encuentran en la antropología física, área que la impulsó y la expandió hacia otros horizontes de estudio donde haría aportaciones sustanciales en el terreno de la adaptación biológica y cultural, y que desarrolla Yesenia Peña (2012) para una propuesta desde la antropología en salud, y que se complementa con el construccionismo social de Peter Berger y Thomas Luckmann (2001) que señalan los procesos de externalización e internalización de la realidad en la que cada sujeto se encuentra inserto, así como la alternación donde los sujetos modifican esta realidad ya aprendida a través de una re-socialización; los preceptos teóricos de Arthur Kleinman (1988) referentes al *sickness* para entender la dinámica en la que se construye socialmente un padecimiento de acuerdo a las lógicas socioculturales de cada grupo o sector en interacción; y como apoyo la teoría fenomenológica de Edmund Husserl (1962) importante en esta idea de comprender cómo las realidades macro se insertan, se introyectan y se resignifican en la realidad del individuo (micro) que enferma y padece, y cómo esta representación y resignificación sobre la enfermedad la proyectan y la comparten con los otros de su colectividad a través de la socialización y el discurso, pues mediante el elemento discursivo en tanto lenguaje, se difunden y comparten ideologías, creencias y realidades.

Dichos enfoques y modelos teóricos tuvieron como objetivo aterrizar y comprender un problema de salud desde los niveles meso y micro, con la finalidad de conocer lo que sucede con el sujeto y su entorno, pero también de crear conexiones y diálogos que sirvan para conocer las profundidades de una realidad que aparentemente se presenta de una manera generalizada para todos los miembros que conforman una sociedad determinada.

La relación de la medicina con la antropología encuentra sus antecedentes más próximos a lo largo del siglo XX. Anteriormente, la vasta literatura existente sobre la historia de la medicina reflejaba la evolución y el tránsito que ésta había tenido para la erradicación de las diversas enfermedades y el beneficio a los enfermos mediante el descubrimiento de curas y tratamientos, pero, aunque se mencionaba, no se ponía particular énfasis en las características socioculturales y del medio que avanzaban con la aparición y desarrollo de diversas enfermedades que en muchos casos diezmaron poblaciones enteras (como el caso de la peste, la viruela y el tifus) y que sin duda habían influido de manera directa creando las condiciones propicias para que los agentes (virus, bacterias o cualquier otro vector) pudieran albergarse en el organismo humano generando alteraciones fisiológicas. Aunque existen registros de que en la segunda mitad del siglo XIX (Peña, 2012: 60) ya se hablaba de la enfermedad con matices sociales, no fue hasta el siguiente siglo cuando surgió la discusión y se consolidó la necesidad de una medicina con carácter social porque, como afirman Mackeown y Lowe, “Fue la amenaza de infección lo que finalmente llevó a reconocer la necesidad de otro enfoque” (1989: 9).<sup>22</sup>

A la par de estos referentes históricos sobre la medicina, se iba fortaleciendo la legitimación de este saber biomédico como único, pues al estar su conocimiento basado en la ciencia positivista, le daba su carácter de verdadero. Por tanto, la figura del médico, como ejecutor de dicho saber, se ratifica como la única encargada y capacitada para tratar y controlar los desequilibrios o desajustes de los órganos y sistemas que conforman el cuerpo humano, convirtiéndose así en el agente que actúa sobre la enfermedad del individuo que se abandona a su cuidado con seguridad y confianza.

A mediados del siglo XX comenzó el auge de la antropología médica, en particular con el impulso que le dio la antropología norteamericana y que sin duda marcó una pauta sobre los estudios que se centraban en el proceso salud-

---

<sup>22</sup> A partir del reconocimiento de esta medicina con matices más sociales es que se vuelven importantes la epidemiología y el estudio de las necesidades médicas no sólo del individuo, sino de la comunidad o la colectividad, lo que hoy en día se conoce más comúnmente como atención médica.



enfermedad-atención/prevención fortaleciendo los pilares de lo que en su momento se consideró una especialidad de la antropología social. En México, a mediados de los años 50's, Gonzalo Aguirre Beltrán (1992, 1994) apareció como uno de los primeros estudiosos sobre el tema que empezó a hacer visible la importancia de la relación existente entre la enfermedad y estos otros factores socioculturales, resaltando los contextos ambientales y sociales donde emergieron muchas enfermedades. Con ello se observó también la necesidad de romper las barreras culturales para conjuntar el campo de la medicina con la antropología a manera de comprender y explicar el binomio salud-enfermedad para reorientar la labor y el compromiso de la profesión médica, pues hasta entonces, como dice Laplantine en referencia a los libros de historia de esta disciplina, permanecía oculta “de manera sistemática la relación de la enfermedad con la sociedad” (1999: 25). Con Aguirre Beltrán se sentaron las bases de esta nueva disciplina, de la cual se deriva la antropología en salud como una subdisciplina, después de una serie de discusiones y análisis sobre el proceso salud-enfermedad-atención como parte de la relación dinámica que existe entre los componentes biológicos, sociales y culturales.

La antropología médica se concibe como el estudio de “los problemas de salud humanas y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados” (Freyermuth y Sesia; 2006: 9); su método ha sido el trabajo descriptivo-comparativo de los diversos sistemas de salud, la relación entre los diversos actores, así como las diferentes terapéuticas que existen a fin de evidenciar y contribuir en la solución de los problemas que se han ido presentado (Peña: 2012). Sus principales enfoques, la etnomedicina y la medicina tradicional en relación o vínculo con la biomedicina denominada por Eduardo Menéndez (1983) como medicina hegemónica, designación que parte de su teoría acerca de los modelos médicos donde se reconocen tres formas de proporcionar atención a la salud:

- **Modelo médico hegemónico:** indaga, comprende y explica el proceso salud-enfermedad-atención desde la práctica biomédica, cuyos elementos

característicos son “el biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica”. Es decir, es todo aquello que tiene correspondencia con la práctica médica reconocida, legitimada e institucionalizada como real y objetiva proveniente de todo un conocimiento histórico occidental.

- **Modelo alternativo subordinado:** Explica la existencia de otras medicinas que no son reconocidas por la hegemonía, pero si por determinados grupos sociales o personas que las ven como otra posibilidad o recurso para lograr la recuperación de la salud. Para reconocer este modelo es necesario atender a las características que Menéndez ha mencionado como elementos que construyen esta alternativa medica relacionada más a lo que generalmente se denomina “tradicional” -aunque en sentido estricto esta palabra sea más compleja, particular y abarcativa del significado genérico con el cual se le reconoce comúnmente-, y vinculada a todo aquello que tenga que ver con prácticas del pasado, aunque muchas de ellas modificadas y adaptadas a la necesidades e influencias de la modernidad y el mundo actual. La medicina curanderil de tradición rural o la urbana, las medicinas de alta complejidad como la ayurvédica, la acupuntura china, la herbolaria, entre otras, están clasificadas dentro de modelo alternativo, pues al margen de su reconocimiento como alternativas de salud efectivas, siguen subordinadas a la hegemonía que determina qué es o no válido y verdadero en el ejercicio de la medicina y la labor de curar.
- **Modelo de autoatención:** Recaba una serie de estrategias y formas de atender una enfermedad desde un conocimiento empírico transmitido generacionalmente al interior de un grupo social o comunidad, el cual a su vez reapropia determinados conocimientos particulares de la biomedicina que son puestos en práctica en conjunto con una serie de recursos curativos provenientes de diversos saberes. Se considera pues como el primer nivel

de atención (Menéndez, 1983; Peña, 2012) previo a la identificación de una asistencia necesaria con un profesional de la salud.

A diferencia de la antropología médica, la antropología en salud se concibe como una disciplina aplicada que permite la incorporación del enfoque biocultural que, por su carácter interdisciplinario, complejiza y explica, desde una mirada más integrativa, los problemas de salud que se presentan, considerando la relación existente entre los factores biológicos y aquellos de carácter sociocultural y ecológico que explican el proceso biológico de la enfermedad en su sentido y significación, y por tanto de la experiencia de enfermar. La base de la antropología en salud se sostiene sobre la idea de la extensión y la apertura en el sentido de que, de acuerdo a Peña (2012), al no considerar que todos los problemas de salud son del dominio médico, estos pueden ser observados, analizados y estudiados, desde las distintas formas en que se presenta y se ofrece la atención en los diversos ámbitos sociales donde se insertan los sujetos, a partir de la aplicación de distintas metodologías y corrientes teóricas que posibilitan la descripción y exposición de los factores multicausales sobre los cuales aparece y toma sentido la enfermedad, la salud y el proceso de atención.

## **2.2 La infección del Virus del Papiloma Humano desde el enfoque biocultural**

El enfoque biocultural proporciona los elementos necesarios para hacer de la antropología en salud un campo de investigación propicio para el estudio de proceso salud-enfermedad-atención desde la óptica integral inter y multidisciplinaria, pues proporciona los componentes óptimos a nivel teórico y metodológico para observar, describir y analizar los diferentes elementos que confluyen en el proceso adaptativo que vive todo individuo ante la presencia de diversas manifestaciones biológicas que lo obligan a reajustarse y readaptarse a nuevos panoramas contextuales que son dinámicos, y por tanto, cambiantes de acuerdo a las condiciones de tiempo y el espacio (Peña, 2012).

La antropología en salud entendida como una antropología aplicada para la atención, desde un enfoque biocultural permite observar los diversos problemas

de salud como la infecciones por virus del papiloma humano en su multicausalidad, haciendo particular énfasis en la conexión existente entre las condiciones demográficas y poblacionales frente a los factores de riesgo a la salud y las microadaptaciones que viven las mujeres que adquieren la condición, con el objetivo de explicar no sólo la forma en que surge y se significa una enfermedad, sino las medidas y estrategias a las que, para este caso de investigación en particular, ellas recurren para reestablecer en lo posible un estado de bienestar que les permita continuar en su estado de socialización cotidiano.

Hablar del enfoque biocultural en antropología es adentrarse en un análisis profundo y multidisciplinario que se expande a recabar todos los elementos que permitan construir el contexto biológico y cultural del hombre, y su mutua interacción como codeterminante de sus cambios y adaptaciones a un mundo en movimiento continuo. Separar ambas disciplinas (biología y cultura) como se ha hecho a lo largo de los años en que han trabajado de manera aislada y en conflicto, implica cerrar los horizontes teórico-analíticos y perceptivos a las causas de ciertos fenómenos, como en este caso los relacionados al proceso salud-enfermedad que abarca como eje transversal a la fenomenología para comprender dicho proceso desde un nivel micro social, en tanto que se busca explorar la condición del sujeto ante un evento en particular como lo es la enfermedad desde sus elementos transversales como la cultura, la comunidad, la sociedad y el cuerpo donde se concreta dicho evento.

Este enfoque ha propiciado avances sustanciales en la medida en que ha roto los límites impuestos entre la antropología física, cuyas raíces se encontraban más inclinadas a la biología y a la antropología cultural, con la finalidad de abrir la comunicación entre ciencias naturales y de la salud con las ciencias sociales. Para los estudios de antropología de la salud es una fuente importante desde donde se puede explicar la relación de la salud con lo social, de cómo ciertos determinantes sociales impactan en las reacciones biológicas que provocan las enfermedades.

Para Edith Peña dicha perspectiva teórica “intenta integrar los estudios de corte relacional para reconstruir y analizar [los] problemas de investigación” (2012: 35-36). Por tanto, las aportaciones de la fenomenología tienen como objetivo ser

un apoyo teórico que ayude a identificar a la enfermedad como un fenómeno que nace y se concretiza en la conciencia, pero se explica mediante la experiencia y la subjetividad. Las teorías de Edmund Husserl (1962) y su fenomenología trascendental tienen como propósito descubrir el sentido y las intenciones humanas a partir de experiencias concretas y manifiestas en una realidad externa, que dan sentido al mundo y a las ideas que lo construyen para llegar al sentido de la conciencia pura; es decir, la propuesta husserliana radica en conocer la realidad cotidiana desde la conciencia del individuo (subjetivación). Trabajar con las propuestas teóricas de este filósofo nos lleva a cuestionarnos sobre el punto de partida y propósito de este trabajo: ¿Es importante centrarnos en qué es la enfermedad, o sobre el o los sujetos y su experiencia con o ante la enfermedad?

Esta perspectiva filosófica asimismo crea puentes a partir de los cuales se puedan conectar esta perspectiva biocultural que explica la realidad de los sujetos que experimentan a partir de su realidad biológica y su cúmulo de referentes culturales y sociales existentes sobre la enfermedad, frente a las estrategias microadaptativas que como ser social tiene que tener un sujeto enfermo para modificar y ajustar una realidad acorde a los estatutos que se establecen de una construcción social en que se presenta la realidad donde se insertan el sujeto que padece, tal y como lo plantean Berger y Luckmann con su teoría del construccionismo social abordada en futuras páginas.

Si bien lo importante es conocer cómo se construye y se asume una realidad colectivizada de acuerdo a ciertos patrones y fundamentos ideológicos legitimados que regulan el concepto, la forma y la vivencia de la enfermedad, conocer cómo cada individuo asume, experimenta, significa y da sentido a su realidad es sustancial en la medida que, al ser parte de una realidad colectiva, acepta o transforma los diversos paradigmas reguladores que construyen una realidad social de acuerdo a su contexto, sus recursos ideológicos, económicos y ecológicos que modelan y adaptan la realidad de cada individuo. Al final, la antropología en salud como una disciplina direccionada hacia la relación de la salud y la enfermedad no puede abstraerse de reconocer todos aquellos factores que rodean a cada sujeto como elementos que permean su universo significativo,

ya que, de lo contrario, el significado de dicha relación carece de sentido y profundidad. Así pues, establece una estrecha relación entre el fenómeno (enfermedad) y el proceso (cómo se ha vivido) donde se entrelazan la serie de eventos, permite comprender y dar sentido a la experiencia en su contexto.

Detenerse en la mirada individual de los que viven la enfermedad implica ahondar en la dialéctica del sujeto construido y mediado por una sociedad que regula, legitima e institucionaliza patrones de comportamientos y afrontamiento ante determinadas situaciones, como son todas aquellas relacionadas a los temas de salud, y del sujeto que reacciona aceptado, rechazando o transformando esas formas legitimadas socialmente desde un posicionamiento personal en el que entran en juego otros aspectos como lo psicológico, lo ideológico y las creencias que pueden o no compartirse con su grupo de iguales, y a partir del cual le dan existencia a un suceso o situación.

Así, para fines concretos de este análisis, este apoyo teórico proporciona las herramientas de apoyo necesarias para comprender uno de los puntos intermedios que se construye sobre la salud y la enfermedad, es decir, las trayectorias que se sitúan en cómo el individuo ha vivido y tratado su enfermedad (Osorio, 2001) desde sus propias formas de dar sentido a las cosas y a los eventos que suceden en la cotidianidad, y que además enfrentan el encuentro de posturas y experiencias diversas que convergen en un mismo tiempo y espacio, y que se sustentan en mundos significantes diversos como el del médico, el paciente y la sociedad que se mueven bajo sus propias estructuras de pensamiento y comportamiento ya establecidas y diferenciadas entre sí. Entonces, ¿cómo mediar o equilibrar universos de pensamiento diferentes encaminados hacia un mismo objetivo como es librar el obstáculo de una enfermedad, entendida como la falta de bienestar y la incapacidad para realizar cualquier actividad en plenitud, y más cuando se trata de personas con roles sociales distintos (médico, jóvenes pacientes, padres) así como espacios, temporalidades, género y generaciones diversas? El respaldo de las bases filosóficas de Edmund Husserl y la fenomenología pretenden profundizar y desentrañar cómo las mujeres jóvenes interiorizan y exteriorizan esta etapa de cambios, descubrimientos y construcción

de una identidad individual, social y sexual desde el diagnóstico de una enfermedad con doble significación biológica y social como el virus del papiloma humano relacionado a la transmisión sexual y al antecedente de CaCu.

Graciela Freyermuth y Paola Sesia hablan sobre la necesidad de incluir la fenomenología en los estudios antropológicos porque ésta

*[...] ayudaría a entender más a profundidad la experiencia de sufrimiento y el dolor; los modos en que las personas afectadas se explican a sí mismas y a los demás cómo y por qué suceden estas vivencias; las construcciones personales y sociales que se hacen en tono a la aflicción; los ajustes físicos y emocionales a los que los afligidos y sus cuidadores/integrantes de redes de apoyo (cuando los hay) tienen que hacer frente; el manejo de estas mismas experiencias por los prestadores de servicios de salud de todo tipo o personal de apoyo en hospitales, clínicas, asilo o en los mismos hogares; así como las similitudes y diferencias en la vivencia directa de estas experiencias a partir de la condición socioeconómica, el género, la edad, la etnicidad, e ambiente familiar o comunitario y las idiosincrasias específicas de cada sujeto involucrado (2006: 20).*

Partir del sujeto en su conciencia individual, facilita la comprensión de su inserción en un universo simbólico y representativo de carácter unánime que acepta por transmisión y aprendizaje fuera de su carácter de agente. A nivel de individuo, la fenomenología trascendental husserliana es propicia para identificar el conocimiento que sienta las bases de una realidad significada y simbolizada a través del ego trascendental, del yo ideal y cambiante por medio del descubrimiento del sentido y las intenciones humanas mediante experiencias concretas y manifiestas en una realidad externa, que a su vez dan sentido al mundo y a las ideas que lo construyen para llegar al sentido de la conciencia pura. Es encontrar el punto donde lo interno y lo externo se comunican para dar estructura y sentido a una realidad atemporal que se centra en un presente que está relacionado con un pasado que reconstruye y que a su vez tiene una proyección hacia un futuro.

La fenomenología como enfoque microsocia permite reconstruir las experiencias de los actores sociales y trascender más allá de las características objetivas, así como recuperar los productos ideológicos que se manifiestan en las formas de representar una realidad sí colectivizada o construida y permeada por

la colectividad, pero también resignificada y mediada por la presencia de un padecimiento como el que se construye por la presencia de una infección por VPH.

Al tomar este apoyo teórico, lo biocultural se vuelve un enfoque que “[...] permite reconocer que los problemas de estudio se han diversificado a favor de una interdisciplina y multidisciplinariedad” (Peña, 2012: 35-36), y da la posibilidad de conocer e identificar cuáles son las variables de lo social, lo cultural y de comportamiento que influyen en la construcción de nuevos paradigmas y metodologías para el abordaje de un problema de salud como la IVPH desde el surgimiento de otros cuestionamientos y otras miradas en torno al tema. Pero llegar a ello significa también, como así lo afirma David Landy (1990), conciliar la biología con lo sociocultural –construir una disciplina integrativa-, hacer investigaciones colaborativas, y profundizar en la transformación del entorno y su relación con la enfermedad y el contexto donde se mueve.

Para el estudio particular de las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de mujeres que padecen IVPH, lo biocultural permite problematizar, y al problematizar demanda una integración de redes de conocimiento desde donde se pueda entender el problema en su tiempo, su espacio y su contexto, si es que se quiere tener una respuesta integral y lo más cercana a la realidad. Al profundizar en el proceso salud-enfermedad se plantea una interacción constante entre la biología y diversos factores sociales, culturales y ecológicos que lo determinan, le dan sentido y significado. Identificar los componentes (socioeconómico y demográfico, ambiente y espacio de salud, recursos para la salud, productos materiales de la cultura y productos ideológicos de la cultura) y codeterminantes (características sociodemográficas, acceso a los servicios de salud, mecanismos de atención, prácticas y representaciones, cuidados y estrategias antes y posteriores al diagnóstico de VPH, etc.) que la conforman y que son propios de cada contexto y situación en particular, ayuda a entender la manera en que se configura dicho proceso de identificar y atender el problema en cada individuo, así como la variabilidad que se presenta para conocer el impacto y los universos de significación que surgen a partir de la infección por dicho virus,



y que se reflejan en las distintas formas y estrategias en que las mujeres comprenden y atienden la enfermedad.

Al partir de principio descriptivo-comparativo,<sup>23</sup> se establece una apertura al debate e interrelación entre lo biomédico y lo social, no con la finalidad de separar, sino de integrar y complementar el conocimiento en torno a los temas de salud, utilizando metodologías mixtas o cualitativas que complementan la interpretación de los datos extraídos mediante la aplicación de los instrumentos necesarios y pertinentes para ambas metodologías.

Para comprender el problema de la presencia del IVPH desde todas sus aristas, es sustancial considerar que las aportaciones en el ámbito biológico, cuya base es la ciencia, son importantes, pero tienen un sentido incompleto en la medida que se aísla de los factores contextuales que influyen en el proceso salud-enfermedad. En este binomio entran en juego características propias del sujeto biológico y del sujeto social donde ambos determinan el mundo de significados en la experiencia del sujeto frente al acto de enfermar, pero no de cualquier enfermedad, sino una de carácter sexual con connotaciones socioculturales específicas que cambian la dimensión y el sentido de la experiencia misma, atendiendo que, desde la filosofía, la experiencia se traduce como:

*[...] el reflejo sensorial y empírico de mundo exterior; en otras palabras, es la serie de contenidos cognoscitivos o vivenciales procedentes de lo percibido por los sentidos, lo que la relaciona y la identifica con la sensibilidad y el aprendizaje, esta segunda producto de un saber acumulado por la repetición de estos contenidos (Abagnano, 1974: 492-493).*

Bajo esta perspectiva, este enfoque aplicado a la IVPH toma mayor sentido cuando multidisciplinariamente recurre a estrategias de análisis y enfoques que se centran en un mismo objetivo para dar explicación a dicho fenómeno, para lo cual es medular la identificación de los factores internos y externos que confluyen en este

---

<sup>23</sup> El principio descriptivo-comparativo que originalmente sirvió como metodología aplicada a la antropología física útil para “observar, describir, clasificar comprender interpretar y cuestionar los problemas de investigación” (Peña, 2007: 57) relacionados a explicar las diferencias existentes entre los diversos grupos humanos, en la actualidad, para el campo de la salud basada en un enfoque biocultural, dicho principio abre las brechas para aproximarse a “entender e interpretar su objeto-sujeto de estudio” (Peña, 2007: 61).

mismo hecho: la presencia de la enfermedad, y en este caso su relación con el imaginario existente como antecedente de cáncer cervicouterino, y la significación que se presentan en el ámbito de la sexualidad por su asociación con la forma de transmisión y adquisición del virus, es decir, como una ITS.<sup>24</sup>

El virus del papiloma humano no se concibe entonces como un fenómeno aislado en su comportamiento y explicación biológica, es un problema cuyo determinante para su presencia, control y tratamiento depende de elementos contextuales ajenos a la voluntad o deseo del sujeto, los cuales tienen una afectación directa. Esta relación dinámica entre los factores biológicos y sociales que construyen el sistema, crean la necesidad de ver el problema desde su sentido holístico e integrativo, ya que debe entenderse como un proceso de “[...] relaciones que lo condicionan, influyen y modifican en la interacción dinámica entre las diversas dimensiones en que se desarrollan las poblaciones y el individuo” (Peña, 2012: 48).

Los estudios realizados desde un enfoque biocultural son analizados desde un abanico de campos de conocimientos que se integran y complementan en un intento por entender las lógicas que se construye para dar sentido a una realidad, y así explicar por qué los fenómenos suceden y se presentan de tal o cual forma. Desde la perspectiva de Peña

*Es necesario conocer el conjunto de problemas epistemológicos contenidos y que son de delicado cuestionamiento; que complejizamos al intentar construir nuevos problemas y datos antropológicos cada vez más intrincados dentro de los enfoque bioculturales, psicosociales y socioculturales, interpretados como información que [...] se transforma en un elemento o indicador operativo para la descripción, comparación o análisis de las múltiples realidades (2012: 45).*

---

<sup>24</sup> De acuerdo a la OMS, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas que son “causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral” (Infecciones de Transmisión Sexual, Organización Mundial de la Salud. Fuente: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2015), aunque también se reconoce que en algunos casos no necesariamente se pueden propagar por contacto sexual, pues basta el contacto cutáneo para adquirir una determinada infección de este tipo. Y este precisamente es el caso del virus del papiloma humano, el cual no necesita forzosamente un coito o penetración que permite la mezcla de fluidos para causar infección, basta el roce con la zona afectada por lesión o presencia de condilomas para que éste pueda albergarse en otro organismo.

La labor antropológica, en particular la que se hace para estudiar el terreno de la medicina y el proceso salud-enfermedad, debe comprometerse a proporcionar estudios que no se limiten a la descripción de casos e interpretaciones, sino a la reconstrucción de sistemas de relación donde estos se generan y se experimentan en un afán por descubrir un más allá de lo que se percibe en la superficie, y ahondar en los elementos que la originan, la reproducen y le dan sentido, pues como tal dicho proceso no se concreta aislado del entorno donde sucede y adquiere relevancia.

La infección por VPH desde la mirada biocultural se concibe como un fenómeno no sólo en sus percepciones y repercusiones socioculturales significativas, también en su relación particular con la vida sexual y reproductiva de las mujeres a partir de cinco ejes o factores que Peña y Hernández consideran básicos para explicar la realidad sexual y reproductiva en el marco de lo sociocultural: cuerpo, género, erotismo, reproducción y vinculación afectiva (2015: 63), ya que al tener esta carga significativa social y cultural, moldean al sujeto en sus experiencia y vivencia sexual a partir de límites y normas establecidas e impuestas que regulan las prácticas y las formas de concebir la sexualidad.

Así pues, el enfoque biocultural es una herramienta de problematización que ayuda a explicar al sujeto desde su individualidad y su impacto en lo colectivo a partir de la presencia de ciertos eventos. Desde un nivel meso, trae las lógicas de las relaciones sociales entre los diversos grupos y los papeles que cada uno desempeña al interior de una sociedad globalizada y permeada por agentes externos que controlan los sistemas de valores, normas y comportamientos de los sujetos que forman parte del sistema social, y que dependen de constantes cambios y adaptaciones a nuevas necesidades y realidades que se van presentando paulatinamente (McElroy, 1990; Landy, 1990). Pero, sobre todo, cuestiona y reflexiona acerca de las lógicas donde se circunscriben la salud y la enfermedad como estados de referencia que miden el bienestar, el equilibrio y la optimización de los sujetos en tanto corporeidad (desde un sentido biológico y

mecánico), y entorno a través reintegración de los referentes biológicos, sociales, culturales y ecológicos que lo conforman e interaccionan entre sí.

### **2.3 La alternación en la construcción social de las mujeres que viven con infección por Virus del Papiloma Humano**

De acuerdo con Peña y Hernández (2015) la cultura es lo que permite aprender y conocer, pero también lo que permite aprender y conocer fuera de los imperativos y normas establecidas. Lo social es la base sobre de la cual se determinan las conductas y los comportamientos a partir de la construcción de normas y leyes que los rigen para regular la convivencia y la interacción entre los individuos que conforman un grupo o sociedad. Así entonces la cultura y lo social en combinación son aprendizaje y conocimiento adquirido por medio de formas y leyes en que se construye y se presenta una realidad dada.

El construccionismo social de Berger y Luckmann bien profundiza en ello. Propone el estudio de la realidad cotidiana desde la interacción con los otros (intersubjetivación), y por tanto, la influencia mutua que se ejerce entre unos y otros, pues el contacto no es sólo de los individuos en sentido físico, sino de mundos de pensamiento y significación que interactúan, de realidades que se ajustan a una forma de percibir y vivir una realidad social reconocida y legitimada en colectividad mediante la creación de normas y reglas que regulan esta diversidad de universos ideológicos y contextuales (objetivación), aunque en muchas ocasiones no de manera equilibrada y apropiada para todos los individuos que conforman una sociedad.

La estructura de una realidad social en la que han hecho hincapié Berger y Luckmann (2001) desde una visión meso y macro (grupo, instituciones, cultura) es un acercamiento al proceso de socialización por el que transita el sujeto, se explica como la relación con los otros que se rigen por una realidad transmitida y aprendida por medio de una tradición institucionalizada y legitimada, proceso al que denominan *objetivación*, y que se presenta como la realidad verdadera que se convierte en la tradición heredada y aprendida de pensamiento y acción que da sentido y significado a la realidad construida y reconocida por los sujetos y la

sociedad. La deconstrucción de este proceso en sus elementos primordiales ubica los niveles micro, meso y macro que conforman la realidad social y la participación pasiva y activa/agencial del sujeto individual y social.

Para ambos teóricos es sustancial identificar los componentes que motivan y condicionan la acción de acuerdo a la conciencia del agente y su universo de aprendizaje entre el mundo subjetivado y objetivado que lo representa y lo identifica en una realidad social que reconoce y lo reconoce; esto es, el cuerpo de conocimiento socialmente establecido como realidad, idea a la que aluden mediante el término de *socialización* (Berger y Luckmann, 2001: 15), y que se forma a lo largo de dos etapas: la socialización primaria y la socialización secundaria.

La socialización primaria se explica como aquella etapa que se vive durante los primeros años de vida del ser humano, es decir la infancia, donde se da el aprendizaje y apropiación de ciertas normas y conductas que son transmitidas por los miembros de sus círculos de pertenencia como los padres y la familia, quienes transmiten una serie de posturas, normas y roles a seguir de acuerdo a su concepción del mundo y la realidad. Hay en ella una importante influencia del factor emocional en el proceso de percepción y aprendizaje. Es la etapa en la que el niño sólo aprende, absorbe e internaliza estos conocimientos y reglas que lo van forjando como ser social y lo posicionan dentro de la sociedad o grupo de pertenencia, donde no hay cuestionamientos, solo absorción de una realidad que se le presenta como verdadera, como objetiva. En ella poco a poco va forjando su identidad acorde a la realidad que se le va presentando y que le permita identificarse con los otros o sus iguales al interior del grupo de pertenencia. Si bien es la etapa de formación del yo donde se asume y se reconoce como individuo mediante la aprehensión del mundo, también es donde se reconoce la existencia del otro que forma parte de la realidad presente donde se establecen roles que ubican su existencia en el tiempo y el espacio.

Por su parte, la socialización secundaria es la internalización de submundos creados e institucionalizados que determinan la creación de roles específicos distribuidos y de acuerdo a la división del trabajo. En esta etapa el

lenguaje juega un papel fundamental en la medida en que es por medio de éste que se transmiten los “significados y sentidos que estructuran la interpretación y el comportamiento cotidiano y rutinario” (Peña y Hernández, 2015: 151, Berger y Luckmann, 2001), En esta etapa se concreta la formación del yo donde ya se identifican los roles que se establecen, así como la lógica y la secuencia que sigue la realidad presentada donde el individuo se encuentra inserto “con un acopio de conocimiento socialmente disponible y que, como tal, se da por establecido” (Berger y Luckmann, 2001: 87). La institucionalización de roles marca las transiciones que cada individuo tiene a lo largo del tiempo donde las normas ya son perfectamente identificadas. Se está ya entonces frente a un proceso de asimilación y distribución de un conocimiento ya especializado que lo coloca en una integración a un mundo institucionalizado no como imperativo, sino como derivación de una internalización de procesos y acciones sociales establecidas *de facto*.

La socialización primaria y secundaria son las bases del proceso de internalización que cristalizan el cuerpo de verdades presentadas, legitimadas e institucionalizadas como válidas a partir de un cuerpo designado de objetividad que controla y prevé el mundo significativo de referencia conductual y comportamental que se integra a la realidad subjetiva de cada individuo.

Para comprender dicho proceso de socialización en el ámbito de la salud es medular identificar la agencia del sujeto social dentro del proceso de transición que experimenta de la subjetivación a la objetivación, la conciencia y la acción en la vida cotidiana que favorecen el entendimiento y la relación existente entre la enfermedad y la realidad socio-cultural en la que el individuo enferma o padece, construye y vive su cotidianeidad. En este sentido, Clifford Geertz (1991) y su concepto de cultura, que ha sido tomado por estos autores, es un punto de apoyo en este intento por explicar una realidad que se legitima, se transmite y se aprende de acuerdo a determinados patrones culturales a identificar, ya que no se puede hablar de una realidad social si no se tocan los factores culturales que, al igual que lo social, son producto de la interpretación del hombre donde se expresa su conglomerado de simbolizaciones, representaciones y significaciones.

El proceso de internalización dependiente de la socialización primaria y secundaria orientan la comprensión de la infección por virus del papiloma humano en relación a cómo se concibe y se aprenden los referentes culturales y sociales que se construyen en torno a la sexualidad, como elemento presente en todo momento durante el proceso de asimilación y abordaje al padecimiento, y con los cuales nos reconocemos frente a los otros y establecemos vínculos de todo tipo: emocionales, afectivos, económicos, etcétera, que forjan las relaciones y las conductas de los sujetos a través de una mediación normativa de los roles asignados por estructura social.

Asimismo, el concepto de *alternación* es otro de los referentes primordiales tomados de esta propuesta teórica que sirve para explicar los cambios que realizan las mujeres en su vida cotidiana, sexual y reproductiva una vez que han sido diagnosticadas con IVPH, ya que éste se define como: un “proceso de re-socialización, que se asemeja a la socialización primaria, porque radicalmente tiene que volver a atribuir acentos de realidad y, consecuentemente, deben producir en gran medida la identificación con los elencos socializadores que era característica en la niñez” (Berguer y Luckmann, citado por Peña y Hernández 2015: 166-167), aunque la diferencia es que al no partir de la nada (*ex nihilo*), con una mente en blanco, el sujeto tiene que problematizar para disolver la anterior estructura y construir una nueva a partir de la realidad del presente. Pero para lograr la alternación, ellos explican que es necesaria una receta, la cual consiste en tener en cuenta tanto las condiciones sociales como conceptuales que sirvan de base para la transformación.

En situaciones donde la enfermedad ocupa un lugar importante en la problematización y asimilación de un estado que requiere cambios y transformaciones de la realidad del sujeto, como en el caso de las mujeres que presentan infección por VPH, este proceso de re-socialización es central para conocer cómo a partir de un diagnóstico comienzan a replantear la realidad de su vida cotidiana y su vida sexual y reproductiva, pues en torno a esto giran realidades y significados institucionalizados y legitimados que necesitan ser replanteados y transformados ante una realidad problematizada por la presencia de una

enfermedad causada por el virus del papiloma humano, cuyo antecedente no se puede desarticular del referente sociocultural del cual está cargado por ser una infección de transmisión sexual, y por ser un antecedente de cáncer cervicouterino.

Para entender el proceso de alternación relacionado a este evento de la enfermedad por presencia de una ITS, es necesario comprender cómo se configura la noción del cuerpo como un medio de regulación social, de acuerdo a estos teóricos quienes afirman que:

*El desarrollo común del organismo y el yo humanos en un ambiente socialmente determinado se relaciona con la vinculación peculiarmente humana entre el organismo y el yo [...] el hombre es un cuerpo, lo mismo que puede decirse de cualquier otro organismo animal; por otra parte, tiene un cuerpo, o sea, se experimenta a sí mismo como entidad que no es idéntica a su cuerpo, sino que, por el contrario, tiene un cuerpo a su disposición. En otras palabras, la experiencia que el hombre tiene de sí mismo oscila siempre entre ser y tener un cuerpo, equilibrio que debe recuperarse una y otra vez (Berger y Luckmann, 2001: 71).*

A partir de esta concepción, se presenta una nueva auto-producción del hombre donde se resignifica desde las lógicas y formaciones sociales que influyen en la manera de modificarse y adaptarse a una nueva realidad concretada en el cuerpo, porque de acuerdo a Peña y Hernández, éste se construye socialmente “siendo sujeto de representaciones, significaciones y estereotipos tipificados que son normalizados y aprehendidos en el proceso de socialización” (2015: 124). Margaret Loock y Nancy Scheper-Hughes (1987) lo piensan como medio de interacción y mediación entre individuos relacionados entre sí, en el cual la experiencia de la salud y la enfermedad adquiere sentido.<sup>25</sup> Esta serie de ideas se concreta en palabra de David Le Breton que afirma que “la existencia del hombre es corporal” (1990: 7).

---

<sup>25</sup> Desde esta perspectiva consideran la importancia de distinguir el cuerpo en sus tres dimensiones (individual, social y político) para comprender que el cuerpo es más que la objetivación del hombre en este universo material, y entenderlo como una mediación donde se concretizan una serie de factores simbólicos y significativos como los valores, las definiciones y las formas que, al ser construidos socialmente, son utilizados para regular las conductas y prácticas que involucran al cuerpo de cada individuo para transmitir nociones particulares de concebir y atender una determinada enfermedad.



El proceso de modificación o alternación requiere de nuevos atributos a una situación identificada como problema que debe ser desmantelada y desintegrada para poder ser resignificada. La crisis entendida como un estado de cambios importantes y profundos que surgen de un estado de inestabilidad, orilla a un restablecimiento y reinterpretación de la realidad subjetiva que se presenta, construir una realidad alterna a la que se había vivido antes de la aparición de cierto evento no implica la existencia y confluencia de dos realidades que existen y se crean al mismo tiempo, sino una realidad en dos fases donde la primera se anula con la emergencia de la segunda porque responde a necesidades reestructurantes de adaptación a un nuevo estado conforme a los roles sociales que establecen, en este sentido, cuando la enfermedad se presenta (Peña y Hernández, 2015).

Si se habla de la infección por virus del papiloma humano, la carga significativa, simbólica y referencial de la que está cargada, hace que las mujeres, a quienes más afecta en términos orgánicos, conciben su nuevo padecimiento de una manera distinta al hecho de haber adquirido cualquier otra enfermedad de carácter no sexual, lo que orilla a construir una resignificación involuntaria y si necesaria para resocializar su rol y su identidad como individuo con un padecimiento de carácter sexual, crónico y transmisible que la obliga a reconfigurar sus conductas y comportamientos no sólo en sus formas de concebir su nuevo cuerpo, de tratar la enfermedad y de vinculación con los otros, sino de significar y ejercer su sexualidad desde una nueva condición y con una sociedad que ha marcado leyes y normas que están presentes como vigilantes del “deber ser”, pero desde una perspectiva de la realidad subjetiva donde las mujeres vuelven a reaprender el mundo desde sus propios medios, condiciones y contextos donde se encuentren insertas, y que son parte de ese “yo” o identidad formada e internalizada desde una socialización primaria que, en un estado de vacío y de nada, se desarrolla para forjar a un nuevo sujeto social.

En el proceso de alternación se conjugan los referentes socio-históricos en el que se ha desarrollado y formado la identidad de cada individuo, los cuales determinan la secuencia o el ritmo de aprendizaje y formación que cada individuo

tiene conforme al acceso que tengan a los cuerpos de conocimiento, a los valores e intereses ideológicos adquiridos, pues es de recordar que la estructura social está determinada e institucionalizada por roles y niveles jerárquicos que marcan la participación y el desempeño que cada individuo tendrá en la sociedad, es decir, lo ubica y posiciona dentro de ella (Peña y Hernández, 2015).

Modificar y crearse una nueva realidad, de acuerdo a los teóricos, requiere de un marco conceptual que pueda legitimar la transformación a una nueva realidad. La alternación entonces se resume en el siguiente orden de ideas:

*Lo que debe legitimarse no es sólo la realidad nueva, sino las etapas por las que ésta se asume y se mantiene, y el abandono o repudio de todas las realidades que se den como alternativa. El aspecto liquidador del mecanismo conceptual tiene particular importancia dado el problema de desmantelamiento que debe resolverse. La realidad antigua, así como las colectividades y otros significantes que previamente las mediatizaron para el individuo, debe volver a re-interpretarse dentro del aparato legitimador de una nueva realidad. Esta re-interpretación provoca una ruptura en la biografía subjetiva del individuo [...] Todo lo que precedió a la alternación se aprende ahora como conducente a ella [...] y todo lo posterior como enamorado de una nueva realidad. Esto involucra una nueva interpretación de la biografía anterior (Berger y Luckmann, 2001: 200; Peña y Hernández, 2015).*

El proceso de socialización que da origen a la construcción social de la realidad es un respaldo esencial para comprender las distancias y los acercamientos existentes en el universo significativo de las mujeres que están en un proceso de transición de realidades entre el replanteamiento y ejercicio de su ser sexual, que entran en conflicto con las nociones sociales institucionalizadas que han estado aprendiendo a lo largo de su formación como sujetos sociales. Todo lo referente al cuerpo y la sexualidad representa en sí mismo un conflicto constante, pues es enfrentar el conocimiento y la significación que socialmente se ha construido acerca de ellos, y lo que el sujeto experimenta y concibe (Peña y Hernández, 2015). Por tal razón, explicar un padecimiento relacionado a lo sexual es importante abordarlo desde lo individual y lo colectivo, desde la subjetividad de los diversos actores, y la objetividad como la construcción de una realidad que

comunica y homogeniza a los miembros de una sociedad en estructuras de pensamiento y comportamiento.

Del mismo modo, esta perspectiva teórica ayuda a reconstruir el sistema institucionalizado y legitimado que indica la forma de concebir una enfermedad y un padecimiento mediante los discursos y roles biomédicos perfectamente delimitados y establecidos que, de manera directa o indirecta, influyen en la forma de pensar, significar y afrontar la enfermedad por parte de los pacientes y sujetos que padecen.

Profundizar o poner particular atención en el proceso de alternación a propósito de un padecimiento como la IVPH, entendido como enfermedad y vivencia/experiencia, pone en la mira los cambios y modificaciones que las mujeres tienen desde esta nueva realidad para atender, paliar y socializar con esta condición desde sus propias estrategias y recursos.

#### **2.4 El *sickness* para entender la experiencia de las mujeres que adquieren la Infección por Virus del Papiloma Humano**

Otra de las vertientes teóricas consideradas pertinentes para este estudio se encuentra en la teoría propuesta por el médico psiquiatra Arthur Kleinman (1988), quien a través de sus conceptos *disease*, *illness* y *sickness* da un nuevo giro al sentido que envuelve al proceso salud-enfermedad como un continuum en tanto que ésta no es sólo biológica sino social y cultural, y que como tal requiere de categorías teóricas para poder encontrar una explicación a dicho proceso de búsqueda o restablecimiento de la salud en la cual entran en juego toda una serie de universos ideológicos, de creencias y representaciones a descubrir.

Para dicho autor, estas categorías teóricas son el puente que comunica una serie de nociones sobre la enfermedad y sus formas de vivirla y atenderla a partir de quien lo vive, hacia un “otro u otros” mediante de externalización de dicho evento, lo que pone cara a cara dos formas de conceptualizar, significar, definir e interpretar un mismo suceso, en este caso la enfermedad. Si bien en este proceso clínico los actores principales son el paciente y el médico, los miembros de la familia y otros aquellos que se encuentran en relación estrecha con dicho proceso,

no están excluidos y ocupan un lugar importante en tanto que son mundos de percepción e interpretación diferentes de un suceso que puede ser compatible en muchas cosas, pero nunca igual porque el universo de la interpretación es único y particular.

Cuándo una enfermedad se convierte en padecimiento es una de las grandes interrogantes que hay que resolver en el transcurso del análisis de datos obtenidos y respaldados por esta teoría, pues problemas de salud como la IVPH, que por su naturaleza de permanencia en el cuerpo que la van construyendo como un padecimiento de carácter crónico, necesita de un ordenamiento de datos y análisis desde una perspectiva diacrónica que muestre la evolución del padecer y los cambios del individuo y su entorno social y cultural en el transcurso del tiempo, así como las modificaciones de su entorno y sus circunstancias, pues como dice Fitzpatrick, las enfermedades crónicas significan “más largos periodos en que el individuo convive con su enfermedad [lo que] significan también más tiempo en que pueden reinterpretar la significación de sus síntomas y de su tratamiento” (citado por Campos Navarro, Torrez y Arganis Juárez, 2002: 1272). Como tal, el padecimiento en sí mismo trae implicaciones como vivir y enfrentarse a él a través de la elección o construcción de sus recursos en búsqueda y obtención de la salud.

El padecimiento está ligado a la experiencia, y al estar ligados mutuamente constituyen un factor cargado de significados que permanecen o cambian a lo largo del tiempo. Al tomar este modelo teórico emergente de la escuela antropológica norteamericana, y centrado en particular en el padecimiento, obliga antes que todo a discernir y comprender plenamente los tres niveles que conforman la enfermedad dentro de la construcción social de una realidad, y que a continuación se explican de manera concreta:

- *Disease* que corresponde a la enfermedad como tal, es decir, a la entidad biológica correspondiente a la alteración o disfunción a nivel fisiológico (órganos y sistemas), los estados definidos medicamente como patológicos que pueden ser o no reconocidos culturalmente (Kleinman, 1988; Campos, Torrez y Arganis, 2002).

- *Illness* o padecimiento el cual está relacionado a la experiencia y al universo de percepciones que existen alrededor de ciertos acontecimientos o estados reconocidos y asociados socialmente a la vulnerabilidad de enfermar. Corresponde básicamente a la subjetividad del enfermo que expresa los significados de los síntomas, el malestar y el dolor, en donde intervienen los referentes sociales y culturales percibidos, aprendidos y reproducidos, los cuales a su vez motivan o impulsan la búsqueda de recursos y cambios necesarios para mitigar o recuperar la salud.

- *Sickness* considerado como el conglomerado de *Disease e Illness* preciso para entender la enfermedad y su serie de significados y representaciones al interior de una sociedad, se puede interpretar como la socialización de la enfermedad, cómo el individuo experimenta estos signos y síntomas propios de estas alteraciones o desequilibrios orgánicos, y los resignifica en su cotidianidad social, y cómo la sociedad reconoce y legitima signos biológicos que tienen un impacto en comportamientos y conductas de los individuos que las padecen. Es decir, es la experiencia en sí misma.

Enfermedades como el virus del papiloma humano por su naturaleza biológica y su significación social requiere tener claros estos tres niveles, pues si se habla de trayectorias e itinerarios terapéuticos en torno a un padecimiento, es preciso comprender no sólo cómo se presenta y se desarrolla una enfermedad, sino cómo se padece a partir de una serie de elementos significantes y representativos permeados por visiones y concepciones de una realidad legitimada por la colectividad que la vive y la construye desde distintos roles que son asignados. Específicamente, el abordaje de temas como el VPH enfocado al tema de las trayectorias de atención precisa ante todo una mirada desde los sujetos, en este caso las mujeres jóvenes que lo padecen, pero también desde los distintos actores en relación e interacción con ellas, quienes no sólo tienen un rol social diverso, sean como médico, padres o amigos, sino que además ejerce cierta influencia ya sea positiva o negativa en las formas de enfrentar y experimentar dicho padecimiento.

Esta triada conceptual ofrece las herramientas necesarias que llevan a comprender la serie de hechos en torno a un mismo evento y la forma en que estos se van presentando; qué pasa con la salud y por qué una misma enfermedad se da de formas diferenciadas o similares en distintas personas, y por qué las explicaciones y construcciones sobre ésta varían de persona a persona. Pero es en particular el concepto de *sickness* en el que se enfocará este trabajo, pues considero es una categoría que teóricamente ayudará a interpretar y a decodificar el universo de creencias existentes en torno a las experiencias médicas<sup>26</sup> por la que pasan las mujeres que adquirieron VPH, y las repercusiones que esto tiene en su vida cotidiana, pues como dice Geertz (Citado por Young, 1982), toda cultura proviene de gente con diferentes formas de crear modelos de pensamiento que son simultáneos y reales, por lo que toda cultura, y todo individuo tiene su forma de explicar y dar un sentido a su padecer y a su enfermedad.<sup>27</sup>

El *sickness* como entidad analítica alude a la serie de factores que influyen la experiencia de enfermar en el entorno social de los que ningún sujeto se desprende y que son determinantes en la experiencia de enfermar, partiendo de la tesis de que la enfermedad no corresponde sólo a la entidad nosológica, sino al contexto sociocultural donde se presenta y se desarrolla. Este concepto teórico extrae las nociones que se construyen sobre la enfermedad y el sujeto, en este caso las mujeres con IVPH, que atienden el padecimiento desde un cúmulo de ideas relacionadas a la presencia de un desequilibrio que penetra y se inserta en el cuerpo con señales un tanto ambiguas, un tanto difusas, pero con el poder de transformar una realidad ya construida que tiene que volver a resignificarse. La experiencia o el *sickness* se construye desde la realidad social y el imaginario de quien la vive. El mismo Kleinman define la experiencia como un medio de relaciones entre el contexto y la persona, el significado y la psicobiología en la

---

<sup>26</sup> Por experiencia médica se puede entender el proceso de enfermar y tratar una enfermedad medicamente hablando, lo que lleva a un padecimiento vivido en compañía de un curador o personal que se dedique al cuidado de la salud.

<sup>27</sup> Por lo que se ha venido explicando a lo largo de estos párrafos, es importante señalar que las propuestas teóricas de Kleinman son aplicables para casos individuales, no para grupos o colectividades, ni tampoco para explicar una cultura, pues el objetivo principal está en desentrañar el sentido de las experiencias particulares.

salud y el padecimiento y el proceso de curación (Kleinman & Kleinman, 1991), es un medio intersubjetivo de cambios sociales en los universos de lo moral.

La dimensión social de la enfermedad parte de los significados que se le atribuyen en relación a la persona y el contexto que crean un flujo de sentido donde se establecen estructuras de relevancia dinámicas y cambiantes, movidas y ajustadas de acuerdo a las condiciones humanas existentes como la elaboración cultural, la idiosincrasia personal, las historias particulares y en general situaciones específicas que le competen a cada individuo. Por ello el factor intersubjetividad adquiere sentido en tanto que esto no se percibe sin la relación con el otro o los otros que construyen y son parte de la estructura social a la cual se pertenece.

La experiencia con la enfermedad y el padecimiento que ésta genera ha llevado a las mujeres que han adquirido la IVPH a modificar sus propias percepciones del mundo y la realidad que no son ajenas ni están aisladas de los referentes culturales y sociales que se establecen en relación a los otros. De ahí su importancia para profundizar en las múltiples significaciones que un mismo padecimiento, como el que aquí se estudia, puede tener a partir del conocimiento de diversas experiencias que a veces se juntan o se separan en coincidencias o diferencias, todo depende de esta serie de factores que construyen la realidad y la vivencia de cada una.

## **2.5 Otras categorías analíticas y descriptivas: Las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos**

Dado que este proyecto de investigación está enfocado a las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de mujeres jóvenes con VPH, es importante considerar la precisión de estos conceptos o categorías teóricas como un apoyo a las corrientes teóricas principales ya mencionadas, y que serán tomadas para el desarrollo y explicación de los datos obtenidos para dicho trabajo, pues alrededor del tema transitan otros elementos que necesitan ser explicados de manera puntual a partir de la definición de ciertas categorías como las que a continuación se mencionan, y así profundizar en la realidad social que viven y conciben cada una de las mujeres que padecen la infección por virus del papiloma humano.

Al respecto, Rosa María Osorio (2001) define como trayectorias de atención la forma en que el individuo ha vivido y tratado su enfermedad a lo largo del tiempo en que ésta se ha padecido. Desde la perspectiva de esta autora, la trayectoria denota la percepción y el reconocimiento de los síntomas asociados a un diagnóstico con la finalidad de proporcionar atención y cuidado, en concordancia con la búsqueda de formas y medios de curación requeridos. Como construcción social, implica tomar en cuenta la carrera del enfermo donde coexisten factores como las fases, las estructuras y los recursos de atención a los que recurre el sujeto que padece con fines terapéuticos en búsqueda de una erradicación de la enfermedad convertida en padecimiento.

Abocado a este problema de estudio, la trayectoria de atención se explica como el proceso por el que pasan las mujeres para atender su salud. Implica la transformación de las representaciones y el enriquecimiento del bagaje sobre el VPH que propicia un cambio de significados; en él intervienen los mecanismos de atención y la participación y colaboración del personal de salud que diagnostica y ofrece los servicios y recursos necesarios para la atención.

De acuerdo con Peña (2012), desde el enfoque biocultural las trayectorias y mecanismos de atención permiten explorar la condición de las mujeres que han adquirido la infección desde un momento pre y post diagnóstico. La importancia de los mecanismos de atención es que estos surgen a partir de la relación entre la práctica, percepción y observación del cuerpo que propician la identificación y el reconocimiento de los primeros síntomas o alteraciones fisiológicas que denotan la presencia de un problema o padecimiento que requiere ser atendido, sea de manera empírica o profesional; se entienden como los primeros recursos y formas de atención a los que recurren las mujeres para curar, detener, paliar o erradicar la enfermedad antes del diagnóstico y tratamiento de la IVPH. Por medio de ellos la mujer interpreta su vulnerabilidad y susceptibilidad biológica y social que se da tras las manifestaciones y modificaciones biológicas perceptibles en el cuerpo, lo que condiciona las estrategias y decisiones que se toman sobre éste y el ejercicio de la sexualidad. Desde esta perspectiva, los mecanismos de atención conforman la primera etapa de la trayectoria de atención, aquel momento en que la mujer



identifica bien la presencia de condilomas o de otros síntomas anormales que resultan como producto de la presencia de lesiones internas, lo que la obligan a hacer uso de los recursos existentes para la salud con los que cuenta, así como de sus productos ideológicos culturales, y que se extiende a una segunda etapa comprendida desde el momento del diagnóstico hasta el periodo de tratamiento que en el presente viven las mujeres.

Por su parte los itinerarios terapéuticos son concebidos por esta misma autora como el complejo proceso estructural en que se identifica un patrón de tratamiento que se sostiene en cinco fases principales: la primera que comprende el inicio del proceso patológico que puede o no ser reconocido; la segunda que se refiere a la identificación y reconocimiento de dicho proceso patológico donde los sistemas de significación y elementos socioculturales toman relevancia; la tercera que da lugar ya a un reconocimiento del problema y a un diagnóstico que activan el desarrollo de una serie de roles y etiquetas; la cuarta dominada por la elección de tratamientos de acuerdo a los recursos disponibles; y la quinta donde se hace una evaluación de los resultados obtenidos (Osorio, 2001). Estos itinerarios terapéuticos concentran las fases de “diagnóstico, pronóstico e identificación de la causalidad, señalando también las formas de prevención de algunos padecimientos” (Op. cit.: 156) y con ello elegir y operativizar los recursos terapéuticos necesarios y adecuados “que implica la decisión de administrar unos y suspender otros” (Op. cit.: 158).

Dentro de esta categoría de análisis la entidad nosológica toma relevancia, pero también la serie de signos y síntomas identificables que están relacionados al universo de significados que influyen en estas formas de elegir y llevar a cabo una u otra terapéutica o tratamiento.

Para el caso de esta investigación, explorar la última fase señalada fue fundamental, ya que en esta etapa de evaluación de los resultados es donde se espera que las mujeres mediante el recurso del relato, reconstruyan todo el proceso de autoidentificación, diagnóstico y atención, y evalúen su experiencia a través de los resultados obtenidos en tanto asimilación y modificación de una realidad perceptible y vivida.

Estas categorías sirven para triangular las formas en que las mujeres tratan la infección por VPH para prevenir o evitar un posible desarrollo de CaCu, y la transmisión de éste a través del ejercicio de la sexualidad, además de la relación que ésta tiene con la presencia de otras comorbilidades que resultan de impacto y trascendencia en el ámbito de la salud.

Recurrir a esta serie de teorías y modelos tiene como objetivo identificar cómo y desde dónde se construyen las trayectorias de atención y el significado que estas tienen para las jóvenes que han sido detectadas con IVPH, y de qué manera esto influye en sus relaciones sociales, pues al ser un padecimiento cuyo origen se ubica en la transmisión sexual y que guarda estrecha relación con el cáncer cervical, el mundo de percepciones, significados y representaciones sociales tanto del que padece como de aquellos que pertenecen a su entorno social se modifica, generando una influencia constante en movimiento de este entorno sobre el sujeto que experimenta el padecimiento.

Así entonces, la voz del sujeto diagnosticado es uno de los caminos que conduce a la búsqueda e interpretación de todas las piezas que reconstruyen y describen un sistema de ideologías y creencias por medio de la palabra; la experiencia que se expresa y se concreta a través de la ella.

## Capítulo III

### Problema de investigación y estrategia metodológica

#### 3.1 Planteamiento del problema

Como se ha observado en los diversos trabajos que se ha realizado sobre la infección por virus de papiloma humano, estos han sido abordados en particular sobre los campos de lo biológico, los factores de riesgo y la experiencia de padecer el virus. La sexualidad y la estigmatización como nociones que se han construido y se significan en lo social, han tomado cierto dominio en el interés de los investigadores que además se han centrado en el estudio de población femenina y, últimamente, de población joven y adolescente que, de acuerdo a las estadísticas mundiales y nacionales, es la que registra una alta prevalencia por este virus y donde se ha presentado desarrollo oncológico, en particular en el área cervical. Los índices de prevalencia no son precisos, pues la infección por VPH está asociada a la población sexualmente activa, de quien se afirma que un alto porcentaje lo ha tenido o lo tendrá en algún momento de su vida, de acuerdo a los factores de riesgo que posibilitan su presencia.

Por la fuerte asociación que existe con el desarrollo de cáncer cervicouterino, la OMS y el Sector Salud en México han considerado de importancia implementar nuevas medidas para detectar, tratar y prevenir la presencia de esta ITS que se ha convertido en un problema de salud pública. La complejidad que la caracteriza permite pensar en la necesidad de realizar más estudios de corte biomédico, pero también de carácter social y antropológico a partir de los cuales se pueda comprender el problema en su contexto. Ver más allá de las causas y consecuencias presentadas a nivel fisiológico para observar y analizar los referentes sociales y culturales existentes sobre la enfermedad y la sexualidad, como elementos estrechamente asociados, son fundamentales para entender las prácticas y representaciones sociales subyacentes en cada una de las personas que lo contrae, y con ello poder explicar la forma en cómo lo viven y cómo lo enfrentan.

Después de la revisión presentada en el capítulo anterior sobre los estudios realizados acerca de la IVPH, se deduce que en el campo de lo sociológico y lo antropológico aún falta mucho por explorar. La mirada sociomédica, que es la que nos compete, requiere una interpretación antropológica que vaya más allá de las causas y consecuencias de contraer este virus como una ITS, de ahí que considero pertinente que este estudio abarque la relación biológica y social que fundamente la relación salud y sexualidad para entender la concretización de la experiencia que viven las personas que lo presentan, y con ello, las prácticas y modificaciones de sus representaciones a lo largo de sus trayectorias de atención. Por lo tanto, esta investigación se integró como un estudio de carácter relacional e interaccionista que busca tender puentes entre lo vivencial y la experiencia para entender lo sexual, tomando como eje básico la descripción y el análisis de mujeres jóvenes diagnosticadas con IVPH que presentan la condición y que son derivadas a la unidad de displasias del Hospital General de México.

Así entonces, la propuesta de este trabajo de investigación parte de la antropología en salud, tomando como base el enfoque biocultural cuyo planteamiento central está en profundizar sobre las trayectorias de atención a la enfermedad y los itinerarios terapéuticos que tienen un grupo de mujeres que padecen VPH y que han sido diagnosticadas con algún tipo de displasia, con la finalidad de conocer el impacto y los universos de significación que surgen a partir del virus, y que se reflejan en los mecanismos de atención que conjuntan las mujeres para atender, paliar y comprender la enfermedad, sus estrategias desarrolladas y/o micro adaptaciones en la forma de establecer sus relaciones con los otros en el ámbito de lo sexual y lo reproductivo (socialización de la enfermedad), así como analizar el proceso de alternación que viven, y con ello prevenir comorbilidades asociadas a la infección y el desarrollo de CaCu.

De tal manera, en un intento por concentrar todos los elementos anteriormente señalados, se han planteado las siguientes preguntas como eje de la investigación:

- ¿Cuál es la percepción, problematización y asimilación que presenta un grupo de mujeres al ser diagnosticadas con IVPH?

- ¿Qué trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos siguen las mujeres diagnosticadas con infección por este virus y algún tipo de displasia en el HGM?
- ¿Qué cambios, estrategias bioculturales y procesos de alternación intervienen en la vida sexual y reproductiva de un grupo de mujeres post diagnóstico, tratamiento y control del IVPH?

### **3.2 Hipótesis de trabajo**

De acuerdo a lo anteriormente expuesto y para responder a las siguientes preguntas se plantean las siguientes hipótesis de trabajo que intentan acercarse a una realidad biológica y social sobre el VPH.

1. Ante una falta de conocimiento en torno a la infección por Virus del papiloma humano, sus características y alteraciones biológicas, la forma de adquirirlo y controlarlo, las mujeres al ser diagnosticadas con este tipo de infección piensan en un desarrollo próximo de cáncer cervicouterino, en conjunto con las ideas y sentimientos de culpa por haber contraído una ITS que, desde su perspectiva, las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad biológico-corporal, social y sexual.
2. Los elementos culturales e ideológicos dirigidos al sentido de la responsabilidad y la muerte por desarrollo de cáncer cervicouterino influyen en que, una vez que han sido diagnosticadas con IVPH, las mujeres atiendan su enfermedad a partir del seguimiento y apego al tratamiento biomédico de control y prevención que reciben en la Unidad de displasias del Hospital General de México.
3. Tras el diagnóstico de VPH, la vida sexual y reproductiva de las mujeres es resignificada a partir de estrategias microadaptativas que les permiten el ejercicio de su sexualidad mediante las prácticas y representaciones del cuerpo y el género, en donde intervienen los conocimientos previos y posteriores al diagnóstico, tratamiento y control de la IVPH. Los elementos contextuales o del entorno que se conjugan en la construcción ideológica relacionada a la presencia del virus como enfermedad (desde lo biológico)

y padecimiento (intervención de factores sociales y culturales) influye en la forma en que las mujeres no sólo asumen y conciben su condición, sino en la forma en cómo establecerán sus relaciones sociales, familiares y de pareja.

### **3.3 Objetivos de investigación**

1. Conocer y describir la percepción, problematización y asimilación que presenta un grupo de mujeres al ser diagnosticadas con IVPH.
2. Describir y analizar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos que sigue un grupo de mujeres con IVPH y algún tipo de displasia en el HGM.
3. Analizar los cambios, estrategias bioculturales y procesos de alternación que intervienen en la vida sexual y reproductiva de un grupo de mujeres post diagnóstico, tratamiento y control de IVPH.

### **3.4 Justificación**

Las razones principales que han motivado la realización de este trabajo recaen ante todo en dos vertientes centrales. Por un lado, por el reconocimiento silenciado, común y mutuo que existe entre las mujeres que han contraído el VPH, y que se identifican en los círculos más inmediatos donde cada una desempeña y realiza su vida cotidiana, pues atendiendo a las estadísticas que apuntan que la mayoría de la población (masculina y femenina) sexualmente activa lo contraerá en algún momento de su vida, la cercanía entre mujeres que han adquirido el virus y que ha sido diagnosticada mediante el sometimiento a las pruebas de detección, o aún con y entre las que desconocen su diagnóstico, es constante. Esto ha permitido no sólo corroborarlo como un problema de salud pública que es preciso abordar, sino como un fenómeno que presenta afectaciones en el ámbito bio-psico-social una vez que se ha confirmado su presencia en el cuerpo de las mujeres.

Por otro lado, tras realizar la revisión de estudios e investigaciones sobre el tema, es evidente una falta de trabajos de corte social, antropológico y biocultural,

apoyados por una metodología cuanti-cualitativa, necesarias para complementar las aportaciones que se han hecho en torno al virus, y abarcar más allá de lo que biológica y científicamente se ha dicho, ya que la forma en que las mujeres construyen su realidad a partir de una enfermedad causada por una infección de transmisión sexual como la IVPH, así como las formas en cómo la entienden, atienden y abordan, ayuda a comprender la socialización y el universo significativo de los sujetos que la viven y la padecen, así como los cambios que genera en su vida sexual y reproductiva.

La aplicación de la metodología cuantitativa ayuda a extraer las variables cuantificables y con ello identificar la relación que existe entre ellas. En términos de la funcionalidad que tienen para los estudios de corte social, bien vale hacer mención de las palabras de Carolina Martínez que retoma lo expuesto por Bryman al decir que la aplicación de esta metodología es “[...] una aproximación a la ciencia social a la manera de las ciencias naturales. Sus preocupaciones giran en torno a las definiciones operativas, la objetividad, la confiabilidad, la generalización, el establecimiento de relaciones de causalidad” (2010: 48). Bajo esta perspectiva, a partir de la extracción y análisis cuantitativos, las descripciones de los casos a estudiar desde lo cualitativo se realizan con una mayor profundidad y objetividad.

Para el estudio de mujeres con infección por VPH en relación a sus trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos, los datos cuantitativos permiten una primera aproximación a las características que conforman los casos a estudiar y de la realidad en la cual se sitúan, de tal forma que también resulte un respaldo de lo que cualitativamente se analizará y describirá posteriormente.

Lo cualitativo como metodología permite establecer la relación entre la medicina y la antropología. Mediante los datos obtenidos se puede profundizar sobre los ya existentes acerca del virus del papiloma humano, fortaleciendo, ampliando y correlacionando la información para su mejor manejo. Incorporar trabajos de carácter sociomédico y biocultural, refuerza la labor del sector hospitalario y médico al revelar aquellos elementos externos que se conjugan con el factor biológico para representar y dar sentido tanto a la enfermedad como a la

experiencia de padecerla, pues desde lo que exponen Manuel Amezcua y Alberto Gálvez, a propósito de la relación de esta metodología con los temas de salud, es que “la metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médico, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.), lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción” (2002: 424).

Al reconocer y reconstruir la trayectoria de atención mediante el relato, se da un proceso de externalización y verbalización que permite a las mujeres reconocer una realidad transformada y adaptada a su nueva condición y de acuerdo a sus nuevas necesidades médico-biológicas, económicas, sociales, culturales y de género. Identificar estos procesos de tránsito entre la enfermedad, la búsqueda de recursos para la recuperación de la salud, y el tratamiento perceptible a través de las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos, se espera consoliden la comunicación y el acompañamiento entre el personal de salud y las mujeres que presentan la condición, para construir mejores condiciones a través de la generación y planificación de estrategias de acción tanto preventiva como de abordaje y control a este padecimiento.

Seguir esta línea de trabajo con aplicación de metodologías mixtas ofrece nuevas perspectivas de análisis que abren los horizontes de conocimiento y percepción respecto a los temas de salud, lo cual resulta enriquecedor para la creación de fuentes de diálogo que tejan redes de apoyo necesarios para el beneficio de mujeres que padecen el virus del papiloma humano.

Una vez logrados estos objetivos, y como lo sugiere el enfoque biocultural, eje teórico de esta investigación, a partir del análisis y los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a las mujeres, se pretende la realización de una propuesta de taller que surja de las principales problemáticas y necesidades que se perciban detrás de los testimonios que cada una de ellas proporcione, como una forma de reeditar y mostrar agradecimiento por su participación, pues mi interés trasciende más allá de lo personal que busca el logro de un trabajo académico, pretendiendo que sirva también como un documento que ayude a



procesar y contextualizar las experiencias y necesidades de las mujeres respecto a su nueva condición y los servicios de salud.

### **3.5 Estrategia metodológica**

La investigación que a continuación se presenta es de carácter sincrónico y descriptivo-analítico para entender la relación existente entre los factores biológicos y socioculturales que conforman a la IVPH como enfermedad y padecimiento, así como las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de las mujeres que viven con esta condición, marcando un antes y un después en las formas de abordar la enfermedad y vivir su vida cotidiana.

#### **3.5.1 El universo de trabajo y los casos**

De acuerdo con los indicadores epidemiológicos que apuntan a que el grupo de edad donde se presenta una mayor incidencia de infección por VPH es de los 20 a los 24 años (*Boletín Epidemiológico*, 2014: 5) el universo de trabajo que rige está investigación partió de la revisión de un total de 455 expedientes que se abrieron durante 2016 en la clínica de displasias (CENACLID) del Hospital General de México, de los cuales se identificaron 65 casos que se ubicaban dentro de este rango de edad, y de estos sólo 6 casos que al final accedieron a participar y cumplieron con las características necesarias para la investigación, como tener diagnóstico de IVPH con lesión de bajo grado (LIEBG o NIC 1) o condilomatosis, y haber recibido atención médica en dicha clínica de displasias durante el periodo comprendido entre todo 2016 y principios de 2017.

Para la selección de casos se consideraron los siguientes criterios de inclusión, exclusión y nulificación los cuales fueron extraídos de la epidemiología, la revisión bibliográfica de estudios realizados sobre el tema y de la revisión de expedientes revisados durante el 2016, que permitieron ubicarlos de acuerdo a las características sociodemográficas y epidemiológicas (edad, ocupación, escolaridad), así como a la trayectoria clínica y de atención de cada una de las pacientes (tipos de lesión, diagnóstico y tratamiento), y la frecuencia o periodicidad

con la que asistían a las consultas y tratamientos (periodos de valoración y seguimiento).

**Cuadro 1.** Criterios de inclusión y de exclusión aplicados para la selección de las informantes.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de nulificación
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico de VPH</li> <li>-Diagnóstico de lesión de bajo grado (LIEBG) o condilomatosis</li> <li>-Trayectoria clínica no menor a 2 meses en HGM</li> <li>-Pertenencia al grupo de edad de 20 a 24 años</li> <li>-Participación voluntaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico distinto a VPH</li> <li>-Trayectoria clínica menor a los 2 meses en HGM</li> <li>-Diagnóstico de lesión de alto grado (LIEAG) u otro tipo asociado<sup>28</sup></li> <li>-Menor o mayor al rango de edad señalado</li> <li>Negación a participar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Retiro de la investigación</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Establecer dichos criterios de inclusión, entendidos como una serie de atributos necesarios para la investigación, partió de un análisis y reflexión previos acerca de los aportes que estos podían dar al trabajo que aquí se presenta. Así pues, la pertinencia de los cuatro criterios fundamentales que cubrieron las mujeres que colaboraron en el estudio se explican de la siguiente manera:

1. **Edad de la informante:** Por los datos epidemiológicos anteriormente expuestos, la edad resulta fundamental para ubicar a las informantes de acuerdo a la reunión de ciertas características biológicas y socioculturales

<sup>28</sup> Al decir otro tipo de lesión asociada nos referimos a una lesión por eversión glandular, vulvovaginitis, molusco contagioso u otros diagnósticos que se asocian o se confunden con IVPH.

que son determinadas por la etapa de la vida en la que la informante se sitúe, o bien por el tiempo que ha vivido. Esta categoría permite agrupar y ubicar las similitudes que existen en los casos que a cada grupo pertenecen.

2. **Diagnóstico de VPH:** Para los fines de este estudio basta con que las informantes presenten la condición de VPH, pues de ello se parte para dar inicio con el proceso de seguimiento en cuanto al tratamiento de detección y control se refiere, el cual dependerá del grado de lesión que se tenga. A partir de ello se distinguirán las condiciones de desarrollo o estado en el que llegan las mujeres diagnosticadas con el virus a solicitar el servicio y el tratamiento a seguir.
3. **Tipo de lesión de bajo grado (LIEBG) o condilomatosis:** Esta determinante fue importante por dos aspectos: el primero porque era necesario filtrar la información a un tipo de lesión que permitiera comparar y complementar información respecto a las similitudes y diferencias en cómo se presenta y se trata una lesión del mismo grado; y segundo porque fueron los casos más comunes que se registraron durante la revisión de expedientes.
4. **Trayectoria clínica no menor a 2 meses en el HGM:** Este criterio es importante porque este es el tiempo mínimo que por lo regular se requiere para tener resultados concretos de los primeros estudios o pruebas que se les realizan a las mujeres en el CENACLID, a partir de los cuales se construye un diseño de atención basado en procesos y tratamientos clínicos destinado para cada mujer, así como los periodos de valoración y seguimiento que cada una lleva de acuerdo al progreso del virus o evolución de las intervenciones que les son aplicados.

Algunos criterios como la ocupación y la escolaridad que ayudan a determinar no sólo el acceso que las informantes han tenido a los servicios de salud, sino a la información obtenida respecto al VPH, los factores de riesgo y los cuidados dentro de la vida sexual, resultaron importantes como un complemento de información a

profundidad, pero no determinantes para establecer los criterios que seleccionaron y perfilaron los casos con los que se buscó trabajar para la etapa de entrevista, porque la importancia de estos datos dependió del contenido y la información que se proporcionó al respecto durante la entrevista, en donde estas determinantes se analizaron en contexto.

Una vez culminadas las etapas correspondientes de trabajo, la población de estudio quedó delimitada a los seis siguientes casos con sus características específicas delimitadas en los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos (ver cuadro 2).

**Cuadro 2.** Características generales de las participantes.

Nombre	Edad	Ocupación	Diagnóstico
Alison	23	Estudiante/ Hogar	LIEBG
Flor	21	Empleada	LIEBG- Condilomatosis vulvar
Sofía	21	Enfermera	LIEBG
Sharely	22	Hogar	LIEBG
Valentina	21	Hogar- empleada	LIEBG- Condilomatosis
Eva Luna	23	Estudiante	Condilomatosis

Fuente: Elaboración propia.

### 3.5.2 Desarrollo metodológico

La metodología que se empleó para este trabajo fue de carácter mixto en dos etapas: cuantitativa y cualitativa. La aplicación de ambos métodos dio la posibilidad de relacionar la epidemiología con la información biomédica existente sobre la IVPH y su impacto en la vida cotidiana de las mujeres que han sido diagnosticadas con el virus y algún tipo de lesión, y con ello construir una triangulación de datos

que ayudaron a conocer los mecanismos de atención a los que recurren para entender y comprender el virus no sólo en estas dos dimensiones (enfermedad y padecimiento), sino como un agente que afecta y modifica las formas de relacionarse con los otros.

La aplicación de metodologías mixtas favorece la complementariedad y la profundidad con que se aborda un problema de investigación; la objetividad de los métodos cuantitativos se enriquece con la labor descriptiva y reflexiva de lo cualitativo, las cifras de porcentajes y frecuencias dejan de ser sólo tablas y números duros para adquirir un sentido que ayuda a interpretar con bases sólidas las lógicas en que se circunscribe la realidad donde se inserta el fenómeno a analizar. Asimismo, la subjetividad del método cualitativo se fortalece en las bases explicativas de lo cuantitativo que ayuda a comprender las leyes sociales, cómo se abordan y se modifican ante ciertos eventos como la enfermedad.

Joan Guix en su texto “Técnicas cualitativas y epidemiología” sintetiza esta postura en el siguiente fragmento:

*Cuando nos enfrentamos a fenómenos como la multifactorialidad causal (social, cultural, política y conductual), las metodologías cualitativas son la solución. Actualmente no podemos pensar en un buen enfoque epidemiológico de los problemas de salud si no consideramos un abordaje metodológico complementario entre ambos métodos (2013: 65).*

El uso de métodos mixtos aporta elementos suficientes para hacer del individuo de estudio, en este caso mujeres, “un discurso de estructura científica”, tal y como lo denomina Michel Foucault (2014: 15).

De esta manera, el desarrollo del trabajo a nivel metodológico se registró en tres etapas o fases principales a desarrollar en los apartados subsecuentes:

- Revisión de expedientes (método cuantitativo)
- Observación del espacio hospitalario y al interior de la consulta (método cualitativo)
- Entrevistas (método cualitativo)

### **3.5.2.1 Primera fase: Métodos y técnicas cuantitativas**

Esta primera etapa se realizó en un tiempo aproximado de dos y medio meses (segunda mitad del mes de noviembre del 2016 al 30 de enero de 2017)<sup>29</sup> a partir de que el proyecto fue aprobado y autorizado para su ejecución por los comités tanto de investigación como de ética del Hospital General de México.

#### **3.5.2.1.1 Método**

El método cuantitativo es el que se aplicó en esta primera fase, se explica como un enfoque propio de las ciencias naturales y exactas que mide la causalidad, las regularidades y las generalidades de los fenómenos mediante la observación y comprobación de datos concretos. Se sustenta en el supuesto ontológico de que “existe una realidad social que es independiente de los individuos, y que es cognoscible mediante procedimientos objetivos, sobre todo mediante la cuantificación” (Castro, 2010: 61), que genera leyes que rigen o regulan los patrones presentados; por ello es que la búsqueda de representatividad se considera inherente a este método.

Aunque en lo cuantitativo su base de conocimiento es el positivismo, no es ajeno al a los estudios de corte social al que, como lo afirma Carlos Monje, aporta elementos para sistematizar y encontrar leyes generales que rigen el orden y comportamiento social, porque como él mismo lo afirma “El conocimiento debe fundarse en el análisis de hechos reales, de los cuales debe realizar una descripción lo más neutra, lo más objetiva y lo más completa posible” (2011: 11). Como parte de su naturaleza científica, busca la inferencia estadística que “permite al investigador derivar conclusiones acerca de qué tan extensa (o general) es la

---

<sup>29</sup> Si bien la revisión y clasificación del total de los expedientes, así como el vaciado de datos se realizó en un tiempo no superior a las tres semanas, esta fase no se podía dar por culminada ante la falta de expedientes que no se encontraban físicamente en el archivo, y que impedía la clasificación y la extracción de datos necesarios para presentar los resultados finales de esta primera etapa. Es por ello que se presenta está periodo relativo en el que, hasta esta fecha, ya cuando menos se tenían concentrados los casos de las mujeres que apoyarían con su testimonio.

existencia de un fenómeno en la población donde la muestra fue tomada” (Castro, 2010: 74).

A pesar de que su objetivo es el análisis estadístico centrado en datos de lo individual y lo concreto, las aportaciones de lo cuantitativo dan sustento y complementariedad a la subjetividad que surge del análisis del método cualitativo en un intento por dar explicación a la realidad que viven los sujetos, de acuerdo a sus percepciones y experiencias. El rigor en la recolección, sistematización y análisis de datos donde se aplica la lógica deductiva, es útil “para identificar leyes causales o universales en una realidad ‘externa’ al individuo”, de acuerdo a lo que exponen Del Canto y Silva, una perspectiva a la que agregan que la relación que existe entre este método numérico, medible y estadístico, y los estudios de corte social se define como: “la relación entre la teoría, la investigación y la realidad [que] está basada en la coincidencia entre la percepción de la realidad del investigador reflejada en una hipótesis y la realidad como fenómeno para que se apruebe una teoría” (2013: 28).

A pesar de que los estudios que se realizan bajo este método buscan alejarse de toda perspectiva subjetiva, especulativa y de valoración, sin sustento de análisis y comprobación de datos, para los estudios de corte cualitativo son complementarios, en tanto que el dato “duro” u observable y comprobable fortalece las aportaciones hechas desde la observación y la interpretación del fenómeno observado, es decir, respalda la subjetividad de los datos analizados. Para los estudios desde lo biocultural, lo cuantitativo guía la búsqueda de datos que revelen en cifras una realidad concreta, objetiva, que incite y sustente el carácter descriptivo propio del método cualitativo, ya que como lo afirma Guillermo Briones (1996) en su texto *Metodología de la investigación cuantitativa en ciencias sociales*, al basarse directamente en el paradigma explicativo, los datos cuantificables que se recolectan contribuyen a la explicación de la estructuración lógica de los fenómenos estudiados.

Los datos sociodemográficos y epidemiológicos que se extraen en esta etapa permiten relacionar lo biomédico con la realidad social en la que viven cada una de las mujeres que adquieren la IVPH. La captura y el manejo de datos

concretos y específicos que resultan trascendentales para el ejercicio de la labor médica, se ponen en relación con la forma en cómo abordan las mujeres la atención que reciben en torno al padecimiento, donde se involucran lógicas de roles (médico o paciente), comportamiento (dominio/orden o subordinación) y afrontamiento de un problema de salud. Al respecto Jeniceck y Cléroux resalta que las investigaciones en el terreno de la salud se basan en una metodología clásica que se funda en “un razonamiento y un método propios de trabajo objetivo en medicina y otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de métodos de intervención más eficaces» (Citado por Guix, 2013: 67), pero no a la comprensión de la experiencia y la adaptación a una nueva realidad a partir de la ausencia de un estado orgánico y corporal adecuado.

#### **3.5.2.1.2 Fuente: Revisión de expedientes**

Esta primera etapa estuvo enfocada únicamente en la revisión de expedientes correspondientes a todo el año de 2016, con la finalidad de identificar rasgos generales sobre la población de mujeres que asiste al HGM a solicitar el servicio médico, en particular en la Clínica de Displasias de dicha institución.

#### **3.5.2.1.3 Instrumento**

Para el registro de los datos cuantitativos se elaboró una hoja de registro o cédula de datos donde se capturaron y concentró información básica correspondiente a lo sociodemográfico, económico y de salud para clasificar y ubicar la población en general que asiste a solicitar el servicio, pero en particular, para la selección de los posibles casos de acuerdo a los rasgos de pertinencia para los objetivos de este trabajo de investigación. Dicho formato se encuentra en el Anexo 1 donde se pueden observar las variables que se consideraron para su elaboración y llenado.



#### **3.5.2.1.4 Método de análisis**

Durante la revisión de expedientes la extracción de datos se clasificó en dos rubros: los de carácter sociodemográfico (nombre, edad, lugar de residencia, lugar de origen, escolaridad, ocupación, número de hijos, método de planificación familiar o anticoncepción) y epidemiológico (diagnóstico, tratamiento, fecha de primera y última consulta, lugar de referencia y observaciones), lo que permitió rastrear y triangular los datos epidemiológicos sobre la IVPH (prevalencia e incidencia sobre VPH en mujeres) con las características sociodemográficas de la población de estudio, una parte del perfil de la trayectoria clínica, reproductiva y sexual de las mujeres, ligado a las características generales del servicio en la unidad de displasias del Hospital General de México.

La parte cuantitativa de datos sociodemográficos, económicos y epidemiológicos sirvió para contextualizar al grupo de estudio de tal forma que éstos ampliaran el panorama de análisis. En el anexo 1 se muestra la cédula que se elaboró para el registro y vaciado de los datos cuantitativos.

#### **3.5.2.2 Segunda fase: Métodos y técnicas cualitativas**

Esta segunda fase se llevó a cabo en un tiempo aproximado de cinco meses, periodo que abarca desde los primeros días del mes de octubre de 2016 a febrero del año en curso. Dio inicio con la observación del espacio hospitalario, luego la observación al interior de la consulta en combinación con la realización de las entrevistas que, por fortuna, pudieron hacerse dentro del hospital como un punto intermedio y de fácil acceso para ambas partes involucradas, y la transcripción de las mismas necesarias para el análisis de la información obtenida.

##### **3.5.2.2.1 Método**

El método cualitativo es parte del fundamento básico para describir las cualidades de un fenómeno a estudiar, en este caso los que se relacionan a los casos de mujeres con infección por virus del papiloma humano. Como bien lo afirma Susana

Lerner, las aportaciones de este método recaen en que una de sus principales preocupaciones

*[...] es conocer e interpretar 'la subjetividad de los sujetos' [...] [mediante la comprensión del] punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Por ello estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones (2010: 13).*

En palabras de Roberto Castro este método

*[...] hace énfasis en el estudio de procesos sociales. El supuesto ontológico fundamental es que la realidad se construye socialmente y que, por lo tanto, no es independiente de los individuos [...] privilegian el estudio 'interpretativo' de la subjetividad de los individuos, y de los productos que resultan de su interacción (2010: 64).*

Bajo esta perspectiva, Ivone Szasz y Ana Amuchástegui (2010) agregan que lo cualitativo aporta el valor de los resultados generados a través del contacto e influencia que se genera entre los sujetos involucrados en la investigación, pues en todo análisis de esta índole no sólo se describe la realidad que se reconstruye y se interpreta a partir del testimonio o relato proporcionado por el o los informantes, sino las posturas políticas y éticas con las que todo investigador carga a lo largo de todo el proceso de trabajo, y con la red de emociones, impresiones y significaciones que se van generando durante el proceso, y que también toman relevancia en la forma de ver, estudiar y analizar el fenómeno y los casos que lo ilustran. Para ellas, la ventaja de lo cualitativo recae en que es “fluida y flexible, se interesa en descubrir hechos nuevos, no anticipados, y se permite alterar los planes de investigación conforme a los hallazgos que se van obteniendo” (p. 49), de tal forma que se ajusta a los ritmos y requerimientos de los objetivos planteados para la investigación.

Desde el punto de vista de la antropología y a la luz del enfoque biocultural, lo cualitativo hace de la investigación un espacio de análisis multidisciplinario donde el fenómeno de la enfermedad y el padecimiento son comprendidos desde sus distintas aristas constitutivas (lo biológico, lo social y lo cultural), y la correlación que mantienen entre sí, esto con el fin de profundizar y potencializar el

manejo y la interpretación de los datos obtenidos durante el proceso y desarrollo de la investigación. En este sentido, el propósito desde lo biocultural transita en dos sentidos. 1) conocer cómo una enfermedad o condición biológica modifica la realidad sociocultural de un individuo, y 2) cómo la asignación de significados y valores, producto de un esquema social y cultural, influye en la forma en que se presenta o se modifica determinada condición biológica. En conjunto lo biocultural y lo cualitativo comprenden el proceso salud-enfermedad desde la integración y la complementariedad, no desde el aislamiento y la abstracción disciplinaria de la que sólo se puede vislumbrar una parte del problema, pero no el problema desde las distintas partes que lo conforman.

Desde estos datos también es posible captar la atención a la vida sexual y reproductiva de las mujeres importante para el tema a desarrollar, así como las lógicas y las asociaciones que subyacen al ejercicio médico respecto a este tema en particular, pues estudiar la sexualidad, sobre la cual también se pretende indagar, ahonda, tal y como lo afirman María Eugenia Módena y Zuanilda Mendoza, en las “perspectivas de los sujetos sobre sí mismo, sus cuerpos y los de los otros/as ... [y] las vinculaciones de los varones con las mujeres que implica el interés sexual en determinadas situaciones” (2001: 18), que impactan y afectan la realidad individual y social de las mujeres que adquieren la condición de IVPH.

#### **3.5.2.2 Fuente: Observación y entrevistas**

Para este trabajo, el método cualitativo se basó ante todo en la etnografía y en la selección de los casos con los que se trabajó a profundidad mediante la realización de entrevistas semiestructuradas y a profundidad.

La etnografía es entendida como “aquella forma tradicional en que el antropólogo emplea para construir la información de primera mano en campo” (Salazar, 2014: 119), mediante la participación encubierta en la vida cotidiana de las personas durante un periodo prolongado en el que pueda observar y preguntar acerca de lo que sucede, lo que se dice y lo que se hace en relación al tema sobre el cual se quiere saber y capturar información (Hammersley y Atkinson, 1994).

Los recursos y estrategias para el acopio de datos pueden ser variados, pero para este trabajo se tomaron en cuenta las tres fuentes principales y básicas de extracción y organización de datos: la observación (no participante), la elaboración de un diario de campo y la aplicación de instrumentos como la entrevista semiestructurada y a profundidad que permitió indagar sobre aspectos de interés que resultaron pertinentes para esta investigación, a modo de que se lograra “optimizar el entendimiento del caso en vez de hacer generalizaciones más allá del caso mismo” (Stake, 2010: 155), ya que la labor etnográfica permite reconstruir a detalle y describir escenarios diversos en tanto espacio y acciones que en él se realizan, y las experiencias sobre un mismo hecho que tienen los diversos actores que en él se involucran desde sus distintos roles.

### **3.5.2.2.3 Instrumento**

Partiendo de la idea de que la enografía fue el método a aplicar, la observación no participante (anexo 1), la entrevista semiestructurada y a profundidad (anexos 2 y 3) fueron las técnicas utilizadas que permitieron comprender los sentidos, significaciones y representaciones que las mujeres tienen sobre la IVPH, y que se encuentran relacionados a la serie de ideas, juicios, valores e imaginarios presentes sobre la sexualidad, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer cervicouterino.

La observación ha sido considerada por las ciencias sociales y del comportamiento como el pilar o la base principal de toda investigación de este carácter, pues de acuerdo a Michael Angrosino, ésta permite “registrar el lenguaje corporal y otras señas gestuales que dan significado a las palabras de las personas entrevistadas” (2010: 204), y que son incorporadas en el entramado sobre el cual se construye y explica una realidad determinada, en este caso la de las mujeres que viven la realidad de una infección como el VPH, cargada de diversos significados y creencias circundantes que impacta en la modificación y transformación de una cotidianeidad hasta entonces establecida.

La observación no participante se realizó en dos momentos: fuera y dentro de la consulta. La primera de ellas fue una observación de la distribución del área

en la que se localiza la clínica de displasias en el pabellón de oncología, uno de los dos lugares en donde se atiende a las mujeres con IVPH, así como la ruta médico-administrativa que siguen las mujeres que asisten a solicitar el servicio. Dentro de la consulta, el segundo momento de esta etapa de observación no participante, se observaron los elementos que emanan de la relación médico-paciente y que repercuten en la forma en que las mujeres viven y conciben la IVPH. Aquí si bien no hubo algún tipo de interrogatorio formal al personal de salud, si se establecieron preguntas mínimas durante y al término de la consulta, en un estilo de conversación común y convencional, con el fin de aclarar y enriquecer lo que ahí se observaba, y que eran básicamente las medidas y acciones del personal de salud en torno al abordaje de la IVPH y el tratamiento que se les ofrece a las mujeres.

En todo momento se buscó establecer una adecuada comunicación con el personal de salud (administrativos, médicos y enfermeras) tanto para el esclarecimiento de dudas, como para optimizar, facilitar y acelerar la selección de los casos a estudiar, pues son ellos los que poseen el conocimiento de la población que asiste a solicitar el servicio, y de la organización hospitalaria bajo las cuales se rige la atención proporcionada a las usuarias.

Los instrumentos respectivos que guiaron estas dos fases del trabajo de campo (observación del espacio hospitalario y al interior de la consulta) se elaboraron a partir de la identificación de los tópicos a observar. Para el primero de ellos (anexo 2) se planteó captar datos relacionados a las cuestiones administrativas propias del servicio (cantidad de mujeres atendidas por día, tiempo de espera, dificultades u obstáculos a los que se enfrentan, trato del personal de salud -secretaria y/o recepcionista-, y el trayecto que siguen para recibir la atención en el CENALID), y a la disposición y comportamiento que muestran las mujeres mientras esperan recibir el servicio (qué actividades realizan, quién las acompaña, cómo se perciben mientras esperan, acatan o no todas las indicaciones que se les dan, etc.). La observación en la consulta, segundo momento de la observación no participante (anexo 3), se guio por cuatro ejes particulares a mencionar:

1. *Rasgos generales del servicio* que incorpora las actividades cotidianas que realizan médicos de base, residentes, enfermeras y personal administrativo; la división del servicio y la consulta o el procedimiento médico que se lleva a cabo cada día, y donde se capturaron factores como la fecha, la etapa de la trayectoria clínica, el médico que atiende, el personal que asiste en la consulta, hora de inicio y término de la consulta, tiempo de duración y la relación que establecen los médicos con las pacientes a partir del tipo de lenguaje que usan y la disposición que ellos muestran para la resolución de dudas que se les puedan presentar a las mujeres.

2. *Datos de la paciente en consulta.* Si bien los datos acerca de la paciente se pudieron extraer de la revisión de los expedientes, fue importante incorporar este apartado en la observación durante la consulta por dos razones fundamentales que atienden, primero, a un intento de rescatar u obtener aquellos datos que no fueron capturados durante la elaboración de la historia clínica, y que causan vacíos y sesgos en la información, y por tanto, en el análisis; y segundo, con la intención de observar qué tan importante es para el médico que atiende esta falta de registro de datos en el historial, pues de ello depende que durante la consulta ellos traten de completar la información o simplemente lo omitan porque sus intereses están limitados al procedimiento a realizar en el momento dado.

3. *La trayectoria clínica* tuvo como objetivo identificar la etapa del proceso de la atención en el que cada mujer se encontraba, pero, sobre todo, para saber las pruebas y tratamientos que se les realizaban el día de su asistencia a consulta.

4. *Aspectos relativos a la información que ofrece el personal de salud.* En él se pretendió capturar datos referentes al papel del médico como difusor de información relacionada a la IVPH, las ITS y la sexualidad, una labor que al ya no existir el departamento de trabajo social a quien se había encomendado dicha tarea, era importante saber quién había tomado la responsabilidad de esta labor tan necesaria para las mujeres. Además, se precisaba obtener datos sobre la conducta y comportamiento que tenían las pacientes durante y después de las consultas o el tratamiento quirúrgico, según fuera el caso.

Es importante mencionar que no se pudo elaborar un registro a partir de la observación en el espacio de la consulta de todos los casos que se atendieron durante la estancia de campo, pues al haber consulta en cuatro consultorios, más el de tratamientos quirúrgicos de manera simultánea, era difícil poder estar presente en todos y cada uno de ellos, por lo que se tuvieron que elegir los que más pudieran servir a esta investigación o, en su defecto, de manera azarosa sólo para captar las características del servicio de manera general sin distinción de rangos de edad y diagnóstico.

El diario de campo como instrumento donde se plasman las reflexiones del investigador en torno a lo que observa y pregunta, fue una fuente de apoyo básica para recuperar todas aquellas dudas, reflexiones e ideas que surgieron durante la etapa de observación no participante y a lo largo de la entrevista. Como herramienta fundamental del trabajo de campo, su objetivo principal es ser una ayuda para planear, dirigir, ordenar, diseñar, corregir y reestructurar la investigación misma, a fin de que mejore y puedan lograrse los objetivos propuestos y dar respuesta a las preguntas planteadas. De ahí su gran importancia dentro del ámbito etnográfico y su utilidad a lo largo del desarrollo de esta investigación.

Una vez realizada la selección y delimitado del grupo de estudio se procedió con la etapa de entrevistas semiestructuradas para profundizar en los datos obtenidos por el método cuantitativo y los que se registraron durante la etapa de observación en el espacio hospitalario y la consulta, para ahondar en los elementos que influyen en la forma en qué las mujeres entienden y atienden la IVPH, y la influencia que ésta tiene en sus prácticas y representaciones perceptibles tanto en su vida cotidiana, como en su vida sexual y reproductiva.

Al definirse la entrevista como “un desarrollo de interacción, creador y captador de significados en el que influyen decisivamente las características personales (biológicas, culturales, sociales, conductuales) del entrevistador lo mismo que las del entrevistado” (Ruíz, 1996: 165), ha sido una útil herramienta que complementa, confirma o modifica aquello que se ha encontrado a través de la observación.

La entrevista a profundidad se comprende como

*[...] aquellos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras* (Taylor y Bogdan, 1987: 101).

El carácter semiestructurado de las mismas potencializa la flexibilidad y el dinamismo presente en toda entrevista estructurada, y se ajustan a las condiciones y al curso que la misma va tomando, abriéndose a la posibilidad de sufrir cambios y ajustes durante el transcurso de la conversación, a pesar de que exista un guion previo conformado por preguntas clasificadas de acuerdo a los ejes temáticos que se pretenden abordar (Díaz, *et. al*, 2013).

De acuerdo a Carolina Martínez la entrevista como técnica medular de los estudios de corte cualitativo si bien proporcionan detalle y profundidad, también representan una mayor dificultad de análisis “porque no necesariamente hay respuestas sistemáticas y estandarizadas. Su presentación requiere que se dé sentido a una información amplia y rica, que se identifiquen patrones significativos y se comunique la esencia de lo que los datos revelen” (2010: 46), aunado a que también tienen desventajas como la pérdida de la gestualidad, el volumen y el tono de la voz, por ejemplo, que no se pueden capturar durante la entrevista, y menos trasladarlas a la transcripción y descripción, a pesar de que tienen un significado importante dentro del contexto de la entrevista y los hechos relatados (Castro, 2010). Para el caso particular de la entrevista semiestructurada, la flexibilidad con la cual se rige trae consigo ciertas desventajas, al permitir modificaciones y ajustes que rompan con el rigor de buscar datos particulares durante el proceso, aumenta las posibilidades de causar huecos y sesgos en la información.

Para este trabajo desde un primer momento se pretendió que la entrevista a cada una de las informantes se realizara en una sola sesión, pensando en lo complicado que resultaba identificarlas e interceptarlas por el alto índice de abandono terapéutico y por lo delicado del tema; no obstante, no se descartó la posibilidad de tener otros encuentros, si era necesario, a manera de complementar información, plantear nuevas preguntas o evitar los ya mencionados sesgos que



surgieran de un primer análisis sobre la información ya adquirida, sin embargo no hubo necesidad de ello. Al plantearse como entrevistas semiestructuradas, éstas estuvieron basadas en una serie de preguntas abiertas previamente construidas, pero que se ajustaron y flexibilizaron a la secuencia y ritmo presentando con cada una de las informantes, pues como herramienta brinda la “posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (Díaz, *et. al.*, 2013: 163).

Externalizar una experiencia a partir de la verbalización del testimonio que se obtiene mediante la entrevista fue fundamental para recuperar todos aquellos factores que se involucran en el acto de padecer, vivir y tratar una infección de connotaciones bio-psico-sociales como es la IVPH. Recordar y reconstruir para expresar hechos o eventos relacionados a este tema requiere un esfuerzo mental y memorístico invaluable por parte del entrevistado, pero no ajeno al entrevistador en tanto que, durante y después de la entrevista, la habilidad de recordar lo que le dice es fundamental para dar secuencia y continuidad a la entrevista, así como para reconstruir y enriquecer muchos puntos importantes para el análisis que precisan ser identificados desde ese momento para saber dónde se requiere o no mayor énfasis y profundidad.

Así entonces, la entrevista semiestructurada y a profundidad, la observación no participante del espacio hospitalario y al interior de la consulta conformaron la parte etnográfica centrada en recuperar la experiencia de las mujeres con IVPH. Estudiar casos particulares acordes a las características establecidas en los criterios de inclusión fue necesaria para focalizar la experiencia de las mujeres con IVPH, no desde una generalidad de vivir con dicha condición, sino desde las particularidades que revelan condiciones y contextos diferenciados.

#### **3.5.2.2.4 Método de análisis**

Para el análisis de datos fue necesario la identificación de categorías y variables que se extrajeron una vez realizadas las entrevistas y hechas las transcripciones pertinentes, para así seleccionar y ordenar concatenadamente la información de acuerdo a los temas y objetivos planteados para esta investigación. Se

identificaron características, similitudes y diferencias entre los casos particulares y a profundidad para correlacionarlos y compararlos mediante la identificación y el cruce de las temáticas planteadas durante la entrevista. La sistematización que se realizó tuvo como objetivo comprender las interacciones y relaciones que se establecen alrededor de un fenómeno en particular como el de una enfermedad, en este caso el que es causado por una ITS como la IVPH.

Para esta parte cualitativa se propuso la integración de las categorías de acuerdo a los cinco componentes que conforman el enfoque biocultural, principal fundamento teórico, y que se desglosan en el siguiente cuadro. Tomar en cuenta este cuadro de categorías permitió interpretar y contrastar información entre lo cualitativo y lo cuantitativo, y con ello comprender la relación existente entre los datos estadísticos y el diagnóstico, por ejemplo.

**Cuadro 3.** Componentes y codeterminantes para el análisis biocultural.

<i>Componente</i>	<i>Codeterminantes categóricas</i>
Ambiente, espacio y población (ecología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características generales del espacio de la unidad de displasias del Hospital General de México.</li> <li>• Ruta médico-administrativa que siguen las mujeres desde el momento en que solicitan el servicio.</li> <li>• Datos epidemiológicos y socioeconómicos sobre la IVPH (prevalencia e incidencia sobre IVPH en mujeres que acuden a dicho espacio de atención).</li> </ul>
Recursos para la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos institucionales locales para la salud de mujeres con IVPH SS-HGM (estrategias de prevención y acción).</li> <li>• Recursos para el diagnóstico y tratamiento de la IVPH en el HGM.</li> <li>• Prevalencia-incidencia y atención a las comorbilidades asociadas a la IVPH.</li> <li>• Acceso a los servicios de salud.</li> <li>• Otras alternativas de diagnóstico y tratamiento de IVPH aparte del biomédico.</li> </ul>

<p>Productos materiales de la cultura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas Nacionales de VPH para la atención en el HGM.</li> <li>• Programas Nacionales en Salud Sexual y Reproductiva para la atención a mujeres con IVPH.</li> <li>• Dimensión biomédica de la IVPH y displasias</li> <li>• Discursos sobre prevención y atención a la IVPH.</li> </ul>
<p>Productos ideológicos de la cultura (Prácticas y representaciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discursos en torno a la salud sexual y los factores de riesgo a ITS.</li> <li>• Creencias, prácticas y representaciones sobre la sexualidad y la salud sexual.</li> <li>• Sistema de creencias en torno a la IVPH, cáncer cervicouterino y cuerpo.</li> <li>• Cuidados y estrategias antes y posterior a la presencia de la IVPH.</li> <li>• Nociones sobre ITS, IVPH y CaCu en la población de estudio.</li> <li>• Creencias y uso de métodos anticonceptivos.</li> <li>• Circuito o trayectoria de detección y atención.</li> <li>• Mecanismos de atención para la IVPH.</li> </ul>
<p>Biología humana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento biológico de la IVPH: signos y síntomas</li> <li>• Susceptibilidad y vulnerabilidad biológica a la IVPH</li> <li>• La IVPH y su relación al CaCu</li> </ul>

Fuente: Adecuación del modelo de Peña (2012).

### 3.6 Consideraciones éticas e impacto social.

Uno de los aspectos importantes sobre los cuales se ha hecho mucho hincapié en la labor antropológica es el anclaje del compromiso moral y ético que se debe tener, ante todo, con las personas que deciden colaborar en todo trabajo de investigación que se realiza. Diana Marre, quien a su vez retoma a Caplan, afirma que en esta labor se da un “explosión discursiva” relacionada a la ética, un carácter que está “en el centro o en el corazón de la disciplina antropológica, es decir, en las premisas con las que operan quienes la practican, en su epistemología, teoría y prácticas [...] en todo aquello que podría resumirse en ¿para qué y/o para quién se hace antropología?” (2010: 94), reflexiones que deben estar presentes en todo

momento durante el desarrollo de las distintas etapas del trabajo de investigación que requiera la interacción y el involucramiento con los otros con quienes se construye un conocimiento, y con los que se establece una relación inherente de influencia y afectación mutua, aun cuando éste no sea uno de los objetivos.

Como toda investigación de carácter antropológico, la intensión de este trabajo es mostrar una serie de posibilidades desde donde se pueda observar y explicar un mismo fenómeno, como este caso la IVPH, agente causal del cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer relacionados, cuyas causas para su presencia son multifactoriales. Desde las bases que construyen la antropología en salud, es importante mencionar que fue necesario plantear los alcances acordes con esta investigación desde dos aspectos centrales: lo académico (teoría) y la práctica, donde el primero permitiera posicionar a la antropología en salud como una disciplina fundamental donde se engrana la biomedicina y las ciencias sociales para explicar el proceso salud-enfermedad respecto a la infección por VPH y todos aquellos elementos que la conforman, así como los distintos enfoques teóricos de los cuales se apoya para dar sustento al análisis de los casos de las mujeres que han adquirido el virus (objetos de estudio) mediante la observación y la aplicación del método etnográfico.

En lo práctico se buscó que los resultados del trabajo abrieran y flexibilizaran los horizontes de abordaje en torno a la IVPH como antecedente de CaCu y como ITS, desde el ámbito biomédico, pero también del entorno social, como parte de una realidad que se ha modificado y vivido por todas aquellas personas que han tenido la experiencia de adquirir el virus y percibirlo en sus distintas etapas de aparición y desarrollo, así como en sus síntomas y proceso de tratamientos. Ante todo, el objetivo fue lograr una concientización conjunta de lo que implica adquirir este virus desde los distintos roles que a cada uno de los sujetos involucrados en el proceso de abordaje le toque desempeñar, y con ello crear mejores estrategias de acompañamiento y de resignificación de la infección por el virus como enfermedad en lo individual y lo social.

Al ser una investigación que se realizó dentro de una institución hospitalaria, las consideraciones y dilemas éticos tomaron otra dimensión. De primer momento,

someter el protocolo a evaluación por los comités de ética e investigación del HGM, como un requisito central para poder tener acceso a las instalaciones del hospital, a los documentos y consultas necesarios para el desarrollo del trabajo de campo y la obtención de información cuantitativa y cualitativa, significó una labor complicada, pues aunque no se quisiera, era no sólo un sometimiento a evaluaciones donde domina la perspectiva científica de la metodología cuantitativa, sino, indirectamente, el intento de abrir horizontes y ampliar este conocimiento biomédico meramente positivista, hacia las propuestas y aportaciones que ofrecen los estudios de corte cualitativo. La adecuación de éste a los lineamientos solicitados implicó un compromiso no sólo con la institución, sino con los pacientes con los que se trabajó mediante la observación no participante, en un primer momento y, posteriormente, con los casos seleccionados para las entrevistas a profundidad, pues por el tipo de investigación no muy común dentro de la institución, era necesario un manejo cauteloso que dejara en claro los objetivos y procesos que se realizarían a lo largo del trabajo.

La institución como responsable no sólo del cuidado y la atención a los pacientes, sino de su identidad y confidencialidad, ha señalado lineamientos que todo aquel que pretenda realizar investigaciones de carácter biomédico o social al interior de sus instalaciones y con la materia prima que de ahí se obtiene (pacientes), debe seguir a medida que se observe un compromiso con la confidencialidad y el adecuado uso de los datos e información que de ahí se obtienen. La exigencia del cumplimiento de estos lineamientos no es poca, es fundamental se afirme un interés explícito por el resguardo de los códigos de ética y el no daño a los/as pacientes con las que se pretende trabajar. Estos factores hacen del proceso de evaluación un tanto complicado en la medida que se deben cumplir con los lineamientos requeridos, pero con la seguridad de que implícita y explícitamente el compromiso y el respeto hacia el paciente prevalece, pues más que verse como un objeto de estudio, se toma en su calidad de persona que puede proporcionar información, pero sobre la cual se pueden ejercer algún tipo de influencia o impacto si no se maneja bajo los códigos de ética señalados.

Así entonces, los abordajes y precauciones que se tomarían en cuenta en el desarrollo de la investigación con respecto al cuidado de las pacientes/informantes, quedaron puntualmente asentados en la elaboración meticulosa del consentimiento informado (anexo 7) cuyo interés y objetivo principal es el resguardo a la seguridad y confidencialidad de las pacientes.

La carta de consentimiento informado se elaboró considerando los ejes fundamentales que fueron:

- Proporcionar a las participantes, a grandes rasgos, la información necesaria sobre el trabajo a realizar y los objetivos pretendidos con su colaboración,
- Resguardar su identidad mediante el uso de nombres ficticios, que en este caso fueron elegidos por ellas mismas como una forma de agradecimiento y de respeto a su derecho de elegir,
- Proporcionar los medios de contacto de las investigadoras involucradas, por si se presentara alguna duda o solicitud de apoyo, siempre y cuando éste se pudiera proporcionar.
- Asentar puntualmente el respeto a su voluntad de participación o bien de no hacerlo y, de aceptar, retirarse durante la entrevista si es que ya no quisiera seguir en el proceso, sin repercusión alguna ni por parte de las investigadoras, no por la institución que ofrece el servicio, ya que la participación se asentó como voluntaria.

Presentar este documento significó no sólo una prueba de seguridad para la institución hospitalaria sino una garantía de resguardo y seguridad de las pacientes; para la universidad la seguridad de que el trabajo se ha realizado bajo los códigos de ética y profesionalismo inculcados por la institución académica; y para los investigadores que realizamos el trabajo, un respaldo del ejercicio ético y profesional con que éste se realizó, dejando muy en claro la importancia de no daño y no maleficencia con que se ejerce la profesión, y que tienen como objetivo, de acuerdo a Potter, “relacionar hechos biológicos y valores humanos [con el fin de] construir un puente entre la cultura y la ciencia” (Moreno, 2010: 317).

## Capítulo IV

### El Hospital General de México y la atención a la Infección del Virus del Papiloma Humano

#### 4.1 Antecedentes e historia del Hospital General de México

Doy inicio a este capítulo con las palabras de Francisco Fernández con las que intenta englobar la importancia del surgimiento de uno de los recintos sanitarios más emblemáticos a lo largo la historia de la medicina mexicana, y que marcó la evolución y la transición hacia el progreso y la modernidad en términos de política, ciencia, cultura y medicina, acordes con el periodo de transformación que vivía el país a finales del siglo XIX y principios del XX:

*La Historia del Hospital General, es de las [de] más alta importancia. Porque representa la madurez de la Medicina en México: Es la historia de la Medicina en México durante el último medio siglo, época la más compleja y más interesante de todas (1946: 7).*

La observación de la historia hospitalaria nacional permite interpretar las experiencias, necesidades y metamorfosis sociales en vías de un desarrollo enfocado en la salud y el bienestar de los sujetos que conforman las diversas sociedades donde están surgen, y que se convierten en el reflejo de su estado no sólo en términos de medicina, ciencia y tecnología, sino de economía y política internas, pues como este mismo autor expresa: “No siendo la Historia sino la experiencia de la especie humana a través de los siglos, la Historia de una institución es la experiencia de todos sus componentes a través de los años” (Fernández, 1956: 7).

El siglo XIX fue sin duda fundamental para el desarrollo de la medicina en general. En México, las instituciones hospitalarias que existían estaban distribuidas y clasificadas de acuerdo al padecimiento o enfermedad en la que se enfocaran para su atención y cuidado; sin embargo, más que fungir como centros de disipación de la enfermedad, eran espacios del cuidado y albergue a los enfermos, por lo tanto, para fines de dicho siglo, y con los avances y descubrimientos en el terreno de la medicina en Europa, era necesario modificar

las estructuras nosocomiales, ya que éstas, como bien lo expone Johanna Bleker en su participación en la elaboración del texto *Crónica de la medicina*:

[...] *no respondían a las exigencias establecidas por las naciones extranjeras, que hacía tiempo habían reglamentado las instituciones médicas para conferir una mayor operatividad, [y con ello establecer] una nueva clasificación de los establecimientos con actividad benéfica, en virtud de la cual quedaban perfectamente diferenciados los hospitales, las casas de misericordia, los hospicios, los asilos y los manicomios* (2003: 337).

La primera institución con la denominación de Hospital General se remonta a 1567 a cargo de su fundador Bernardino Álvarez, el cual más que cumplir las funciones de un hospital fungía como “asilo de convalecientes y de enfermos que, dicho en términos modernos, eran verdaderos desadaptados sociales: débiles mentales y locos” (Fernández, 1946: 16). Posteriormente surgieron otros hospitales enfocados al cuidado de enfermedades diversas atendidos por médicos y religiosas que se encargaban del cuidado de los enfermos que a ellos llegaban a solicitar auxilio y atención. Se tienen datos que en la época colonial existían alrededor de nueve hospitales, entre los cuales se reconocían el de la *Limpia Concepción* (más tarde y aún en la actualidad reconocido como Hospital de Jesús), *San José de Indios*, *el Amor de Dios* (que atendía las enfermedades venéreas, en particular la sífilis, común en la época), *San Lázaro* y *San Hipólito* (para el tratamiento de enfermedades demenciales), *Epifanía u Hospital Infantil Franciscano*, *Real de Naturales* (para la atención a indígenas), *Nuestra Señora de Monserrat* (para enfermos crónicos), y el *Hospital de San Andrés*, sobre el cual se cimientan los antecedentes del actual Hospital General de México.

Desde estos antecedentes como Hospital de San Andrés, se tiene conocimiento que en él albergaban a los principales maestros para la enseñanza en el campo de la medicina, tales como el Dr. Luis de Montañón, de quien se sabe fue precursor de la enseñanza clínica en México (Fernández, 1946), y que a partir de ahí se dio continuidad a esta labor bivalente de las instituciones hospitalarias que perviven hasta nuestros días: la atención médica y la enseñanza y la formación de los futuros médicos. En este sentido, desde estos antecedentes ya se comenzaba a delinear el panorama de relevancia y prestigio del cual gozaría el



actual Hospital General de México; sin perder de vista las limitantes estructurales y contextuales de la época en la cual se circunscribe, a partir de este momento dicho recinto sanitario ya era reconocido por sus avances en temas de terapéutica médica y la innovación en técnicas tales como el uso de la anestesia con cloroformo usada por primera vez en el país.

Desde su inauguración en 1905, el Hospital General de México rompió con estas antiguas estructuras para convertirse en una institución médica de gran expectativa y desarrollo. Símbolo del progreso, la modernidad y la vanguardia científica, éste fue pensado para concentrar todos los servicios de atención a la salud que hasta entonces se encontraban dispersos en distintos hospitales enfocados al tratamiento y atención de enfermedades y padecimientos particulares y más comunes de la época.

Encomendado a la experiencia de Dr. Eduardo Liceaga, médico perteneciente a las altas esferas de la sociedad médica decimonónica y la política porfirista,<sup>30</sup> y del ingeniero Roberto Gayol, este recinto fue pensado para “que reuniera en una sola administración todos los establecimientos que dependían de la Beneficencia Pública con el fin de mejorar de este modo las condiciones de las personas que buscan asilo en ellas” (Citado por Sánchez, 2002: 16); es decir, la atención a los diversos padecimientos que eran tratados en hospitales destinados para cada enfermedad, ahora pasarían a concentrarse en cada uno de los pabellones que formaban parte de la estructura de este naciente e imponente edificio hospitalario. Para cubrir las expectativas presidenciales de Porfirio Díaz, los encargados del realizar dicho proyecto tomaron para el modelo de construcción y distribución la influencia de algunos hospitales europeos y norteamericanos, reflejo de este afamado y deseado progreso detrás del cual se escondía uno de

---

<sup>30</sup> Eduardo Liceaga fue un destacado médico nacido en el estado de Guanajuato el 13 de octubre de 1839. Ingresó a la Escuela de Medicina en 1959, y al culminar su formación fue acreedor a la medalla otorgada a los alumnos distinguidos. Entre sus mayores aportaciones al campo de la medicina se encuentra el uso por primera vez en México del bromuro de potasio para el tratamiento de la epilepsia, y la fundación de la “Sociedad Familiar de Medicina” en conjunto con otros médicos de renombre, y de la cual se derive una importante revista de temas médicos. Ha sido reconocido por su labor a favor de las grandes instituciones como la fundación del Hospital de Maternidad e Infancia y el Hospital General de México, así como por su papel desempeñado como presidente del consejo Superior de Salubridad y como director de la Escuela superior de Medicina, en ambos cargos impulsando la modernidad y el desarrollo social.

los fines principales del porfiriato: europeizar el país a partir del ejercicio de una política de la modernidad y una marcada desigualdad social latente, pero sin dejar de considerar, como lo afirma Gabino Sánchez (2002), algunos elementos locales y propios del lugar que reflejaran el objetivo del progreso porfirista concretado en otra de sus máximas obras que sin duda dio impulso y posicionó al México de la época a la vanguardia del desarrollo sanitario. En este periodo, se concretaron asimismo una serie de continuas adquisiciones y actualizaciones de materiales y métodos médicos provenientes del viejo continente y Norteamérica, como los rayos X que años después, para ser específicos en 1927, llegarían a México al Hospital General; la radioterapia<sup>31</sup> que apareció como un tratamiento terapéutico adecuado para el tratamiento de ulceraciones, lesiones y carcinomas el cual, para 1905,<sup>32</sup> es usado sobre todo en el ámbito ginecológico, pues para este año se usó para el tratamiento del cáncer cervicouterino.

La vanguardia del uso y aplicación de nuevos aparatos y técnicas para la exploración, detección y tratamiento de enfermedades, pronto le darían al hospital General el reconocimiento como el principal Hospital de la ciudad destinado a ofrecer servicios de atención a la salud a la población en general, sin distinción de clase y raza (pensando en los referentes nominativos propios de la época) que pudieran limitar los servicios y la atención, pues desde sus inicios fue pensado como un espacio abierto a todos aquellos individuos que requirieran y solicitaran sus servicios.<sup>33</sup> Los deseos de su creador, Eduardo Liceaga, poco a poco se

---

<sup>31</sup> De acuerdo en lo que se apunta en el texto sobre la Historia del Hospital General, en el tiempo en que llega la radioterapia a México bajo el resguardo de dicha institución, se registraba una alta frecuencia de casos de cáncer cervicouterino, por lo que este estudio resultó de gran importancia para el tratamiento de neoplasias epiteliales. Su uso se había restringido sólo a este tratamiento, pues para esta época en otros países donde ya había sido usado, daban cuenta de las imprecisiones y consecuencias de usarla en casos de enfermedades inflamatorias y otros tumores epiteliales (Díaz y Viesca, 2010: 168).

<sup>32</sup> Este año resulta importante para la historia hospitalaria mexicana no sólo por ser el año de la inauguración del Hospital General de México, sino porque se presentaron una serie de sucesos y avances médicos importantes para la historia de la medicina, ya que se tiene registro que en este año hubo casos de cáncer de cérvix que fueron curados con radio, se descubrió el agente causal de la sífilis, y se dieron avances sustanciales respecto a problemas del corazón, lo que determinó el surgimiento de las primeras especialidades que tiempo después surgieron en dicha institución hospitalaria.

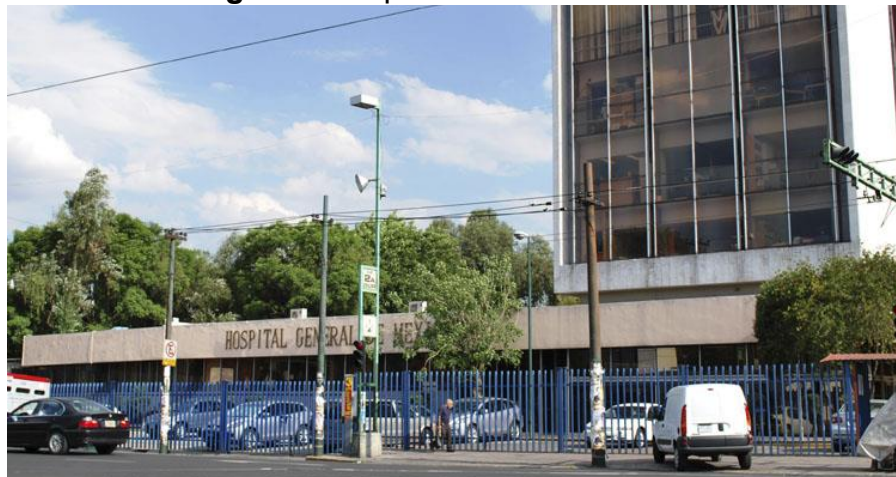
<sup>33</sup> Al mencionar que el Hospital General fue pensado como un espacio abierto al servicio de todos los individuos sin distinción de clase y raza, no quiere decir que esta noción de clase que generaba separación de la población fuera ya inexistente y estuviera anulada, pues como se hablará más

convertían en una realidad, que a su vez vislumbraba un cambio en la perspectiva de los servicios de salud y la atención misma que se da a partir del desempeño del papel del médico, quien representa la figura “que medita al lado del enfermo acerca de las posibles vías para su curación, y para la curación de cada individuo y colectiva” (Ortiz, 1986: 5).

Los propósitos del Dr. Eduardo Liceaga frente al proyecto de construcción del Hospital General de México, mismo que ahora lleva su nombre, se sintetizan en las siguientes líneas que expone Federico Ortiz al decir que:

*El tránsito hacia la modernidad implica un cambio de estimación en los valores de la observación de actitudes y expectativas, y está basado, entre otras cosas, en las diferentes formas de desarrollo económico que tienden a la autosuficiencia; para mejorar las condiciones de vida de la población; en un despegue científico-técnico bien orientado que debe tener como propósito ser útil a la sociedad; en una industrialización sana que permita el desarrollo de un país; en la popularización del conocimiento; en el ejercicio racional de la autoridad y en la participación política de la sociedad para resolver problemas que son de su incumbencia (1986: 6).*

**Imagen 1.** Hospital General de México.



Fuente: Foto tomada de la página del HGM  
[http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/mapa\\_ubicacion.html](http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/mapa_ubicacion.html)

---

adelante, al interior del hospital se pensó en un área propia para la distinción de clases sociales altas, las cuales se encontraban aisladas de la población general.

#### **4.1.1 Distribución y organización hospitalaria**

Los pabellones que conformaban el nuevo hospital estaban distribuidos de manera independiente para que todo enfermo que al él recurriera tuviera un lugar donde recibir la atención requerida sin importar el tipo de enfermedad que presentara, pues cada área estaba acondicionada para el tratamiento de las enfermedades infecciosas y no infecciosas. La distribución se planeó para brindar una atención unificada de los diversos problemas de salud existentes en la época y con ello albergar y dar servicios a todos aquellos que requerían un espacio sanitario necesario para la atención a la salud.

Los primeros pabellones estaban destinados al albergue de los enfermos con los padecimientos más comunes de la época como el tifo, la tuberculosis, el mal del pinto o de San Lázaro, la sífilis, y otras infecciones como las oculares u otras de carácter interno (Sánchez, 2002: 16), además del área infantil y de maternidad. La separación de estos pabellones se puede concebir como el antecedente de lo que años después se denominarían las especialidades médicas que demandaron la construcción y separación en más pabellones al interior del Hospital General. La estructura y distribución no surgieron al azar y de un simple capricho arquitectónico de influencia europea, pues ha de notarse que previamente se hizo un análisis de las características y condiciones bajo las cuales se presentaban y desarrollaban las enfermedades más comunes, y a partir de ello considerarlas para la construcción del ambiente necesario para mejorar las condiciones de los enfermos y evitar la propagación de las mismas. Las explicaciones médico-científicas y los avances tecnológicos favorecieron la concentración de la atención a las diversas enfermedades, dándole un nuevo giro a la forma de concebir y contribuir a las instituciones sanitarias en el país.

Fiel a la denominación de Hospital General, construir y dividir la novedosa unidad hospitalaria en pabellones partió de un estudio previo sobre las enfermedades y su condición de infecciosas y no infecciosas, pues se tenía la idea de concentrar todos los servicios y atenciones a la salud en un mismo espacio, para lo cual era indispensable crear áreas médicas autosuficientes con las condiciones óptimas para proporcionar una atención de calidad como la que se

tenía prevista, y la cual se basaba en las pautas de la higiene moderna y la pulcra asepsia tanto del espacio como de las ropas y los instrumentos, como la más poderosa herramienta al combate y control de la propagación de infecciones, y por tanto, del tan temido descontrol sanitario. La clave entonces era entender “la compleja relación entre hábito, humano, patógeno, vector y otros factores ecológicos” (Tanimoto, 2005: 19) para poder concentrar la atención a una multiplicidad de enfermedades en un mismo espacio.

Con el paso del tiempo, las unidades hospitalarias enfocadas a la atención de enfermedades específicas, progresivamente sufrieron una serie de cambios entre diversos problemas y carencias propios de un México pos-revolucionario. La creciente poblacional que demandaba mayores espacios para la atención, las reformas estructurales en temas de salubridad y la llegada de diversos médicos que tomaron las riendas directivas del Hospital General, causaron modificaciones estructurales no sólo de administración y servicios, sino a nivel de distribución de espacio.

Entre aparición, desaparición y extensión de unidades, el surgimiento paulatino de las especialidades requirió de la construcción y desplazamiento de nuevas áreas acordes a las condiciones que cada una de ellas demandaba para su desarrollo y servicio, tomando en cuenta las necesidades que surgían y que precisaban la tecnificación e instrumentación científica y médica (aparatos, laboratorios, gabinetes de trabajo, etc.).

Desde esta perspectiva, los pabellones de cardiología, urología y gastroenterología fueron los primeros en conformarse en el año de 1924, y en ser el preámbulo de lo que años más tarde se conocerían como especialidades; y a las cuales les siguieron otras como la obstetricia, dermatología, ortopedia, oftalmología, entre otras.

#### **4.1.2 Investigación y enseñanza**

Desde sus antecedentes como Hospital de San Andrés, el Hospital General albergaba a los principales maestros para la enseñanza en el campo de la medicina, por lo que además de fungir como una institución de atención a todo

aquel que lo necesitara, el proyecto de creación de dicho hospital tenía como otro objetivo clave hacer de esta máxima obra un recinto de la enseñanza de la profesión médica,<sup>34</sup> así lo manifestó Eduardo Liceaga:<sup>35</sup>

*La enseñanza de la medicina, más que otra alguna, debe ser esencialmente objetiva, tiene que hacerse en los enfermos, y todas las naciones civilizadas han convenido en que los que se asistan por la beneficencia pública, sirvan para la enseñanza clínica. Esta práctica redundará en beneficio de los enfermos mismos, que son asistidos con más asiduidad y más cuidadosamente observados. La experiencia de todos los siglos ha demostrado que los mejores médicos son los que han hecho sus estudios en la clínica. Ese beneficio para ellos y esta ventaja para los alumnos que se dedican al estudio de la medicina, imponen la necesidad de completar los establecimientos hospitalarios con departamentos apropiados para hacer la enseñanza médica (1900: 17).*

Este propósito de la enseñanza alcanzó un impulso importante también durante la gestión del Doctor Escalona que inicio en 1917, porque al realizar una reestructuración al interior del hospital, hubo un impulso importante de la vida académica (enseñanza e investigación) que se vio reflejada en la conformación de la Sociedad Médica y la creación de la *Revista Mexicana de Ciencias Médicas* como resultados de este notable desarrollo académico.

Promover la formación docente al interior del hospital requería destinar áreas específicas para construir aulas donde se pudieran impartir las clases en combinación con la formación clínica,<sup>36</sup> método que se basaba en el análisis y la

---

<sup>34</sup> Es importante mencionar que la contribución de los hospitales a la enseñanza y formación de futuros médicos tiene su antecedente desde el S. XVII cuando el hospital de la Limpia Concepción, hoy Hospital de Jesús, ya había impartido en sus instalaciones algunas clases de anatomía. De ahí la tradición se propagó a lo largo de los años y de la historia de los hospitales en la Nueva España y el México pos-colonial, extendiendo su tradición hasta la actualidad.

<sup>35</sup> Uno de los argumentos expuesto por Eduardo Liceaga respecto a nombrar el nuevo espacio hospitalario como Hospital General, responde a que en él se iba a concentrar todos los servicios a los enfermos de todo tipo, postura ante la cual muchos se manifestaron por considerar inadecuada esta posición que, de acuerdo a su perspectiva, no consideraba la peligrosidad de las enfermedades infecciosas. Del mismo modo, el nombre encerraba en sí mismo una postura integral de servicio, pues él consideraba tres puntos fundamentales que debían estar implícitos en la estructura institucional y profesional del nuevo hospital: 1) la buena asistencia a los enfermos, b) contribuir a la enseñanza de la medicina, y 3) accesoriamente contribuir a la educación médica de los enfermos (Fernández, 1946: 59).

<sup>36</sup> El compromiso del hospital con la formación de personal capaz y competente en el ámbito de salud se extendió hasta la creación de la Escuela de Enfermería, ya que, de acuerdo a Liceaga, era necesario formar personal capacitado para ofrecer una atención de calidad a los enfermos, con

observación de casos particulares, y que se reflejaba en la calidad de las investigaciones que se difundían en sus propias publicaciones, lo que le valió el reconocimiento nacional e internacional como una institución pública al frente de la atención de la salud de la población, pero también como generadora y transmisora de conocimiento,<sup>37</sup> fiel a las palabras que en algún momento expresó el Dr. Ignacio Chávez: “Si hemos de vivir el ritmo de la medicina moderna, y si hemos de huir del empirismo y la rutina, nos habremos de renovar hoy, mañana y siempre” (Citado por Viesca, 2010: 187). Centrarse en la formación e investigación de carácter médico tenía como objetivo “la creación de una nueva ciencia mexicana” (Viesca, 2010: 154), así como la conformación de la Sociedad Médica en 1908 y la Gaceta Médica de México.

El gremio que lo conformaban lo mismo médicos, farmacéuticos, dentistas que empleados técnicos de la institución, hicieron de este centro hospitalario un órgano de vanguardia médica, académica y de investigación, modelo e influencia para otras instituciones en el país.

#### **4.1.3 La formación de un nuevo pabellón: oncología y la inserción de la clínica de displasias**

Después de la fundación de las unidades de cardiología y urología -parteaguas de las especialidades médicas en México-, en 1937<sup>38</sup> surgió el pabellón de cancerología (hoy oncología) con el apoyo del doctor Ignacio Millán, cuya gestión reveló un impulso sustancial en la adquisición de aparatos de radioterapia por emanación que se consiguió unos meses después, convirtiéndose en el primero

---

personal bien preparado en el ámbito del cuidado y el auxilio a los médicos. Cabe mencionar que hasta entonces las mujeres que estaban al cuidado de los enfermos eran las religiosas de distintas órdenes y congregaciones religiosas que, a pesar de su afamada condición de servicio, no poseían ninguna instrucción profesional; o bien, de mujeres con una instrucción mínima que no llegaban a tener el nivel requerido para los fines del nuevo hospital que demandaba personal bien educado, instruido y competente en el tema no sólo del cuidado y la atención al paciente, sino en conocimientos médicos que le permitiera convertirse en la auxiliar idóneo de los médicos tratantes.

<sup>37</sup> Para 1946 el hospital ya contaba con cuatro centros de investigación: el antiguo departamento de investigaciones médicas enfocado a los estudios de tifo y brucelosis, el de anatomía patológica, el de urología y el de endocrinología.

<sup>38</sup> Se tienen datos de que la unidad de cancerología se creó como tal en 1922 por gestiones del doctor Genaro Escalona; sin embargo, fue hasta quince años después que fue inaugurada propiamente la unidad (García Irigoyen y Martínez Guzmán, 2009: 86).

en su especie en el ámbito médico mexicano. Este médico trabajó para hacer de la unidad un servicio de eficiencia al nivel de las otras unidades médicas que se habían fundado, que mantuviera la imagen y el prestigio vanguardista y progresista del Hospital General. Para 1942 se creó la primera Campaña Nacional de Lucha contra el Cáncer con el apoyo del doctor Guillermo Montaña Islas quien, a su regreso de Europa, fungió como director de dicha campaña. Al igual que éste último, hubo una oleada de médicos provenientes del Hospital Medical de New York, El Christie Hospital de Manchester y el Royal Mariden de Londres, que se incorporaron al Hospital General por su especialización en el tratamiento del cáncer, lo que fortalecía y elevaba el prestigio de esta institución sanitaria.

De ahí en adelante, la unidad de cancerología ha albergado a gran número de médicos, residentes e investigadores que han dado continuidad al legado progresista que muchos médicos, en distintos momentos de la historia, cultivaron para fortalecer los servicios de calidad y la difusión de los avances médicos y científicos no sólo para la institución, sino para el país entero.

Desde su creación, la unidad de cancerología, después nombrada como oncología, tuvo un impulso sustancial en la investigación sobre el origen de los tumores oncológicos y la aparición de estos en las áreas cervicales y mamarias, implementando y creando los laboratorios de endocrinología, los cuales eran la base instrumental a partir de la cual se podían realizar dichas investigaciones. Esta innovación y vanguardia tecnológica en materia médica se debió ante todo a la adquisición de aparatos de punta para el tratamiento de enfermedades, y a la aplicación de nuevos métodos y pruebas de detección oportuna que evitaban el desarrollo de padecimientos más complejos y hasta mortales como los casos de cáncer. Como prueba de ello, en dicho hospital, y en particular al interior de este espacio oncológico, en 1980 se fundó por primera vez en el país la clínica de displasias, convertido desde 1993 en el Centro Nacional de Clínicas de Displasias (CENACLID), a cargo del Dr. Fernando Cruz Talonia, la cual surgió en concordancia con las campañas de lucha contra el cáncer promovidas por el dr. Horacio Zalce, a propósito del cáncer cervicouterino que para los años 50's era la primera causa de muerte y, aunque para los años 80's ya había disminuido, era



importante contar con un espacio que diera continuidad al combate, detección y control del agente causal, el virus del papiloma humano.<sup>39</sup>

**Imagen 2.** Unidad de oncología, pabellón 111.



Fuente: Foto tomada de la página del HGM  
[http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/area\\_medica/onco/inicio.html](http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/area_medica/onco/inicio.html)

El doctor Fernando Cruz Talonia es un cirujano oncólogo que, tras estudiar colposcopia<sup>40</sup> en Boston, Estados Unidos, la trajo por primera vez a México, en particular al Hospital General de México mediante la fundación del ya mencionado

---

<sup>39</sup> Cabe destacar que en esta misma década se confirma que este virus es el causante del desarrollo de cáncer cervicouterino (Viesca, 2010).

<sup>40</sup> La colposcopia fue descubierta por primera vez por el ginecólogo alemán Hans Hilsenmann, quien en 1924 comenzó con las primeras observaciones del cérvix con el colposcopio, aportando así su utilidad en la detección temprana y oportuna de las primeras manifestaciones de cáncer, y perfeccionando las características de éste mismo para lograr un mejor uso y con ello una mayor efectividad. Con aciertos y desaciertos, este médico dedicó gran parte de su vida a la colposcopia y al estudio de los fenómenos displásicos que presenciaba en la zona cervical. Después de la Segunda Guerra Mundial y tras recibir y cumplir una condena por crímenes de nazis cometidos contra tres mujeres gitanas a las cuales se les esterilizó fuera de su propia voluntad, viajó a Rio de Janeiro, Brasil, donde se le concedió un importante reconocimiento por sus aportaciones a la detección precoz del carcinoma de cuello de útero (Fusco, *et.al.*, 2008). El conocimiento de esta nueva técnica se fue difundiendo por toda Europa y luego por Estados Unidos y Brasil principalmente, por médicos que de alguna manera tuvieron acceso o contacto con dicha información, y que se encargaron de propagarla, lo que dio pie a la creación de grupos y sociedades destinadas a un mismo interés: la aplicación de la colposcopia y el desarrollo de investigaciones a ella relacionadas (Colegio de Colposcopistas. Historia. Fuente: <http://colposcopistas.com/colegio/historia/>. Fecha de consulta 20 de octubre de 2016).

CENACLID. Dicho hospital fue el centro desde donde el conocimiento de esta nueva modalidad de detección oportuna se expandió, pues cabe destacar que este médico se dedicó a visitar cada rincón de la República para informar y reclutar médicos locales que se incorporaran al entonces diplomado de formación, con la finalidad de que a su término regresaran a sus estados de origen a ejercer la práctica.

Con el apoyo del en ese entonces secretario de salud, el doctor Jesús Kumate, el CENACLID se convirtió en el formador de un sin número de colposcopistas adscritos a algunas de las instituciones del sector salud como IMSS, ISSSTE, SEDENA y otras dependencias de salud públicas y privadas, por la impartición del diplomado de formación cuya duración en un inicio fue de un año (sólo para la primera generación), y posteriormente se redujo a seis meses para las generaciones subsecuentes,<sup>41</sup> con el reconocimiento de la Secretaría de Salud.

Tras el retiro por jubilación de la Secretaria de Salud, el doctor Cruz Talonia se enfocó de lleno en dirigir la clínica de colposcopia que lleva su nombre, Fundación Cruz Talonia A.C., la cual tuvo su origen desde 1997, y que dirige hasta la actualidad dando continuidad a la formación de generaciones de colposcopistas, pero ahora con un diplomado con reconocimiento y aval no sólo de la Secretaría de Salud, sino de la Universidad Nacional Autónoma de México, llevando hasta ahora un total aproximado de 16 generaciones de profesionales de la colposcopia.

A la salida de doctor Cruz Talonia, y la conformación del área de colposcopia en la unidad de ginecología, dos son los médicos que quedaron al frente de dicha clínica para dar seguimiento a la propagación de esta práctica y conocimiento: el doctor Guillermo Gómez Gutiérrez en la unidad de oncología, y el doctor Sergio Bruno Muñoz en la unidad de ginecología. De acuerdo a lo que comenta el personal administrativo de la unidad, la separación y creación de un mismo servicio en dos áreas diferentes no responde a alguna motivo o lógica en particular, se piensa sólo como un apoyo logístico y relacional; es decir, ante el incremento de la población que ha adquirido la IVPH y que por tanto requiere el

---

<sup>41</sup> Algunos miembros del personal administrativo del Hospital General de México, y que trabajaron muy de cerca con el doctor Cruz Talonia, afirman que fueron alrededor de 39 generaciones de colposcopistas las que se formaron al interior de dicha institución, antes del retiro del su fundador.

servicio, fue necesaria la creación de otro servicio de colposcopia para dar una mayor afluencia, así una parte es enviada a ginecología (área de colposcopia) y otra a oncología (clínica de displasias),<sup>42</sup> aunque sin protocolos o lineamientos que especifiquen a quiénes se envían a uno u otro lugar.<sup>43</sup>

Ahora bien, no se puede olvidar que, por tratarse de un tratamiento de detección en el área cervical, que corresponde a la zona genital, la relación que guarda con el ámbito ginecológico fortaleció el argumento de demanda y justificación para fundar un servicio de colposcopia en la unidad de gineco-obstetricia, a fin de que se realizara una detección y tratamiento temprano y oportuno de cualquier presencia de displasia. Sin embargo, a pesar de la existencia de dicho servicio en este pabellón de ginecología como un apoyo de tránsito y tratamiento de pacientes, la unidad de oncología mantiene su primacía e importancia al interior del hospital, pues ésta cuenta con los aparatos y el personal necesarios para realizar todo el proceso necesario de detección y tratamiento en cualquier nivel de desarrollo displásico y neoplásico, por lo que muchos de los casos de mayor complejidad que no pueden ser ya tratados en ginecología son tratados en esta otra unidad, sobre todo los que salen de este esquema considerado de lesiones leves o pre invasoras provocadas por presencia de IVPH;<sup>44</sup> además de que es ahí donde a lo largo del tiempo se ha dado continuidad y apoyo a los diversos trabajos de investigación dirigidos hacia el virus del papiloma humano y el genoma del cáncer cervicouterino por medio del estudio del DNA de las pacientes que asisten (García Irigoyen, 2009).

---

<sup>42</sup> De acuerdo a lo expuesto por el personal de salud que se encuentra al frente de la clínica de displasias, el tipo de la población que llega a ambas unidades es indistinto, esto quiere decir que, desde la consulta externa, primer filtro por el que todo paciente asistente al Hospital General de México, las mujeres son informadas de la existencia de ambos lugares para comenzar su tratamiento, de tal manera que en un primer momento ellas eligen a qué pabellón asistir, siempre y cuando no asistan ya con un diagnóstico avanzado preciso que inmediatamente requiera un envío directo a oncología.

<sup>43</sup> Hasta donde se tiene conocimiento, en medicina preventiva también se atienden casos de IVPH, aunque no se sabe en qué casos y hasta qué nivel de desarrollo. Parece no haber comunicación entre ésta y los servicios de oncología y ginecología.

<sup>44</sup> En particular, el área de colposcopia correspondiente a la unidad de ginecología se enfoca principalmente a la atención de mujeres con lesiones de bajo grado por IVPH, embarazadas con IVPH, y al tratamiento de vulva, molusco contagioso y herpes; mientras que en oncología se atiende casos de mujeres con lesiones invasoras por VPH de bajo y alto grado, carcinoma *in situ*, y post radiadas, además de que también se atiende a hombres.

## 4.2 Protocolos de atención a las Infecciones de Trasmisión Sexual

El referente más inmediato que se tiene sobre el tratamiento de las enfermedades venéreas, hoy conocidas como infecciones de transmisión sexual (ITS) se remonta a la época colonial con el Hospital del Amor de Dios (también conocido como de las Bubas), el cual se caracterizaba por atender enfermos de sífilis principalmente, y el cual estaba destinado única y exclusivamente para la atención a este tipo de enfermedades que, por su carácter contagioso y dañino, requería aislamiento para evitar su propagación, de acuerdo a las creencias de la época.

Tras la desaparición de este primer hospital, el tratamiento de las enfermedades venero-sifilíticas pasó al Hospital de San Andrés, y de éste al Hospital General de México, con las condiciones necesarias para su control y aislamiento. Tras la desaparición de este pabellón se formó la unidad 113 de ginecología, la encargada de ver y tratar todo lo relativo a la mujer como el climaterio, endometriosis, prolapsos de órganos pélvicos, etcétera, y las entonces denominadas enfermedades de transmisión sexual. Aunque de existir un síntoma oncológico sea en mama, cérvix y matriz, por mencionar algunos, los casos eran remitidos a la unidad de cancerología para su estudio y tratamiento. Al darse la fusión de las unidades de ginecología y maternidad, que dieron como resultado la naciente unidad de ginecobstetricia<sup>45</sup> en 1970, años después, específicamente en 1992, sucedieron una serie de cambios y reformas que marcaron un proceso de avances y renovación tecnológica, en particular en los espacios destinados a los cuidados neonatales y ginecológicos con la adquisición de nuevos aparatos de ultrasonidos, colposcopias e histeroscopios con restectoscopio para cirugías mínimas, que se conjugaron con una serie de programas enfocados en el embarazo adolescente, la diabetes gestacional, y otros relacionados al climaterio (García Irigoyen, 2009).

Así pues, la atención a estas enfermedades quedaba bien definida en ambas unidades de especialidad: Toda infección de transmisión sexual (ITS) era atendida en el pabellón de ginecología y obstetricia, siempre y cuando no hubiera

---

<sup>45</sup> Aunque cabe destacar que García Irigoyen (2009) señala que esta fusión se dio desde 1968.

una señal neoplásica que requiriera los servicios y tratamientos del personal médico del área de oncología.

En la actualidad éste sigue siendo el mismo criterio de atención. Las ITS se abordan y se tratan en el área de ginecología de acuerdo sólo a los conocimientos generales que tienen los ginecólogos sobre ellas, pues hasta el momento parece no existir un manual institucional de procedimientos para el abordaje de estas enfermedades al interior del hospital y la unidad donde se atienden. Todo parece indicar que la ruta que siguen las pacientes que presentan alguna infección de este tipo pasan primero por consulta externa donde les dan su pase a la especialidad, luego asisten al pabellón 112, ubicación actual de la unidad de ginecología y obstetricia a sacar su cita, se presentan el día que ésta les fue indicada, y ahí son exploradas y sometidas al tratamiento que cada una requiera. Salvo los casos de VPH y VIH que son referidas desde la consulta externa a áreas específicas como colposcopia e infectología respectivamente, todas las demás son tratadas por los ginecólogos que se encuentra en esta unidad médica, por lo que no es gratuito que en dicho pabellón se encuentre, por ejemplo, la clínica de vulva a propósito de muchas afecciones que se pueden relacionar a ITS y que se manifiesta en esta zona genital.

El pabellón de ginecología y obstetricia se ubica entre los pabellones de gastroenterología y dermatología, sobre el mismo pasillo final que conduce a la unidad de oncología. La consulta se ofrece en un horario de 8:00 a 13:00 horas de lunes a viernes tanto para pacientes de primera vez como subsecuentes.

Específicamente para la atención a la infección por VPH, existe también un área de colposcopia que se ubica en el primer piso de dicha unidad, bajo el servicio de los médicos residentes que se encuentran en formación mediante el diplomado de colposcopia, y el apoyo y supervisión de los médicos de base.

El horario de atención para colposcopía inicia a las 8:00 de la mañana para pacientes de primera vez, las subsecuentes se atienden en dos horarios específicos: 9:30 y 11:30 horas conforme a especificaciones señaladas en la página del HGM, donde se agrega las condiciones básicas en que se deben presentar las mujeres que asisten al servicio para cualquier estudio:

- Asistir con falda o vestido
- Sin menstruar
- Sin aplicación de medicamentos vía vaginal cuando menos 4 días antes

Del mismo modo se asientan los requisitos de carácter administrativo que deben cubrir:

- Presentar carnet
- Hoja de interconsulta
- Ficha de pago

Aunque en esta unidad se considera existe la clínica de ITS, no hay lineamientos claros y específicos sobre su abordaje y tratamiento que permitan reconstruir una trayectoria de atención a todo lo relacionado con la sexualidad, fuera del embarazo y aquellas afecciones en el aparato reproductor y zona genital que surgen de alteraciones biológicas donde no está presente el factor transmisión.

### **4.3 La atención a mujeres con Infección del Virus del Papiloma Humano**

En la actualidad la unidad de oncología se encuentra en el pabellón 111, ubicado al final del último pasillo en el lado derecho, y cercano a medicina interna y geriatría que se encuentran frente a los almacenes y los cuartos de máquinas. Este espacio oncológico marca uno de los límites que conforman el amplio territorio sobre el que está constituido el Hospital General, pues ocupa parte de la escuadra que enmarcan las calles de Dr. Jiménez y Dr. Márquez, y que resultan colindantes con el hospital infantil “Federico Gómez”.

Por su ubicación espacial, este pabellón oncológico se distingue por ser un amplio y moderno edificio conformado por cuatro pisos divididos en los distintos departamentos y servicios que se ofrecen como tumores de cabeza y cuello, tumores ginecológicos, tumores mixtos, tumores mamarios, tumores ginecológicos, radio-oncología, oncología médica, prótesis maxilofacial, colposcopia, mastrografía, cuidados intensivos, medicina interna, investigación y

nutrición oncológica, cuidados paliativos, psico-oncología y psiquiatría, seguridad radiológica, enseñanza y radiología.

La clínica de displasias se ubica en el primer piso,<sup>46</sup> en un área delimitada que comparte con tumores mixtos y tumores ginecológicos, y que se encuentra del lado derecho al subir las escaleras. Cada área cuenta con personal específico tanto administrativo como médico que da continuidad y seguimiento a las necesidades de cada uno de los pacientes que a ellos asisten; no obstante, la sala de espera es común a los tres servicios y carece de una adecuada distribución que permita ubicar el servicio al cual se asiste, pues en un mismo espacio confluyen personas de ambos géneros, edades y condiciones (físicas y de salud). Ante este panorama no es difícil encontrar personas confundidas y dudosas de a dónde y con quién se deben dirigir para resolver dudas o solicitar la atención, a pesar de que cada escritorio o módulo cuenta con un letrero del servicio que ofrecen, así como otro donde se especifican los requisitos que las mujeres deben presentar previo a la consulta de primera vez, y que en mucho se repiten para las citas subsecuentes.

La sala de espera es común a los tres servicios, cuenta con una serie de bancas para la espera de pacientes y familiares sin distinción o delimitación para cada usuario de cada uno de dichos servicios. Como en todo tiempo, el espacio hospitalario conformado por la sala de espera sigue siendo un lugar de múltiples facetas, no es únicamente un área donde se espera recibir una atención médica de especialidad, ahí se intercambia ideas y confidencias de la vida cotidiana mientras se espera recibir el servicio. Es un espacio de catarsis e identificación con otras mujeres que tienen el mismo padecimiento.

El CENACLID está conformado por seis áreas a describir:

**1. Consultorios.** Hay dos áreas de consultorios: los de exploración y los de interrogatorios y elaboración de documentación. Los primeros son cinco y están

---

<sup>46</sup> El lugar donde actualmente se ubica la clínica de displasias es muy reciente. Desde el 2010 aproximadamente que terminaron la construcción y remodelación de la nueva unidad de oncología, el CENACLID fue removido de su anterior espacio improvisado ubicado en la parte baja de la unidad, y le fue asignado un espacio acondicionado de acuerdo a las necesidades del servicio en el primer piso donde se encuentra hoy en día.

ubicados en medio de la unidad (entre los consultorios de interrogatorio y el archivo o sala común de emisión de documentación) y separados de dos e dos por muros y cortinas plegadizas que ayudan a resguardar un poco la privacidad de las mujeres que en cada uno se revisa. Hay uno que se ubica de manera independiente al resto de los otros cuatro, es el que menos está en uso, y por lo regular sólo se ponen en servicio cuando es necesario desahogar la consulta porque está es mucha, o para la exploración de los casos masculinos. Cada uno contienen una cama de exploración, un colposcopio, instrumentos y materiales necesarios para la realización de pruebas citológicas, colposcopia y biopsia -en caso que se requiera- (espejos vaginales, pinzas uterinas, pinzas de biopsia, cepillos endocervicales, laminillas, ácido acético, fijador para laminillas, etc.), material de asepsia para el personal involucrado (médicos, enfermeras y pacientes) y un depósito de residuos RPBI (Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos). Asimismo, hay cuatro consultorios para interrogatorio clínico y expedición de diagnósticos y recetas ubicados en la parte frontal de la unidad, donde los escritorios que resguardan la papelería (notas de evolución, solicitudes de laboratorio y gabinete, solicitudes de interconsulta, recetas, etc.), las máquinas de escribir, las computadoras y las sillas destinadas para los médicos y las pacientes, son parte del mobiliario que los componen; un consultorio (el número 5) está destinado a la concentración de pacientes que son llamadas por bloques de 6 a 8, y que esperan ahí su turno de consulta, al interior sólo hay un escritorio y sillas para hacer más ligera la espera (Ver imagen 3).



**Imagen 3.** Consultorios de exploración y archivo CENACLID.



Fuente: Elaboración propia.

**2. Consultorio de tratamientos quirúrgicos.** Es un área muy iluminada que permite la entrada de la luz natural. Está conformado por una pequeña área donde las pacientes se preparan para el procedimiento, un biombo, la cama de exploración, el colposcopio, dos unidades de electrocirugía, la unidad de láser de CO<sub>2</sub>, un aspirador potente con filtros,<sup>47</sup> el carro de curación y materiales, el carro rojo,<sup>48</sup> una báscula y un baumanómetro. En esta área las enfermeras al frente de la asistencia a los tratamientos anotan en una libreta que se encuentra bajo su control, los reportes del estado en el que llegan las pacientes (signos vitales, presión, temperatura, diagnóstico con el cual fue enviada a tratamiento), así como el estado en el que se encuentran mientras transcurre el procedimiento, y las

---

<sup>47</sup> Este sistema tiene como objetivo “extraer el humo derivado de la vaporización del tejido por efecto energético del láser, permitiendo la visibilidad del laserterapeuta durante el tratamiento y evitar que se expongan partículas infectadas o perjudiciales” (programa Nacional de Formación... 1993: 22)

<sup>48</sup> El carro rojo contiene principalmente equipo médico, material y fármacos necesario y exclusivos para la atención de pacientes con evento de paro cardiaco o algún otro tipo de complicación.

condiciones que presentan una vez finalizado el tratamiento y durante la etapa de recuperación (imagen 4).

**Imagen 4.** Consultorio de tratamientos quirúrgicos.



Fuente: Elaboración propia.

**3. Área de enfermeras y bodega de materiales.** Es un espacio apto para el resguardo de materiales y sustancias bajo el resguardo del personal de enfermería. Al interior hay un pequeño cubículo acondicionado con un locker para el uso única y exclusivamente de las enfermeras, y fuera de él muebles de estantería donde se mantienen bajo llave y estricto control instrumentales de tal importancia como algunas piezas que conforman la unidad de láser, que además de delicadas son de un elevado costo, y ciertas sustancias y materiales necesarias para los tratamientos que se realizan en la unidad.

**4. Oficina del jefe de servicio.** Tiene todo el mobiliario necesario para el desempeño de sus actividades.

**5. Área de limpieza y lavado de materiales.** Está a cargo también del personal de enfermería, y es un espacio con tarjas y material de limpieza, tal y como se muestra en la imagen 5.

**Imagen 5.** Área de limpieza y lavado de materiales



Fuente: Elaboración propia.

**6. Espacios en común.** Existen cuatro espacios que son de uso y tránsito común:

- El archivo localizado al fondo y en medio de los consultorios 3 y 4, donde además se encuentra un escritorio destinado para el uso de la secretaria que está al frente de los trámites de la consulta, y una vitrina donde se acomoda y se administra parte de la papelería requerida por el personal médico y de enfermería.
- Aquel donde se encuentra el lavabo para el lavado de manos continuo que deben tener los médicos, y que está equipado con jabón antibacterial, papel de secado y depósitos de basura.
- Una zona común ubicada al fondo y en medio de los consultorios 1 y 2, donde por las mañanas, antes de la consulta, se imparten clases a los

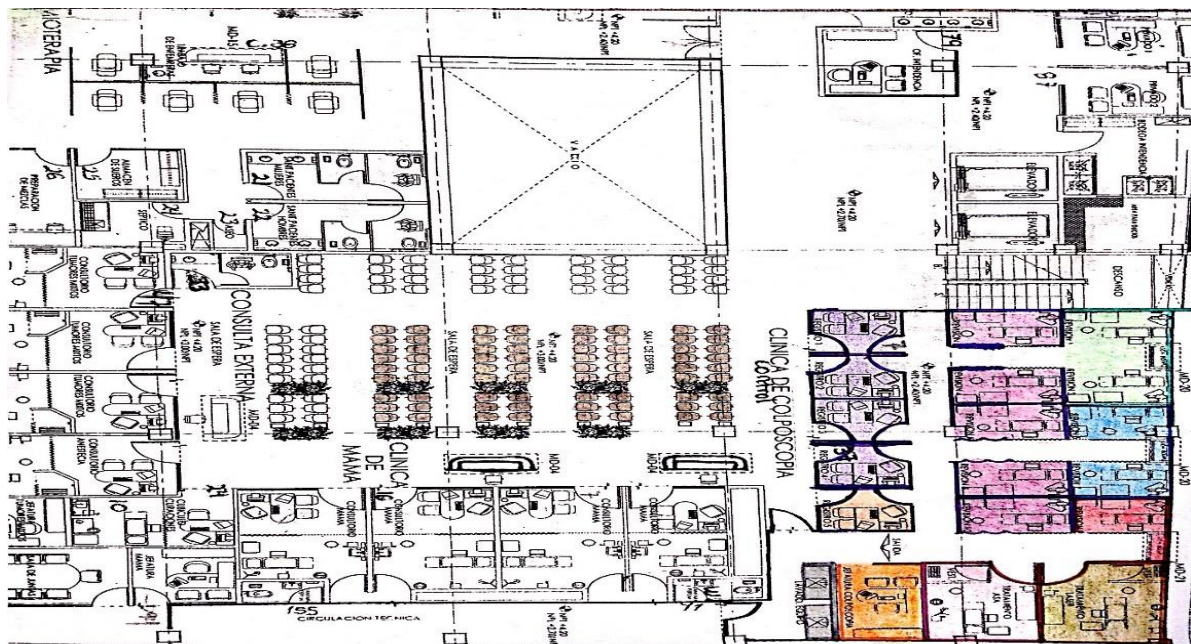
residentes en formación, y una vez iniciada la consulta, funge como espacio común donde los médicos interrogan a las pacientes, capturan sus diagnósticos y complementan los expedientes cuando alguno de los consultorios destinados para dicha labor se encuentran ocupados o alguna de las máquinas o computadoras de los consultorios no funciona. Por lo tanto, el mobiliario que lo conforma es común al resto de los anteriormente descritos, salvo que a éste se anexa un locker grande destinado para que los residentes resguardan sus cosas personales.

- Un espacio de usos múltiples ubicado entre el consultorio de exploración 5 y el consultorio de tratamientos. En un inicio esta área se creó con la intención de que fuera otro consultorio de exploración (consultorio 6), no obstante, con el tiempo se fue convirtiendo y acondicionando como una sala de usos múltiples; dotado de mobiliario y herramientas propicias para el llenado de documentación pre y post tratamiento quirúrgico, vitrinas donde se guardan documentos diversos y algunas partes de instrumental utilizado para la realización de asa quirúrgica, por ejemplo; la camilla y las sillas ahí presentes, hacen de esta zona el lugar de recuperación post-quirúrgica.

El mapa que a continuación se presenta muestra la distribución espacial del Centro Nacional de Clínica de Displasias (CENACLID) interior y exterior.

**Figura 1.** Simbología y plano de distribución del CENACLID.

	Consultorios de exploración (1-4)
	Consultorio de espera para las pacientes (5)
	Consultorios de interrogación y elaboración de documentos
	Consultorio de tratamientos
	Área de enfermeras y bodega de materiales
	Oficina del jefe de servicio
	Área de limpieza y lavado de materiales
	Archivo
	Área académica/ área de interrogatorio y elaboración de documentos
	Espacio de usos múltiples
	Sala de espera



Fuente: Elaboración propia a partir de un documento reproducido y proporcionado por el personal administrativo de la unidad de oncología del HGM.<sup>49</sup>

La ruta hospitalaria que siguen las mujeres que requieren el servicio inicia propiamente con el paso por medicina externa cuya función, como un primer nivel de atención, es atender, canalizar y seleccionar a los pacientes de acuerdo a sus complicaciones y necesidades en términos de salud, para después filtrarlos y distribuirlos a las diversas especialidades que cada uno requiera. Una vez que han sido canalizadas al servicio de colposcopia, y siguiendo con el procedimiento administrativo hospitalario al presentar un diagnóstico previo de IVPH por otra institución pública o privada, o por sospecha de acuerdo a una sintomatología específica, las mujeres son referidas bien al área de colposcopia de la unidad de ginecología, o a la correspondiente en la unidad de oncología para la realización de las pruebas de tamizaje y colposcopia pertinentes para determinar la presencia de la infección por este virus, así como el estado o tipo de lesión, a partir de los

<sup>49</sup> Como es de notarse, la distribución espacial que en este mapa se presenta no corresponde en su totalidad a la distribución actual, pues como se mencionó con anterioridad, displasias comparte área con tumores mixtos y tumores ginecológicos, ya no con la clínica de mamá y la consulta externa como se señala en el mapa presentado.

cuales se establece el periodo, el tipo y el tratamiento requerido para cada caso en particular.

Una vez referidas a esta unidad y tramitado su carnet que las reconoce formalmente como pacientes de esta institución, las mujeres asisten al módulo de citas en un horario de 10:00 a 13:00 horas para la programación de su consulta, así como para tener conocimiento de los requisitos y las condiciones bajo las cuales se tienen que presentar el día de su consulta de primera vez, y que se desglosan en una especie de cartel pegado en uno de los muros que están del lado del CENACLID y en una de las ventanas del consultorio 1 por la parte externa que da justo hacia la sala de espera a la vista de las usuarias. Estos requisitos son los siguientes:

- Presentar el día de la consulta un *Papanicolaou* vigente cuya procedencia puede ser de algún laboratorio particular o del mismo Hospital General, y con una antigüedad no mayor a dos meses antes de su consulta,
- Asistir con falda, aseada y desayunada,
- Presentarse con un acompañante.

Es importante destacar que a pesar de que dichos lineamientos son presentados de manera visible mediante estos pequeños carteles, son también reproducidos por la secretaria a cargo mediante una explicación oral y personal una vez que la consulta ha sido agendada.

En la consulta, el proceso inicia propiamente con la recepción de carnets o tarjetas de programación de citas que comienza a las 8:00 de la mañana cuando llega el personal administrativo del hospital encargado de realizar esta labor y de buscar y concentrar los expedientes y los resultados de las pacientes que asisten sea por entrega de resultados, por seguimiento y valoración de procedimientos clínicos, o bien, por realización de tratamiento quirúrgico. Una vez culminada esta actividad, alistadas las enfermeras que inician jornada desde las 7:00 de la mañana con la supervisión de la limpieza del espacio, la revisión y la preparación de consultorios; incorporados los residentes después de salir de clases y llegados los médicos de base, a las 9:30 horas da inicio propiamente la consulta,



culminando hasta que se atiende a la última paciente en un horario muy variable, pues ésta depende de las pacientes que se hayan citado por día, las que se hayan presentado, y las urgencias o referencias que se presenten de otros servicios durante la mañana o jornada de trabajo.<sup>50</sup>

La logística del servicio consta de la distribución y separación de las pacientes de acuerdo al servicio solicitado (resultados, colposcopia o tratamiento), el cual es perfectamente clasificado por el personal de recepción que se encarga de distinguir a cada una de las pacientes mediante la colocación de tarjetones de colores que además permiten contabilizar el número de asistencia por día: los tarjetones rosas son para aquellas a las que se les hace entrega de resultados (*Papanicolaou* o biopsia); mientras que los tarjetones azules denotan el paso a colposcopia<sup>51</sup> con el médico tratante. Los carnets que indican tratamiento o consulta para hombres son separados del resto para que, una vez que todos los carnets recibidos son entregados al jefe del servicio para el registro de la estadística interna, estos sean entregados al personal de enfermería encargado del apoyo en la consulta y los tratamientos para su control y distribución en cada uno de los consultorios donde se atiende.

Durante la entrega de resultados, cabe destacar que si estos no denotan evidencia alguna que requiera tratamiento o la realización de otro tipo de pruebas,

---

<sup>50</sup> Durante la observación al interior de la consulta se pudo observar que había días en que el promedio de la consulta variaba mucho, pues si bien influía que las usuarias no asistieran a su cita programada, también eran determinantes otros factores como que había días que se programaban más citas que en otros días, y que, a decir del personal de enfermería, en ocasiones se pasaban a consulta a muchas pacientes que no tenían programada la cita para el día en que ellas se presentaban, a pesar de que en los requisitos para la citas de colposcopia pegados en el muro y en la ventana de uno de los consultorios se estipula la siguiente leyenda: "Observación: si se presentan a las 8:00 de la mañana con los requisitos mencionados arriba, pasa ese mismo día, aun sin tener cita programada en su carnet". No obstante, desde la perspectiva del personal de salud que interviene, ha sido la falta de orden y rigor para llevar de manera adecuada la logística de la consulta diaria, lo que causa descontrol y molestia en el personal médico y de enfermería con el personal administrativo al frente de dicha labor. A ello se suma que el puesto de secretaria al ser constantemente cambiado o suplantado genera confusiones, inconsistencias e irregularidades en la forma en que las labores propias de este puesto deben ser desempeñadas, por lo que es difícil establecer acuerdos de desempeño y comunicación entre el personal involucrado que repercute en beneficios para un adecuado ambiente y desarrollo laboral que se refleje en beneficios para las usuarias.

<sup>51</sup> En la clínica de displasias la colposcopia es un estudio/revisión que se realiza conjunta a la consulta, de tal manera que las pacientes no presentan fichas de pago de consulta, sino de colposcopia cada que asisten al servicio.

estos son entregados por el personal médico en una consulta de poca duración, pero en algunas ocasiones se ha podido observar que estos han sido entregados por el personal de recepción sin necesidad de que las pacientes pasen con el médico, pues en ese mismo momento se comunica a la paciente el resultado y se le agenda su próxima consulta de control (en 1 año) de acuerdo a las indicaciones del médico que los interpreta. Y, por el contrario, si el resultado de las pruebas realizadas muestra evidencias de condilomatosis, lesiones cervicales, lesiones inflamatorias o diagnóstico poco claro, las pacientes son referidas inmediatamente a consulta/colposcopia para revisión y explicación de procedimiento a seguir.

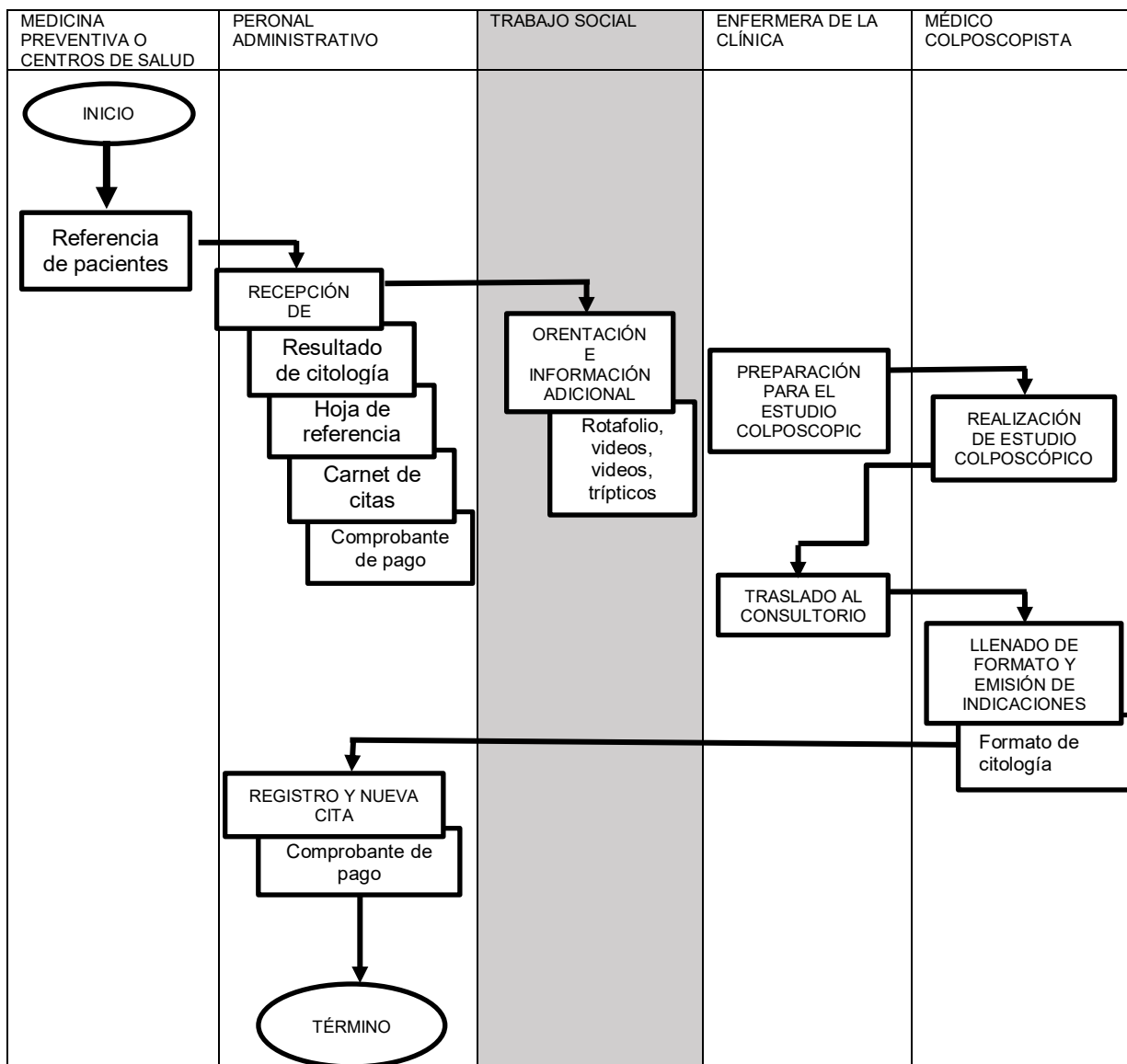
En particular, para la atención a mujeres diagnosticadas con lesión intrapitelial de bajo grado, y de acuerdo a las *Guías de diagnóstico y tratamiento de pacientes de la Clínica de Colposcopia de la Unidad de oncología de Hospital General de México* (s/f), el médico debe realizar en la primera consulta:

- Interrogatorio dirigido.
- Estudio colposcópico.
- Reporte colposcópico por escrito que debe contener descripción, diagnóstico, plan de tratamiento y próxima cita.
- Toma de biopsia dirigida por colposcopia
- Solicitud de estudio histopatológico que debe contener el nombre completo de la paciente, número de expediente clínico único, edad, sexo, diagnóstico colposcópico, antecedentes, reporte de otros estudios, tipo de biopsia realizada, sitio y/o localización de donde se tomó la biopsia.
- Historia clínica
- Proporcionar cita para entrega de resultados de biopsia o de la revisión de laminillas.

Este proceso se explica en el siguiente diagrama de flujo:



**Figura 2.** Procedimiento de atención para pacientes de primera vez.



Fuente: *Manual de procedimientos Clínica de Colposcopia, 2006: 25.*

En este diagrama se señalan dos aspectos en el proceso de la consulta sobre los que se tienen que hacer hincapié: 1) La labor del personal de trabajo social en la actualidad es inexistente. Si bien hay áreas de trabajo social distribuidas a lo largo de la unidad oncológica dispuestas a atender a los usuarios de los distintos servicios, ésta no está presente en la clínica de displasias como hasta hace algún tiempo para ofrecer atención particular a sus usuarias (os), de tal modo que las actividades que en algún momento eran responsabilidad de este departamento

han desaparecido, ya no se lleva un registro ni se rastrea a las pacientes, ni hay quien les ofrezca la información y la orientación necesaria acerca de su padecimiento. 2) A pesar de que una de las indicaciones previas a la consulta es presentarse con los resultados de *Papanicolaou* reciente, esta puede ser tomado de nueva cuenta antes de la colposcopia por dos motivos en particular:

1. Hay pacientes que omiten esta indicación y se presentan el día de la consulta sin esta prueba.
2. Cuando los resultados de la citología revelan algún tipo de alteración, ésta se vuelve a tomar para corroborar los resultados y proceder entonces con la evaluación y el diseño clínico a aplicar, pues al existir un margen de error importante que puede dar falsos positivos, se busca evitar la realización de tratamientos no adecuados o innecesarios.

Para las consultas subsecuentes se sigue en su mayor parte el protocolo aplicado a la consulta de primera vez, con la diferencia de que al ya existir en esta etapa resultados citológicos e histopatológicos, se construye y determina el procedimiento a seguir, sean tratamientos menores acompañados de vigilancia periódica para ver si las lesiones ceden o no, o un tratamiento quirúrgico el cual debe ser explicado y autorizado por la paciente quien debe de firmar una solicitud de autorización antes de la realización de cualquiera de las modalidades de tratamiento vigentes en el CENACLID: resección con asa electroquirúrgica,<sup>52</sup> vaporización con láser<sup>53 54</sup> y en su momento la criocirugía, las cuales se realizan de manera ambulatoria.

---

<sup>52</sup> El **asa electroquirúrgica o electrocirugía** es un procedimiento basado en el “empleo de la corriente eléctrica interna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor a 5mm (*Manual de procedimientos...*, 2006: s/p).

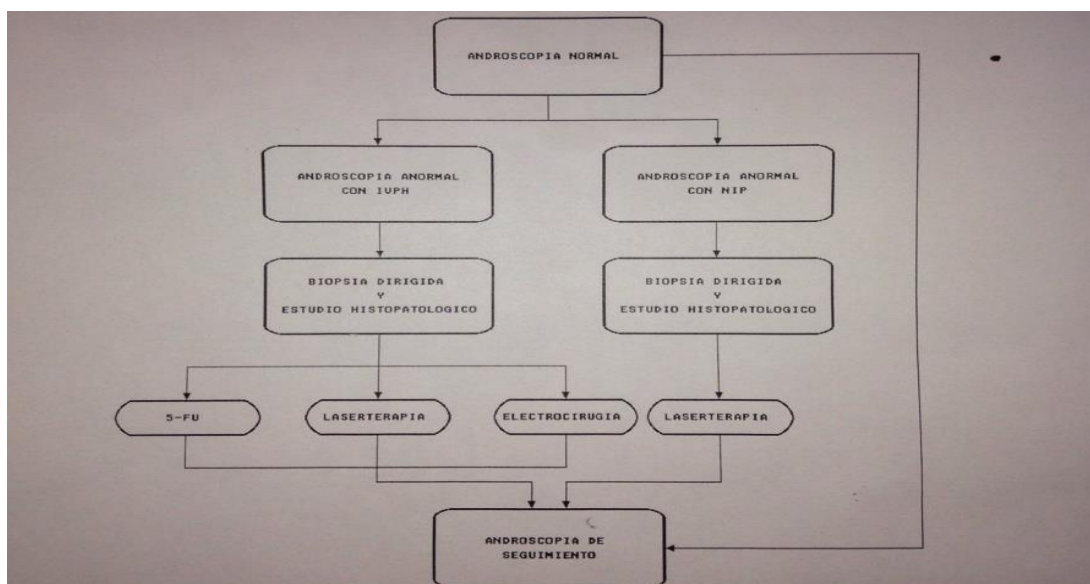
<sup>53</sup> La **vaporización con láser** consiste en el uso de energía fotónica (partículas de luz) capaz de destruir o escindir lesiones o zonas de transformación presentes en el cuello del útero.

<sup>54</sup> De acuerdo a lo que señala el personal de salud, y conforme a lo que se expone en los manuales y guías de procedimientos, la **criocirugía** era otro de los procedimientos que se realizaban para el tratamiento de lesiones, y que se centra en la aplicación de temperatura inferior a los cero grados causada al movilizar nitrógeno líquido a alta presión. Hoy en día este procedimiento ya no se realiza al menos en el CENACLID por una falta del equipo, y por la limitación en su espectro de indicación al ser útil sólo para los casos que presenten eversión glandular y lesión de bajo grado.

Cabe señalar que las usuarias se convierten en pacientes subsecuentes con expediente en la clínica de displasias una vez que se determina que éstas deben ser sometidas a cualquiera de los tratamientos quirúrgicos, de lo contrario se consideran pacientes bajo vigilancia constante para evitar que se presenten lesiones que requieran intervenciones mayores.

En el CENACLID se ofrece también atención a hombres con IVPH, los cuales también son sometidos a las pruebas y tratamientos pertinentes (penoscopias y anoscopias), lo que representa un compromiso sustancial con la población en general por medio de estrategias efectivas y concretas de combate y control de este virus que incluyen la atención necesaria para mujeres y hombres. Sin embargo, dado que la población masculina que acude a solicitar el servicio es aún mínima, la atención sólo se ofrece los días miércoles de cada semana.<sup>55</sup> Desde 1993, el doctor Fernando Cruz Talonia estableció los lineamientos a seguir para el tratamiento de los casos masculinos que se sintetizan en el siguiente diagrama y que en mucho siguen vigentes:

**Figura 3.** Flujograma de atención del hombre.



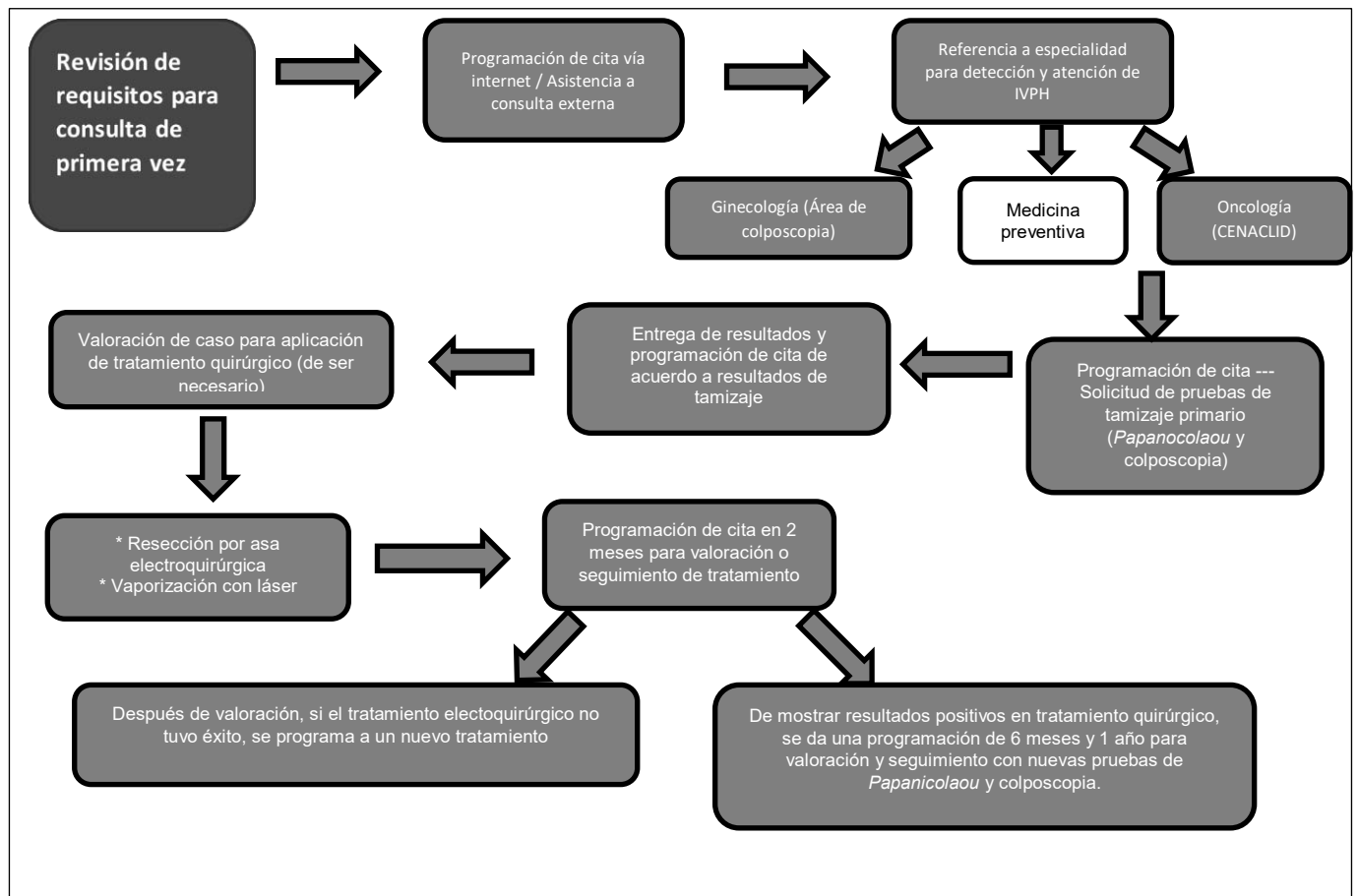
Fuente: *Programa y Manual de Procedimientos*, 1993: 37.

<sup>55</sup> De acuerdo a lo que señala el personal de salud a cargo de este servicio, los hombres con IVPH anteriormente eran tratados principalmente en la unidad de urología, aún se siguen atendiendo ahí, pero ya también en el CENACLID.

Los costos de los servicios médicos se encuentran estandarizados, todas y cada una de las usuarias y usuarios que ahí asisten pagan una tarifa estándar por cada uno de los estudios, pruebas y tratamientos que se les realizan. Las consultas no se pagan como tal, sino como servicio de colposcopia, pues cada que asisten se les realiza este estudio en conjunto con la consulta, y las indicaciones son muy claras al respecto, pues no se aceptan fichas de pago por consulta, sino por colposcopia o cualquier otra prueba o tratamiento que sea indicado y solicitado por los médicos tratantes.

En términos generales, el flujograma que a continuación se presenta intenta ilustrar la trayectoria del servicio por el cual tiene que pasar toda mujer que recibe atención en el CENACLID para su tratamiento y control de la IVPH.

**Figura 4.** Flujograma de la atención que siguen las mujeres que se atienden en el HGM.



Fuente: Elaboración propia.

## Capítulo V

### Los expedientes clínicos como herramienta de búsqueda y selección de casos

#### 5.1 Qué es un expediente clínico

A lo largo de la historia, ha sido fundamental para el hombre recopilar y registrar procesos de asistencia y atención que ha recibido ante situaciones relevantes o complicadas de resolver por sus propios medios.

El expediente, en términos generales, se entiende como aquella documentación o conjunto de documentos que tratan de un asunto o caso en particular sobre el cual se desea saber, o bien, tener un conocimiento más completo y profundo. Así pues, y reconociendo su importancia, el expediente se ha identificado y clasificado en distintos tipos de acuerdo al contenido de la información y los fines que se establecen para que éste sea creado: jurídico-legal, laboral, administrativo y clínico, cada uno con sus características y lineamientos particulares dependiendo lo que se quiere captar o a lo que se le da mayor relevancia. En el ámbito médico, registrar los hallazgos y las intervenciones que se realizan dentro del proceso salud-enfermedad, no sólo han permitido ilustrar y describir casos particulares, han sido parte de los registros a partir de los cuales se ha podido conocer el proceso evolutivo de las enfermedades y los avances médicos que se han realizado sobre las técnicas aplicadas y las medidas tomadas bajo un plan de acción terapéutica.

El expediente clínico es la herramienta de apoyo básica de la consulta médica. Al resguardar la serie de documentos e imágenes que revelan el tratamiento y diagnóstico sobre la enfermedad, hacen de éste una evidencia fehaciente del seguimiento y protocolo que ha seguido un paciente a lo largo de su trayectoria clínica. Para el médico es la guía de todo un proceso que ya se ha realizado para estabilizar o mantener la salud de un paciente, y el replanteamiento de nuevos métodos o estrategias para lograr objetivos particulares enfocados a la salud. Por su importancia, requiere de un esquema de seguimiento que especifica las partes que lo integran, una estructura que rigen los parámetros y el protocolo

a considerar por toda institución de salud pública o privada, sin olvidar que cada una de ellas tiene su propio modelo y particularidades de acuerdo a sus políticas de atención a nivel interno, y a las necesidades de control y registro de la consulta o el servicio que ofrecen.

Está conformado por una serie de documentos que ilustran y describen el panorama de interpretación e intervención para conservar y restaurar el equilibrio corporal y la salud de un paciente, entre los cuales se encuentra la historia clínica. Aunque ambos son considerados registros del paciente, son dos cosas distintas. La historia clínica es comprendida como aquel documento que:

*[...] sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que puede ser provisional en su primera etapa, y se afirmará o negará con el análisis del resultado de las investigaciones de laboratorio clínico, radiográficas, endoscópicas o de otro tipo (Raimundo Llanio, citado por Barreto, 2000: 50).*

Un concepto al cual Jesús Barreto agrega que contiene:

*[...] todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación, y rehabilitación de la salud (2000: 50).*

De acuerdo a Morgan y Engel (1971) se compone por siete puntos fundamentales:

- Datos para la identificación del enfermo
- Procedencia y autenticidad de la historia clínica
- Padecimiento actuales
- Estado de salud en el pasado
- Antecedentes familiares de salud
- Historia personal y social
- Revisión de sistemas

Estos apartados se subdividen con rubros específicos que resultan de importancia para nutrir y completar el perfil del enfermo, y con ello obtener más precisión de los antecedentes y el estado nosológico de enfermo que aumente las posibilidades de acción y éxito de los tratamientos o intervenciones a realizar.

El expediente clínico o médico, de acuerdo a Morgan y Engel, es aquella guía que orienta al médico sobre el estado actual y pasado del enfermo mediante una descripción diagnóstica y pronóstica. En ella se guardan aquellos registros que describen “la evolución de la enfermedad, las opiniones de los médicos consultores, los resultados de las pruebas de laboratorio, las técnicas especiales que fueron empleadas, así como las respuestas del enfermo al tratamiento” (1971: 168).

La Norma Oficial Mexicana de 1998,<sup>56</sup> referente a los lineamientos de la atención y el expediente clínico, lo definió como el “conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias”.<sup>57</sup> La renovación de la Norma Oficial Mexicana del 2012 presenta una serie de adecuaciones acordes a los avances científicos y tecnológicos que inciden en los lineamientos para la conformación del expediente, y donde ya se considera que éste no es sólo el conjunto de documentos de toda índole que sirven como base y respaldo para toda intervención médica, sino un concentrado documental de carácter ético que garantiza a los pacientes su derecho y voluntad respecto a la atención médica, pues se concibe como la “materialización del derecho a la protección de la salud” (NOM-004-SSA3-2012). Así entonces, el concepto de expediente clínico se redefinió como el:

*[...] conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos,*

---

<sup>56</sup> Es importante mencionar que la Norma Oficial Mexicana de 1998 es el primer documento donde por primera vez se habla como tal del expediente clínico y se establece la definición y puntos que lo conforman.

<sup>57</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. Fuente: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>. Fecha de consulta: 04 de febrero de 2017.

*electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.*<sup>58</sup>

Dentro del marco jurídico, desde la ONU, se ha hecho hincapié sobre el derecho universal a la salud, pero no se han establecido lineamientos o modelos universales que indiquen y respalden la calidad de la asistencia. Esto se relaciona con el ejercicio ético de la medicina que en la actualidad se rige por los medios y recursos, más que por el compromiso profesional con los pacientes y la sociedad a pesar de que:

*[...] la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con la intención de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante (Citado por Rojas y Peñaloza, 2009: 125).*

Garantizar la protección y seguridad de los pacientes de todo riesgo y consecuencia que implica la atención clínica, es un factor ético que se refleja y se rastrea mediante la conformación documental de los expedientes, que si bien reflejan los procesos paulatinos y a detalle en que se aborda y trata la enfermedad, también dejan entrever rasgos de comunicación y acercamientos que el médico tiene con los pacientes, si es que se sabe observar y analizar la serie de documentos y reportes que lo conforman.

El expediente entonces no es sólo la historia o el transcurso clínico y evaluación de casos particulares, es también la evaluación de los criterios, decisiones e intervenciones médicas que permiten reconocer o no la labor de cada uno de los médicos que intervienen desde sus distintas posiciones y cúmulo de conocimientos, deberes y valores sobre los casos a tratar.

---

<sup>58</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Fuente: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012). Fecha de consulta: 04 de febrero de 2017.



Bajo esta perspectiva, no es gratuito que el expediente clínico adquiera connotaciones jurídicas y legales por su calidad de ser el documento oficial que revela aciertos o faltas éticas que merecen bien ser reconocidas o denunciadas por los pacientes, por el gremio médico y por la sociedad en general.

En la actualidad existen dos tipos de expediente clínico que algunas instituciones de salud han adoptado como medida complementaria de resguardo a la información, y como formas para optimizar la captura y el manejo de la información en él contenida: el físico y el electrónico. El expediente físico integra un método de captura, organización y manejo documental resguardado en un área hospitalaria específica que requiere del cuidado, la protección, la conservación y la organización de personal preparado y destinado para su adecuado manejo en cada consulta donde éste se requiere. Por su parte el expediente electrónico es de carácter digital y tiene como objetivo

*[...] garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud, [...] adecuar los criterios bajo los cuales se deben generar, procesar, conservar, interpretar y asegurar el intercambio de información entre Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, [...] así como los mecanismos mediante los cuales se emitirán especificaciones técnicas para los posibles escenarios de intercambio y para el diseño de este tipo de sistemas (NOM-024-SSA3-2012).<sup>59</sup>*

En formato físico o digital, el expediente clínico, desde el marco de lo legal, es de carácter confidencial, de uso limitado sólo para el personal médico y de salud que lo consulta, lo actualiza y lo toma como una brújula para dirigir la terapéutica del paciente. Al ser un referente y una evidencia clara del tratamiento médico sobre el paciente, puede fungir como prueba fehaciente al interior de un juicio legal, o bien, como herramienta fundamental para el análisis y descripción de casos y estudios de carácter científico. La claridad y la concreción deben ser sus mejores características, pues de ello depende evitar malas interpretaciones de un pasado

---

<sup>59</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, *Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.* Fuente: <http://www.dgjs.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-024-SSA3-2012.pdf>. Fecha de consulta: 04 de febrero de 2017.

que tenga repercusiones hacia un futuro terapéutico, con un vocabulario preciso y neutral que se preste a la comprensión en todo momento y todo lugar, fuera de juicios de valor y emociones tanto del personal médico, como de los pacientes, pues la imparcialidad debe ser el punto de equilibrio que permita al profesional actuar de acuerdo a su conocimiento y su intuición profesional.

Por tal razón, el expediente como documento de respaldo e intervención clínica es la herramienta clave que resguarda los secretos y esperanzas de todo paciente que sólo es revelado al médico.

El expediente clínico debe conformarse por los siguientes documentos que se irán adquiriendo y anexando de acuerdo a las distintas etapas de la trayectoria clínica y el nivel de atención requerida:

- Historia clínica
- Examen físico
- Datos de admisión de laboratorio
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan de estudio
- Plan de tratamiento
- Evolución del enfermo del hospital

Dichos documentos garantizan uno a uno la complementariedad con la que se va construyendo un trayecto de pronóstico y diagnóstico clínico que se avoca a objetivos de curación y erradicación de la enfermedad, o cuando menos de estabilidad y freno a los avances que desestabilizan el adecuado funcionamiento orgánico del cuerpo.

## **5.2 El expediente clínico como recurso primario de las investigaciones en ciencias sociales**

Para los trabajos de investigación que se realizan desde una perspectiva de las ciencias sociales y la antropología, el expediente clínico en apariencia resulta una herramienta de poca trascendencia, sin embargo, para campos como la

epidemiología sociocultural y la antropología enfocada a la salud, es un apoyo medular en tanto que en él se contienen datos fundamentales de carácter cuantitativo como los epidemiológicos y sociodemográficos, útiles para tejer el entramado de los antecedentes de cada uno de los casos que se revisa, y con ello separar, seleccionar y clasificar los pacientes o usuarios/as que resulten prototípicos o más óptimos para los fines del estudio.

Desde la epidemiología sociocultural, estos se han utilizado para comprender los factores sociales y culturales inmersos en determinadas enfermedades, para lo cual es importante considerar el contexto y las experiencias sociales donde el individuo y su biología se circunscriben, de acuerdo a lo que plantea Ana Silvia Figueroa (2008), quien además agrega que bajo esta dinámica recurrir a los expedientes permite una mayor comprensión de la complejidad y multidimensionalidad del problema que se aborda, aunque esto represente una labor complicada al momento de articular los datos, si se toman en cuenta las dificultades que se presentan en el transcurso de la revisión, captura y creación de fuentes primarias de información, en donde se está frente a documentos muchas veces incompletos, no organizados, en ocasiones ilegible por la información que se encuentra en papel que por proceso físico sufre deterioros con el tiempo, y por diversas condiciones (materiales-administrativas y ambientales-espaciales) que se presentan en algunos casos y algunos archivos.

Considerando que la epidemiología sociocultural ofrece una forma distinta de observar y abordar los estudios que se rigen bajo esta línea por medio de la ruptura de la epidemiología convencional y académica, por otra más dinámica, constructiva y comprometida que se alcance con la transformación incluso de los métodos de abordar el problema, el expediente clínico adquiere nuevos significados como instrumento y fuente de información, y deja de ser un simple documento de orientación médica para convertirse en un referente de condicionantes biológicos y sociales que fungen como punto de partido para entender determinados problemas de salud. Armando Haro y Paul Hersch abren esta problemática al establecer que se requiere una interdisciplinariedad que amplíe el panorama analítico y práctico de la epidemiología, pero no desde lo

teórico, sino desde una comprensión de esta interdisciplinariedad, sus implicaciones y sus obstáculos de aplicación en este terreno de estudio. Proponen así una epidemiología más práctica u operativa que interprete y proporcione datos si bien estadísticos, de tasa y medidas que son necesarias porque orientan acerca de las manifestaciones de las enfermedades y sus aspectos estructurales, también desde un postura que interprete la “concepción ontológica de las enfermedades – que implica concebirlas como entidades y no como objetos relacionales o formas culturales de nombrar ciertas reacciones o anomalías” (Haro y Hersch, s/f: 3); en otras palabras, se aboga por una perspectiva epidemiológica “incluyente que atienda las diversas dimensiones del daño a la salud como fenómeno reflejo de la sociedad” (Hersch, 2013: 512).

En antropología en salud, bajo el análisis de un enfoque biocultural, y en particular la que se está haciendo al interior de la clínica, el expediente es un instrumento de orientación importante porque resguarda toda la información de carácter biomédico de cada usuaria, necesaria para articular los elementos psicoculturales y los biológicos que subyacen a la enfermedad, en este caso en particular, la que se refiere a la infección por VPH, en un sentido de interrelación entre las condiciones biológicas perceptibles, concretas y medibles como la sintomatología, el diagnóstico y todo lo que se asocia a las condicionantes que favorecieron la adquisición del virus, y los significados sociales manifiestos en las representaciones y prácticas que existen sobre la enfermedad, y que repercute en las formas de abordarla en la vida cotidiana mediante estrategias de transformación y adaptación a una nueva realidad (Peña, 2012). Entonces, esta herramienta documental desde este enfoque se convierte en la base con la que se comienza a entablar un diálogo interdisciplinario y complementario, preámbulo de la descripción de un proceso tan común y a la vez particular como es el proceso de enfermar y atender la enfermedad desde los referentes sociales y culturales con el que cada individuo carga.

A lo anteriormente expuesto se liga la importancia de la aplicación y desarrollo de la metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, desde el expediente clínico, mayormente abocado a lo cuantitativo, que contiene la información

suficiente y necesaria para codificar y ordenar la información con la que se pueda esbozar la realidad concreta del problema a estudiar, fenómeno que será profundizado y complementado con lo cualitativo que ofrece los elementos necesarios para extraer e interpretar los datos que se revelan sobre una realidad dada relacionada al factor IVPH, problema que aquí nos ocupa.

En síntesis, para los médicos el expediente es el conjunto de formularios y resultados de pruebas que orientan su conocimiento y su práctica hacia un objetivo particular: la restauración del estado óptimo y funcional del organismo; para los estudios de corte social, y en particular los que realizan desde la antropología en salud, es una guía que orienta el análisis e interpretación de los elementos que subyacen a la experiencia de enfermar, envuelta en connotaciones de carácter social y cultural que influyen en la forma de significarla, asumirla y abordarla desde su campo de recursos ideológicos y contextuales.

### **5.3 El archivo y los expedientes clínicos en el CENACLID**

Tras realizar el trabajo de campo en el espacio clínico se pudo observar que en la clínica de displasias del Hospital General de México, institución donde se llevó a cabo la investigación, el expediente clínico se conserva de acuerdo a la vieja tradición como documento físico, en formato impreso o elaborado aún con las pesadas máquinas de escribir muy comunes en el siglo XX, y que aún en tiempos modernos y avances tecnológicos, ocupan todavía un lugar crucial en las instituciones de salud pública que transitan entre el deseo por la modernidad y la praxis tecnológica, y las carencias de recursos por la escasez y los recortes presupuestales a las instituciones de salud mexicanas que los obliga a mantener estas viejas pero aún útiles herramientas.

El CENACLID es la única área de la unidad de oncología que resguarda y controla su propio archivo, el resto de las áreas o servicios que conforman dicha unidad se concentran en un solo archivo que se encuentra en la planta baja de este pabellón oncológico, facilitando la consulta y el manejo de los mismos tanto para el personal de salud que así lo solicite en el momento requerido, como para todo aquel que, con el permiso y aval de la institución misma, requiera de ellos

para la obtención de determinada información con fines académicos o de investigación, como este caso en particular. A pesar de las ventajas que brinda tener el archivo en el mismo espacio donde se ofrece la consulta y bajo el control del personal que en él labora, éste no está exento de que asimismo se presenten irregularidades que afectan y entorpecen el adecuado manejo del servicio y la información que de él se puede extraer, tales como la mala ubicación o la pérdida de expedientes, que no se da en muchos casos, pero sí como una constante que está ahí presente. Con respecto a este segundo caso en particular, la pérdida ha obligado a una reapertura de expediente en casos en los que ya se tenían uno abierto y éste no fue encontrado, a reserva de que estos aparezcan a corto plazo, o que su pérdida sea absoluta. Durante la revisión, separación, clasificación de los expedientes se presentaron casos donde una misma usuaria contaba hasta con dos expedientes, o donde algunos estos simplemente nunca aparecieron a pesar de las constantes búsquedas en distintos momentos para su registro en la base de datos elaborada para su manejo.

El archivo se ubica al fondo de la unidad, concretamente entre los consultorios de exploración 3 y 4. Es un área pequeña distribuida por dos grandes anaqueles donde se acomodan los expedientes clasificados por año y numeración consecutiva. Hasta donde se tiene información, los archivos de cada unidad hospitalaria, y en particular de la clínica de displasias, resguardan los expedientes con una antigüedad no mayor a los cinco años, después de este tiempo se depuran y se envían a un área donde los procesan y los eliminan por completo, salvo aquellos casos que permanecen en vigilancia y continuidad, aunque sobrepasen este periodo de cinco años, son conservados como referentes para su consulta, por lo que es común encontrar algunos que se remonten al año 2003.

Los expedientes del CENACLID están conformados por los siguientes documentos a considerar en el aparente orden que se presentan:

- **Hoja de datos generales.** Es una hoja que se proporciona desde la primera cita, cuyo llenado corresponde a las pacientes que solicitan el servicio, y sólo requiere que se asienten datos como el número de expediente único, número de expediente CENACLID (rubros algunas veces llenados por el personal

administrativo al frente de las citas), nombre de la paciente, edad, lugar de origen, estado civil, ocupación, domicilio y nombre de una acompañante o persona responsable de la paciente aun cuando ésta ya sea adulto o mayor de edad.<sup>60</sup>

• **Hoja frontal:** Es seguida de la hoja de datos generales y es un formato propio para la unidad de oncología en general. Está dividida en cuatro apartados: ficha de identificación que concentra el nombre de la paciente, edad, sexo, raza, origen, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono, responsable de la paciente y quién o de dónde la refieren; diagnóstico presuntivo; diagnóstico de ingreso hospitalario por resolver y diagnóstico de egreso hospitalario; así como problemas pendientes que contiene los mismos datos que la anterior, exceptuando el lugar, y el nombre del acompañante o responsable de la paciente (anexo 5).<sup>61</sup>

• **Historia clínica:** está dividida en siete rubros correspondientes a los datos generales de identificación, antecedentes familiares patológicos, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco-obstétricos, descripción y diagnóstico colposcópico, y plan de tratamiento (anexos 6 y 7).

• **Resultados citológicos, tamizaje y patológicos, y nota quirúrgica:** Estos dependen bien de los que ya previamente se hayan realizado las mujeres de manera particular o en la institución pública de referencia antes de solicitar la consulta en el CENACLID, o bien aquellos que son realizados en la institución misma y que poco a poco se van anexando con cada revisión, valoración y tratamiento.

• **Hojas de diagnóstico y pronóstico:** Corresponden a los registros continuos de cada consulta de revisión, valoración y tratamiento. En ella se asientan los hallazgos encontrados por medio de la realización de la colposcopia y los resultados arrojados de las pruebas de tamizaje y patología, los cuales resultan determinantes para elaborar un plan de acción clínico acorde a la

---

<sup>60</sup> A decir del personal de base encargado del área de citas de esta unidad, este formato fue elaborado para identificar a las pacientes al momento en que se les abre expediente.

<sup>61</sup> Es importante mencionar que se pudo notar que algunos expedientes carecían de esta hoja, y otros que sí la traían estaba en blanco o no tenía cubiertos todos los rubros de información que la hoja solicitaba, lo cual habla de una ruptura de orden en cuanto a la conformación y enriquecimiento del expediente.

triangulación de resultados histopatológicos, y que por lo regular versan en dos vertientes:

*-Tratamiento farmacológico.* Se trata por lo regular de la prescripción de fármacos orales y locales como la toma de vitamina A, el uso de óvulos y la aplicación de pomadas, dependiendo las características y necesidades de cada caso. Cuando se presenta la aparición de algunas lesiones externas como pequeños condilomas aislados, o cuando se presenta una reincidencia de los mismos tras haber realizado ya un proceso quirúrgico de láser, en algunos casos se aplica ácido tricloracético<sup>62</sup> que puede ayudar a que desaparezcan sin necesidad de un tratamiento mayor.

*-Tratamiento quirúrgico ambulatorio.* Consiste en someter a la paciente a tratamiento de asa electroquirúrgica, vaporización con láser, o ambas, según lo requieran las pacientes de acuerdo al tipo de lesión o lesiones que presenten.

En ambos, el proceso de vigilancia es fundamental para determinar el éxito o fracaso del tratamiento elegido, el cual determinará mantener las mismas medidas, disminuirlas o, en su defecto, aplicar otras nuevas.

• **Consentimiento bajo información:** Corresponde a un documento de información que se le ofrece a la paciente acerca de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo tales como las intervenciones por tratamientos quirúrgicos. Al ser un medio de información para la paciente y un respaldo para el médico tratante, éste tiene que ser firmado por la paciente, de tal forma que refleje su conocimiento sobre el procedimiento y la aceptación de que éste sea realizado aun con los riesgos que implique (anexo 8).

Anteriormente formaban parte de los expedientes la hoja de procedimientos quirúrgicos conservadores donde únicamente se asentaba el tratamiento a

---

<sup>62</sup> El ácido tricloracético es una sustancia que se utiliza de manera eterna en el tratamiento de infección por Virus del Papiloma Humano manifestado mediante la presencia de verrugas o condilomas. Actúa principalmente mediante la desnaturalización, precipitación y destrucción de las verrugas por coagulación química, lo que permite la destrucción del tejido afectado (Harris, *et. al.*, 2010), convirtiéndose así en otra opción y herramienta de intervención contra dicho virus.



realizar, y la constancia de tratamientos que, como su nombre lo dice, constataba el procedimiento quirúrgico al cual era sometido la paciente. Ambos son formatos en desuso que por supuesto ya no se anexan al expediente, pues al parecer ahora sólo basta con integrar el consentimiento informado donde se concentra la descripción del tratamiento y la aceptación de la paciente que firma junto con el médico a cargo.

Cabe mencionar que en el CENACLID sólo se abre expedientes a las mujeres a las que se les han realizado pruebas mayores como la biopsia o algún tratamiento quirúrgico, el resto de las usuarias que asiste al servicio por vigilancia no tienen expediente, sólo el carnet a partir del cual se les programan las citas subsecuentes. Por ello, el proceso protocolario de apertura de expediente clínico inicia una vez que se tienen los primeros resultados de *Papanicolaou*, colposcopia y biopsia, desde donde se elabora un plan de tratamiento a seguir para cada paciente.

Durante la estancia de campo al interior del espacio hospitalario se pudo observar que existen una serie de inconsistencias en la conformación de los expedientes, pues no todos presentan los documentos de inicio o presentación (hoja frontal y formato de datos generales) antes ya mencionados, sobre todo los que fueron abiertos a mediados y finales de año carecen de este orden. Es posible que esto sea producto de una falta de coordinación por parte del personal encargado de realizar dicha tarea, pues el constante cambio y movimiento de sus áreas de trabajo, obligan a solicitar los servicios de otro personal que, al ser transitorio y fungir como comodín y apoyo, difícilmente cumple con el rigor de las labores administrativas propias que requiere el CENACLID, entre ellas abrir los expedientes en tiempo y forma siguiendo un protocolo establecido.

Asimismo, el formato de la historia clínica se ha encontrado de dos formas: una que se realizó a partir de una plantilla que existe de manera electrónica, y otra que existe de manera física reproducidas por fotocopias (anexos 6 y 7) y que se ha venido usando desde hace mucho tiempo. Esta diferencia de formato, aunque sean similares entre sí, ha cambiado en relación a ciertas particularidades en la información que se busca capturar, pues el formato electrónico carece de

datos importantes como el uso de algún tipo de método anticonceptivo, o también llamado de planificación familiar, por ejemplo, y que resulta trascendental no sólo para esta investigación, sino para complementar el entramado gineco-obstétrico de cada paciente. Al tomar como referente que solo se abre expediente a las pacientes que sean sometidas a tratamientos mayores ambulatorios, no se puede dejar de mencionar que se encontraron algunos donde las especificaciones de los tratamientos no eran claros, de tal manera que parecía que algunas sólo recibían consultas de valoración y vigilancia que era registradas, pero que no requerían procedimientos de mayor alcance y complejidad.

Esta falta de uniformidad en los contenidos que conforman el expediente representó un problema considerable durante la etapa de revisión, obstaculizando así el adecuado manejo y sistematización de la información, ya que había que buscar otros medios para obtener los datos que se omitieron a través del uso de uno u otro formato de historia clínica, y que en algunos casos se pudieron recuperar, pero en otros no fue posible.

Otro de los problemas que se percibió durante esta etapa es que, al no estar cubiertos todos los rubros en algunas de las historias clínicas, se desconoce si se debió a una omisión por parte del médico tratante que no indagó sobre ciertos puntos en particular, o fue una evasión o negativa de las pacientes a proporcionar esa información. Si bien ambos casos son posibles, al no ser especificados generaron confusión e imprecisión en la captura y el manejo adecuado de los datos encontrados.

A partir de la observación y conversaciones con el personal de salud se profundizó en las dinámicas que se establecen para la elaboración, llenado y manejo del expediente clínico. La uniformidad con el que éste se abre y se nutre con cada consulta de valoración y tratamiento es determinante para realizar adecuados manejos de la información, tanto para estudios de caso, como para análisis de corte relacional con población que presente un mismo diagnóstico. Profundizar a detalle en su conformación permite conocer las implicaciones que tienen en el paciente su adecuado uso respecto a la recopilación y captura de los

datos en él contenidos, así como el rigor y el cuidado con el que se siguen los lineamientos institucionales planteados para su elaboración y función.

#### **5.4 Clasificación de datos y resultados**

Durante los últimos siete años se han registrado un total de 4308 nuevas usuarias a las que se les abrió expediente y se les realizó algún tipo de tratamiento tan sólo en el servicio de displasias del área de oncología del Hospital General de México. Se decidió tomar como referente desde el año 2010 por dos razones importantes: la primera porque partiendo del hecho de que por instrucción institucional hay una depuración de los archivos por cada cinco años, sólo se podía rastrear en retrospectiva el proceso de la atención a partir de dicho año, pues los expedientes de 2010 aún permanecían intactos pero ya a punto de ser desechados; y la segunda porque considero que este margen temporal (siete años) es suficiente para comparar y detectar a grandes rasgos los cambios existentes en el proceso de atención en términos de búsqueda y asistencia al servicio de salud ofrecido por el CENACLID para la atención de mujeres con IVPH.

Para el análisis del año 2016 en el que está enfocado esta investigación, es fundamental tomar el referente de años anteriores porque permite hacer comparativos del aumento o disminución de la atención, y con ello indagar sobre la existencia de elementos que pueden incidir en esos cambios que se perciben en el aumento o disminución de la población que ha asistido a solicitar el servicio, pero también porque permite entablar correspondencias o problematizar la discrepancias que se presentan frente a los índices registrados por la epidemiología que apuntan incrementos en la incidencia de casos con IVPH en población joven, al menos hasta los registros de 2014 que, como ya se ha señalado, el grupo de edad de 20 a 24 años ocupa el segundo lugar de casos que han adquirido el virus.

A continuación se presenta una tabla de los expedientes que se abrieron y se registraron por año a partir del 2010:

**Tabla 1.** Registro de nuevos expedientes por año.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 <sup>63</sup>
745	839	815	502	434	460	455	58 (en curso)

Fuente: Elaboración propia.

En particular durante el 2016, periodo que corresponde a esta investigación, se registraron un total de 453 expedientes, de los cuales dos se repiten con el mismo número y un bis (160040, 160040 bis, 160425 y 160425 bis)<sup>64</sup> dando un total de 455 que se abrieron tan sólo en dicho año. La clasificación que se asigna está conformada por los dos primeros dígitos que corresponden al año en curso cuando éstos se abren, seguido el número consecutivo correspondiente a la lista que se va formando. Si bien los expedientes por año no revelan el total de la consultada, sí un acercamiento de los nuevos casos atendidos por lesiones mayores (bajo y alto grado, y carcinomas *in situ*) en el servicio de colposcopias en la unidad de displasias, una información que a su vez revela la demanda del servicio y la asistencia a los servicios de salud públicos que bien pueden contrastarse con las estadísticas reveladas sobre la incidencia de mujeres con IVPH.

A decir del personal de salud al frente de dicho servicio (médicos, enfermeras y administrativos), la demanda de atención ha disminuido con el paso de los años, información que se corrobora con los datos presentados en la tabla anterior, y que además se contrapone con las estadísticas epidemiológicas presentadas por el sector salud que afirma que la infección por VPH ha aumentado en población joven, en particular la que abarca los rangos de edad que van de los 25 a los 44 años y de los 20 a los 24 años en segundo lugar, cifras que ya se había mencionado con anterioridad. Hasta hace no muchos años, el número de usuarias atendidas (nuevos casos y casos de vigilancia) oscilaba entre 150 y 200 por día,

---

<sup>63</sup> Hasta principios del mes de febrero, este es el número de expedientes que se han registrado en lo que va del año en curso (2017).

<sup>64</sup> Esta repetición de número de expedientes es importante aclarar que no corresponden a un anexo documental al expediente de un mismo paciente, sino a la apertura de expedientes correspondientes a personas distintas. Se presume que estos casos se dan ante una distracción o descuido del personal administrativo al frente de dicha tarea; pero donde no se puede responsabilizar a nadie debido a la rotación constante de personal que realiza estas labores.

entre la entrega de resultados (*Papanicolaou*, biopsia) y la consulta/colposcopia, sin contar los tratamientos quirúrgicos que conformaban un aproximado de doce programados y realizados por día en un único turno, el matutino, tal y como se ha conservado. En la actualidad, la estadística de la atención ha disminuido visiblemente, pues por día se atienden un aproximado de sesenta pacientes, y se realizan entre dos y cuatro tratamientos al día, reflejando la disminución del servicio, no en un sentido de calidad, sino de cantidad de usuarias que lo requieren y lo solicitan.

La estadística de los casos atendidos por día se registra en tres bases o plataformas diferentes para a difusión y construcción de las cifras epidemiológicas que se dan a conocer por parte de sector salud a nivel regional y nacional: la que corresponde a Secretaría de Salud, la que solicita el Hospital General y la que se realiza de manera interna, es decir, sólo para uso de la clínica de displasias que posibilite la elaboración de los reporte trimestrales que les son solicitados a los respectivos jefes de servicio. Para la preparación de esta última se toman en cuenta la estadística de colposcopia del área de ginecología con la de colposcopia de oncología, pues debe recordarse que ambas, aunque estén separadas y distribuidas en dos pabellones distintos, se consideran parte de un mismo servicio, por lo que el total que se presenta en la estadística final es la suma de los registros de las dos áreas.

Como ya se ha señalado, los datos extraídos de la revisión de expedientes necesarios para la valoración y caracterización de los casos requeridos para el análisis a profundidad, se dividieron en dos tipos de indicadores: sociodemográficos y epidemiológicos.

#### *Indicadores sociodemográficos*

A lo largo de la revisión, los expedientes se clasificaron en primer lugar por grupos de edad para facilitar la selección de los casos y el manejo de la información requerida para la investigación, quedando de la siguiente manera como se presenta en la tabla 2:

**Tabla 2.** Clasificación por rangos de edad.<sup>65</sup>

<b>Rango de edad</b>	<b>18-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-30</b>	<b>31-40</b>	<b>41+</b>	<b>Hombres</b>	<b>No encontrados</b>
<b>Total de casos registrados</b>	12	65	79	111	177	8 (edades: 23, 45, 21, 42, 49, 18, 27, 16)	3

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, el mayor número de casos se presenta en el rango superior a los 41 años que representa el 38.9 %, seguido del que corresponde al de 31-40 con un 24.3 %. Por su parte, los rangos de 25-30 y de 20-24, conforman el 17.3 % y el 14.2 % respectivamente. El 2.6 % y el 1.7 % pertenece a las jóvenes de entre 18-19 años y los hombres que han asistido a solicitar el servicio. El 0.6 % refleja los casos no encontrados ni identificados en algún rango de edad. Aunque dichos porcentajes revelen que el rango superior a los 41 años es donde se ubica un mayor índice de población atendida por IVPH, es importante considerar, a partir de la observación de los mismos, que además de ser el rango con un espectro de edad más amplio, en comparación con los otros, en él se integran los casos que ya han sido tratadas por alguna manifestación de cáncer en la zona cervicouterina, y fueron sometidas bien a cirugías o/y la aplicación de quimioterapias y radioterapias; es decir, se atienden mujeres de post tratamiento para que ahí lleven a cabo su proceso de vigilancia y atención oportuna, remitidas en muchos casos por otros servicios oncológicos.

En un inicio, cuando se elaboró la ficha de registro para los datos cuantitativos, las variables que se consideraron fundamentales además de la edad fueron: número de expediente clínico, fecha de inicio de trayectoria clínica, estado civil, ocupación, escolaridad y lugar de residencia, con la finalidad de que a partir de estos se pudiera profundizar en la situación y el contexto general que envuelve la realidad de las mujeres. Tras realizar la labor de revisión se anexaron otros tantos que resultaron necesarios para complementar la información requerida

---

<sup>65</sup> Los números que se presentan en dicha tabla son un aproximado, pues durante la última etapa de revisión y cotejo de resultados hubo un total de cuatro expedientes que no se encontraron después de reiteradas búsquedas, por lo que se desconoce a qué rango de edad pertenecían.

como: número de expediente único (ECU),<sup>66</sup> lugar de referencia, origen y última fecha de consulta. Algunas variables como número de expediente (ECU y CENACLID), fecha de inicio de trayectoria y última consulta se consideraron sólo para ubicar a las usuarias y tener un referente de inicio y continuidad de la trayectoria a partir de lo cual se pudiera vislumbrar la viabilidad de elegir y descartar casos a los que se les realizara las entrevistas a profundidad.

El nivel socioeconómico se había contemplado desde un primer momento, no obstante es una variable que no pudo capturarse porque no es de relevancia para la conformación de la historia clínica en el CENACLID por una razón aparente: Los costos de las consultas y los tratamientos de atención a la IVPH están homologados a todos los casos que se presentan, de tal forma que al no registrarse por un tabulador de costos por servicios, no es necesario registrar el número que indique la cifra o porcentaje total que cada usuaria puede pagar de acuerdo a su nivel de ingresos. Hasta donde se tiene conocimiento, no se condona a ninguna persona el pago de los servicios, o al menos no se sabe de alguna que presente esta situación.

Una vez identificados los 455 expedientes, y concentrados los 65 correspondientes sólo al rango de edad (20-24 años) que se capturaron y analizaron, se deduce que del total de estos casos la mayoría de las mujeres son solteras, mostrándose un registro de 23 casos; 11 viven en unión libre, 14 afirman estar casadas, 2 son divorciadas y 15 de ellas no especifican su estado civil o al menos no aparece registrado ni en la historia clínica ni en la hoja de presentación. La mayoría se dedica a las labores solo del hogar (20 casos), y otras tantas a la misma actividad en combinación con otras como estudiar o trabajar (3 casos); 11 mujeres son sólo estudiantes, y el resto se dedica a ocupaciones diversas como empleadas, comerciantes, empleadas domésticas y otras. La mayoría son originarias del Distrito Federal y el Estado de México, aunque sí se presentaron

---

<sup>66</sup> La diferencia entre un el número de expediente CENACLID y el número de expediente único (ECU), es que el primero es aquel que la acredita como usuaria de la clínica de displasias de la unidad de oncología, y que se encuentra bajo el resguardo y control de su personal a cargo, mientras que el segundo es el número que se les da una vez que reciben la atención en consulta externa del Hospital General, y que las acredita como usuarias de la institución y de los servicios y especialidades que así requieran.

casos que provienen de distintos estados de la República; y sus lugares de residencia son asimismo el Distrito Federal y los diversos municipios del Estado de México, principalmente Ecatepec.

#### *Indicadores epidemiológicos*

Para los datos epidemiológicos las variables que se integraron para la base de datos fueron: inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, número de hijos, número de embarazos, uso de métodos anticonceptivos, diagnóstico, tratamiento y observaciones, elementos útiles para construir la parte de la trayectoria clínica y los itinerarios terapéuticos de cada una de las pacientes. Dichos datos se resumen en un primer momento en el factor relacionado a su vida sexual y reproductiva tal y como se refleja en cuadro 4:

**Cuadro 4.** Inicio de vida sexual por rangos de edad y número de parejas sexuales.

<b>Rangos de edad en que se inició vida sexual</b>	<b>No. de casos</b>	<b>Porcentaje correspondiente (%)</b>	<b>No. de parejas sexuales</b>	<b>No. de casos</b>	<b>Porcentaje correspondiente (%)</b>
Antes de los 15 años	7	10.7	1	10	15.3
15-18 años	41	63	2-4	36	55.3
19-21 años	10	15.3	5-7	10	15.3
22-24 años	3	4.6	8-10	2	3
No especifica	4	6.1	Más de 10	2	3
			Sin especificar	5	7.6

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a la vida sexual de las mujeres se revela que la mayoría tuvo su primera relación sexual entre los 15-18 años con 41 casos que representa un 63% del total de 455 casos identificados en el rango de edad estudiado, mientras que el inicio entre los 19-21 ocupa el segundo lugar con un porcentaje del 15.3, seguido de aquellas que comenzaron antes de los 15 años. Más de la mitad de esta población ha tenido de 2 a 4 parejas sexuales (55.3%), el segundo lugar de la tabla



lo ocupan aquellas que sólo han tenido una pareja y las que han tenido entre 5 y 7 parejas. El resto no especifica o ha tenido más de 8 parejas en el transcurso de su vida sexual.

**Cuadro 5.** Rasgos sobre la historia sexual y reproductiva de mujeres de 20-24 años de edad.

No. de embarazos	Casos	Abortos	No. de hijos	Casos	Método anticonceptivo	Casos
Ninguno	31		Ninguno	38	Ninguno	14
1	20	6	1	17	Preservativo	13
2-3	11	4	2-3	10	DIU	5
Más de 3	3	3	Más de 3	0	Otros	6
		<b>Total: 13 casos</b>			No especifica	27

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los datos mostrados en el cuadro 5, el 47.6% de las mujeres a las que se les abrió expediente hasta el momento no había tenido ningún embarazo, y el 58.4% no tiene aún hijos; el 30.7% se ha embarazado sólo una vez, el 16.9 han tenido entre 2 y 3 embarazos, y sólo el 4.6% asegura haber tenido más de 3 embarazos. Se presentaron un total de 13 casos registrados de aborto distribuidos e identificados entre todos los casos que se han embarazado. La mayoría de las mujeres de este grupo tienen un hijo (26.1%), mientras que el resto afirma tener entre 2 y 3 hijos (15.3%), hasta el momento ninguna ha tenido más de 3 hijos.

El método anticonceptivo o de planificación familiar por antonomasia es el preservativo con un registro de 13 casos que representa el 20%, pues como se observa, el 21.5% (14 casos) revela no usar ningún método, mientras que el resto se distribuye entre el uso del DIU (7.6%) y otros como los implantes subdérmicos, los anticonceptivos orales y la OTB con un 9.2%. Aunque el mayor número de los casos no especificó si recurrían o no a algún método (41.5%), se desconoce si fue porque las usuarias no quisieron proporcionar este dato, o si fue por omisión del médico tratante que realizó el llenado de la historia clínica correspondiente.

Por otro lado, a partir de la observación y el análisis de dichas variables se deduce que la lesión de bajo grado (LIEBG) y condilomatosis es la más común entre las mujeres 20 a 24 de edad, seguido de las que presentan lesiones de alto grado (LIEAG) y carcinoma *in situ* que, aunque no son muy comunes, sí ocupan en la lista de diagnósticos un porcentaje considerable en referencia al total de los casos. Los hallazgos clasificados por diagnóstico se desglosan en el siguiente cuadro:

**Cuadro 6.** Diagnóstico y tipo de lesiones presentadas en mujeres de 20-24 años de edad durante 2016.

<b>Tipo de lesión por VPH</b>	<b>Número de casos presentados</b>	<b>Porcentaje del total de casos</b>
Lesión de bajo grado (LIEBG)	20	30.7
Condilomatosis	23	35.3
Lesión de alto grado (LIEAG)	10	15.3
Carcinoma <i>in situ</i>	2	3
Eversión glandular	3	4.6
NIC II	1	1.5
VPH con otra infección asociada	1 (molusco vulvar)	1.5
No especifica tipo de lesión por IVPH	3	4.6
Negativo o probable a VPH	2	3

Fuente: Elaboración propia.

Los casos registrados casi en su totalidad fueron sometidos a alguno de los tratamientos realizados más comunes como el asa por eversión electroquirúrgica, la vaporización con láser, o ambos si es que presentan lesiones a nivel interno y externo; o en su defecto, están a la espera que se les programe y realice cualquiera de los dos. Así entonces, se deduce que el 84.6% del total de los casos fueron sometidos a algún tipo de tratamiento quirúrgico ambulatorio, el 15.3% se encuentra en proceso de programación y en espera de que alguno de estos le sea realizado. En el cuadro 7 se detallan estos procedimientos por tipo, número de casos y porcentaje correspondiente.

**Cuadro 7.** Tipo de tratamientos realizados a mujeres de 20-24 años de edad durante 2016.

<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>No. de tratamientos realizados</b>	<b>Porcentaje del total de casos (%)</b>	<b>No. de casos programados por tratamiento</b>	<b>Porcentaje del total de casos (%)</b>
Resección por asa electroquirúrgica	28	43	4	6.1
Vaporización con láser	7	10.7	0	0
Asa/ láser	9	13.8	5	7.6
Vigilancia	3	4.6	0	0
No especifica tratamiento con claridad	8	12.3	1	1.5
<b>Total:</b>	<b>55</b>	<b>84.6</b>	<b>10</b>	<b>15.3</b>

Fuente: Elaboración propia.

La deserción del proceso de intervención, seguimiento y valoración por parte de las pacientes ha sido un factor de mucha relevancia a lo largo de esta revisión de expedientes clínicos, pues estos reflejan un alto porcentaje de abandono terapéutico. Del total de los 65 casos capturados, se identificó una deserción clara del 18.4 % (12 casos), de los cuales se pudo observar que nunca volvieron después de su primera consulta, o bien después de haberles sido realizado su tratamiento quirúrgico. Existen muchos casos, sobre todo los que se presentaron los últimos meses del año, que no se habían presentado ni registrado a su próxima cita de acuerdo a la fecha indicada por él médico; sin embargo, esos no se tomaron como abandono pues había un margen de posibilidades de que se pudieran presentar en las semanas siguientes. Las razones por las que la deserción se presenta hasta ahora son desconocidas y difíciles de rastrear, pues al no existir un departamento de trabajo social destinado sólo para la clínica de displasias, no hay un rastreo de las mujeres que abandonan el tratamiento, ni de las causas que lo orillan o lo provocan. Este se considera un fenómeno útil para plantear nuevas interrogantes de estudio a partir de las cuales se puedan dar respuestas dirigidas hacia la construcción de estrategias concretas para conocer y dar solución a este problema que tiene repercusiones en el plano de la disminución o incremento de los índices de incidencia y reincidencia por IVPH.

Una vez culminada la primera etapa del trabajo de campo que consistió en la observación del espacio hospitalario y la revisión de expedientes, a partir de los datos obtenidos se comenzó a ubicar y rastrear las posibles candidatas, como ya se mencionó con anterioridad en el capítulo correspondiente al acercamiento del problema y la estrategia metodológica, una labor que se complementó con la segunda etapa que consistió en la observación al interior de espacio de la consulta donde se pudo presenciar cómo se ofrece el servicio y el desenvolvimiento de las usuarias frente al personal de salud y frente a la situación de un diagnóstico como la IVPH. Muchos de los casos, en un segundo filtro, se eligieron a partir del vaciado de datos anteriormente descrito que permitió conocer el perfil clínico de cada una de las pacientes, así como por las fechas tentativas de próximas citas recomendadas por el médico tratante, que se cotejaron con las libretas de registro que se encuentran bajo el control del personal de recepción, con el objetivo de interceptarlas el día de su cita programada. No obstante, otras mujeres se interceptaron durante la asistencia a sus consultas de revisión, valoración y tratamiento, ya que muchas de ellas no mostraron un apego estricto a las indicaciones médicas y se presentaban fuera de las fechas estipuladas.

Del total de 65 casos identificados en un rango de edad de 20 a 24 años, en este segundo filtro se seleccionaron 17 de acuerdo a las características por criterios de inclusión y exclusión requeridas como candidatas para ser entrevistadas. Esta selección se desglosa en el siguiente cuadro:

**Cuadro 8.** Selección de posibles candidatas para la realización de entrevistas.

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Diagnóstico</b>
Nm	23	Empleada	IVPH-Condilomas acuminados
An	23	Estudiante/ Hogar	LIEBG
Fr	21	Empleada	LIEBG-Condilomatosis vulvar
Ls	20	Hogar	IVPH- Condiloma acuminado
Ea	24	Hogar	LIEBG
Ml	23	No existe dato	LIEBG
Sf	21	Enfermera	LIEBG
Shl	22	Hogar	LIEBG
En	22	Hogar	LIEBG-Condilomatosis vulvar (Reincidencia)
le	23	Estudiante	Condilomatosis
Cl	24	Profesionista	LIEBG-Condilomas acuminados
Stn	21	Hogar	LIEBG-Condiloma vulvar

Vn	21	Hogar-empleada	LIEBG-Condilomatosis
Nd	21	Desempleada	LIEBG-Condilomatosis
Mc	23	Comerciante	IVPH-Molusco vulvar
ELn	24	Estudiante	Condilomatosis
Rb	20	Ama de casa	LIEBG-condilomatosis

Fuente: Elaboración propia.

De esta segunda etapa de 17 casos que comparten rasgos característicos en común, la selección se redujo en un tercer y último filtro donde se tomaron en cuenta diversos motivos por los que ciertas mujeres no pudieron participar. Las razones más comunes son: no haber asistido a sus consultas de seguimiento de acuerdo a la fecha sugerida por el médico y no aceptar su participación en la investigación por motivos de trabajo; o, en su defecto, haber confirmado su participación en un primer momento, pero al dar continuidad y confirmar la fecha tentativa para la entrevista, la cita al final no se pudo concretar porque no hubo respuesta al llamado que se les realizó, anulando toda posibilidad de colaborar con su testimonio. Si bien estas fueron las causas más comunes, no se puede dejar de mencionar un caso tentativo que tampoco pudo concretarse porque, a pesar de que cumplía con las características requeridas y fue ubicada a finales del 2016, su expediente fue abierto hasta enero del siguiente año (2017), lo que imposibilitó su colaboración por no cumplir con el tiempo mínimo señalado en los criterios de inclusión.

De esta exclusión de casos por motivos diversos como la interrupción o abandono del tratamiento y la negativa de participación, quedaron tan sólo seis casos, que representa un aproximado de un 10% del total de registros por este rango de edad, a los que se les realizaron las entrevistas a profundidad, y a los que se les hizo el rescate y registro de sus testimonios que a continuación se esbozan en el siguiente capítulo, no sólo porque fueron los que cumplieron con las características señaladas a partir de los criterios de inclusión y exclusión, sino porque fueron las que mostraron interés y disposición por colaborar en esta investigación.

## **Capítulo VI**

### **Reconociendo un nuevo cuerpo: los testimonios de mujeres con Infección del Virus del Papiloma Humano**

#### **6.1 Características sociodemográficas, económicas y epidemiológicas de los casos**

A continuación se describe en breve el perfil de cada una de las seis mujeres que accedieron a participar en la investigación, con la finalidad de mostrar un panorama general de los casos con los que se trabajó. Al final, la mayoría de los casos que participaron se interceptaron durante la consulta y no propiamente a partir de la fecha programada y registrada en la libreta de citas tal y como se había pensado, pues a excepción de uno, éstas no se presentaban a la consulta en las fechas programadas o se negaron a participar, así que la estrategia de captarlas durante el tiempo de la consulta, resultó ser la mejor opción, pues fue la forma más práctica y efectiva en que los casos se pudieron contactar.

Es importante mencionar que después de realizar las entrevistas, muchos de los datos que se extrajeron de la revisión de expedientes se complementaron con la información que las mujeres seleccionadas proporcionaron, o bien, en algunos casos se modificaron, pues algunos de los datos asentados en sus hojas de presentación e historiales clínicos, no correspondían a lo que ellas comentaron durante las entrevistas.

En el cuadro 9 se muestran los resultados finales de los casos que accedieron a participar con su testimonio referente a su experiencia con la IVPH, y que se fueron armando con datos extraídos tanto de los expedientes como de lo que cada informante proporcionó de viva voz y en la confianza de la entrevista.

**Cuadro 9.** Características sociodemográficas y económicas de los casos.

Nombre de la paciente	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Origen	Lugar de residencia	Lugar de referencia	Nivel socioeconómico
Alison	22	Unión libre	Licenciatura	Estudiante	Zumpango, Edo. Méx.	Zumpango, Edo. Méx.	Hospital General de México	Apoyo obtenido de pareja y madre
Flor	21	Soltera	Preparatoria	Empleada	Edo. Méx.	Xalostoc, Edo. Méx.	Médico particular	Sustento propio
Sharely	21	Casada	Preparatoria	Hogar	D.F.	D.F.	Médico particular	Apoyo obtenido de pareja y madre
Sofía	20	Casada	Preparatoria	Hogar-Enfermera	Oaxaca	Ixtapaluca, Edo. Méx.	Hospital General de Ixtapaluca	Sustento propio y apoyo de madre
Valentina	21	Unión libre	Secundaria terminada/ 1er semestre preparatoria	Hogar-empleada	D.F.	Ecatepec, Edo. Méx.	DIF Ecatepec	Sustento propio
Eva Luna	24	Soltera	Licenciatura	Estudiante	D.F.	Tecamac, Edo. Méx.	Médico particular	Sustento propio

Fuente: Elaboración propia.

Por los datos revelados en tabla anterior, se analizaron los casos de tres mujeres de 21 años, una de 20 y otra de 22 años, para finalizar con una de 24 años. La población que se utilizó para la realización de las entrevistas finales aptas para el análisis cualitativo, revelan que no hay un predominio de un estado civil en particular, pues como se nota, los datos se encuentran equilibrados entre las que viven en unión libre, las que son casadas y las que son solteras, lo que abre las posibilidades de una amplitud de análisis a partir de datos diferenciados presentes de manera equitativa. Asimismo, tres de los seis casos se dedican al hogar; del resto, dos de ellas trabajan y otra se dedica solo a culminar su carrera. Cinco de

las seis mujeres viven actualmente en alguno de los municipios que conforman el Estado de México y solo una de ellas vive en la Ciudad de México, aunque su lugar de origen esté dividido entre el estado de México (2 casos), la Ciudad de México (3 casos) y una que proviene del estado de Oaxaca.

La mayoría de ellas asegura haber cursado la educación media superior, sólo dos casos del total se encuentran estudiando o culminando su licenciatura, que cabe mencionar como dato curioso, en ambos casos su formación superior es en la carrera de pedagogía, con la diferencia de que una vive en unión libre y bajo la responsabilidad de atender a su pequeña hija y, en general, a una familia, mientras que la otra es soltera y sin compromiso alguno que obstaculice su adecuado desarrollo y formación académica. Estas diferencias que se identifican a partir de rasgos similares o en común ha permitido observar que la concepción que tienen sobre ellas mismas y su cuerpo, influyen en cómo ven y afrontan no únicamente su padecimiento, sino las estrategias de adaptación a una nueva realidad que, aunque es un tema que se desarrollará en el siguiente capítulo, no puede dejar de mencionarse por la importancia de los contextos y las condicionantes que confluyen en construir panoramas diversos sobre un mismo problema de salud.

El médico particular y las instituciones de salud pública como los hospitales generales de zona, algún centro DIF o centro de salud, se presentan como los lugares de referencia más comunes entre estas mujeres; tres de los seis casos presentaron hoja de referencia, así como pruebas de tamizaje y *Papanicolaou* provenientes de instituciones de salud públicas que remitieron a las pacientes a la clínica de displasias del Hospital General de México para tratamientos mayores como los quirúrgicos ambulatorios, que salen del radio de atención de estas centros públicos, pues carecen de recursos y aparatos para poder realizarlos. Los otros tres casos recurrieron a los servicios de médicos particulares quienes, al identificar la sintomatología y realizar los estudios pertinentes, determinaron orientarlas hacia la búsqueda de atención en dicho hospital con reconocimiento por su tratamiento a este tipo de padecimientos y accesibilidad económica.



El nivel socioeconómico es un rubro que no se pudo capturar de la revisión de expedientes o algún otro medio, salvo de las entrevistas mismas donde ellas aclararan los medios de obtención de recursos económicos destinados para sus tratamientos y atención médica, pues como se mencionó en capítulos anteriores, los costos por este tipo de servicios que ellas requieren para el tratamiento están unificados para todos los casos y no hay condonación de ningún tipo. En este caso vale la pena señalar que por lo accesible de los costos que en nada se comparan con los que se realizan de manera externa o particular, hace que las mujeres ni siquiera busquen la atención e intervención del servicio de trabajo social para una disminución en los costos o condonación de los mismos en atención a la lógica y accesibilidad de su nivel de ingresos, asumen y aceptan lo que se indica a pagar sin oposición y refutación alguna.

Las características epidemiológicas que presentaron los seis casos se especifican y relacionan en el cuadro 10 donde se observan los siguientes rasgos:

**Cuadro 10.** Características epidemiológicas de los casos.

Nombre de la paciente	Inicio de vida sexual	No. de parejas sexuales	No. de embarazos	No. de hijos	Método anticonceptivo o de control familiar	Diagnóstico	Tratamiento
Alison	19	1	1	1	Preservativo/DIU	VPH-LIEBG	Asa electroquirúrgica
Flor	16	2 (3)	0	0	Preservativo	LIEBG- Condilomatosis vulvar	Asa electroquirúrgica- Láser

Sharely	19	3 (4)	1	1	Preservativo*/ <sup>67</sup> implante subdérmico	VPH-LIEBG	Asa electroquirúrgica
Sofía	19	2	0	0	Preservativo*	VPH-LIEBG	Asa electroquirúrgica
Valentina	14	8 (20)	2	3 (1 aborto)	Preservativo, anticonceptivos orales	LIEBG- Condilomatosis	Programación para asa-láser
Eva Luna	20	2	0	0	Preservativo	LIEBG- Condilomatosis	Aplicación de ácido Tricloracético, vigilancia

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de inicio de la vida sexual en estos seis casos es de 18 años, con una media de 2.5 parejas sexuales.<sup>68</sup> Sólo la mitad de ellas ha tenido hijos, la otra mitad se mantienen en estado de nuliparidad; el aborto se presentó en un único caso que se asocia al uso ocasional del preservativo y a la toma de anticonceptivos orales y de emergencia. La mayoría acepta haber recurrido al uso de preservativo, pero de manera ocasional como método principal de cuidado, aunque afirman era con el objetivo de evitar embarazos, mas no de adquisición de alguna ITS.

Tres de los casos presentaron lesión de bajo grado en el área cervical que requirió sólo la realización de resección por asa electroquirúrgica, otros dos casos

<sup>67</sup> Los datos que aparecen con (\*) y sombreados son información que se complementó con el testimonio de las informantes. Para el caso en particular del método anticonceptivo o de planificación familiar se consideró lo que aparece registrado en el expediente y lo que las informantes revelaron durante la entrevista. Asimismo, para la captura del nivel socioeconómico (ver cuadro 9), que aparece registrado sólo en el carnet de consultas, se pudo rescatar e intuir del análisis de los mismos testimonios.

<sup>68</sup> Para sacar este dato estadístico de la media, y ante la discrepancia de los datos recabados, se consideró el dato que proporcionó la informante entre paréntesis.

tuvieron lesiones cervicales y aparición de condilomas al mismo tiempo, para quienes fue preciso un tratamiento mixto de resección por asa electroquirúrgica y vaporización con láser, mientras que el último, al tener manifestaciones sólo de condilomas, el tratamiento a aplicar consistió únicamente en el congelamiento de estos mediante la aplicación de ácido tricloracético, que se mezcló con valoración y vigilancias constantes para descartar o proceder al uso de láser para desintegrar lo condilomas que permanecen y muestran resistencia. Esto ha permitido observar las distintas formas en que se manifiesta un padecimiento y se aborda clínicamente tomando en cuenta diversos factores como el tipo de virus adquirido, las condiciones orgánicas e inmunológicas de las mujeres que se refleja en la forma de reaccionar ante ciertos tratamientos, y el contexto sociocultural en el que están insertas que influye y las posiciona ante un estado de vulnerabilidad al fracaso o al éxito y evolución post-tratamiento, donde son pieza fundamental las posibilidades que cada una tiene de atender a las indicaciones médicas de acuerdo a sus recursos económicos, informativos y de redes de apoyo, por ejemplo.

Es importante no olvidar que durante la etapa de análisis donde se buscó conectar y relacionar los datos cuantitativos encontrados en los expedientes con los datos cualitativos extraídos de las entrevistas, se pudo percatar que muchos de los datos asentados en este conjunto de documentos difieren de aquello que proporcionaron las informantes durante las entrevistas. Para no perder la puntualización de este sesgo, en el cuadro anterior se sombrearon los casos que presentaron este fenómeno de discrepancia entre los registros cuantitativos y los cualitativos, y se optó dejar ambos datos encontrados diferenciados por los paréntesis que corresponden a la información dada por las mujeres. Como se nota, este sesgo de información se percibe en la variable de número de parejas sexuales, donde la mitad de los casos analizados no revelo datos verdaderos al respecto al personal de salud, lo cual revela una nueva incógnita a resolver cuyo probable origen esté en el carácter estigmatizante y moralizante que se encuentra inmerso en la significación socio-cultural de la enfermedad, que muchas veces aflora en el ambiente médico y del personal de salud en general.

## 6.2. La voz de las mujeres con IVPH

### 6.2.1 Alison

*Pues sí me afectó, pero decidí guardarme todo lo que sentía y todo, todo, todo lo que... como que fue algo así como reprimirlo y no dejar que me afectara tanto. Siempre fue así como, bueno no siempre, pero si fue así como de “Bueno, pues no importa, tengo que salir, tengo que salir, no me importa lo que me hayan dicho, todo se puede arreglar”; que a veces si me daba así como el bajón, ¿no?, de decir: “¿Cómo es posible que lo tenga?”. Pero siempre fue así como de echarme porras yo misma porque fue así como de “Bueno, pues si no lo hace nadie, mínimo yo, ¿no?” (Alison, 23 años, 2017).*

Alison fue la primera usuaria en aceptar colaborar en la investigación. El contacto se estableció en el mes de diciembre del 2016 cuando ella asistió a consulta de vigilancia, pero por ser un periodo de vacaciones y festejos, se acordó que lo más conveniente era concretar la cita para enero del año siguiente. Así, y aprovechando que ella tenía que asistir a su cita de rutina, la entrevista se realizó el 12 de enero al interior de las terrazas que conforman el espacio de la unidad de oncología del Hospital General de México.

Con sus 23 años de edad, vive en unión libre y tiene una hija. Es de origen mexicana, nacida en Zumpango, Estado de México, donde aún radica; actualmente se dedica al hogar y a realizar sus estudios de licenciatura en pedagogía. Fue diagnosticada en julio de 2015 con lesión de bajo grado (LIEBG) por infección de virus del papiloma humano, por lo cual la sometieron a tratamiento de asa por resección electroquirúrgica, y desde entonces se mantiene bajo vigilancia clínica. Después del tratamiento no tuvo el periodo de reposo necesario de acuerdo a las indicaciones médicas, sus actividades laborales así se lo impidieron, complicando su proceso de recuperación.

A diferencia del resto de las informantes, ella parece ser la única que fue contactada por el personal de trabajo social, pues al asistir al HGM a realizarse un *Papanicolaou*, los resultados que revelaban una situación fuera de lo normal, el personal de dicho servicio le solicitó su asistencia inmediata al CENACLID.

A lo largo de la entrevista se pudo percibir cierto hermetismo producto de un escudo que al parecer fue construyendo para evitar afectaciones que surgieron tras el diagnóstico, y que se percibe en todo aquello que tiene que ver al VPH.

En momentos de incertidumbre y dolor, la risa afloraba de manera natural como un elemento de contrarresto a los momentos de tensión que le provocaba recordar determinados eventos vividos y externalizados a través de la palabra. Pero cuando se tocó el tema de su vida sexual y de pareja mostró un dejo de desilusión, tristeza y resignación al recordar que no ha tenido de esta parte otro apoyo más allá del económico, y desde ahí ella percibe que a él *no le importa lo que pasó*.

Los conocimientos sobre educación sexual que ella dice tener los adquirió por medio de la escuela; la información que se intercambiaba en el seno familiar era principalmente por disposición del padre, cuya mayor preocupación era que se *cuidara y que hiciera las cosas bien*. Por lo tanto, lo que sabe acerca de infecciones de transmisión sexual es sólo por referencia a pesar de que ha existido un apoyo informativo en internet.

Inició su vida sexual a los 18 años y se embarazó a los 19; no se le ha diagnosticado ninguna otra ITS o alguna otra infección asociada al VPH. Manifiesta haber utilizado en algunas ocasiones el preservativo, pues su método de protección principal era el DIU, lo que revela que su prioridad era no embarazarse, mas no protegerse de las infecciones de transmisión sexual.

En específico, la información que tiene sobre el virus está relacionada a que es el inicio de cáncer y que se transmite por vía sexual. Todavía tiene muchas dudas sobre este tema, pues manifiesta que la información existente, aún la disponible en internet, es insuficiente, y agrega que no cree que ésta sea fidedigna y por tanto confiable.

Su red de apoyo está conformada por su pareja y su madre, con quienes compartió el diagnóstico y la apoyan en lo económico y en ocasiones con su compañía a las consultas cuando es muy necesario, pues afirma le *gusta hacer sus cosas sola*. El papel de la madre es fundamental porque al ser su segundo

pilar de apoyo, además de ofrecer su compañía, es la que motiva a que siga su tratamiento y no lo abandone.

A partir del virus, su perspectiva sobre la vinculación con los otros y el amor cambiaron totalmente:

*Pienso muchas cosas. Pienso en que tú estas con una persona pensando que sólo vive contigo o sólo es para ti, o algo así, y vienes aquí y te dicen que tienes eso, dices: “¿Cómo puede ser posible, ¿no?” [...] nunca fui así como de tener sí como un significado un algo sobre el amor, y todo eso, pero digo “Estoy con una persona o estas con una persona en [sic] la que tú le brindas confianza, cariño, y todas esas cosas, y luego te das cuenta que no lo saben valorar, te hacen a un lado y no les importa pues nada, ¿no? Y cambió así, bueno al menos mi relación cambió así totalmente en todos los aspectos, o sea en todos. Entonces pues ahí ya... es así como... pues sí sientes feo. Pues al menos yo aprendí a déjalo atrás, a que sabes que el daño pues ya está hecho (Alison, 23 años, 2017).*

### **6.2.2 Flor.**

*Bueno desde que me enteré yo no quería saber nada de la persona que me contagió, y en general de hombres, que no se me acercaran (Flor, 21 años, 2017).*

Lidiar con el diagnóstico y todo lo que conlleva ha sido difícil; la significación de su nuevo estado orgánico y corporal es un proceso con múltiples aristas emocionales que poco a poco tratan de ponerse en orden. Si el dolor por un diagnóstico de IVPH tuviera rostro, éste cuando menos tendría la mirada de esta informante.

Flor es una mujer originaria del Estado de México, con domicilio actual en el municipio de Ecatepec; tiene 21 años de edad, es soltera y con una escolaridad límite de nivel medio superior; trabaja como empleada en una de las múltiples tiendas Sanborns que se encuentran en la Ciudad de México, y no tiene hijos. Hasta el momento de la entrevista no tenía pareja y aún vivía con sus padres.

Al igual que el caso anterior, el contacto con ella se dio de manera casual, es decir, un 09 de enero del año en curso, día de estancia de campo que coincidió con su consulta de seguimiento. Tras la revisión rutinaria de los carnets y expedientes que se preparaban para la consulta del día, encontramos sus documentos en espera de ser tomados por alguno de los médicos tratantes quien

procedería a realizar las revisiones pertinentes. Junto a este caso, ese mismo día se encontraron otros tres que figuraban como posibles candidatas, por lo que se decidió convocar en ese momento a las cuatro mujeres de manera conjunta, se les plantearon a grandes rasgos los fines y objetivos del trabajo, y tres de ellas no sólo mostraron interés, sino que aceptaron participar,<sup>69</sup> entre ellas Flor.

La entrevista se programó para el 13 de enero en la zona centro de la ciudad, en un ambiente de tranquilidad y confianza, propicio para la charla y el desahogo de emociones contraídas y en estado de ebullición. La tristeza y el enojo hacia la persona que le transmitió el virus fue una constante y el eje de la entrevista, pues afirma *esta persona sabía que tenía eso y a pesar de eso no [se] lo dijo*. Al igual que el caso de Alison, a Flor le cuesta trabajo nombrar como tal el virus del papiloma humano, al que denomina como “eso”.

Flor fue diagnosticada con LIEBG y condilomatosis vulvar causadas por el virus del papiloma humano. Ha tenido tres parejas sexuales y manifiesta haberse cuidado siempre mediante el uso del preservativo, salvo con su última pareja con la que sentía tener una relación con planes más serios y formales. Ante el diagnóstico le han realizado tratamientos de asa por resección electroquirúrgica y vaporización con láser en la unidad de displasias del HGM.

La sexualidad era un tema que no se tocaba en casa, la información que ella obtuvo al respecto fue en el ámbito escolar y por una tía enfermera que fue la encargada de orientarla junto a unas primas sobre métodos anticonceptivos, pero con el objetivo de evitar embarazos a temprana edad más que como una medida de protección y cuidado de la adquisición de alguna ITS. Su vida sexual inició a los 16 años.

El conflicto que le causó el diagnóstico fue tal que anuló toda relación con hombres; actualmente no tiene pareja, pues parece vivir una gran desilusión del amor y su vinculación con los otros no sólo en términos sexuales, sino afectivos.

---

<sup>69</sup> Cabe señalar que de estas tres mujeres que aceptaron colaborar, una de ellas al final se descartó, pues en un primer momento no se lograba entablar el contacto, y cuando por fin éste se logró, por iniciativa de la propia informante, era imposible establecer una adecuada coordinación dados los factores familiares y laborales que se presentaron en ese momento, y que impedían que pudiera concederme la entrevista requerida.

Esta ruptura deviene de la idea de que los hombres son vistos como el vector y el medio potencial de transmisión, y de que rompen con todo el sentido de la honestidad al no comunicar a sus parejas su situación de salud, cuando lo saben, y que evitaría que las mujeres pasaran por esos procesos difíciles y dolorosos que hacen que se establezca una dinámica muy marcada de víctimas y culpables.<sup>70</sup>

Ante los primeros síntomas asiste al Seguro Social donde le diagnosticaron una simple infección vaginal que recomendaron tratar con ciertos medicamentos orales y cremas, ya que el único síntoma que presentó fue la producción de flujo. Pero debido a la aparición del primer condiloma buscó los servicios de un médico particular quien acertadamente le diagnosticó la IVPH y le recomendó asistir al HGM por su reconocimiento como institución médica que alberga una plantilla de médicos capacitados para el tratamiento de este tipo de problemas. Sin embargo, previo a los tratamientos que recibió en dicha institución que le había programado su cita de primera vez hasta dentro de un mes, ella se mantuvo bajo la atención del médico particular quien le indicó un pequeño tratamiento basado en una crema que, a decir de ella, le ayudó a quemar los condilomas, y que fue una forma de frenar el avance de las lesiones mientras recibía la atención requerida.

Desde su experiencia, el personal de salud se limitó a hacerle las pruebas y estudios necesarios, a explicar a grandes rasgos su diagnóstico, pero no a proporcionar una mayor información de lo que es el virus y otra serie de incógnitas que le surgieron, lo que aumentó su grado de incertidumbre, confusión y dolor. Sus mayores dudas han versado sobre cómo controlarlo y tratarlo, así como conocer más a profundidad en qué consisten y que consecuencias pueden traer los tratamientos que se les realizan, y todo aquello que se relaciona a la reincidencia de las lesiones o reaparición de condilomas. Dichos estados de vacío, confusión e incertidumbre, afirma, la orillaron a pensar en la posibilidad de retirarse y abandonar el tratamiento, sin embargo, por fortuna sigue en pie y firme a las indicaciones de los médicos.

---

<sup>70</sup> Es importante señalar en este sentido que la pareja con la que Flor adquirió la condición sí ofreció apoyo para buscar soluciones, pero al sentirse engañada y decepcionada, al parecer ella decide asumir sola la responsabilidad de su situación de salud.



Al convertirse la tía en una fuente de apoyo que resolvía sus dudas y proporcionaba la información necesaria sobre temas delicados como la sexualidad, y con la que compartió el diagnóstico, uno de los primeros sentimientos que surgen tras saberse con IVPH es el de traición a la confianza de la tía, quien tras enterarse se sorprende y reprende, solicitando a Flor pida una especie de reparación de daños a la pareja que le transmitió el virus mediante una ayuda económica para la realización de los tratamientos necesarios. Decide no compartir el diagnóstico con otras personas, mucho menos con su familia porque, al padecer su madre afecciones del corazón, no le ha gustado cargarle sus problemas, una situación que le agudiza la forma de asimilar y afrontar su nuevo estado de salud porque todo lo guarda para sí misma.

Afirma seguir sus tratamientos y cumplir con las citas tal cual las ha recomendado el médico, aunque asegura que sí hubo una cita a la que no asistió por problemas familiares y que se prolongó por falta de recursos económicos, pues ella es la que corre con todos los gastos médicos. Le han realizado aproximadamente tres tratamientos entre asa y láser, y sólo ha tenido apego al tratamiento biomédico.

A partir de su experiencia no siente que exista un acompañamiento por parte del personal de salud (médico y enfermeras), aunque afirma se ha encontrado con un personal de todo tipo. No obstante, la carencia de información en una constante sobre la que se debe poner mayor atención y énfasis.

La entrevista para ella significó un medio de catarsis, la oportunidad de compartir y desahogar todo lo que se había guardado para sí misma. Después de este encuentro de vivencia y experiencias, Flor se dirigió a su trabajo con un semblante diferente y una tranquilidad más notoria que le daba la seguridad de que las cosas no podrían estar tan mal como las pensaba. Por lo que se observó en ella, adquirió la fortaleza necesaria para seguir y afrontar el diagnóstico de una manera más serena.

### **6.2.3 Sofía**

*Me costó mucho en el sentido de que algún día llegaría a tener otra pareja, ¿cómo se lo diría?, ¿cómo se lo iba a exponer?, ¿cómo le iba*

*yo a decir que yo había tenido otra pareja y que había contraído una enfermedad?, y... Yo creo que era más eso. Y el saber cómo lo iba a tomar mi mamá (Sofía, 21 años, 2017).*

Sofía fue la segunda de estas cuatro mujeres identificadas en un mismo día que accedió a colaborar con su testimonio junto con Flor. Fue diagnosticada con LIEBG en octubre de 2016 y sometida a tratamiento de asa por resección electroquirúrgica. Originaria de Oaxaca y establecida en la zona oriente, específicamente en Ixtapaluca, se desempeña como enfermera de un centro hospitalario de Iztapalapa donde le diagnosticaron por primera vez IVPH y le dieron tratamiento, no obstante, ante expresiones de reincidencia, la médico tratante de dicha institución la remitió al HGM para que le realizaran un procedimiento más complejo del que se ahí le podía realizar, la electrofulguración. Manifiesta encontrarse actualmente en una relación,<sup>71</sup> no tiene hijos, y aún vive en casa de sus padres. Tiene 21 años y ha tenido sólo dos parejas sexuales, con las que manifiesta haber usado preservativo, aunque en ocasiones prescindió de él, en particular con la primera de ellas con la que adquirió el virus.

El testimonio se recabó el 16 de enero del presente año al interior de la unidad de oncología, en un ambiente de confianza, seguridad, seriedad y respeto a su integridad personal. En todo momento se mostró tranquila y dispuesta a responder cada una de las preguntas que se le hacían; a veces dubitativa y reflexiva, nunca dudó de su participación ni manifestó deseo alguno por retirarse del estudio.

En casa, la información que se ofrecía sobre sexualidad era proporcionada por su madre y consistía básicamente en formas y estrategias de cómo cuidarse y las consecuencias que tenía el no hacerlo. Por ser la mayor de tres hermanos, y por la formación profesional que tiene, Sofía se encarga de difundirles y enseñarles todo lo necesario sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual a la medida de sus posibilidades y al bagaje de conocimiento que ha ido adquiriendo.

---

<sup>71</sup> La información que Sofía proporciona en la entrevista respecto a su estado civil contrasta con la que se asentó en el expediente, pues ahí se afirma que está casada y que se dedica las labores del hogar.

Tras diagnosticarle IVPH manifiesta cambios sustanciales en su vida sexual, pues si antes la consideraba normal porque no le daba miedo ni temor ejercerla, ahora la piensa más porque además ya no tienes gusto por ella. Su actual pareja está enterada de su situación de salud y le muestra un apoyo firme y constante que se demuestra en un respeto cuando está presente la negativa a tener relaciones sexuales, y en ser un acompañante fiel cada fecha de consulta. No se ha dado una transmisión del virus porque existe un uso constante del preservativo.

Sus primeras manifestaciones se dieron a través de una mayor producción de flujo que la orilló a realizarse su primera colposcopia. No imaginaba que pudiera tratarse de VPH, sino de un cambio hormonal fuerte, pues más allá de ello no hubo otro signo que pudiera denotar que se trataba de un ITS como ésta. Señala que el personal de salud no le proporcionó la información necesaria sobre su diagnóstico, más bien el conocimiento que ahora tiene lo adquirió del Hospital General de Iztapalapa donde recibió de primer momento la atención, y también por su gusto y curiosidad acerca de temas relacionados a las ITS que desde la secundaria la hacían buscar información sobre ellas.

La información que existe, desde su perspectiva, es confusa y no aclara todas sus dudas, porque sobre lo que existe y se difunde, hay quienes dicen que su pareja se puede contagiar, y hay otras que dicen lo contrario. Al igual que el caso anterior, afirma no sentir que haya la apertura suficiente por parte del personal de salud para resolver las dudas de las pacientes, y menos sobre temas relacionados a la sexualidad y cómo ejercerla con plenitud en su condición. A pesar de ello considera que ofrecen un buen servicio, porque el proceso es muy rápido.

Su actual pareja junto con su madre son los pilares más importantes de su red de apoyo, ellos son quienes la acompaña a sus consultas al hospital cada que tiene citas programadas y nunca la dejan sola. En particular con su madre llevan una buena relación basada en la comunicación, por lo que al compartirle el diagnóstico no pudo evitar sentir que la había defraudado. Dicho apoyo, al cual se han sumado dos amigas de la secundaria, han hecho que Sofía viva el proceso de otra manera: *Trato de pensar en lo positivo más allá de en lo negativo.*

Con sus ingresos laborales trata de solventar los gastos de sus tratamientos y consultas. Acepta acatar las indicaciones del médico, así como asistir a las consultas cada que se le solicitan. Coincide con los testimonios anteriores acerca de que sí influye el médico tratante en la forma en cómo se sienten las pacientes durante la consulta y los tratamientos: *Porque yo considero que cuando un médico igual nos muestra seguridad, y trata igual de tranquilizarnos a nosotras, es como que entrar en un estado de... pues no sé, de seguridad, o no sé. Pero yo siento que sí influye mucho.*

Confía que un día recuperara su vida sexual y la ejercerá con plenitud siempre y cuando tenga la información necesaria. Ahora el proceso ya lo vive de manera más tranquila, porque para ella *la situación es querernos nosotras mismas, y quien no quiera nos tiene que aceptar como somos.*

#### **6.2.4 Sharely**

*Pues al principio como que no lo tome tan mal, o sea como que yo decía: “Bueno es una enfermedad, vamos a tratarla, a salir adelante”. Después de un tiempo, después de dos meses como que yo ya empecé a sentirlo y decir: “No, eso ya es una enfermedad que tú vas a tener de por vida, entonces es una enfermedad que puedes tardar mucho, que puede llegar a ser más grande de lo que te encontraron”. Ya fue cuando mi cabeza empezó a detectar así de “Pues sí, también te puede llevar a cáncer”. Y pues me pasaron muchas cosas por la cabeza, decir: “Tú tienes 22 años, tienes una vida por delante, tú tienes un hijo...”. Entonces pues de todo (Sharely, 22 años, 2017).*

El miedo transformado en optimismo fue una de las contantes de esta entrevista. Siempre con una sonrisa en el rostro, Sharely fue interceptada después de salir de su consulta de rutina. Previamente había sido seleccionada a partir de la revisión de expedientes de donde se capturaron sus datos y se rastreó la fecha de posible asistencia a consulta, de acuerdo a las indicaciones médicas especificadas en su hoja de tratamiento donde se citaba en dos meses, y con el cotejo y búsqueda en la libreta de registro de citas se confirmó que asistiría el 03 de enero, día en que se tuvo el primer contacto y ahí mismo se concretó la fecha en que la entrevista sería realizada.

El 23 de enero se presentó en las instalaciones de la unidad de oncología con una muestra de seguridad visible que denotaban una experiencia y una actitud ante el virus diferente a la que por lo común se observan en muchas de las mujeres que asisten a solicitar atención al CENACLID. Fue diagnosticada a los 21 años con LIEBG a mediados del año pasado, y desde entonces ha mantenido continuidad y apego a sus consultas de revisión y tratamiento tal y como lo han señalado cada uno de los médicos que la han atendido a lo largo de este tiempo. Casada y madre de un hijo, inicio su vida sexual a los 19 años; ha tenido cuatro parejas sexuales con las que afirma siempre haber sido muy cuidadosa haciendo uso del preservativo, salvo con las dos últimas con las que en ocasiones tuvo relaciones sin protección.

En la actualidad vive con su pareja en el sur de la ciudad de México, se dedica al hogar y al cuidado de su hijo mientras éste crece. Su máximo nivel de estudios es la preparatoria terminada.

Por su diagnóstico de lesión de bajo grado, le realizaron tratamientos de asa por resección electroquirúrgica y vaporización con láser, después de los cuales se encuentra bajo vigilancia semestral para evitar reincidencia. La detección oportuna del virus se dio de manera azarosa, no hubo manifestación sintomática alguna que ella identificara como anormal, pero una revisión de rutina que solicitó su médico de cabecera posterior a su embarazo, y que consistió en la realización del *Papanicolaou* en el centro de salud de su localidad, revelaron la presencia de infección por virus del papiloma humano. Tras obtener los resultados su médico la canalizó al HGM, por ser considerada una institución de prestigio en este tipo de tratamientos.

Hija de una madre que siempre se dedicó a trabajar, la comunicación sobre sexualidad no existía en el seno familiar, y la que hablaba de esos temas era una tía que evitaba que tanto ella como su hermana tuvieran cualquier tipo de problemas relacionados principalmente al embarazo a temprana edad por encima de las infecciones de transmisión sexual. Si bien afirma no haber tenido mucha actividad sexual antes del diagnóstico, posterior a él éstas disminuyeron sustancialmente.

Los conocimientos que tiene sobre infecciones de transmisión sexual fueron gracias a los que recibió en la escuela, pero también como producto de una obsesión post diagnóstico por buscar información que le ayudara a resolver todas sus dudas y saber más acerca de este virus de reciente detección, que la llevó a desarrollar un cuadro obsesivo compulsivo que le provocó otras afectaciones de carácter dermatológico que incrementaron sus sentido de alarma; no obstante siempre asistió al médico y sus sospechas de que fuera alguna otra manifestación de IVPH fueron resueltas y descartadas.

En la actualidad usa como método anticonceptivo el implante subdérmico que al parecer le altera sus periodos menstruales y contribuye a crear confusión acerca de si es por reacción a dicho método o producto de una manifestación de reincidencia de la IVPH.

La experiencia de Sharely con el personal de salud parece ser satisfactoria, pues asegura le explicaron en qué consistían los procesos que le realizaron. Aunque no ofrecieron la información necesaria de acuerdo a sus necesidades, asegura que sí hubo explicaciones que la orientaron acerca del proceso y las consecuencias de los tratamientos. Pero también reconoce que existe una serie de vacíos de información que genera dudas y confusiones a las mujeres que presentan la condición no sólo en lo referente a la transmisión y la terapéutica, sino en todo lo referente a su relación con la sexualidad. Su temor a que el virus y los tratamientos tengan repercusiones en su vida reproductiva es una de las constantes, pues un nuevo embarazo está dentro de sus planes de familia, a pesar de que son conscientes como pareja de que las condiciones en este momento no están dadas para que ello se pueda llevar a cabo, pues son muchas las dudas que giran en torno a dicha posibilidad como la transmisión del virus al bebé, o a que otra cosa le pueda pasar.

Junto con su familia (mamá, pareja de mamá y hermanos), su pareja figura como uno de sus principales apoyos en todos los sentidos, que van desde lo psicológico hasta lo moral, un respaldo incondicional que le ha ayudado a cambiar la perspectiva de cómo vivir y abordar el diagnóstico, porque él siempre los pone por delante a ella y a su hijo. A diferencia del resto de las informantes, la relación

con su pareja se ha mantenido y fortalecido. Para ella su familia la ha sostenido en todo el proceso vivido, convirtiéndose en la compañía fundamental y requerida en cada una de las consultas a las que ella asiste.

Su hijo representa el motor más fuerte por el que ella sigue las indicaciones al pie de la letra y asiste en tiempo y forma a sus consultas, no existen obstáculos ni impedimento alguno que la desvíen de sus objetivos: [...] *en dado caso de que se me cruce un no puedo, sí puedo; un no tengo, bueno, pues veo la forma de que sí voy a poder, sí tengo. Exacto.*

A pesar del éxito de los tratamientos y el diagnóstico, todavía está presente el temor a desarrollar una lesión de alto grado o cáncer, aun cuando ya está más tranquila y optimista al protegerse y cuidar su salud. Aumenta en ella una conciencia y responsabilidad del cuidado y la protección de transmitir el virus principalmente a su esposo, y de ella adquirir otro tipo; sugiere que las pláticas de carácter informativo podrían ser una alternativa para evitar malas interpretaciones sobre el tema que tenga repercusiones en su vida sexual y de pareja.

Con el tiempo espera tener una vida normal con su nueva familia y planear la llegada de otro bebé cuando así lo planeen, pero sobre todo, y aun cuando le cuesta trabajo enunciarlo y verlo como algo imposible de que suceda, puedan lograr una nueva etapa donde vuelvan a experimentar la plenitud y la satisfacción sexual. A partir de su experiencia espera ser un ejemplo para su hijo, para que él no abandone el cuidado tanto de su salud física como sexual.

Para Sharely, este proyecto fue una oportunidad sustancial al compartir su testimonio y saber que puede ser útil para otras personas. Su experiencia llena de temores, obsesiones y optimismos, al ser externalizada representó para ella una forma de desahogo que le permitió resignificar su situación misma y llenarse de una mayor actitud positiva ante lo que enfrenta.

### **6.2.5 Valentina**

*La verdad me deprimí porque yo nunca pensé tener alguna enfermedad. En la escuela nos decían sí, nos decían y todo, pero nunca pensé que me fuera a tocar a mí. De hecho sí le tenía miedo a las infecciones, pero pues es algo que yo misma me busqué (Valentina, 21 años, 2017).*

El contacto con Valentina, al igual que otros, se dio de manera azarosa. A finales del año pasado asistió por primera vez al CENACLID por referencia de un DIF de Ecatepec, zona donde habita en la actualidad, que la había ya diagnosticado con infección por VPH. Tentativamente su testimonio no figuraba dentro de las posibilidades que se habían seleccionado hasta el momento, pues al ser una usuaria de reciente ingreso a los servicios de displasias, se temía que no cumpliera con los criterios de inclusión señalados para la delimitación y selección de las informantes; aunque cumplía perfectamente con la edad y el diagnóstico tanto de IVPH como de lesión de bajo grado, no se sabía si cumpliría con el criterio del tiempo mínimo requerido en la trayectoria clínica.

Si bien se presenció parte de la primera consulta a la que asistió, no fue sino hasta la etapa de tratamiento por asa y láser que se contempló como un caso que se anexaría a la lista que, hasta entonces, ya tenía a muchas mujeres descartadas por cuestiones anteriormente señaladas y que, tras revisar minuciosamente su expediente, sí cubría con el perfil requerido. Por fin el problema se había resuelto y ella pudo formar parte del grupo de mujeres que colaboró en este trabajo, pues por fortuna, el proceso de la atención médica ofrecida resultó muy rápido dadas las condiciones de avance en lesión que ella presentaba, y que permitió un nuevo encuentro y contacto que culminó en la entrevista que proporcionó a finales del mes de enero.

Así pues, la entrevista se realizó al interior del Hospital General de México, en un ambiente que lamentablemente no resultó tan cómodo para ella, al efectuarse en la explanada de dicha institución. Cabe mencionar que el objetivo era hacer dicha entrevista al interior de las terrazas de la unidad de oncología, donde se habían ya realizado otras, pero, al presentarse ese día con su hija, era imposible que nos permitieran el acceso con la pequeña, entonces se decidió desplazarnos e instalarnos en un espacio abierto y sin tanta gente como la explanada. Estas condiciones bajo las cuales se obtuvo este testimonio permearon sustancialmente la información y los datos que de ella se obtuvieron, ya que al haber personas (pocas) cerca de nosotras y el estar al pendiente de la niña,



influyeron para que esta informante se sintiera un poco cohibida y con ciertas reservas, y fuera un impedimento para lograr una concentración y atención plena en las preguntas que se le hacían. Pese a todo ello, sus aportaciones fueron de gran importancia.

Valentina es una mujer de 21 años que se dedica básicamente a la colocación de uñas de acrílico, su principal fuente de ingresos con los cuales mantiene a sus dos pequeños hijos de 2 y 1 año de edad, pues solo culminó su educación básica. Hoy en día vive con sus padres, hermanos e hijos en una de las tantas colonias que conforman la gran Ecatepec. Es la mayor de sus tres hermanos y sólo llegó hasta el primer semestre de preparatoria.

Como se mencionó con anterioridad, fue diagnosticada con LIEBG y condilomatosis, y tratada por presencia de lesiones a nivel interno y externo. Al tener múltiples parejas sexuales tanto ella como su anterior pareja, con quien vivía en unión libre y que a su vez es el padre de sus hijos, la colocó en una situación de alto riesgo y gran vulnerabilidad. Actualmente vive separada, por lo que ahora se concibe como una mujer soltera.

Los temas de sexualidad y métodos anticonceptivos eran abordados principalmente por su madre cuya mayor preocupación era que *no la regara* en un sentido no sólo de embarazo a temprana edad, sino de contraer alguna de las múltiples ITS que existen.<sup>72</sup> Inició su vida sexual a los 13 años, mientras cursaba su primer año de secundaria, no se embarazó porque afirma que *ni siquiera lo [hizo] bien, fue a lo tonto*. Desde entonces el uso de preservativos y las pastillas de emergencia han sido los métodos de barrera a los que ha recurrido, pero no de forma rigurosa. A pesar de esto, afirma no tener mucha información sobre infecciones de transmisión sexual, aunque sí había tenido referencias sobre el VPH por una tía que también lo adquirió.

Antes del diagnóstico su vida sexual era demasiado activa, su esposo así lo demandaba, pero con el tiempo ella fue perdiendo el gusto por el sexo, y no necesariamente por la presencia de la IVPH, sino porque todos días había que

---

<sup>72</sup> La figura del padre está presente en el seno familiar, pero afirma existir una relación muy distante entre ambos. Por lo tanto, las únicas que cumplen con la función de orientar sobre estos temas son su madre y una tía.

estar dispuesta para los deseos de la entonces pareja sin importar las condiciones en que ella se encontrara, situación que vivió a lo largo de los tres años que permaneció junto a él.

Nunca se había hecho pruebas de detección hasta después del nacimiento de sus hijos, en particular del segundo,<sup>73</sup> cuando detecta la aparición de los pequeños condilomas que la obligo a realizarse un chequeo en un centro de salud de su localidad, lugar donde le detectaron el virus y la refirieron al HGM porque ahí contaban con los medios necesarios para poderle realizar un tratamiento con láser, tal y como ella lo requería. Tras los estudios realizados, también le detectaron que había adquirido vaginitis bacteriana.<sup>74</sup>

Asegura no hubo una modificación de sus prácticas sexuales tras la IVPH, hasta que el crecimiento de los condilomas así se lo impidieron. Tras el diagnóstico, la relación con su pareja empeoró notablemente. El virus, asevera, lo adquirió con el papá de sus hijos, pues antes de iniciar su vida sexual con él, nunca había sentido ningún tipo de molestia, y después de estar con él comenzó a sentir toda la serie de malestares mencionados.

Previo a la confirmación del diagnóstico, y por los signos que se fueron presentando en su cuerpo, Valentina sí llegó a pensar en que era muy probable que se tratara de una infección de transmisión sexual, como un herpes, pero nunca pensó que se pudiera tratar de un papiloma. A diferencia de los casos anteriores, no anuló vida sexual, solo dice decidió tomar las precauciones necesarias a partir del uso del preservativo, lo que no quiere decir que no tenga dudas sobre cómo continuar con su sexualidad una vez que sabe que el virus puede o no estar presente, y si hay o no transmisión hacia otra persona al tener relaciones sexuales.

---

<sup>73</sup> Recuerda que desde el embarazo de su primera hija ya comenzaba a sentir ardor al orinar, sin embargo, se pensaba que se trataba de una infección por vías urinarias, aunque después de un tiempo asegura le quitaron una úlcera de la cual nunca le confirmaron si era por causa de IVPH o por cualquier otra razón.

<sup>74</sup> La vaginitis bacteriana es una de las causas más comunes de las infecciones vaginales. El Dr. José Molina junto con otras colaboradoras aseguran que otros investigadores no la consideran una infección sino una condición de desequilibrio que afecta a muchas mujeres en edad reproductiva y con ciertos problemas que las predisponen, como haber sufrido partos prematuros, abortos y la presencia de alguna ITS (Departamento de microbiología y parasitología de la Facultad de Medicina, UNAM. Fuente: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/vaginosis-bacteriana.html>. Fecha de consulta: 03 de marzo de 2017).

La existencia de este par de interrogantes que necesitan ser expuestas para encontrar respuestas por parte del personal de salud, son obstaculizadas por la pena que la domina, y que termina bloqueando el sentido de conocer a mayor profundidad todo lo relacionado al virus y la sexualidad.

Su principal red de apoyo está conformada por su madre, sus hermanos y un amigo, quienes conocen su diagnóstico, pero es ella la que cubre con todos los gastos médicos a pesar de que manifiesta haber recibido en algunas ocasiones el apoyo de su ex pareja, aunque fuera sólo a nivel económico y no en otros sentidos.

A final del relato de su experiencia considera que una de las posibles limitantes que se presentan para que muchas mujeres interrumpan o abandonen sus tratamientos se encuentran básicamente en las opiniones de la gente que impactan en la realidad de las usuarias, así como la pena y la perspectiva que las mismas parejas tengan sobre este tema. Recomienda como estrategia de prevención y cuidado que toda mujer se revise y se haga el *Papanicolaou* y la colposcopia, así como poner más cuidado al momento de tener relaciones sexuales, reflexiones de donde deriva la responsabilidad que ahora tiene como madre y guía de dos niños a su cargo con quienes pretende:

*Pues platicar con ellos y educarlos que no sean como yo, y pues hablar con ellos como mi mamá lo hacía. Pues obvio no, a nuestros hijos no queremos que nada les pase de lo que uno vive (Valentina, 21 años, 2017).*

#### **6.2.6 Eva Luna**

*Yo había escuchado a otras mujeres que decía que el cuerpo es la primera trinchera, el espacio de lucha. Y vaya que ahora me resulta como muy próximo ese mensaje, porque este padecimiento ha sido como una cadena de muchas cosas que tiene como mi historia familiar, que finalmente mi historia familiar me ha marcado como de una manera así muy fuerte, ¿no? [...] Son muchas cosas muy distantes y muy conflictivas que [confluyen] en este espacio de lucha (Eva Luna, 24 años, 2017).*

La conciencia del sentido de ser mujer, la posesión del cuerpo y la sexualidad son factores interiorizados en el pensamiento de Eva Luna. Desde sus alcances y aún

con los miedos que la embargan, una de sus mayores consignas es rescatar su cuerpo y su identidad sexual del control y la sanción de los otros representados en las figuras familiares y de los médicos, a partir de un empoderamiento del ser mujer. Como pasante de la licenciatura en pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, refleja un marcado posicionamiento ideológico y político de tendencia feminista, que le ha hecho percibir la IVPH de una manera diferente.

El caso de Eva Luna es muy particular porque al ser diagnosticada con condilomas, las lesiones que el VPH ha provocado en ella han sido sólo a nivel externo y, por tanto, tratadas de manera local con la aplicación de ácido tricloracético, pomada de nitrato de plata y la toma de vitamina A, en conjunto con revisiones periódicas de vigilancia.

Desde el primer acercamiento a la consulta se mostró como una mujer demandante sobre el respeto de su cuerpo y su privacidad, manifestando una negación a abandonarse a los mandatos y decisiones propias de la jerarquía médica. Aún no cuenta con un expediente clínico porque su caso no ha requerido tratamientos mayores a los que hasta ahora se le han realizado, y que de acuerdo a los lineamientos de la atención que se siguen en el CENACLID, esto no amerita la apertura de un expediente de registro. Sin embargo, se encuentra bajo un estricto control médico que perfectamente intenta llevar al pie de la letra.

El contacto con ella se dio un día que asistió a una de sus últimas consultas programadas. Previamente su caso ya se había identificado durante los inicios del trabajo de campo al interior de la consulta, pero aún no cumplía con las características necesarias para ser una candidata a participar en este estudio, fue hasta después que se corroboró que ya cumplía con el perfil requerido. Por fin la cita se había acordado en Ciudad Universitaria, pero ciertos eventos impidieron que se llevara a cabo el día señalado, y la entrevista se tuvo que reprogramar, no sin un temor de mi parte a que ésta ya no pudiera ser posible dadas las múltiples actividades de ambas partes que complicaban el encuentro. La suerte cambió, y el 23 de febrero del año en curso la entrevista tuvo lugar en el Edén de la antes acordada Ciudad Universitaria.

Eva Luna es una mujer de 24 años que actualmente radica en el municipio de Tecamac, Estado de México. Soltera y sin hijos, siempre se mostró muy atenta y disponible a contestar todas y cada una de las preguntas que se le realizaron durante la entrevista, algunas veces con ciertas pausas que denotaban reflexión para proporcionar una respuesta clara, convincente y acorde a la realidad vivida. En momentos de pena o de conflicto por no saber qué contestar, sólo reía e intentaba responder y compartir su experiencia hasta en los momentos más íntimos, donde su carácter desinhibido y seguro de sí misma, le permitió demostrar con cierta claridad los objetivos que tiene sobre la vida, y de lo ella quiere y espera.

Fue diagnosticada con IVPH por un médico particular quien le comentó los procedimientos a seguir. A raíz de ello se dio a la tarea de buscar instituciones que pudieran atender y tratar de forma económica las lesiones que presentaba, pues hasta el momento, no contaba con los recursos necesarios para solventar un procedimiento tan costoso de forma particular. Para su fortuna, y la de muchas otras mujeres, el Hospital General ofrecía ese servicio de acuerdo a sus necesidades y posibilidades; su asistencia a dicha institución, en particular a la clínica de displasias de la unidad de oncología, se dio a principios del mes de diciembre del año pasado y continua hasta la actualidad con recursos obtenidos de un pequeño trabajo en un negocio familiar en el que, si bien no labora de manera formal, sí le permite solventar sus gastos médicos.

Comenzó su vida sexual entre los 20 y 21 años, ha tenido 2 parejas sexuales con las cuales hizo uso del preservativo, pero no de manera regular y constante. Su prioridad era no embarazarse, no así evitar la adquisición de una ITS a pesar de que sabía que podía suceder, pero lo consideraba poco probable por mantener cierta estabilidad de pareja.

Las infecciones de transmisión sexual son un tema sobre el cual advierte tener un conocimiento básico. En casa, el manejo de los temas sobre sexualidad era contradictorio: la iniciativa por parte de los padres de que tanto ella como sus hermanas se acercaran a exponer dudas y curiosidades era parte del discurso de educación familiar, pero cuando esta iniciativa se concretaba, existía una clara evasión y hermetismo sobre el tema que se contraponía a la aparente apertura

que en un primer momento se mostraba. El conservadurismo dominaba la relación familiar, y las sanciones sobre el ejercicio de la vida sexual eran una constante.

Los primeros síntomas que presentó fue la aparición de condilomas que ya se había sentido en una fase de autoexploración, en un primer momento los había confundido con pequeños granitos, barros o abscesos que ya había tenido en otras ocasiones, y que los relacionaba al tipo de alimentación y al uso de ropa ajustada.<sup>75</sup> Pese a que con su actual pareja han mantenido una buena comunicación respecto a sus vidas sexuales en lo individual y en lo común, es decir, tanto en lo que les compete a ellos como pareja y las experiencias que tuvieron anteriormente, Eva revela que sí hubo conflictos entre ambos tras identificar que la condición la había adquirido con él, ello denotaba que el sentido de la honestidad tuvo sus excepciones y había tenido repercusiones sustanciales. Señalar al culpable entonces se volvió un tema recurrente como una estrategia de evasión de la responsabilidad y un desligarse de este sentido de culpabilidad que recaía sobre ella.

Apunta que tras el diagnóstico presentó más una afectación de carácter psicológico y emocional, que físico. Su experiencia en el hospital considera ha sido rápida y accesible hasta cierto punto en tanto costos y atención, su conflicto radica en las actitudes que a veces los médicos muestran con las pacientes y en la falta de información que, aun cuando sea suficiente para que ella pueda mantener cierta tranquilidad en su vida, falta mucho por informar y aclarar. Aunque ha hecho de internet su herramienta principal de búsqueda de información, detecta que existe mucha de ésta que es contradictoria,<sup>76</sup> lo que hace necesario un espacio donde se rompan los mitos que existen alrededor del virus, y que en parte son los causantes de los temores que se generan en las mujeres que lo adquieren.

A pesar de toda esta búsqueda, todavía la abordan interrogantes significativas que precisa resolver, y que están dirigidas a conocer cuál es el mejor

---

<sup>75</sup> La dinámica de su relación de pareja no transita sólo en lo sexual, sino en una adecuada comunicación y confianza que la hace tener también una relación de amistad, en tanto que pueden platicar sus intimidades anteriores, presentes y futuras, y realizar actos de exploración mutua en el que uno a otro pueda detectar aquellos cambios existentes en el cuerpo de cada uno.

<sup>76</sup> A este factor se agrega la duda sobre la seriedad de las páginas, si las que existen y se revisan contienen información fidedigna o no en la cual se pueda confiar.

método anticonceptivo, si influye o no el uso del condón femenino o masculino en la disminución de las probabilidades de transmisión, qué tan riesgoso es que siga o no con su novio en tanto posición de mayor vulnerabilidad, qué cosas no debe o en su defecto debe hacer en términos generales para cuidarse y protegerse, pero sobre todo, en las discrepancias que se han presentado comúnmente en los diagnósticos que le han dado a lo largo de su trayectoria clínica, y que van de si tiene o no lesión interna, y de qué grado.

Del mismo modo, todo lo referente a su vida y capacidad reproductiva transitan por el mismo camino de la duda y la preocupación al haber ya recibido un comentario de los médicos que ya la han atendido, sobre la posibilidad de que la esterilidad fuera una de las consecuencias, inclusive ya presentes.<sup>77</sup>

Sin importar sus diferencias familiares, en particular con sus padres, su madre, a pesar de su dureza, es la que cumple la función de acompañante a cada una de las citas a las que acude, y de manera indirecta, como respaldo económico. Asimismo, su pareja forma parte de su red en términos también económicos y emocionales, al que se anexa el apoyo solidario de su hermana y una amiga, pues junto a los dos anteriores, son los únicos con los que ha compartido su diagnóstico. A propósito de la muerte de su padre, ha recurrido a terapias psicológicas que, sin duda, le han ayudado a sobrellevar también este proceso terapéutico de la enfermedad.

En la actualidad se protege de contraer otra ITS u otro tipo de VPH con el uso del condón, pero ahora sí de manera más estricta y responsable, una dinámica que su pareja respeta y apoya, y que ha significado una labor complicada que se ha fomentado a partir de la discusión, la comunicación y la negociación. La responsabilidad y el compromiso que su pareja ha tomado hacia ella y hacia él mismo es tal que también ya se trató las lesiones provocadas por el papiloma, lo que no significa que bajen la guardia del cuidado y protección, pues hasta ahora ella sigue bajo tratamiento y vigilancia periódica.

---

<sup>77</sup> En este sentido es importante señalar que, ante la también detección de un microadenoma en una región de la cabeza, el tema de la esterilidad esta también relacionado a este problema neurológico, por lo que ella no recuerda con exactitud si el comentario anteriormente expuesto fue a propósito de este problema o de la presencia de la IVPH.

El factor económico, a se vera, es una determinante central para que las usuarias/pacientes puedan dar seguimiento y continuidad a los tratamientos. Aunque ella reconoce no tener ese problema porque tiene un ingreso seguro -poco-, más el apoyo de su mamá, piensa que sí puede ser un obstáculo para el caso de otras mujeres, que además incide en las formas de alimentación; una reflexión que surge tras haber experimentado un trabajo como obrera y recibir un salario ínfimo que le generó la conciencia sobre las limitantes que no se ven y no se consideran al momento de conocer y sancionar ciertos casos donde se abandona el tratamiento.

La posición de los hombres en lo referente a este padecimiento considera se debe a una ignorancia sobre el tema, que les impide tener una conciencia respecto a la transmisión y adquisición del virus, sumada a la falta de comunicación que existe al interior de las familias y que está fortalecida por el conservadurismo de los padres que obstaculizan la información; y que el individualismo en el que estamos inmersos los sujetos de la modernidad nos impide ver y preocuparnos por el otro.

### **6.3. La percepción, problematización y asimilación de las mujeres al ser diagnosticadas con IVPH**

La emancipación de la mujer en la actualidad ha sido uno de los terrenos más nutridos y fructíferos, cargados de proyección y revolución hacia el futuro que perfila nuevas formas de representación, significación y orden social, donde la mujer rompe con las estructuras arcaicas de conducta, comportamiento, ideología y deseos estructurados a partir de un orden social establecido que la limitaba y reprimía en su crecimiento y manifestación ideológicas, su desarrollo personal y profesional, y en sus deseos y motivaciones sexuales. A pesar de que estos son los puntos de ruptura, son la referencia hacia los cuales se dirige el devenir de las mujeres; la existencia aún de ciertos esquemas que resguardan la vieja tradición que dibuja el deber ser de la mujer, aun impacta en muchas esferas de las sociedades occidentales. Desarraigarse de un momento a otro de una tradición de valores y leyes sociales transmitida por generaciones ha sido una tarea



complicada, pues dicha tradición se disfraza de múltiples formas en un acto muy natural de resistencia a su transformación.

A pesar de estos avatares que pretende construir una nueva realidad en y para las mujeres, los arraigos de las viejas ópticas sobre el ser mujer nos persiguen aun en la modernidad en distintos y muy variados ámbitos y espacios. Y el terreno de la medicina no es la excepción, y no lo digo en lo referente al desequilibrio orgánico, sino a lo que éste significa en la experiencia de quien lo padece. Las infecciones de transmisión sexual adquiere connotaciones diferentes desde la construcción significativa y simbólica del género donde estas se presentan, para mayor ejemplo basta observar lo que sucede con la infección por virus del papiloma humano, donde el sexo femenino sufre las peores tensiones y consecuencias de su adquisición no solo biológicamente hablando, sino en su representación social ligada al estigma y el juicio de valores de conducta y comportamiento estandarizados y legitimados. No es gratuito entonces que las mujeres que adquieren la condición por IVPH desde estos antecedentes construyan una significación particular de su experiencia con el diagnóstico y su trayectoria clínica.

Un primer momento, la experiencia de la IVPH en las mujeres entrevistadas se concibe desde tres momentos principales: la percepción, la problematización y la asimilación como parte del proceso que inicia con el diagnóstico y el desarrollo de los tratamientos aplicados para su control y valoración. La percepción entendida como el primer conocimiento que se tiene del fenómeno se identifica con las primeras ideas que las mujeres manifiestan tener acerca del virus, se centraron en dos ejes principales que fueron la relación que el virus mantienen con el desarrollo de cáncer cervicouterino, y el referente a sus prácticas sexuales.

Esta primera relación que se establece con el CaCu proviene de una percepción mal difundida e incompleta acerca del VPH que lo ha tomado como sinónimo o referente inmediato e inminente de desarrollo oncológico en el área cervical, información que perceptiblemente impacta en la realidad de algunas mujeres que lo toman como una certeza que causa miedo y dolor. Los casos de Eva Luna y Alison son un reflejo de ello, pues no pudieron evitar que, al escuchar

su diagnóstico, su primer referente fuera el desarrollo de un padecimiento oncológico:

*Me preocupé mucho porque sabía que era la iniciación de una enfermedad que es cáncer, y bueno, mi abuela murió de cáncer, entonces pues sí me asusté, me asusté mucho, por mi niña, ¿no?, tiene tres años, dije “No, pues cómo”. Pero ya después dije: “Si es la iniciación se puede hacer algo, tengo que revisarme, tratarme y todo”. Ya tenía eso, pues a ver qué pasa (Alison, 23 años, 2017).*

Sin embargo, contrario a lo que se esperaba, no es este el referente que domina la percepción al respecto, y así lo manifiestan Sharely y Flor quienes, al recibir el diagnóstico, tuvieron una reacción de alarma por encima de este pensamiento de desarrollo de cáncer, el referente inmediato que ocupó su pensamiento fue la connotación que tiene al ser una infección de transmisión sexual que no se quita y que tiene referentes sociales y culturales significativos ligados al juicio y la estigmatización, donde los códigos significantes que se le han otorgado a todo lo referente a la sexualidad, afloran y se hicieron presentes:

*[...] al menos en mí es más psicológico lo que me afectó, porque no puedo decir como una enfermedad cualquiera, yo dijera fuera como otra enfermedad yo lo aceptaría como más fácil, tal vez sí es como esta idea de que es más difícil hablarlo como abiertamente porque es como de transmisión sexual, o sea, digo, ahora no estoy enferma, pero digamos, son otras cosas que digo: “Pues eso sí lo puedo comentar con otras personas”. Pero lo que más se me dificulta es que fue por transmisión sexual (Flor, 21 años, 2017).*

Para Sofía esto no fue la excepción, adquirir el virus ha significado un temor respecto a la forma en cómo se establecerán las nuevas formas de vinculación con los otros, en particular con futuras parejas, una perspectiva que deviene de la falta información por parte del sector y los servicios de salud que, según las informantes, no ofrecen los elementos necesarios para evitar confusiones y especulaciones sobre el tema, pues mucho de lo que al interior de los consultorios se expone está permeado de una calidad estigmatizante y moralizante de la que no se puede abstraer un padecimiento como la IVPH relacionada a lo sexual, y por ende al promiscuidad e irresponsabilidad, denominaciones que influyen en la percepción y significación de la enfermedad y el sujeto que la padece. El caso de

Valentina fue un tanto inespecífico al respecto, pero en sus palabras se interpretaba de igual manera que su percepción transitaba en ambos sentidos: el temor al desarrollo del CaCu y el referente sexual de su transmisión no desde el cúmulo de ideas morales, sino de las repercusiones orgánicas que causan las ITS, a las cuales afirma haberles tenido siempre mucho miedo.

La anulación de la vida sexual fue una forma en que las mujeres comenzaron a problematizar su situación de mujeres con IVPH, a lo cual se agregaron otros puntos como el bombardeo de cuestionamientos en torno al virus que surgieron una vez recibido el diagnóstico, y el sentido de la incertidumbre donde entra en juego la relación que se establece entre el personal de salud y las mujeres que acuden a solicitar y recibir un servicio de atención a su padecimiento, entendida la atención no sólo como el proceso de revisión, evaluación y tratamiento a nivel orgánico, sino de abastecimientos de información necesaria para que las mujeres comprendan y reestructuren su identidad a partir de la adquisición de un virus de carácter sexual.

Este abandono de la sexualidad se sustenta en una serie de dudas e imaginarios que existen sobre el tema, donde la anulación del medio que lo transmite les da cierta seguridad de protección a que el problema se agudice en tanto lesión y tipo de VPH, de acuerdo a sus referentes imaginarios producto de una información muy básica y a la vez carente sobre el virus y su comportamiento biológico. A ello se agrega una problematización de carácter afectivo que obstaculiza en muchos casos la vinculación con los otros y principalmente con su pareja a quienes en la mayoría de las ocasiones se les relaciona con el agente vector. Por ejemplo, en el caso de Alison, tras haber adquirido el virus con su primer y única pareja sexual le trajo transformaciones y distanciamientos sustanciales que no ha podido resolver, y que se basan en una evidente desconfianza en su pareja ante el temor de reincidir a pesar de que también ya fue sometido a tratamiento, pero la sospecha del factor “infidelidad” sigue estando presente jugando un papel importante. En Flor esta realidad no es diferente, su total anulación de todo contacto y relación sexual y afectiva con hombres la coloca

en un estado de aparente seguridad en situación de contingencia emocional como la que ha estado viviendo todo este tiempo desde el diagnóstico.

El temor que se genera de albergar un virus en su cuerpo ha llevado a que otras mujeres pierdan el gusto por el sexo. Ese fue el caso de Sharely y Alison. Para la primera, este factor se presentó primeramente por indicaciones médicas posteriores al tratamiento que le impedía tener relaciones por un tiempo determinado mientras se recuperaba de dicho procedimiento terapéutico, pero también por un miedo, producto de su imaginario, a lastimarse o hacerse más grande el virus, un temor que le transmitió también a su pareja a quien del mismo modo le había disminuido considerablemente el apetito sexual. Esta idea, más imaginaria que real, respondía a una lógica acerca de que dicha agudización se podía presentar por el número de veces que tuvieran relaciones sexuales, y no por reacciones biológicas de acuerdo al tipo de virus contraído en combinación con otros factores que influyen como el estado de sistema inmunológico, entre otros, que los orilló como pareja a no querer explorar ni vivir más su sexualidad de manera normal. Sofía simplemente les perdió el gusto, y afirma que si antes la consideraba normal porque no le daba miedo ni temor ejercerla, ahora la piensa más.

Estas ideas un tanto vagas, un tanto confusas surgen de un limitado cúmulo de conocimientos que tienen respecto al tema, en donde entran en juego sus propios recursos de búsqueda de información y comprensión de la misma.

Para Valentina y Eva Luna la situación se presentó de una manera distinta: ellas no detuvieron su vida sexual, pero sí disminuyeron el ritmo o frecuencia de la actividad y recurrieron al uso de métodos anticonceptivos -algo que antes no hacían con regularidad-, pero sin recurrir a la censura por completo, aunque con conflictos con sus respectivas parejas, pero manteniéndola aún como parte de su vida cotidiana.

Adquirir el virus las llevó a replantearse su nueva realidad, pero también a cuestionarse y tratar de resolver las dudas que les surgieron tras el diagnóstico, interrogantes que antes de éste no se habían presentado quizá porque veían muy lejana la posibilidad de que ello formara parte de su vida. Así entonces se presentó

una saturación de preguntas que intentaban resolver a pesar de las carencias y sesgos existentes en la información; el internet se convirtió en su principal fuente de orientación, pero no de esclarecimiento absoluto de sus dudas que versaban en distintos ámbitos, pero ligados entre sí, como las afectaciones que éste puede tener en la salud reproductiva de las mujeres que han sido sometidas a tratamientos quirúrgicos, pues como en el caso de Sofía y Sharely, está explícito el deseo de ser madre por primera vez y de nueva cuenta; qué tantas son las posibilidades de que ellas puedan transmitir el virus a una nueva pareja aunque no tengan manifestaciones de condilomas, solo lesiones a nivel de cuello y con el virus bajo control; y en general, dudas que circundan sobre la racionalización y los eventos que nutren el sentido del riesgo de transmitir y ser presas de una retrasmisión.

Para otras mujeres como Eva Luna, la problematización se centró en un auto cuestionamiento sobre las formas en cómo ha llevado a cabo sus prácticas sexuales, y que la reconfiguran como un sujeto consciente de su vulnerabilidad frente a la sexualidad y de una realidad familiar y contextual donde se ha insertado su realidad como mujer a lo largo de sus años. Antes del diagnóstico de IVPH afirma que su vida sexual transitaba entre el desenfreno por la libertad con la cual la ejercía, libre de miedos y temores, sin prejuicios y bajo el juicio de sus *propias motivaciones, deseos y ritmos*; ahora, con el conocimiento de que ha adquirido la condición del virus, la vive con más miedo a una reinfección y con un notable estrés a consecuencia de la lentitud con la que las lesiones externas han ido desapareciendo, y que de alguna manera han favorecido la limitación de sus prácticas y deseos. Se presenta entonces un deseo imperioso de subsanar estos temores y vacíos, pues aun cuando existe una reflexión sobre el cuidado del cuerpo y un marcado temor, no quiere que este sentimiento la frene o la imposibilite de seguir explorando y disfrutando su sexualidad.

A esto se liga notablemente el factor de la relación que se establece entre el personal de salud y las mujeres, que se construye bajo la existencia de la noción del riesgo y la incertidumbre que se generan por una falta de conocimientos e información básica respecto a la IVPH, y de quien se espera ayude a resolver estas

confusiones sobre lo que se debe de hacer en un estado donde el virus está presente y latente causando lesiones que desequilibran el adecuado estado corporal. Salcedo y García apuntan que “La confianza y el riesgo son fundamentales en la organización social a través de las instituciones y la institucionalización de saberes especializados y prácticas legales” (2010: 75), idea bajo la cual las mujeres esperan del personal de salud un acompañamiento terapéutico que aborde la dimensión biológica pero también informativa con orientación a una resignificación de su nueva realidad. Y al no existir esto, la realidad de estas mujeres se vuelve un cúmulo de confusiones, incertidumbres e inestabilidades emocionales y de pareja, que las lleva a buscar soluciones alternas muchas veces erradas y poco acertadas, entre las cuales destacan la introyección de discursos que giran en torno al virus, sus causas y consecuencias.

El sentido de la responsabilidad y la culpa estuvo presente en los testimonios tras reflexionar su situación en retrospectiva a sus prácticas sexuales y su posicionamiento frente a los factores de riesgo. El caso de Sharely bien lo ejemplifica, pues tras conocer las manifestaciones del VPH en la zona orofaríngea, le desató un estado de culpa ante la posibilidad de que esto se presentara como consecuencia de sus prácticas sexuales anteriormente experimentadas:

*Sí, como que sentí culpa, sí en ese aspecto yo no tuve cuidado, yo no tuve precaución, no por esa persona sino por mí. Sí en ese aspecto sí tuve mucha culpa de “¿por qué, por qué lo hiciste Naye?, ¿por qué no pensaste en eso Naye?, ¿por qué no visualizaste el problema que hoy en día ya presentas, ¿no? Pues sí tuve mucha culpa, mucho así como que rencor yo misma por no haber... no evitado, por no haber tenido los cuidados necesarios (Sharely, 22 años, 2017).*

La culpa se externaliza además desde otras vertientes como la traición a la confianza familiar, el error de no escuchar los consejos dados sobre el cuidado y la protección, la falta de responsabilidad en referencia al autocuidado no del embarazo sino de la adquisición de ITS, y en general, todo aquello que conlleva a las prácticas sexuales y el cuidado. Cabe mencionar que en mucho este sentido de la culpa se encuentra relacionada a las percepciones que el personal de salud tiene y transmite durante las consultas, sobre todos los médicos que están en

contacto más directo con las mujeres, y que no están abstraídas de los referentes socioculturales que permean la sexualidad y las infecciones que se contraen por esta vía. Aun a pesar de que son percepciones que se construyen y se fortalecen fuera del ámbito de lo biológico, la palabra del médico se sustenta en el valor de su reconocimiento como figura de poder cuyo conocimiento se toma como verdadero e incuestionable, agudizando entonces la idea que las mujeres tienen sobre si mismas como sujetos en estado de enfermedad y padecimiento.

El proceso de asimilación se ha presentado desde dos puntos medulares que han ayudaron a las mujeres a sobrellevar el proceso de diagnóstico y tratamiento de la IVPH: la construcción de estrategias de supervivencia y las modificaciones en su vida cotidiana.

Uno de los primeros aspectos a tratar es que cuando se da este proceso de asimilación es porque ellas ya aceptaron el diagnóstico y con sus propios recursos buscan darle sentido y seguimiento a su nueva vida. Para casos como el de Alison, la fortaleza como estado anímico y emocional se convirtió en su mejor estrategia de control y la demostración de un intento constante de adaptación a su nueva realidad, aun a pesar de que les cueste trabajo nombrar todo lo referente a la sexualidad, y llamar por su nombre lo relacionado a los genitales y el VPH a los que se refieren como un “eso”. El hermetismo sobre el tema fue otra estrategia que permitió que Flor y Sofía hicieran frente al problema de salud que ahora presentaban. Y la evasión parece haber sido la estrategia por la que Valentina se inclinó.

Para Sharely contrarrestar el agobio que le representaba el diagnóstico dependía de modificar ciertas prácticas de su vida cotidiana, como estrategias preventivas y de fortalecimiento a su sistema de defensa, tales como el abandono del cigarro que representa un factor de riesgo importante, y algunos cambios en sus hábitos alimenticios a una forma más natural, tal y como lo habían leído en distintas páginas de internet. Una postura que también comparte y trata de llevar a su vida cotidiana Alison y Eva Luna, quien agrega la actividad física y la asistencia al médico con regularidad como acciones que sabe son parte de este cuidado corporal, al cual se anexa la salud emocional.

Para esta última el proceso de asimilación dependió de ver esta experiencia de tener el virus como el significado de una nueva oportunidad de autoconocimiento y defensa del cuerpo, basadas en modificaciones de su vida cotidiana como la alimentación y la revisión, así como de las decisiones que sobre él se toman, pues ha reflexionado que: *para defender algo hay que amarlo, y algo que uno ama lo cuida*. Es por ello que tiene muy marcado el sentido de la autoexploración para ver y comprobar su evolución a partir de los tratamientos aplicados.

A pesar de esta revolución femenina que busca romper los límites marcados por el género, aún parecen vigentes en la práctica, más que en la ideología, en ciertos patrones arcaicos que ponen el dedo sobre las conductas y comportamientos de las mujeres, que hacen que en la actualidad existan aun la concepción de “enfermedades de mujeres” que les atañen sólo a ellas, una idea que parece tener un impacto sustancial en la forma de concebirla y vivirla en cada una de las mujeres a las cuales se entrevistó.

#### **6.4. Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres diagnosticadas con infección por este virus**

Cuando se habla de medicina y del binomio salud-enfermedad, parece que se habla de dos de los terrenos más neutros y fértiles de todas las profesiones y conocimientos humanos de acuerdo a sus principios básicos. Pero conforme se profundiza en su observación y análisis, poco a poco se van desentrañando las extensiones y conexiones con otros factores que perfilan su práctica. Patricia Tovar afirma que

*La salud [...] está profundamente ligada al contexto familiar, comunal y social, a grupo étnico y al estrato social; de ahí la importancia de diseñar programas apropiados a las necesidades de cada grupo. El género cumple un papel muy importante en la posibilidad de tener una vida saludable, de sufrir ciertas enfermedades, de sobrevivir a los primeros años de vida o de llegar a la vejez. También hay condiciones específicas que llevan a patrones de enfermedades diferenciados (2004: 255).*



Desde este pensamiento, las trayectorias de atención entendidas como el proceso en el que cada mujer ha vivido y tratado la enfermedad, adquieren mayor sentido en conjunto con los itinerarios terapéuticos, pues ante tal evento como la presencia y desarrollo de un padecimiento como la IVPH, las mujeres que lo han adquirido se han valido de una serie de recursos que, desde sus propios medios, han utilizado para atender y cuidar dicho padecimiento, y que se concreta en el momento mismo en que toman la decisión de recurrir y someterse a las decisiones que el médico tiene orquestadas para logra los fines de tratamiento y control de las lesiones causadas por el virus.

Bajo este tenor, se identificaron tres momentos en que las mujeres comienzan su trayectoria: el momento previo al diagnóstico, el diagnóstico, y el tratamiento o post-diagnóstico. El primero de ellos se podría describir como el momento en el que las mujeres presentan e intentan identificar una sintomatología que las conduce a buscar la atención médica, y que por lo regular consistió en la aparición de condilomas, o bien, de los síntomas más comunes como la comezón, ardor al orinar, mal olor y flujo que, en muchas ocasiones y en un primer momento, no eran relacionados a la IVPH ni siquiera por los médicos tratantes, pero sí a una simple infección vaginal que podía ser tratada con medicamentos,<sup>78</sup> o inclusive, se asociaban a reacciones propias del uso de ropa ajustada o a una falta de higiene; aunque también se pensó podía deberse a una consecuencia o reacción ante un intenso ritmo en la actividad sexual, como pasó en el caso de Eva Luna. Sin embargo, no en todos los casos presentados sucedió así, la mitad de ellas fue detectada de manera azarosa a propósito de la realización de pruebas rutinarias que se les indicaron posterior al término de sus embarazos como en el caso de Sharely y Valentina; Alison si bien presentó síntomas, éstos eran confusos y poco relacionados a lo que comúnmente sucede con la IVPH, por lo que el diagnóstico reincidentemente afirmaba tratarse de un problema en vías urinarias que no cedía

---

<sup>78</sup> Es importante señalar que en casos como el de Sharely la presencia de comezón y secreción eran manifestaciones que no se relacionaban al virus porque eran producto del uso continuo de tampones (tampax), que con el tiempo le produjeron una reacción alérgica mediante la presencia de infecciones vaginales y que era tratada con cremas, por lo que para ella esta sintomatología resultaba común y de poco signo de alarma.

pese a los múltiples tratamientos indicados, pero la realización de ciertas pruebas por fin arrojaron el verdadero diagnóstico.

Pocas de ellas afirman haber identificado alguna lesión o manifestación extraña en su pareja que denotara la presencia del virus, sólo Alison afirman haber detectado *unos granitos en la punta del pene*, mientras que Valentina una especie de *escamitas en la cabeza del pene* que era similares a unas que se observaban en algunas imágenes en internet. Todas coinciden en que ninguna de sus parejas previamente les manifestó tener el virus, unos porque no lo sabían, y otros porque prefirieron callarlo, un silencio que tuvo repercusiones sustanciales a nivel de pareja.

Una vez buscada la asistencia del médico, todas se apegaron y se mantuvieron fieles a los tratamientos acordes a las indicaciones biomédicas, descartando en algunas la posibilidad de en algún momento usar remedios caseros o algo parecido, aspecto que para otras resultaba una opción de complementariedad a su tratamiento biomédico como el caso de Valentina y Sofía que recurrieron al uso de extracto de hierbas y homeopatía, la primera con un abandono casi inmediato dada la incomodidad que la aplicación de dicho extracto causaba en los condilomas dónde se untaba, y la segunda en una constante atención que asegura le ha dado buenos resultados; de Eva Luna que reconoce haber buscado otro tipo de alternativas terapéuticas como aquella que promueve el feminismo que, a decir de ella, habla de los autocuidados, del requerimiento de espacios de atención propicios para las necesidades de las mujeres, y la autodisciplina respecto al cuidado del cuerpo; es decir, algo más llevado al plano ideológico que le ayude a llevar *una vida libre de tabúes*, y que está más relacionada a la ginecología natural.

Desde su asistencia al médico particular o a los servicios de asistencia pública, según haya sido el caso, intentaron mantener un apego a todas y cada una de las indicaciones que se les daban. Unas inmediatamente tras confirmar la presencia del virus fueron enviadas al Hospital General para recibir la atención necesaria lo más pronto posible, otras en su primer nivel de atención recibieron orientación y tratamientos básicos y acordes a sus alcances, en un intento de

controlar o mínimo detener el avance de las lesiones mientras las mujeres buscaban y recibían la atención en la esperada clínica de displasias del HGM, cuando estos primeros centros de atención ya no podían ofrecer nada más ante la falta de equipo y personal capacitado para la realización de los procedimientos subsecuentes. Pero siempre y en todo momento, señalan, han tratado de asistir y cumplir religiosamente con las indicaciones que se les dan, aun cuando existan percances que frenen u obstaculicen el adecuado transcurso de su trayectoria, como la falta de dinero necesario para pagar pasajes y colposcopias o tratamientos, la pérdida del algún documento necesario durante y para las consultas, o bien la falta de tiempo por cuestiones laborales.

En este orden de ideas, es necesario apuntar que la mayoría de los casos que colaboraron para este trabajo sus redes de apoyo, familiares y de pareja, son pieza central en tanto que al colaborar como acompañamiento moral y apoyo económico, facilitan el proceso y disminuyen las posibilidades de que exista una interrupción por falta de recursos. A pesar de que el caso de Flor ha sido un tanto difícil en este sentido, pues hay que recordar que ella depende sólo de sus propios ingresos, ha intentado recuperar la dinámica terapéutica que se había visto interrumpida y obstaculizada por falta de estos recursos, aun a pesar de que, hasta el momento de la entrevista, sentía no había resultados claros y positivos a su situación con la IVPH, que le causaban un sentimiento de desesperación que parecía desbocar en una intención de retiro y abandono para buscar otras opciones.

De nueva cuenta el miedo y la incertidumbre son una constante, en cada consulta a la que asisten las informantes manifiestan experimentar un temor y nerviosismo no sólo por las consultas/colposcopias de exploración y valoración que no resultan agradables y sí muy molestas, sino también por los resultados y diagnósticos que puedan revelar estados poco favorables como una resistencia del virus a ceder y permanecer bajo control sin causar lesiones o un desarrollo potencial hacia el cáncer. Estos estados potencializados de temor son muy perceptibles a la vista durante las consultas, los rostros de temor, vergüenza y tristeza son parte del ambiente hospitalario, que se refuerza con manifestaciones

concretas como el temblor corporal y la torpeza muchas veces presente al momento de responder a los interrogatorios clínicos, donde se hacen presentes los juicios y sanciones morales inconscientes y normalizadas de los médicos tratantes que dejan de lado su labor terapéutica de orientación y acompañamiento.

La trayectoria y el itinerario se encuentran asimismo estrechamente ligados a las formas en cómo se proporciona el servicio de atención. Como se mencionó en apartados anteriores, no existen una quejas hacia el servicio ofrecido por la institución, al contrario, hay un marcado reconocimiento sobre la buena atención que de ella han recibido en términos de praxis e intervenciones clínicas que buscan la restauración y el control del virus, cuyo objetivo es detener las afectaciones que provoca en lo fisiológico; sin embargo, no dejan de mencionar y hacer hincapié en los vacíos de información existentes sobre el tema y en el trato que se les da, éste último con posturas divididas entre las que han recibido un buen trato por parte del personal de salud en general (médicos de base, enfermeras y residentes), y las que no han corrido con esa suerte. Para ellas es de singular importancia no tener un médico fijo que trate su caso, pues la rotación de médicos residentes como producto de la formación académica y profesional que se da al interior del CENACLID a los futuros colposcopistas, les genera inestabilidad en tanto que, casos en particular como el de Flor, Valentina y Eva Luna, hay una discrepancia de diagnóstico que lejos de proporcionarles cierta tranquilidad y seguridad, les incrementa su estado de confusión e incertidumbre.

Las formas de intervención y vinculación que establece el personal de salud han sido determinantes en la forma en que ellas abordan y experimentan el problema que se presenta. Entre los testimonios se percibe una coincidencia sobre las repercusiones y la importancia que tiene el médico tratante en la forma en cómo se sienten las pacientes durante la consulta y los tratamientos: *Porque yo considero que cuando un médico igual nos muestra seguridad, y trata igual de tranquilizarnos a nosotras, es como que entrar en un estado de... pues no sé, de seguridad, o no sé. Pero yo siento que sí influye mucho* (Sofía, 21 años, 2017). La información determina el grado de aceptación o incertidumbre que se genera por un diagnóstico. Esto también depende del uso del lenguaje al que recurran los

médicos para proporcionar dicha información, pues en su propio lenguaje, las pacientes entienden la mitad de lo que se les quiere decir, o mal interpretan de acuerdo a sus referentes de conocimiento. Este sentimiento en que todas las informantes coincidieron se resume en la experiencia de Flor:

*Hay doctores pues que sí son como más comprensivos. Precisamente con una doctora que imagínate, se estaban peleando ahí por hacerme una biopsia, el doctor no quería y la doctora sí, entonces así como que, qué estás escuchando como que sí la hago o no la hago, ¿qué te imaginas? Entonces el doctor no quería hacerme la biopsia y la doctora dijo: “No pues sí la voy a hacer”. “Pues es tu responsabilidad entonces”. Entonces yo no entendía el porqué, entonces me puede afectar que me hagan la biopsia, porque cada que iba pues ya me habían hecho biopsias, y decía: “Tal vez me puede afectar y por eso no me quieren hacer”. Total, que terminan ahí entre que sí la hago, no la hago, y la doctora dice: “Sí, sí la voy a hacer”. Me hacen esa biopsia, y en mis siguientes resultados me pasa la doctora y me dice: “Es que tienes células precancerosas y hay que quemar parte del tejido”, entonces quemaron parte del cuello de lo de la matriz. Pero igual y es nada más de “Lo vamos a hacer”, pero no te dicen qué consecuencias puede tener, no, nadie me lo explicó. Obviamente yo dije pues sí, porque yo quería que me quitaran eso, pero no te explican como qué consecuencias puede haber”. [Llora] [...] pues sí porque yo digo: “No, pues sí, o sea que lo quiten si son células... tan solo escuchar células precancerosas tú dices: “Bueno, en cualquier momento me pueden diagnosticar cáncer”. Ya con el tiempo que llevaba yo pues ya decía: “No, pues que sí me las quiten”. Pero pues nunca me dijeron: “oye sí te tenemos que hacer esto, te puede traer consecuencias también (Flor, 21 años, 2017).*

Con estas palabras se deduce que el papel del personal de salud es fundamental para brindar la confianza de acercamiento para plantear las dudas que surgen y que muchas veces no son expuestas por pena o falta de disposición del médico tratante. Dar resolución a esta multiplicidad de interrogantes ofrece a las mujeres claridades y certezas que requieren respecto a su padecimiento, y que pueden ser un arma importante no sólo para el apego a los tratamientos, sino en la concientización sobre el cuidado de su cuerpo y su salud en todos los ámbitos, pero alejadas de todo sentido de angustia.

Ante este panorama que se dibuja sobre la atención y el impacto en las mujeres, el internet se ha convertido en una especie de paliativo que, aunque

dudan de su veracidad en los contenidos y las confusiones que se encuentran implícitas, ha sido uno de los medios más eficaces que les brinda un panorama muy general de su situación de salud, y en cierta medida les ayuda a dar respuesta a parte de las interrogantes que les surgen tras el diagnóstico. La incertidumbre como parte de esta vivencia y experiencia ha generado en algunas de ellas la posibilidad de claudicar y abandonar el tratamiento, pero ha sido también el temor, combinado con el optimismo y el deseo de recuperación, lo que las ha hecho tomar conciencia y retractarse de esta intención para seguir en pie atendiendo las indicaciones médicas, por más que el cansancio por la dinámica de asistencia constante a consultas y valoraciones, como parte de las bases de su trayectoria, esté presente.

## Capítulo VII

### Análisis y discusión

#### 7.1 La experiencia y el malestar en torno a la IVPH: un acercamiento al concepto del *sickness*

Para Arthur Kleinman (1988) el malestar o *sickness* se concibe como la relación existente entre la enfermedad o la alteración de los órganos y sistemas, y el padecimiento que integra la percepción y experiencia que vive el sujeto frente al hecho de enfermar; es decir, es la simbiosis entre lo que generalmente se entiende como enfermedad y la experiencia, donde tienen una importancia crucial el contexto donde se presenta, y los significados sociales y culturales que sobre ella se construyen y se transmiten a través de discursos y percepciones que provienen en gran parte de la medicina occidental o biomédica, y que son dominados por una hegemonización e imposición de saberes en torno a ella.

La enfermedad se comprende como una categorización otorgada y puntualizada por la figura del médico. Como concepto surge de una noción más objetiva y universalizada de entender la disfunción y desequilibrio orgánico clasificado y sistematizado por el médico o sujeto encargado de desempeñar el rol institucionalizado y reconocido de curador, quien posee los conocimientos y herramientas para interpretar la serie de síntomas y características que son percibidas y expresadas por el enfermo quien recurre a él en búsqueda de un restablecimiento o curación. El padecimiento (*illness*) que parte de la experiencia no se entiende sin los universos simbólicos, significantes e ideológicos que se construyen alrededor de la enfermedad, y que influyen en las formas en cómo ésta se vive y se expresa; su base es la subjetividad donde los síntomas, el dolor y el sufrimiento se viven, experimentan y significan a partir de nociones culturales y sociales que dotan al sujeto enfermo de elementos para nombrar y comprender las alteraciones que suceden a nivel biológico, y el impacto que éstos tienen en los estados o situaciones subjetivas (sentimientos, emociones) que se involucran, y que son propias de cada individuo.

Así entonces, el *sickness* o malestar se concibe como el particular énfasis que se da a estos significados socioculturales otorgados a partir de una alteración fisiológica, en relación al rol que desempeña el médico quien reproduce y difunde esta serie de concepciones institucionalizadas y reconocidas como verdaderas, a fin de que sean aceptadas e internalizadas por el enfermo. Es poner en relación a la persona que enferma frente al contexto social donde se desenvuelve. Para comprender esta categoría analítica, es imprescindible tener en cuenta que no hay *desease* sin *illness*, y viceversa, pues a partir de este encuentro complementario de lo objetivo y lo subjetivo es que se explica el reconocimiento y legitimación de roles específicos que corresponden al “estar enfermo” o “ser un enfermo”, y donde se fortalece la dinámica de hegemonización-subalternidad de los sujetos, las prácticas y las ideas inmersas dentro del proceso salud-enfermedad. El malestar pues, es la experiencia que comienza con el reconocimiento de una patología que además del sentido biológico, adquiere significado y etiquetas propias de una construcción social que influye en la percepción que el sujeto enfermo tiene sobre sí mismo y frente a los otros con los que se relaciona y establece vínculos.

Para ilustrar la pertinencia de este apartado es importante iniciar este análisis con las palabras de una de las informantes que retrata parte de su experiencia con la IVPH:

*Bueno, voy a hablar de mi salud emocional que es lo que tengo más claro. Te decía que mi familia es muy conservadora, entonces ahí ya era como esta mirada que estigmatiza, esta mirada que castiga por hacer las cosas como uno las hace, ¿no? y luego va uno a los médicos y lo mismo, y uno hasta cierto punto pues termina, hasta cierto punto porque uno se da cuenta que algo tuvo que haber hecho mal para tener un padecimiento así, y que no es cosa menor, porque además hasta como todos estos mensajes que te infunden miedo de que puedes tener cáncer, la gente se muere de cáncer, uno termina interiorizando como esos mensajes, y una... o sea, ya no es necesario que haya alguien como que te esté castigando y que te esté diciendo, ¿no?, una misma termina reproduciendo o aceptando esos mensajes porque una dice: “Claro que sí, ¿no?, porque lo hice mal”. Entonces eso finalmente, además de que lleva a un estado de ánimo en el que está como muy bajo, de que está el estrés de que uno no quiere estar así, o de que quisiera mejorarse pronto. No sé, yo siento que he sido como muy libre en muchos aspectos de mi vida, en mi sexualidad también, entonces eso no me deja ser quien soy, ¿no?, entonces me desconozco cuando*



*acepto tratos que hasta incluso podrían ser humillantes. [...] hubo un caso, un médico que empezó a hablar de... bueno fui con un médico que era así médico general y pues me estaba preguntando que por qué iba, cuáles eran mis padecimientos y mis malestares, y le empecé a decir. “¡Ah, es que todo esto es porque no te lo saben hacer bien... no te saben coger!”. Y toda esta situación se fue transformando a una situación de acoso incluso. Digamos que esa fue una situación que me hizo mirar el por qué estaba yo aceptando eso, para mí fue humillante. Y me di cuenta que estaba interiorizando esos mensajes porque en ese momento no le dije nada, cuando si me hubieran dicho un mes atrás, no hubiera permitido que alguien me hablara de ese modo. Pero como claro, te meten en la cabeza que estás haciendo las cosas mal, que es tu culpa, pues aceptas. Y luego como está la figura de autoridad digamos de un médico, porque él es el que sabe, él estudió eso, o sea, él entiende, y se supone que es como neutro, objetivo, y resulta que no. Y ya al final de esa situación pues me sentí muy mal, siento que tenía como... o sea, emocionalmente no estuve bien durante algún tiempo, más bien empiezo como a trabajar en ello (Eva Luna, 24 años, 2017).*

Con este testimonio se puntualiza la relevancia del *sickness* en relación a la experiencia de vivir con IVPH, desde su organización cognoscitiva y referencial inserta en un marco de significados transmitidos y aprendidos a partir de una reproducción discursiva, en tanto lenguaje y cúmulo de valores, concretados en las conductas cotidianas de quienes lo han adquirido.

Desde la propuesta del este antropólogo norteamericano y su concepto del *sickness*, la infección por virus del papiloma humano se comprende en cómo la reproducción del discurso médico, que es parte del contexto social, impacta en la realidad y experiencia de cada una de las mujeres que ha adquirido y vivido con dicha condición. Como una noción que proviene de lo estructural, proporciona los elementos para comprender la relación existente entre la práctica médica y las formas en que las mujeres viven y abordan el padecimiento, pues como en toda sociedad, la figura del médico y curador representa conocimiento, poder y respeto que se impone sobre la figura de cualquier otro individuo, pues a él le son depositadas la vida y la salud de cada individuo. Esta serie de factores macroestructurales crean las condiciones propicias para el desarrollo conceptual y connotativo de la IVPH como un padecimiento reconocido por las mujeres quienes, a partir de un diagnóstico, aceptan y experimentan un rol de mujer

enferma asignado social y culturalmente, que involucra factores como el género y las conductas propias de él.

Pero la carga de significados en torno a la enfermedad y el padecimiento, al no ser lineales ni universales, se complejiza cuando se comprende la importancia de los contextos sociales y culturales que determinan la variación de la experiencia, y que han sido y son modificados a lo largo de la historia, pues no son entidades fijas, sino cambiantes, en movimiento y adaptación a los momentos y las condiciones que van definiendo el contexto.

Desde la triada de elementos conceptuales que maneja este psiquiatra y antropólogo norteamericano (*disease, illness* y *sickness*) para entender la enfermedad y el padecimiento, la infección por VPH se configura como una alteración biológica que provoca lesiones a nivel externo e interno, cuya carga significativa relacionada a lo sexual hace de este proceso biológico una experiencia individual mediada por formas culturales colectivizadas de ver la sexualidad y todo lo relacionado a ella, que impactan en la forma de concebir la enfermedad, pero también de concebirse a sí mismo como sujeto enfermo a partir de alteraciones fisiológicas concretadas en el cuerpo que se detectan y se confirman mediante un diagnóstico proporcionado por el profesional de salud, en este caso el médico.

Es de advertir que desde la noción del *sickness*, la experiencia del cuerpo en relación a la enfermedad, su concepción y atención se entiende en relación a la trayectoria de la atención ligada estrechamente al papel que desarrolla el médico como elemento intersubjetivador entre la realidad objetivada e institucionalizada, y la subjetividad de las mujeres que identifican y experimentan la enfermedad; es decir, desde la relación que se establece entre el médico y la paciente que recurre a él en búsqueda de atención, y la influencia que ejerce uno en el otro por medio de las dinámicas de imposición y subordinación que se instauran en términos de obediencia y poder relativos a las características propias de cada rol asignado.

Desde el acercamiento que se tuvo con mujeres que presentaron la infección por VPH, se pudo notar que la experiencia de vivir con IVPH, a propósito de esta categoría de malestar, se define en tres momentos principales donde la

trayectoria de atención y los itinerarios terapéuticos marcan el desarrollo de la experiencia:

- Antes del diagnóstico
- Durante el diagnóstico (involucra la intervención quirúrgica o de tratamiento mayor)
- Después del diagnóstico

En apariencia, antes del diagnóstico, como primera etapa, se considera que no se podría hablar propiamente del desarrollo de una experiencia de malestar o *sickness*, en tanto que aún no hay un diagnóstico médico que confirme la situación fisiológica a partir de la cual entran en juego los referentes sociales y culturales provenientes de un nivel mesoestructural (clínicos e institucionales) que desaten el sentido y los significados de malestar que en él influyen. Sin embargo, al haber una identificación de que existe una serie de signos y síntomas que denotan una alteración, existe ya un móvil que las conduce hacia la búsqueda de atención médica para dar respuesta a lo que hasta entonces no conocen, no identifican o no confirman, y que a partir de ese momento las confronta con los referentes y el conocimiento que existe y se reproduce sobre la IVPH a nivel biomédico. Aunque es de notarse que hay casos donde las mujeres logran identificar y relacionar la posibilidad de que pueda tratarse de una IVPH, esto por la presencia de lesiones perceptibles al tacto y a la vista, así como a nociones previas adquiridas por conversaciones con miembros de sus círculos cercanos (amigos, familiares) que ya han adquirido el virus, el diagnóstico dado por el médico es lo que empieza a dar sentido al *sickness*, porque se confronta el conocimiento y el universo de valores inmerso en el ejercicio médico, con la realidad cognoscitiva y conductual de las mujeres que lo padecen.

Experimentar un nuevo cuerpo lesionado con la presencia de condilomas producidos por el VPH, que alteran el orden en la imagen corporal mediante la detección y visibilización de estas lesiones externas (manifestaciones que por su carácter protuberante son detectables a la vista y al tacto) y deforman el sentido y la percepción del cuerpo sano, enfrenta al individuo a replantearse bajo nuevas

condiciones biológicas que compartirá con los otros, pues ni la experiencia ni el malestar están aislados sólo en la entidad del sujeto, involucra otros actores circundantes a él como la familia o el grupo de pares con los que se construye, da sentido y coherencia al padecimiento, y desarrolla la respuesta cognoscitiva y afectiva que reconoce y evalúa la enfermedad dentro de sus distintas manifestaciones, activando entonces la búsqueda de medios y recursos para la atención a la enfermedad.

En este nivel donde se pueden detectar las posibilidades de un diagnóstico y su causa, se experimenta un estado de duda a raíz de los referentes que se tienen respecto a la “posibilidad” del diagnóstico y lo que se concibe en relación a él, pero no es hasta la etapa donde éste se confirma que la experiencia se concibe desde otro plano. Lo que impacta en la experiencia entonces no es la enfermedad entendida como alteración del adecuado funcionamiento fisiológico en sí, sino las nociones y conceptos que sobre ella se construyen socialmente en conjunto con otros factores de carácter macrosocial como lo económico, lo político y lo institucional, de acuerdo a lo que establece el mismo Kleinman (1988), que filtran las características de lo que será considerado como anormalidad y enfermedad, e influyen en la distribución de roles a desempeñar acordes a sus fines e intereses. Se asumen los primeros atisbos del *sickness* en tanto que existen referentes reproducidos de la relación que guarda la IVPH con el desarrollo de cáncer cervicouterino, que surgen de lo que coloquialmente se ha difundido sobre el tema relacionado a este padecimiento oncológico, y que también se sustenta sobre las bases de la política pública cuyo propósito y prioridad es la prevención del CaCu, no ver la IVPH como un problema de salud pública que requiere atención y la construcción de estrategias de prevención independientes al margen de su vínculo o relación con otro padecimiento.

Cuando se identifica y se da el diagnóstico inicia propiamente el segundo momento del desarrollo del *sickness*. La relación que se establece entre las mujeres, los médicos y demás miembros que conforman el personal de salud se concreta, y da inicio esta dinámica de influencia de los referentes socioculturales en torno al rol del enfermo y el médico, dos posiciones antagónicas que existen en

una relación dialéctica de contraposición y complementariedad. En esta etapa la experiencia entra en relación con los referentes institucionalizados no sólo de los roles que cada uno debe tomar desde las posiciones socialmente asignadas y legitimadas, sino desde el cúmulo de representaciones y significados que se construyen y se difunden sobre el hecho de enfermar, dependiendo de las connotaciones y cargas significativas con que sea dotada la enfermedad. A propósito de este conjunto de ideas, Salcedo y García afirman que:

*Desde esta racionalidad se mediatiza y se interviene en la experiencia de la vida de los sujetos el cual esquiva las construcciones simbólicas complejas. Los campos de profesionalización se concentran más bien en la difusión de sus saberes, propuestas y adherencia a sus prácticas [...] se compite y se lucha por la hegemonía y legitimidad social (2010, 76).*

Bajo esta perspectiva se puede observar que desde el momento en que se da el encuentro entre el médico y las pacientes, se percibe una noción diferenciada del cuerpo enfermo entre hombres y mujeres; en él se concretan los patrones culturalmente establecidos que los médicos han aprendido a lo largo del tiempo para observarlo, tratarlo y abordarlo. Por sus características y condiciones biológicas, el cuerpo femenino siempre ha estado más expuesto a la observación y manipulación médica, lo que ha naturalizado una posición condicionada del “deber ser” y el “deber estar” de las mujeres frente a la figura, disposición y decisión del médico, donde se anulan factores propios de la percepción y el sentir de las mujeres en torno a la mirada y trato de su propio cuerpo. Dentro de esta percepción los procesos de atención también son diferentes, lo que hace de la experiencia una vivencia diferenciada donde se cruzan aspectos como el género que marcan estos contrastes porque, como afirma Salazar:

*Se advierte que las dificultades para la protección de las mujeres se asocia con las diferencias de género y la vulnerabilidad biológica, epistemológica y social que las mujeres han sufrido históricamente. Ello asociado a la falta de educación, la falta de estrategias de comunicación y de carencia de una cultura de autocuidado del cuerpo entre hombres y mujeres, [lo que] hace más tortuosa la labor de los especialistas de la salud pública (2009: 174).*

Los hallazgos encontrados durante la etapa de observación al interior de la consulta mostraron que si bien existe una aceptación incuestionable de los tratamientos e intervenciones a realizar, programadas por parte del médico tratante, existe así mismo un conflicto no manifiesto pero dirigido a las formas en que es abordado el cuerpo, su cuerpo como entidad material de pertenencia, plagado de representaciones relacionadas a la intimidad y el pudor, cargas significativas que son trasgredidas durante el acto médico. Desde la perspectiva del curador, durante la revisión y realización de colposcopias, pruebas de tamizaje y demás estudios necesarias para la detección de la IVPH, se observa un cuerpo desequilibrado, alterado o lesionado, común a otros en tanto formas y funciones, con características específicas que los diferencian entre sí pero que, en términos generales, son iguales o similares, que esperan por un tratamiento y restauración acorde a sus necesidades; para las mujeres es la muestra o exposición de un cuerpo del que culturalmente se ha aprendido no se debe mostrar en su desnudez, pero sobre todo, es la exhibición a través de la genitalidad de sus conductas y prácticas más íntimas ligadas a la sexualidad y la reproductividad que las sitúa en un estado de vulnerabilidad ante la cadena de juicios y valores presentes aún en el acto más objetivo y neutral como se considera el médico. Entonces entran en contacto y confrontación no explícita dos mundos referentes, representativos y significantes que permean y moldean la experiencia de la enfermedad.

El cuerpo narra y relata una nueva experiencia, establece un lenguaje que expresa los sentidos, significados y percepciones que cada sujeto tiene sobre este universo significativo del padecer a partir de su estado fisiológico, pues desde un acercamiento a visión de Nietzsche:

*Un cuerpo, de igual manera, es una interpretación; más puntualmente, el cuerpo sería el modo humano de interpretar al mundo, el modo humano de asimilarlo, la base de todas las demás interpretaciones; en el entendido de que no hay una interpretación privilegiada, acaso tan sólo una interpretación primera, pero nunca estática ni unitaria: la del ser, la del uno primordial (Bacarlett, 2006: 49).*

Durante el proceso de la consulta no es extraño observar en las pacientes manifestaciones de pudor, nerviosismo, o cualquier otro tipo de sentimiento que

altera el estado normal y cotidiano como una constante, y que no se considera importante o trascendente por el personal de salud que proclaman la exhibición del cuerpo con fines médicos como algo común y natural que no debe causar vergüenza alguna, y que siempre debe estar dispuesto a acatar las indicaciones que el médico tratante considere más pertinentes. Desde estos posicionamientos y ejercicio de roles hay una ruptura muy marcada de la intimidad de las mujeres que causa a su vez una trasgresión no sólo del cuerpo, sino de la persona desde todas sus aristas y componentes que cambia y determina el rumbo de la experiencia con el padecimiento, la representación del cuerpo se encuentra vulnerada y cuestionada en cada consulta donde no se muestra la genitalidad, sino la intimidad de sus prácticas y vínculos con los otros que se representa en la materialización de la corporeidad. Dicha ruptura no se observa y no se cuestiona porque, en términos médicos, es una forma ya naturalizada e institucionalizada no sólo de ver y abordar el cuerpo, sino de tratar a las personas en su rol e identidad de sujetos enfermos que deben acatar y adaptarse a sus indicaciones incuestionables.

Es por esta razón que se identifica que a partir del diagnóstico se confrontan una serie de significados que activan y modifican la experiencia de la enfermedad. La experiencia entonces se sustenta en las ideas del riesgo y por tanto del peligro, nociones que emergen de un constructo social que media y controla el comportamiento de los sujetos y que difieren entre los géneros mediante la asignación de expresiones, de creencias y valores que se asignan al género y a la sexualidad. Existe así una valoración y evaluación de las prácticas y el ejercicio sexual que pone en cuestionamiento constante el sistema de creencias sobre el cual se han sustentado dichas prácticas de las mujeres.

Estos elementos encontrados durante la consulta se agudizan cuando se presentan las intervenciones mayores o tratamientos quirúrgicos donde se podría definir el momento más álgido de la expresión del *sickness*. Aunque en términos generales en ella sucede lo mismo que se presenta durante el proceso de consulta y toma de pruebas anteriormente descrita (exhibición/revisión del cuerpo que parte de una necesidad más no de una voluntad, en combinación con sentimientos de

pudor, molestias y dolor físico que surgen a raíz las prácticas médicas), en esta etapa de la trayectoria el proceso se vive de manera diferente, pues las condiciones bajo las cuales se realiza el procedimiento hace de éste una experiencia difícil de abordar para las mujeres desde el momento en que conciben que si son sometidas a tratamientos quirúrgicos es porque, al haber adquirido el VPH, las lesiones que éste ha provocado las ha situado en un estado de mayor vulnerabilidad y proclives a un posible desarrollo oncológico.

Por lo observado al interior de la consulta se pudo percibir el desconcierto, el temor, la duda y la incertidumbre como síntomas comunes que las mujeres presentaban al inicio y desarrollo del proceso, pues los roles que desempeñan cada uno de los actores involucrados está perfectamente delimitado y asumido: el médico de base dirige y orienta la operación realizada por el médico residente en formación, ambos desempeñándose desde su posición de mayor jerarquía; la enfermera apoya en las maniobras y funge como mediadora entre las necesidades prácticas del médico y las necesidades informativas y de orientación que la paciente requiere en ese momento para poder acatar las indicaciones médicas; y la paciente que se asume como sujeto enfermo y vulnerable que, al requerir la atención que el médico proporciona, se sitúa en una posición pasiva y subordinada que la desliga de sus referentes de sujeto-agente.

Pese a este posicionamiento de sometimiento no explícito, pero si aprendido a lo largo del proceso de socialización y de formación como sujeto social, que se da en automático frente a la figura del médico, el conflicto y cuestionamiento sobre sus prácticas y control del cuerpo propio están presentes aunque no con claridad ni bien definidas, porque no cuenta con los elementos necesarios que les permita salir de la situación de caos y confusión en la que se encuentran, y con ello problematizar, analizar y asimilar su nueva condición. Es por ello que en todos los casos estudiados está presente la insistencia de que no existe información suficiente sobre su padecimiento, que les permita entender y procesar la enfermedad a nivel cognoscitivo y de la experiencia.

Un tercer y último momento en la experiencia del *sickness* se identifica cuando las mujeres siguen con sus tratamientos de valoración y vigilancia como



continuidad y seguimiento de la atención al padecimiento. Tras pasar la etapa más difícil y álgida del proceso centrada en la problematización y asimilación del diagnóstico, se inicia con el proceso de aceptación y concientización de la condición y de la continuidad de los tratamientos necesarios para su abordaje, así como de la introyección de los discursos biomédicos que se reproducen sobre la enfermedad. Desde aquí, las mujeres reflexionan sobre la pertinencia del apego a los tratamientos biomédicos, y sobre la responsabilidad del cuidado del cuerpo.

La posición del sujeto frente al médico y la institucionalización de las ideas y formas de enfermar, adquiere un mayor sentido cuando se analiza a la luz de la importancia que tiene el cuerpo en este binomio relacional que se establece entre el médico y la paciente. En primer plano, el médico al reproducir ideas y representaciones sobre el cuerpo que va aprendiendo a lo largo de su formación profesional, contribuye a que las mujeres construyan una idea sesgada de su identidad corporal. Si bien a lo largo de la formación como sujetos no se enseña a tener conciencia sobre la posesión del cuerpo que permita una reapropiación constante de sus prácticas y vínculos, sí se aprende a cómo se socializa con él a partir de patrones de limitación, prohibición y control de conductas propias del género, sin mencionar la sumisión introyectada y ya ejercida de manera automática de éste frente al profesional de la salud que, por su posición social, le es otorgado en automático el derecho de injerencia y decisión indirecta sobre el cuerpo de los otros; lo cual no quiere decir que no cause conflicto, sin embargo no se cuestiona.

Desde esta perspectiva, el cuerpo deja de ser de dominio y concepción particular y privada, para experimentarse desde un dominio público donde los otros hacen y depositan las expectativas sociales y culturales del “deber ser”, mediante la imposición velada de ideas y concepciones que sobre él existen, de tal manera que regulen las conductas que disciplinan y limitan al sujeto en sus propias búsquedas de ser y existir. Y en este sentido el médico es pieza fundamental, pues a partir del contenido de su discurso se logran tales fines, porque su palabra tiene tal poder que de ella no se duda y se toma como verdad absoluta.

Esta relación que se crea entre los médicos y las pacientes establece marcadores de influencia en la experiencia de cada mujer que asiste en búsqueda de atención, pues desde la perspectiva de una de las informantes, esta violación a su pudor y a su intimidad la hace pensar que:

*Nos tratan como objetos de diagnóstico y no sujetos de diagnóstico, no hay esta relación par a par. Y hay mucha gente que sí tienen naturalizado que pues es el médico el que sabe, el que dice: “Pues tú te callas y aceptas”. Pero que hubiera como más... pues sí, como que fuera como más humano el trato... y empatía, yo sé que no puede como que involucrar mucho con los pacientes, pero bueno (Eva Luna, 24 años, 2017).*

El sentido del juicio y el valor como entidades que se construyen desde lo sociocultural y que permean la realidad cotidiana de todo sujeto social, no es ajena a la realidad social y cotidiana del médico, tal y como ya se había mencionado. Aun cuando está formado bajo parámetros de objetividad y neutralidad necesarios para su desempeño profesional, está claro que en muchos casos es difícil que se abstraiga de sus referentes sociales y culturales aprendidos, pues no se puede negar que, antes que ser profesional, es un sujeto formado a partir de patrones comunes a todos los sujetos, y desde los cuales emiten juicios y valores sobre cierta situación. En casos como los que aquí se presentan ligados a un tema de difícil abordaje como lo relacionado a la genitalidad y la sexualidad, no están fuera de esta emisión valorativa inmersa en el discurso médico de la prevención y el cuidado, que sin lugar a dudas impacta en la realidad ahora presente de las mujeres que han adquirido la condición, pues perciben cierto sentido de sanción y reprobación de sus conductas y su desenvolvimiento como ser social en relación a los otros.

Para algunas de estas mujeres la figura del médico es percibida más que como un curador, como un juez que evalúa sus prácticas y situaciones de riesgo, inclusive manifestaron que hubo momentos donde sintieron una atención diferenciada entre las mujeres que son casadas, tienen hijos y presentan la IVPH, frente a las que no lo son y no los tienen, y sin embargo tienen el virus, pues la estigmatización y el juicio sobre los niveles de vinculación en pareja entran en juego marcando este carácter moral y valorativo con el que cargan los médicos

durante su práctica, y que muchas veces anula este sentido ya mencionado de la neutralidad y objetividad que se supone los caracteriza. Este factor también ha generado influencia en la experiencia de las mujeres, pues no era poco común que después de la consulta presentaran cargas morales que al final no podían evadir; pese a que no compartían el diagnóstico con su familia de manera inmediata, el médico era el encargado de reproducir estos esquemas de sanción, más que ofrecerles elementos y herramientas de información que les ayudará a hacer frente a la situación que ahora presentaban, y que las orientara sobre el cuidado y protección de su cuerpo, un acto, desde la perspectiva de estas mujeres, más necesario y acorde a su rol como profesional de la salud, que les permitiera, de acuerdo a lo que establece Greta Rivara, hacer el ejercicio de una “ética personal” que incluya:

*[...] como valor fundamental la experiencia vivida y reflexionada, los conocimientos acumulados y la sabiduría transmitida, para ubicar ahí también las raíces de la desigualdad nutrida de la diferencia sexual, pero también para empezar a reconocer su propia historia, que es siempre una historia compartida, con el fin de poder abrirnos a otras experiencias, experiencias en las que el privilegio de la autonomía pueda devenir obligación cotidiana (Rivara, en Hierro, 2015: X).*

Desde los términos de Foucault, detrás de estas actitudes perceptibles en el ejercicio médico se oculta una “intervención violenta” porque se espera del paciente una disposición y pleno sometimiento a las indicaciones conforme a sus ideales nosológicos y acciones de intervención que hacen del acto médico una

*Estructura necesariamente circular, paradójica y autodestructora de la mirada, cuando ésta se dirige sobre un espacio plano y monótono, en el cual los espesores, los tiempos, las determinaciones y las causas están dados en sus signos, pero eliminados en su significación (2012: 31).*

Pero esta actitud médica frente a las pacientes no surge de una personalidad conductual o psicológica del médico en tanto individuo, sino de una estructura, de un rol social y profesional que aprende durante su proceso de formación donde sustrae determinados esquemas de percepción y apreciación propias del campo médico que establece sus “formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos [...] desde el aprendizaje de las funciones de control y vigilancia”

(Castro y Erviti, 2015: 42) que se reproducen en un marco de poder que moldean y controlan las conductas y los vínculos e interacciones que se realizan y se concretan en el cuerpo, así como la vida social de cada uno, en este caso de cada mujer que a él asiste para recibir atención a las lesiones que se han producido por causa de un virus de transmisión sexual.

Las limitantes que se perciben en su labor profesional como la falta de información, el poco tiempo destinado para resolver dudas y preguntas, o simplemente para establecer una mayor interacción con la paciente que les brinde cierta seguridad y acompañamiento, deviene de ciertas condiciones que son ajenas a su voluntad en la práctica. Los recursos institucionales existentes permean la forma en cómo será dada la consulta y la relación que se establecerá con las pacientes. Por las dinámicas administrativas, resulta casi imposible que el médico pueda ofrecer una atención más personalizada acorde a las necesidades de las pacientes, pues es de notarse que factores como los recortes a los recursos presupuestales en temas de salud, implica una disminución del personal médico y administrativo que desahoguen las distintas actividades a cubrir en la labor hospitalaria, lo que hace que el personal que ahí labora realice actividades extras propias de otro campo y ajenas al propio.

Como ejemplo de ello, en el *Manual de Procedimientos Clínica de Colposcopia 2006*, se establecían los roles y la distribución de las actividades perfectamente asignadas para cada miembro del personal que laboraba en la clínica de colposcopia aplicables tanto para las áreas de ginecología como para oncología, lineamientos que rigen el procedimiento del servicio en la actualidad, pero sin considerar las nuevas condiciones que se han presentado sobre todo para los médicos que, por nuevas disposiciones institucionales, tienen que cumplir las actividades propias de su ejercicio como médico, en conjunto con tareas del registro de estadísticas de la consulta diaria, que en algún momento de la historia del hospital eran realizadas por el personal de un departamento destinado específicamente para cubrir dicha labor; sumado al vacío que dejó el departamento de trabajo social en específico en esta área de displasias, que era el responsable de proporcionar la información necesaria a las pacientes sobre la IVPH -que en la

actualidad tanto demandan como una necesidad fundamental-, y que hasta el día de hoy no hay quien cubra esa tarea.

Por su formación profesional cada vez más especializada y orientada hacia un ejercicio más mecánico, que debilita la formación comunicativa que alguna vez caracterizó la profesión, ha limitado al médico en su desarrollo como profesional de la salud, pues sus posibilidades de orientación se han restringido a proporcionar información -cuando se da la posibilidad- de carácter biomédico como el comportamiento biológico del virus, sus impactos a nivel fisiológico y los factores de riesgo que propician su adquisición y desarrollo a CaCu, presentando así una limitación orientativa hacia otros ámbitos como el ejercicio de la sexualidad después de haber adquirido la IVPH; y ni qué decir del apoyo que pudieran ofrecer en el aspecto de lo emocional que también está presente e influye en la experiencia de las mujeres.

Sin intención de eximir la figura del médico en su responsabilidad profesional implícita en su quehacer cotidiano frente a las pacientes, no se puede negar que todos estos aspectos contribuyen a que estas carencias de comunicación, información, atención y acompañamiento que requieren las mujeres durante su trayectoria de atención, afecten su realidad y experiencia en torno al padecimiento de la IVPH, una situación que Patricia Tovar resume en las siguientes palabras:

*El sistema médico tampoco está preparado para apoyar a las víctimas. En los mejores de los casos se limita a atender el trauma físico, sin que las afectadas puedan expresar sus preocupaciones y miedos y regresen, sin alternativas, a sus casas a enfrentar la misma situación. Es decir que, de nuevo, la mujer desaparece detrás del trauma. La intervención y el apoyo del estado son deficientes y los pocos programas creados con el objetivo de fortalecer la familia han sido víctimas de recortes presupuestales (2004: 274-275).*

Desde las ideas anteriormente expuestas, la síntesis de este análisis a partir de la propuesta teórica de Kleinman se centra en que la experiencia del *sickness*, en relación a las mujeres que padecen la IVPH, se explica a partir de los referentes sociales y culturales que desde un nivel mesoestructural construyen los referentes que median la realidad perceptible y aprendida del sujeto, en relación al mundo

social aprehendido. La enfermedad como categoría para definir y nombrar un estado fisiológico, causa que el cuerpo se experimente en otras dimensiones a partir de la carencia, la confusión y el caos en que se sitúan tras el diagnóstico, pues se confrontan la concepción e identificación propias como sujeto inserto en el universo de las expectativas sociales que surgen de la objetivación y asignación de roles, y el replanteamiento y reidentificación de su ser individual y subjetivo que, frente a la aparición de determinada condición fisiológica, se activan y reinterpretan los códigos de expresión, comunicación y vinculación con los otros.

El cuerpo como concreción material se percibe y toma otros sentidos, pero sobre todo se experimenta en función de los recursos clínicos disponibles para su atención, sea en un sentido de la práctica e intervención médica, o bien, a nivel de herramientas informativas que no sólo fortalezcan la cognición y percepción acerca de la IVPH como enfermedad y padecimiento, sino que ayude a hacerle frente a las cargas simbólicas, significativas y representativas de la que es dotada por ser un virus adquirido por transmisión sexual, tales como el estigma que a su vez obstaculiza el adecuado desarrollo y ejercicio de la sexualidad, tema de los siguientes apartados.

## **7.2 Reconocimiento y adaptación a una nueva realidad: la alternación**

La alternación entendida como un proceso de resocialización que se realiza a partir de la presencia de determinados eventos que, por su impacto en el universo significado y significativo presente en cada sujeto, precisan una resignificación y transformación de la realidad hasta entonces percibida y vivida a partir de condiciones y concepciones sociales y conceptuales que la guían, y que en ciertos aspectos logra concretarse, pero en otros no. Como proceso, la alternación se concreta en el cuerpo con el cual se comunica, se transmite y se establecen vínculos y relaciones con los otros con quienes se socializa, se comparte una realidad y contribuyen a la asimilación, comprensión y reproducción de la misma entre los que conforman una sociedad o grupo de pertenencia, y donde se reconocen y se ejecutan los roles necesarios para dar sentido y fluidez a la dinámica de la realidad cotidiana.

Desde esta perspectiva y partiendo de la idea de que también la enfermedad es evidente y se manifiesta por medio del cuerpo, este adquiere un nuevo significado y es revalorizado cuando un evento de tal envergadura que pone en juego el equilibrio orgánico y corporal se presenta, pues la enfermedad no se concibe como una alteración de concepciones y referentes universales en sí misma, está cargado de distintos valores sociales y culturales que modifican las formas de enfermar, asumir y afrontar.

De acuerdo a las características de las informantes, el proceso de alternación o resocialización tal y como lo han planteado Berger y Luckmann, se manifiesta desde tres aspectos o situaciones reconocidas a mencionar:

- La responsabilidad del autocuidado del cuerpo y la salud que a su vez se presenta de dos maneras:
  - La protección a partir de la anulación de la vida sexual.
  - La conciencia sobre la importancia del cuidado cuerpo.
- La participación en la restauración y control del virus que se presenta a través del seguimiento fiel a las indicaciones médicas y la búsqueda de otras alternativas que pueden complementar el cuidado y control de la salud.
- La reapropiación del cuerpo.

A partir de la presencia de una enfermedad o desequilibrio orgánico, el cuerpo nunca vuelve a verse de la misma forma; el cuerpo enfermo en sí mismo es dotado de connotaciones o atributos propios que surgen de las formas en que las personas lo representan y lo significan, pero estas valoraciones varían de acuerdo a diversos factores como la transitoriedad o la permanencia del daño o desequilibrio, el tipo y grado de lesiones que causa, así como la forma en cómo ésta llega al cuerpo o es adquirida, lo que influirá en su interrelación social y moral de la cual se dotará a cada individuo que padezca una u otra enfermedad. Estas nociones sobre los estados de ausencia de salud se concientizan también de formas variadas, hay quienes se abandonan por completo a la voluntad y

conocimiento del médico o curador, anulando casi toda su injerencia y participación en la restauración o control fisiológico, y hay otros que, aun cuando acatan las indicaciones de esta figura máxima sintetizada en la figura del médico, asumen una posición de responsabilidad y participación en el proceso de atención y control a su padecimiento a partir del autocuidado. Y esta última forma es la que experimentan muchas mujeres que tienen la infección por VPH quienes, tras el diagnóstico que relacionan al conocimiento de que es un virus adquirido por vía sexual y puede propiciar el desarrollo de CaCu, las orilla a concientizarse y responsabilizarse del cuidado de su cuerpo acatando las indicaciones biomédicas, y buscando alternativas de complementariedad que contribuyan al éxito terapéutico.

Pero esta concientización de la que se habla no es sólo el reconocimiento de un cuerpo no visto y no valorado desde una perspectiva que involucra el binomio salud-enfermedad, implica la reflexión y revaloración de los sujetos en tanto acciones y decisiones que han puesto en riesgo el medio con el que se percibe, se comunica y se concreta y materializa la realidad palpable y objetiva, es decir, a partir de un padecimiento como la IVPH, las mujeres problematizan en perspectiva y retrospectiva el abandono y cuidado que su cuerpo ha sufrido desde un reconocimiento de esta invisibilidad y su importancia dentro de este dinamismo social en el que éste se involucra como medio de interacción y concreción del “yo” frente a los otros. Desde esta visión las mujeres se sitúan en un estado ambivalente donde emerge la responsabilidad por un lado como conciencia y reflexión, y por otro como carga moral y valorativa. El primero si bien está ligado al cuidado, restauración y fortalecimiento del cuerpo, se contrapone a esta segunda noción donde tienen cabida la culpa por haber sido “infectada” por el virus, y que se relaciona a la idea del descuido, el abandono, y la irresponsabilidad que da cabida al acto de reflexionar, cuestionar y enjuiciar sus propias conductas individuales, sociales y sexuales, y con ello sus formas de establecer vínculos con los otros.

En este estado de caos tiene lugar el proceso de asimilación en el que las mujeres anulan su vida sexual como una forma de alejarse del agente de riesgo y



autoprotgerse de reinfecciones, pues el miedo a un agravamiento está latente.

Rocío Ochoa afirma al respecto que:

*Es clara la relación del cuerpo con el deseo expresado como antojo o apetito de otro cuerpo. El deseo se siente en el cuerpo, y el pensamiento juega un papel importante en su control, porque si se piensa en él, se incrementa y se instala en la mente y el cuerpo le pide satisfacción (2015: 17).*

De tal forma que para las mujeres es mejor bloquear el deseo y censurar el placer con tal de disminuir el sentimiento de miedo e incertidumbre que la enfermedad les provoca.

*Sí, ya no es como muy consecutiva, es muy de vez en cuando porque ya siento una inseguridad hacia mí, de él hacia mí por lo que pasó [...] Pues sí es por mí, porque siento que lo sigue teniendo, lo sigue haciendo, no sé, siento que me va a volver a generar ese virus, esa enfermedad, y no quisiera volver a pasar lo que pase anteriormente [...] Bueno, yo en lo personal no las disfruto así como mucho, porque sólo estoy pensando en lo que me hizo, que me infectó y todo eso, entonces para mí no es así como una relación muy satisfactoria el tener sexo con él (Alison, 23 años, 2017).*

Pensamiento que desde la perspectiva de Salcedo y García

*[...] representa una alteración en la percepción de la determinación y la contingencia [...] su definición, evaluación y disposición plantea la cuestión de quién y cómo se llega a considerar si determinado fenómeno es o no un riesgo. No se trata de la causalidad de los fenómenos, sino de determinados factores que guían este proceso de definición y selección (2010: 76).*

No se descarta asimismo el sentido no explícito, mas sí implícito, de una especie de autocastigo que provoca una negación y bloqueo de su propio instinto y deseo sexual, ante las faltas cometidas que potencializaron su estado de vulnerabilidad, y que emergen de su propia concepción de la realidad, pues además implica la ruptura de un “deber ser” establecido por roles genéricos que dirigen las conductas y los comportamientos acordes a lo que las distintas esferas sociales (familia, grupos de pertenencia, instituciones) esperan. La ruptura de estos patrones esperados implica una violación y por tanto una desviación que debe ser señalada, evidenciada; y este señalamiento es lo que incentiva las modificaciones que Anne

Huffschmid explica como una especie de poner la “subjetividad en alerta” (2013: 134), y alertarla es modificar la perspectiva y la percepción desde nuevos referentes que permitan dotarla de nuevas connotaciones y significados con los que puedan socializar y seguir siendo sujetos en interacción.

Alejandro Díaz habla de una “crisis por enfermedad”, la cual define como “estados de negación y de pensamientos invasores” (2002: 602) que obstaculizan la orientación sexual efectiva, aun cuando ésta signifique un tema de gran importancia para el sujeto que padece; idea que se complementa con las propuestas de María Luisa Bacarlett, quien apunta que:

*Estar enfermo es negar los impulsos y sensaciones más primarios que nos indican nuestra corporeidad, nuestras pasiones, y con ello dejarse llevar por la promesa racionalista o ultraterrena de que siempre es posible superar al cuerpo y sus pasiones, dominándolas, controlándolas, suprimiéndolas (2006: 162).*

Al problematizar y asimilar la presencia del virus en su cuerpo ha implicado para las mujeres una labor de redefinición y reestructuración de viejos patrones de inferiorización y control del cuerpo y del ser que visiblemente todavía permanecen muy introyectados en su concepción de la realidad que, de acuerdo a Rivara a propósito del prólogo de *Ética del placer* conllevan a una anulación ética propia al obstaculizar

*El ejercicio de alcanzar y conquistar la categoría moral de persona, categoría que no se alcanza en la medida en que el destino que socialmente se prepara a las mujeres implica el imperativo de “ser a otro”. Un imperativo que significa inferiorización, control y uso, dentro de la familia, la sociedad y el Estado, figuras emblemáticas a través de las cuales el poder recurre a la mistificación de lo femenino para impedir la toma de conciencia. En este sentido, la obligación moral es fundamental para con una misma, es decir, para convertirse en “ser para-sí”. Ello implica la reapropiación de las mujeres de su cuerpo y de su propio placer, mismo que, en la medida en la que es “para otros”, les es hurtado, como hurtada la posibilidad de disponer de su cuerpo y de su placer (2014: VII).*

Aunque cabe señalar que, para muchos de estos casos, esta reapropiación del placer queda como intención, búsqueda y experimentación, más que como una concreción de nuevas formas reflexionadas y concientizadas de ejercer su sexualidad, punto sobre el cual se profundizará líneas adelante.

Para las mujeres anular la sexualidad implica si bien un acto de cuidado que hasta entonces no se había tomado en cuenta mediante la consideración de los factores de riesgo y la vulnerabilidad biológica y social en la que se sitúan, también representa el despertar del sentido de la responsabilidad respecto a la idea de que de nadie depende el cuidado del propio cuerpo, sino de cada una a la que éste le pertenece; un sentido que parece activarse una vez que se presenta el virus, las lesiones y el diagnóstico que confirma su presencia, y que en un estado de salud previo no se consideraba importante, lo que quiere decir que estos estados de conflicto y caos activan la noción de transformación y resocialización que les permita a las mujeres seguir siendo individuos sociales visibles y activos, pero desde otros parámetros de conceptualización y representación de una realidad que cargarán y reconceptualizarán constantemente, de acuerdo a cómo ésta se vaya manifestando y los cambios que se vaya presentando en el orden social, el cual nunca es estático y sí cambiante y en movimiento.

Otra de las formas en que el proceso de alternación se presenta es mediante el cuidado del cuerpo, en términos del fortalecimiento fisiológico y orgánico, que provienen de las nociones que se tiene sobre la importancia del sistema inmunológico para el combate y resistencia biológica a los agentes que ponen en riesgo el adecuado estado de salud, para lo que es necesario disminuir o modificar determinadas prácticas cotidianas que debilitan el estado orgánico y hace de éste un terreno propicio para que el virus pueda causar lesiones de mayor gravedad. A partir de esta perspectiva, las mujeres a través de sus propios medios y recursos se encargan de buscar información que las oriente al respecto, como la transformación de los hábitos alimenticios y el abandono del consumo de tabaco entre las acciones más comunes, pues han asumido que ello les da más posibilidades de restablecimiento y control del virus, tomando así una actitud activa, participativa y de involucramiento con su mejora y éxito terapéutico; es decir, asumen que ya no todo depende de las indicaciones del médico, sino de ellas mismas, pues este marcado temor y desesperación por curarse que tanto se ha mencionado, les impide estar no sólo a la expectativa de las indicaciones médicas, aun cuando éstas sean acatadas con la mayor fidelidad posible. Esto se

relaciona a que en los casos estudiados se percibe un compromiso con el cuerpo que se manifiesta por medio del interés y la disposición que tienen sobre las dinámicas que se establecen biomédicamente para la atención que reciben a su padecimiento.

Transformar la realidad requiere entonces de una reconciliación con el cuerpo y el ser mismo. El cambio y readaptación del deber ser, a partir de condiciones biológicas que existen y ya no se pueden cambiar, propicia un nuevo entendimiento de la realidad que es necesario ajustar a los roles y parámetros de la realidad objetiva, construida y presentada, pero dotadas de significados y connotaciones propias de la realidad que ahora se percibe y se vive. Partiendo de que esta resocialización no parte de una mente en blanco y vacía de ideas, conocimientos y nociones, tal y como lo afirman Berger y Luckmann, los referentes sociales y culturales que moldean la realidad de los sujetos se resignifican a partir de las condiciones presentes con las que se vive, y que necesitan ser integradas desde el mundo subjetivo de cada mujer al mundo objetivo e interactivo donde se mezclan, comparten y discuten roles y percepciones.

Para toda mujer, sostener las acciones y conductas que se esperan propias por la asignación de género que trascienden hasta las formas de abordar la enfermedad, son formas dramáticas que activan estados emergentes de cambio muchas veces no pensados y reflexionados, pero si ejecutados desde el conflicto de la enfermedad que conlleva a una crisis que remueve las ideas y pensamientos existente sobre su condición de mujeres, la cual deben redirigir hacia nuevas formas de concebirse, conceptualizarse y asumirse dentro de una realidad que ya no les es práctica ni funcional porque ya no les significa lo mismo tras la presencia de un evento como la enfermedad. Se asumen entonces una especie de actos performativos<sup>79</sup> donde a partir del sentido de ser mujer, con patrones

---

<sup>79</sup> En términos generales, la *performatividad* se explica como aquellas acciones o hechos capaces de transformar la realidad hasta entonces percibida, mediante la emisión de un discurso o la presencia de algún evento en particular. Muchos autores como John Austin, Roland Barthes, Jacques Derrida y Judith Butler, desde sus distintos enfoques y disciplinas, han recurrido a la performatividad para desarrollar y exponer cómo se presentan estas transformaciones en el sujeto desde distintos los ámbitos que lo conforman en su realidad cotidiana (el lenguaje, la escritura, la ejecución de roles sociales, etc.).

reglamentarios bien definidos y delimitados que las diferencian del hombre, el cuerpo se reconoce como propio y diferente a los demás, pero necesita una reconceptualización acorde a sus necesidades particulares como individuos fuera y dentro de la categoría genérica asignada, que rompen con la cotidianidad, pero sin dejar de concebirse como mujeres vulnerables y afectadas por una enfermedad de transmisión sexual como el VPH. Es decir, desde una categoría social asignada y vivida, se asume la construcción de una nueva realidad cargada de nuevos significados, pero sin abandonar del todo sus referentes sociales y culturales aprendidos en la socialización primaria.

La alternación implica una reflexión acerca de la reapropiación del cuerpo como entidad material que no es de los otros, sino de uno mismo. Desde aquí la asimilación se presenta en la reconfiguración de los patrones sociales y culturales de la apropiación del cuerpo, campo donde diversos agentes externos han tenido mayor control e injerencia en él que el sujeto mismo al que le pertenece, y que devienen de patrones culturalmente elaborados, reproducidos y acatados mediante la creación de discursos de apropiación del cuerpo ajeno que se aprenden durante la infancia o edades tempranas. Para ejemplificar basta pensar en la externalización de frases comunes de pertenencia emitidas por los padres, al decir que el cuerpo de sus hijos es de ellos o de su pertenencia, o en las relaciones de pareja donde la mujer se visibiliza y se asume como propiedad de otro con el que se vincula, y que aun en la actualidad con la revolución y liberación sexual y empoderamiento femenino, son patrones culturales que siguen permeando en influyendo en la realidad de muchas mujeres, porque aun cuando parecen factores irrelevantes y en desuso, siguen teniendo efectos sustanciales frente a enfermedades relacionadas con lo sexual como la IVPH, pues está presente el sentimiento de no haber visibilizado y tomado la responsabilidad el cuidado del cuerpo propio, el cual se abandonó a la confianza y la seguridad de un "otro", como si existiera una carencia de capacidades y recursos para poder tomar el cargo y las riendas de él, de su protección y cuidado, y que después del diagnóstico pretenden retomaren desde un sentimiento de lo que se puede recuperar a partir de lo que ya se perdió.

Desde la concientización de esta nueva realidad, se considera que:

*[...] el cuerpo se ha convertido en expresión de elecciones y opiniones de cada día sobre ámbitos íntimos y privados. De esta manera ha podido cuestionar verdades universales que se discuten dentro de movimientos sociales para cambiar los cánones y formas de evaluación tradicionales impuestos desde afuera a partir de las experiencias mismas que se nutren de principios abstractos, formalizados, más no determinados por principios (Pedraza 1999, citado por Salcedo y García, 2010: 79).*

Pero es importante resaltar que, a pesar de que son notorios los elementos que denotan un proceso de alternación en las mujeres, como estrategias de supervivencia ante un orden social establecido y legitimado, ésta no llega a concretarse sobre todo en el ámbito referente a la sexualidad, de acuerdo a los rasgos que plantean sus teóricos Berger y Luckmann.

La infección por virus del papiloma humano, al ser una infección que se transmite vía transmisión sexual y que está relacionada al cáncer cervicouterino, como ya se mencionó, adquiere significados estigmatizantes que impactan en la realidad cotidiana de las mujeres que lo padecen. El peso de la estigmatización conduce hacia un estado contingente donde hay una transformación de la realidad y la identidad, porque a partir del diagnóstico ya no se reconocen como un mismo sujeto; ya no son lo que eran, pero, ante la falta de recursos informativos y la existencia de patrones culturales y sociales establecidos afines al orden del presente o momento en que se viven, no encuentran elementos y herramientas suficientes para resignificarse y concebirse como nuevos sujetos con un padecimiento crónico que las posiciona en una reidentificación acorde a su condición biológica y sexual. Se posicionan entonces en un estado límbico o similar al de la liminalidad, concepto manejado en la antropología simbólica para explicar sobre todo lo que sucede en los ritos de paso, y que ha sido planteada sobre todo por los teóricos Arnold Van Gennep y Víctor Turner, pero que para estos casos puede ser un referente que ayude a explicar el momento de transición que se presenta en las mujeres con IVPH en el que han dejado de ser sanas, para convertirse en sujetos con condiciones particulares que cuando menos, las

posiciona a un estado de alerta permanente ante cualquier manifestación física que denote descontrol o alteración que repercute en el equilibrio corporal.

Si bien la anulación de la sexualidad se toma como un estado de alternación en el que se concibe como una estrategia de freno y protección ante la posibilidad de reinfección o agudización de las lesiones, un tanto como respuesta a las indicaciones médicas, y otro como medida por convicción y decisión que surge de sus propios medios y representaciones de la enfermedad, también se toma como un estado incompleto donde la alternación no se concreta porque no se crean transformaciones de prácticas que permitan seguir llevando a cabo su sexualidad de manera plena para los actores involucrados en ella. Así entonces, la sexualidad se sitúa en un estado ambivalente y dialéctico en el que significa protección, pero también carencia, motivo, en la mayoría de las veces, de conflicto para las mujeres y sus parejas al no poder tener una vida sexual y hasta reproductiva en plenitud conforme a sus estatus de sujetos sociales y su ciclos vitales, esto es, de mujeres y hombres jóvenes en plenitud biológica, y casados o en situación de pareja, fuera de los temores ya por demás mencionados que trae consigo el padecer la IVPH.<sup>80</sup>

La imposibilidad de generar estrategias de modificación y adecuación a una vida sexual vienen de dos factores centrales: un constante y abrumador autocuestionamiento de saber cómo, cuándo, dónde y con quién adquirieron el virus; y la falta de información suficiente y necesaria para dar respuesta a sus dudas e incógnitas sobre el mismo, y con ello puedan entender su situación de salud actual teniendo elementos suficientes con los cuales signifique y den un nuevo sentido no sólo a la enfermedad sino a ellas mismas. En este plano los médicos cumplen un papel central como mediadores y difusores de una información por nadie mejor conocida que por ellos mismos, pero que se encuentra controlada desde la falta de una adecuada orientación, y la emisión de juicios y valores moralizantes que acompañan su quehacer profesional y cotidiano, que

---

<sup>80</sup> Mario Zumaya (2002) habla de la formación y ciclo de la pareja humana donde hace hincapié en que el ciclo de la pareja da inicio con la selección y el cortejo, donde la primera es mutua y se da a partir “de la expresión de las necesidades personales de cada individuo desarrolladas en un contexto sociocultural particular” (p. 123) pues al retomar la teoría de Murstein basada en la tríada estímulo-selección-rol, se explica que dos personas sienten atracción gracias a ciertos atributos físicos, sociales e intelectuales existentes en cada persona que se atrae.

repercuten en la realidad de las mujeres complicando el desarrollo de un proceso de alternación, donde el horizonte de espera es la modificar de una realidad que les permita vincularse y reconocerse frente a los otros con las condiciones biológicas que presentan. Éste ha sido uno de los conflictos que las mujeres entrevistadas hicieron más latente y manifiesto.

*Sí, porque de alguna manera, son como mensajes indirectos, lo siento así, que de alguna manera te inyectan culpa, o reafirma esa culpa, o digamos ese... o sea, no es necesario que ellos te digan: "Ay señorita, es que cómo se le ocurre no usar el condón todo el tiempo", o sea, no hay, no tienen que ser tan explícitos los mensajes como para que haya ese disciplinamiento (Eva Luna, 24 años, 2017).*

Este estado intermedio deviene así de una serie de concepciones sociales y culturales aprendidas que intervienen en dicho proceso. Así lo manifiestan Peña y Hernández cuando afirman que:

*Los discursos sexualizantes de nuestra sociedad son un cúmulo de conocimientos, simbolizaciones, representaciones que generan un sentido y significado a la sexualidad, su ejercicio y su práctica; son una herencia histórica y sociocultural que se ve modificado conforme el contexto social cambia, donde las instituciones son las encargadas de reproducirlos y se encargan de transmitirlos y hacerlos presentes en el colectivo y el individuo [...] por lo tanto no solo se conocen sino que se asimilan como una forma de interpretar y conocer la vida, su sentido y desarrollo. Son una amalgama de conocimientos e ideas establecidas desde ciertas posturas idiosincráticas y de poder donde, en el caso particular de la sexualidad [...] se conjuntan enseñanzas religiosas, jurídicas y médicas resultado de un desarrollo histórico, condiciones económicas y estatales específicas que crea determinados sujetos sociales y sexuados conforme requiere el orden social establecido (2015: 339).*

De acuerdo a Rocío Ochoa que retoma a Cartledge y Ryan, la construcción social que se ha hecho de la sexualidad comprende "las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos" (2015: 9). La identidad subjetiva de cada mujer en lo referente a la sexualidad se sitúa en un estado de caos que no llega al restablecimiento y resignificación de su ser social. Si bien de manera involuntaria se da una ruptura de estos referentes socioculturales evidentes respecto al cuerpo y la sexualidad



limitados por ideas relativas a lo que no se enseña y no se nombra (el cuerpo, los genitales, el sexo, el erotismo y el placer), y que dan lugar al sentido de estereotipos y del tabú, no llega a una concreción donde exista una integración de nuevos referentes surgidos de una restauración significativa, porque todavía no se tienen los elementos suficientes para abatir los valores culturales de reproductividad y procreación que se le han otorgado a la sexualidad, y que siguen siendo del dominio ideológico y social aún de mujeres que tienen estas condiciones y que se encuentran en un proceso de reidentificación y revaloración como sujetos sociales en interacción y vinculación con los miembros de su grupo o sociedad de pertenencia.

Si bien la corporeidad es fundamentalmente concebida como materialización o medio con el cual se establecen lazos de comunicación con los otros, ésta no se encuentra en abstracto y desligada de todo factor relacionado a las emociones que también ejercen cierta influencia e impactan en la realidad cotidiana de todo sujeto enfermo o con cierta condición, y que sin duda han sido desdeñadas porque “históricamente la subjetividad, la pasión y el deseo han sido comúnmente tratadas como características vinculadas a la feminidad” (Soto, 2013: 198), y por tanto devaluadas en tanto interés e importancia. No obstante, el factor emocional se encuentra estrechamente ligado a la experiencia, y es ésta la que marca de qué manera se vive y se asume una enfermedad con determinadas características y connotaciones que impactan en el proceso de asimilación, resignificación y transformación de una realidad hasta entonces percibida y experimentada.

### **7.3 Análisis biocultural de la IVPH**

Una de las aportaciones importantes del enfoque biocultural en el análisis de las trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de mujeres con IVPH es que, a través de él, se pueden construir datos a partir de los cuales se comprendan las formas complejas en que se relacionan y se cruzan los factores fisiológicos con los factores sociales y culturales para entender el sentido del proceso salud-enfermedad. Para tal propósito dicho enfoque retoma aspectos biológicos, sociales

y ecológicos que, desde una perspectiva relacional, ayuda a explicar problemas de salud. Desde esta perspectiva integrativa de saberes y conocimientos sobre la enfermedad y la salud, lo biocultural profundiza sobre las condiciones y estilos de vida que generan riesgos y deterioros que potencializan la vulnerabilidad biológica de los sujetos en distintos espacios, y frente a diversas acciones y situaciones que devienen de estructuras y conductas socialmente establecidas.

Al partir de un principio descriptivo-comparativo propio de la antropología, se profundiza en las semejanzas y diferencias que permiten realizar explicaciones, generalidades y particularidades sobre las condiciones del sujeto dentro de lo que se considera un problema de salud, en este caso de las mujeres con infección por VPH. Analizar el fenómeno de la enfermedad desde las distintas esferas o campos que la conforman es la base de este enfoque, desde aquí se busca explicar las lógicas biosociales que repercuten en la experiencia de enfermar, entendido como un hecho de carácter biológico que está construido y significado desde estructuras y símbolos que emergen de la organización y estructura social que la moldean y la determinan, le dan sentido y significado.

David Landy habla del cuerpo consciente o cuerpo persona que se concibe en su dimensión objetiva y subjetiva como sujeto, su biología en interacción con los patrones y características que adquiere por construcción social. Desde esta postura, se entiende que lo biocultural rompe con el reduccionismo científico de entender y explicar la enfermedad sólo en su entidad biológica, para abrirla a la comprensión y acción desde otros enfoques.

Desde los componentes propuestos para el análisis del enfoque biocultural, lo que interesa para este trabajo es abordar el impacto de la IVPH en el ejercicio de la sexualidad, para lo cual es fundamental considerar los cinco componentes que lo conforman como el ambiente y la ecología (espacio de salud), los recursos para la salud, los productos materiales de la cultura, los productos ideológicos de la cultura o prácticas y representaciones, y la biología humana, que cruzan o son transversales en ámbitos como el cuerpo, el género, el erotismo, la reproducción y la vinculación afectiva.

El primer componente que corresponde **al ambiente y el espacio**, más ampliamente desarrollado en capítulos anteriores, revela que la unidad de displasias del HGM, cuenta con las condiciones necesarias para proporcionar un servicio óptimo de atención a la IVPH, eficaz y de satisfacción para las usuarias. No es gratuito que muchas de las mujeres que han asistido a solicitar la atención han sido referidas de otras instituciones de salud pública y privada, por los referentes del servicio que existen sobre dicha institución.

La clínica de displasias se ubica en el primer piso de la unidad de displasias. Es un espacio que comparte con los servicios de tumores mixtos y tumores ginecológicos, lo que representa una ventaja porque, ante cualquier eventualidad que salga del espectro de atención, sobre todo de la atención en displasias o en tumores ginecológicos que requiera un apoyo entre ambos servicios, la cercanía favorece la agilización de la atención, y una medida oportuna de tratamiento.

Al interior, la distribución del espacio hospitalario propicia el desarrollo de los procedimientos estipulados institucionalmente de manera rápida y eficaz, pues al estar conformado por cinco consultorios de exploración, más uno específico para tratamientos quirúrgicos ambulatorios, a los que se anexan los cuatro consultorios de interrogatorio clínico, la atención cotidiana se ofrece con fluidez, agilizando por consecuencia también los procesos que conforman la trayectoria de atención en el sentido del diagnóstico, la aplicación de pruebas de detección y valoración, así como los tratamientos a realizar necesarios para cada caso. Las condiciones de higiene son acordes a lo que se espera de una institución de atención a la salud, un factor que garantiza la confianza de las pacientes de que su enfermedad es tratada bajo todas las medidas de sanidad necesarias.

El Hospital General de México ofrece la atención a la IVPH en dos unidades de especialidad diferentes: ginecología y oncología, la segunda de ellas con mayor población de usuarias porque, aunque en apariencia ofrecen el mismo servicio, en oncología hay un mayor espectro de atención, pues al ser la IVPH un antecedente de cáncer cervicouterino, quienes ahí dirigen la atención son médicos con especialidad en cirugía oncológica, lo que abre las posibilidades de tratar lesiones en distintos niveles de avance y agudización. Para las usuarias esto resulta una

ventaja porque reciben la atención que requieren de manera inmediata y de acuerdo al estado de lesiones que presenten, sean lesiones de bajo o alto grado, o carcinomas *in situ* que requieren tratamientos mayores, pero con un adecuado manejo, propio del especialista en el campo de la oncología, sin mencionar el seguimiento que ahí también se les da a las mujeres post radiadas. No es gratuito que el fundador de la primera clínica de displasias en México, el doctor Fernando Cruz Talonia, cirujano oncólogo de esta institución hospitalaria, la anexara a la unidad de oncología como parte de la gama de especialidades y servicios que ahí se ofrecían.

La ruta médico-administrativa que en muchos casos resulta un tanto difícil y tardada, aquí transcurre con cierta fluidez; quizá lo que más demanda una inversión de tiempo por parte de las usuarias sea el paso por consulta externa y la programación de la cita de primera vez en el CENACLID, pero después de esta etapa, la trayectoria transcurre con mayor prontitud siempre y cuando exista un cumplimiento y apego a las indicaciones y programaciones de próximas citas señaladas por los médicos tratantes, en comparación con otros servicios de salud públicos que ofrecen la atención a la IVPH cuyos procesos son más tardados y lentos.

Ya en el servicio, la presencia de los médicos residentes en formación de colposcopia resulta un apoyo importante en dicho proceso, pues, bajo la supervisión y orientación de los médicos de base, son los que desahogan la consulta diaria y fortalecen esta dinámica de rapidez en el servicio, una característica favorable para las condiciones de salud de las mujeres porque las intervenciones para diagnóstico y tratamientos intentan ser oportunas y, con ello, prevenir y disminuir las posibilidades de avance y desarrollo de las lesiones que cada paciente presenta. Este factor de la eficacia sin duda alguna otorga cierta tranquilidad, dentro del caos y conflicto en el que se sitúan las mujeres tras el diagnóstico, porque perciben una asistencia oportuna que las aleja justo de esta temida posibilidad de desarrollar un cáncer prematuro.

Es importante destacar que aunque dicha distribución espacial intenta mantener los protocolos de higiene y privacidad requeridos para una adecuada

atención, como institución de salud pública con un número de usuarias que oscila entre las sesenta por día, en un sólo turno, con condiciones de atención a la salud a destajo, impide el resguardo y adecuado manejo de la intimidad de cada paciente/usuario, no sólo por cómo está distribuida el área (ver capítulo 5) sino por las condiciones en que se ofrece la misma atención donde, al ser los médicos residentes quienes ofrecen el servicio, su transitoriedad hace que no pueda haber la asignación de un médico en particular para cada paciente al que pueda consultar en cada cita, y por tanto, con el que pueda establecer una adecuada comunicación y confianza que le permitan plantear y resolver todas sus dudas. Es una situación que a ellas les resulta difícil de manejar porque los referentes culturales del ocultamiento del cuerpo y la genitalidad quedan expuestos en cada consulta a las miradas y la manipulación de diferentes profesionales, por lo que no deja de existir en ellas ese conflicto constante aun cuando al final terminen asumiendo el rol de sujetos enfermos que acatan las indicaciones del médico.

Por lo datos cuantitativos obtenidos y capturados de la revisión de expedientes, se pudieron identificar que a partir de datos epidemiológicos anteriormente presentados, que revelan que la población cuyo rango de edad oscila entre los 20-24 años de edad es la segunda donde más registran casos de IVPH, no hay una correspondencia con el número proporcional que asiste al CENACLID del HGM a solicitar el servicio, ya que el total de casos identificados durante 2016, ocuparon el cuarto lugar de asistencia por tratamientos mayores (quirúrgicos ambulatorios).<sup>81</sup>

En términos generales, los casos que colaboraron con esta investigación y que contribuyeron con su testimonio, a pesar de que cuentan con un nivel mínimo de educación media, manifestaron no contar con conocimientos básicos y suficientes sobre el virus hasta antes el diagnóstico, y pese a que tenían mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el uso del preservativo, todos

---

<sup>81</sup> Si bien es cierto los datos presentados corresponden únicamente a los casos que, al requerir tratamientos quirúrgicos mayores se les abrieron expedientes, y no engloba el número total de casos que asistieron a revisión, vigilancia y tratamientos menores, si es un referente importante que permite dar una idea de la cantidad y de población que llega a solicitar el servicio por diagnóstico de IVPH.

afirmaron no usarlo con rigor y frecuencia, las razones: estar con una pareja en calidad de formal, lo que les daba cierta seguridad y confianza para descuidar o evitar su uso, ya que la mayor preocupación era evitar el embarazo no deseado, por lo que la importancia sobre los métodos de barrera no ocupaba parte de sus intereses y prioridades.

La relevancia a grandes rasgos de estos datos radica en que, aun cuando hay una satisfacción manifiesta del servicio médico que se ofrece, estos vacíos de información que las mujeres han revelado tener respecto a la IVPH y las ITS, no son retomados y fortalecidos por el servicio de salud para reorientar las prácticas y los cuidados a la salud, y que forman parte también de las necesidades explícitas de las usuarias, en conjunto con la atención biomédica en búsqueda de un control y restauración a nivel fisiológico.

Por su parte, los **recursos para la salud**, segundo componente para el análisis biocultural, se identificaron principalmente en el acceso a los servicios y recursos institucionales destinados para la atención a la IVPH. Hasta donde se tienen conocimiento, la mayoría de las mujeres que llegaron a solicitar el servicio en 2016 fueron enviadas de algún otro servicio público o privado, que previamente ya les había detectado la IVPH mediante la realización de las pruebas de detección pertinentes. No obstante, ya en su asistencia al HGM, aun cuando ya presentaban dichas pruebas que confirmaban un diagnóstico positivo a IVPH, tuvieron que pasar como parte del protocolo obligatoriamente por el servicio de consulta externa que las referiría a los servicios de displasias de la unidad de oncología, donde al momento de asistir a su primer consulta en el CENACLID, se les volvieron a realizar de nueva cuenta las pruebas para confirmar los diagnósticos previos, y con ello poder determinar el procedimiento a seguir necesario para cada caso. Esto de alguna manera ofrece a las mujeres cierta confianza y garantía de la calidad del servicio que en dicha institución se ofrece, pues antes de intervenir, corroboran resultados a partir de los cuales se elaboran los planes de acción particulares para cada caso.

Fue muy notorio que durante todo este proceso no se proporcionaba ningún tipo de información sobre el virus, ni mucho menos algo que se pudiera relacionar

a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; los manuales de procedimientos revisados no consideran pertinente y trascendental este aspecto, pues no está integrado dentro de sus lineamientos de atención, aspecto que deja muy endeble las estrategias de prevención institucionales a la IVPH y por consecuencia, de lo referente al CaCu. Personal del hospital, en particular del CENACLID han manifestado que al parecer algunos casos son enviados desde consulta externa a medicina preventiva, área donde se desconoce si proporcionan o no este tipo de información, y de los cuales tampoco se tiene claros los criterios para que algunos casos sean enviados a este servicio y otros no. Por lo tanto, no existe una precisión respecto a las medidas y estrategias que institucionalmente se siguen para la prevención a la IVPH.

Localmente, las mujeres que asistieron a centros de salud o instituciones públicas como el DIF o los hospitales generales de zona o municipio, revelan que las estrategias de prevención y acción a la IVPH es la referencia inmediata al HGM para su tratamiento oportuno, pues dichas instituciones al no contar con las instalaciones, los aparatos y el personal adecuado para la realización de los tratamientos e intervenciones necesarias para abordar y tratar las lesiones causadas por este virus, inmediatamente sugieren la búsqueda de atención en dicha institución hospitalaria, otorgando la documentación necesaria que pueda ayudar a la agilización del proceso de atención. En el caso de las que recurrieron de primer momento a un servicio particular, la situación no fue tan diferente, a pesar de que tuvieron que buscar con sus propios medios y recursos instituciones que pudieran ofrecer el servicio que requerían y el protocolo de atención para tener acceso a él, ya contaban con estudios de diagnóstico previo que confirmaba el tipo de atención que solicitaban de manera específica.

Ya dentro del CENACLID, las estrategias de prevención parten de una perspectiva post-diagnóstico donde lo que se busca prevenir es básicamente una reinfección con otros tipo de VPH, o bien, la reincidencia y agudización de lesiones que afecte la salud de las mujeres, por lo que lo común es ofrecer información de manera oral por parte del personal de salud (médicos de base, residentes y enfermeras) que se restringe a hacer hincapié en los factores de riesgo tales como

tener múltiples parejas sexuales, la falta de uso de preservativos, el consumo de tabaco y tener una alimentación deficiente, entre los que se exponen como los más comunes. Si bien es una información que resulta útil para las usuarias, ésta tampoco alcanza a cubrir todas las necesidades y expectativas que tienen sobre un conocimiento más profundo del virus, de tal manera que les proporcione mayores elementos de asimilación y resignificación de su condición.

Por medidas institucionales, las ITS en general deben ser atendidas en la unidad de ginecología de dicho hospital; no obstante, al no existir un manual de procedimientos que dirija el abordaje y la atención que se debe dar a las infecciones de transmisión sexual, éstas se atienden de manera empírica de acuerdo a los conocimientos que cada médico tratante tenga sobre ellas. Como factores de comorbilidad más comunes asociados a la IVPH, éstas tampoco son tratadas a partir de lineamientos específicos que guíen su atención, por lo que, en algunos casos y de ser necesario, estas mismas comorbilidades son atendidas por los médicos del CENACLID sin ninguna referencia al área de ginecología, pero de ser necesario, no se escatima en referir a las pacientes a dicha unidad, o a cualquier otra especialidad que sea necesaria para su atención, no en particular ITS, que se presentan junto a la IVPH y que sale del espectro de atención ofrecido en la unidad de displasias. Esta problemática impide entonces conocer referentes estadísticos claros de la atención a comorbilidades asociadas a la infección por virus del papiloma humano, así como la prevalencia e incidencia, pues con exactitud no se conocen los procedimientos y límites de atención y referencia.

Para las usuarias, a pesar de estas carencias, esto significa un beneficio considerable en la medida que la atención a su salud, a pesar de que es muy especializada, no deja de considerar otros aspectos que complementan los fines de la atención: la restauración fisiológica y la recuperación o el equilibrio de la salud mediante la integración y el apoyo de otras especialidades cuyo manejo y atención salen del dominio del colposcopista.

La mayoría de los casos evidenció un apego a los tratamientos biomédicos, sólo dos casos manifestaron buscar otras alternativas de tratamiento complementario como la homeopatía, y las estrategias del cuidado al cuerpo que,



de acuerdo a la informante (Eva Luna) parten de posturas ideológicas provenientes de corrientes feministas que se apegan a la terapéutica natural como elemento complementario de atención. Los recursos económicos destinados para su atención, tratamientos y valoraciones post-quirúrgicos son extraídos de sus redes de apoyo más cercanas como la pareja o la familia, en algunos casos, en otros los gastos son cubiertos con el salario que reciben producto de su empleo. A pesar de que el gasto de recursos es constante y por tanto mayor, debido a esta rapidez en el proceso con el que se ofrece el servicio, no hay queja alguna por los costos del servicio médico, pues al compararlo con la inversión que requerirían si recurrieran al servicio particular, éste resulta más económico y accesible, por lo que no escatiman en destinar los recursos necesarios. Aun cuando para este servicio no existe la aplicación de un tabulador de costos por pruebas y tratamientos como sí cuentan otras especialidades de la institución, no hay una queja al respecto que represente un obstáculo por parte de las usuarias, pues para ellas lo más importante es recibir la atención requerida para el padecimiento que tanto les aqueja y que ha transformado su realidad cotidiana.

Los **productos materiales de la cultura** son percibidos desde lo que los Programas Nacionales de atención a la IVPH e ITS establecen como prioridad para su atención y tratamiento. La IVPH es abordada a propósito de los programas nacionales de prevención al cáncer cervicouterino, en particular en el Programa de Acción Específico 2013-2018, en su objetivo V que corresponde a los objetivos, estrategias y líneas de acción, donde se establece el fortalecimiento de la detección, el seguimiento y el tratamiento oportuno mediante el incremento de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en convergencia con la información proporcionada por los sistemas de salud. Se asienta el favorecimiento de las prácticas integrales que incluyan la modificación y apropiación de estilos de vida más saludables, la promoción de la salud y la realización de las pruebas de tamizaje (*Papanicolaou* y detección molecular) pertinentes a mujeres a partir de los 25 años, como principales ejes de acción propicios para la atención. A ello se agrega como parte de la política pública el fortalecimiento de acciones dirigidas a la promoción y orientación de la salud sexual y reproductiva que se conecta con el

impulso de medidas educativas y de comunicación que ayuden a prevenir el cáncer en la mujer y con ello disminuir las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino, como la principal finalidad.

La mención de medidas preventivas de los factores de riesgo como el sexo seguro, la aplicación de vacunas, la disminución del consumo del tabaco y alcohol, la realización de actividad física y el cambio por una alimentación más saludable son mencionadas para prevenir la IVPH. Cuando ésta ya está presente y se ha confirmado su diagnóstico, se indica acudir a las clínicas de colposcopia y de atención oncológica que den continuidad con las pruebas y los tratamientos necesarios para su atención oportuna.

Para este programa de acción se señala una cobertura en la realización de pruebas de tamizaje primario donde el rango de edad para su realización se bajó a los 25 años cuando anteriormente se consideraba esta prueba pertinente a partir de los 35 años, sin considerar que cada vez son mayores los casos que no sólo presentan la IVPH, sino lesiones ya precancerosas (LIEAG) o carcinomas *in situ* en población menor a los 25 años, lo cual, desde lo que establece la política pública a partir de estos programas de acción, dejan un vacío de atención en estos sectores de la población.

La atención a las ITS establecida en el *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018* se establece desde dos puntos de acción: el acceso a los servicios de salud y el diseño de comunicación y educación sobre salud sexual y reproductiva, promovido por los servicios de salud en coordinación con los sectores educativos que promuevan dicho objetivo. Aquí la IVPH no es tratada con mucha profundidad, sin embargo, por el reconocimiento de los índices de incidencia, se asienta en un breve apartado la necesidad de fomentar la vacunación y las pruebas de tamizaje con *Papanicolaou* en adolescentes que han iniciado y tienen vida sexual activa, pero al igual que el PAE de prevención al cáncer cervicouterino, con la finalidad de disminuir el riesgo de desarrollo oncológico. Sobre las bases del discurso de los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y los servicios de calidad, así como la necesidad de “impulsar un cambio en la cultura general” (PAE, Salud

sexual... 201, 44) tienen lugar las medidas y acciones para abordar las infecciones de transmisión sexual en adolescentes acordes a los Objetivos del Milenio que están centrados, ante todo, en la disminución de los embarazos adolescentes y evitar la incidencia de este tipo de infecciones mediante el acceso a los servicios de salud.

Desde ambas perspectivas, el discurso sobre la prevención de la IVPH circula entonces alrededor de la disminución de los riesgos de desarrollar CaCu. El problema aquí es que estas medidas preventivas sólo se están viendo a la luz de disminuir las posibilidades de un desarrollo oncológico, y no desde la prevención y control de una ITS que incrementa los índices de incidencia y pone en riesgo y vulnerabilidad el adecuado estado de salud de los sujetos que la contraen. Es decir, se generan medidas como si lo único que importara fuera sólo la prevención del cáncer y no el control del virus en sí mismo y lo que representa en términos biológicos, sociales y culturales.

Cada uno de los puntos que se establecen como medidas de acción en estos Programas que dirigen el abordaje y el ejercicio de la atención representan una gran contradicción, porque las condiciones clínico-administrativas en las instituciones de salud, impiden desarrollar estos objetivos tal y como se plantean. Cuando se habla de libre acceso a los servicios de salud, la comunicación y la educación sexual como ejes prioritarios que promuevan la concreción de los objetivos y metas planteados, parece que se enuncia la construcción de una realidad alterna que no es compatible con la realidad vivida, pues las instituciones al no contar por ejemplo con un número de personal capacitado para la realización de cada una de las tareas propuestas, es imposible que es éstas puedan desarrollarse. Para las pacientes, estos objetivos resultan relevantes y prometedores de acuerdo a sus necesidades de atención, no obstante, son objetivos que se quedan en el aire porque dadas las condiciones institucionales, es difícil que esto suceda.

Internamente, instituciones hospitalarias como el HGM han intentado en la medida de lo posible apegarse a estos lineamientos de atención, sin embargo, es notorio que se ajustan a las condiciones y recursos existentes. A pesar de que

cuentan con manuales de procedimientos elaborados por su personal de salud, hay puntos que tampoco alcanzan a desempeñarse tal y como se establecen porque al parecer las condiciones cada día van sufriendo modificaciones y los aleja de desempeñar la labor como se indica, como se espera. Es importante señalar que dentro del *Manual de Procedimientos Clínica de Colposcopia* aplicables tanto para ginecología como para oncología, existe un rubro denominado “orientación e información adicional” que consiste básicamente en dos puntos centrales: 1) Ofrecer “pláticas de orientación e información adicional a las pacientes en la sala de espera de la clínica con ayuda de medios didácticos” (2006: 24) , y 2) apoyar dicha información con la presentación de rotafolios, videos, dispositivos y trípticos, labor a cargo del área de trabajo social, hoy inexistente cuando menos en el área de colposcopia, y cuya ausencia se percibe en la falta de este tipo de información necesaria que en la actualidad no se les ofrece a las mujeres.

El factor de la educación y la comunicación que se mencionan de manera reiterativa como principal motor de concientización sobre una corresponsabilidad del cuidado y la protección entre hombres y mujeres, y sobre la educación sexual y reproductiva, que ayuda a contrarrestar, desde el marco de lo legal, aquellos “prejuicios que prevalecen al interior de las diferentes instancias gubernamentales (federales, estatales, municipales y locales) que circulan alrededor de la salud y la atención a lo sexual (PAE Salud Sexual... 2013-2018, 2014: 44), está muy endeble, y es un ejemplo claro de que en la práctica no existe a pesar de que esté estipulado en documentos oficiales provenientes de la Secretaría de Salud, máximo órgano que dirige la atención a la salud en el país.

Para muestra de ello, basta retomar los testimonios de las mujeres a las cuales se entrevistó, quienes afirman que la información que tienen sobre estos temas ha dependido en gran parte de lo que les fue enseñado a nivel escolar, aunque de manera muy superficial y poco profunda, y que se ha complementado con lo que ellas han buscado por sus propios medios vía internet, una vez que el diagnóstico ha sido confirmado.

Estos puntos de alguna manera se ligan al siguiente componente de los **productos ideológicos de la cultura o prácticas y representaciones**, que se

refiere básicamente a las prácticas y representaciones de la sexualidad que engloba el ejercicio sexual y la noción de riesgo y vulnerabilidad en la que se sitúan las mujeres a partir del imaginario que existe sobre los temas relacionados a la sexualidad, y que se fortalecen con los discursos médicos referentes a padecimientos relacionados y adquiridos por esta vía. En él se identificó un sentimiento de culpa por el no cuidado del cuerpo y la irresponsabilidad de no usar con frecuencia el preservativo, omisiones que las ha situado en el estado de salud en el que ahora se encuentran, y al que se agrega también una especie de sentimiento de culpa o decepción por confiar en la seguridad sexual y adecuado estado fisiológico de otra persona, con la que decidieron entablar vínculos sexuales sin protección; desde aquí, la concepción particular de la relación de pareja se pone en cuestionamiento.

La dimensión sobre la sexualidad se modifica por completo; la prioridad es, desde su percepción, eliminar o controlar el virus y erradicar las posibilidades de desarrollar un cáncer cervicouterino, sin importar que de ello dependa alterar no sólo la frecuencia de la actividad sexual, sino las prácticas, en tanto forma en cómo éstas se han realizado. Se activa por consecuencia el factor subjetivante del yo trascendental que plantea Husserl (1962), donde existe quizá no un replanteamiento como tal del yo (ego) puro que se abstrae de las normas sociales y morales que se construyen y se fijan para formarlo como sujeto, pero sí en un constante cuestionamiento de su ser como sujetos de acción (prácticas) y deseo. Al atender a su subjetivación, rompe con el elemento objetivante de los comportamientos y las conductas acordes al “deber ser”, que se contrapone a la libre expresión de los instintos propios de su sexualidad. Es entonces cuando se presenta el conflicto constante en el que viven muchas mujeres que les resulta difícil resolver de manera concreta, y toman formas de resolución paralelos a los recursos ideológicos y socioculturales con los que cuentan, pero que no podría existir si el factor enfermedad no removiera estos elementos que son parte de la experiencia.

Si bien la fenomenología de Husserl propone el estudio del sujeto abstraído de todo referente y saber científico para poder llegar a la comprensión de la

experiencia interna, profunda en la esencia del sujeto desde un sentido de su pureza misma -una labor complicada de lograr desde los fines de este trabajo- permite un acercamiento para profundizar en el principio lógico de su estructura, pues está

*[...] autoconstituido en polo originario y originante de toda constitución objetiva. Insistimos en que no se puede entender al sujeto trascendental como un principio «mundano», como un principio psíquico o como un principio óptico. Es un principio que no debe su constitución a nadie ni a nada. Tiene una ultimidad originaria absoluta, y, al mismo tiempo, él es el principio originante de toda constitución objetiva, o sea, de toda objetividad científica en el riguroso sentido de esta palabra (Rábade, 1966: 10)*

La IVPH vista desde la fenomenología de este filósofo es una orientación para observar y comprender el origen y los comportamientos de la mujeres que, aunque no sean conscientes del origen profundo de sus conflictos, están presentes como parte de su sentido subjetivo, y que al enfrentarse con la realidad objetiva, están en pugna las percepciones de la estructura y funcionamiento del mundo social, físico y biológico que incluyen presupuestos de carácter moral que orientan las formas en cómo éste debería ser y funcionar, con aquellas que emergen de su propia percepción de las cosas y la realidad. Ira L. Reiss agrega que:

*Con este presupuesto, podemos luego empezar a observar los “hechos” de nuestro comportamiento racional en torno al proceso de enfermar, experimentar e interpretar la sexualidad. Lo que se traduce en que, hasta que no tengamos un conjunto de presupuestos [de cómo funciona el mundo social, físico y biológico] [...] sobre el mundo, no podremos ver ningún patrón ni ningún “hecho” en la confusión “ensordecidora, estridente, que comprende nuestro mundo (2002: 51).*

Una vez que la experiencia de la enfermedad se ha presentado, las mujeres ponen en cuestionamiento su mundo aprendido, con el mundo vivido y experimentado en torno a su sexualidad. Quizá no tengan una claridad en las ideas y planteamientos que surgen y subyacen a la enfermedad y al diagnóstico, pero, al presentarse el conflicto está explícita la existencia de una contraposición entre el mundo racional construido por referentes objetivadores, y el mundo subjetivo que activa e impulsa al sujeto a realizar ciertas acciones, de acuerdo a su mundo de creencias propias que no parten de apropiaciones e introyecciones de una realidad construida y

moldeadas por referentes sociales institucionalizados como verdad al interior de una colectividad, sino de interpretaciones creativas e inéditas de su propio medio, de su percepción interna y subjetiva, como lo expresa Bacarlett (2006).

Cuando se activa la subjetividad ante una nueva posición, se replantea la validez y la lucha de la visión personal sobre la realidad impuesta, pues al “creer en un conocimiento ‘objetivo’ es afirmar que el conocimiento no depende únicamente de nuestra visión personal del mundo (Reiss, 2002: 57), pero cuando factores como la enfermedad se presentan, entran en juego estas dudas que intentan desmentirse, y surgen nuevas perspectivas que tratan de posicionarse en el terreno de validez del mundo personal de cada mujer, y con ello insertarse en el mundo social construido bajo ciertos esquemas y patrones que direccionan las experiencias individuales y colectivas.

Adentrarse en el factor subjetivo desde la fenomenología ha permitido entender que ante eventos de caos y ante una necesidad de resolución, surgen otras formas de conceptualizar y designar las cosas, en este caso la enfermedad cargada de múltiples significados y valores estigmatizantes y morales, acordes a una finalidad de que sean válidos no sólo para el individuo, sino para el conjunto social de pertenencia, y sean considerados bajo el concepto de verdad (Peña y Hernández, 2015).

El factor psicológico es un plano de acción que se relaciona a la subjetividad y la experiencia, y se activa en la medida en que, ante el temor, la culpa y el conflicto, anulan la parte del deseo y el erotismo que de alguna manera bloquea la actitud y la voluntad sexual. El erotismo entendido como “las representaciones y prácticas construidas en torno a lo que se considera estímulo sexual y placentero y lo que no” (Peña y Hernández, 2015: 326), en la mayoría de las mujeres se convierte en algo secundario, más no por ello irrelevante. Aunque la prioridad es la restauración del equilibrio corporal y fisiológico, existe una inquietud por conocer estrategias que posibiliten la recuperación de su sentido erótico como reacción al estímulo y al placer en su máxima expresión que, desde su perspectiva, fortalece los lazos erótico-afectivos de unión con otro ser (Miranda, 2002). En este sentido, para la mayoría de los casos, el rescate de la vinculación erótica no se percibe

como una prioridad o necesidad de reafirmar su identidad como sujetos sexuales mediados por los referentes sociales valorativos de las conductas y respuestas sexuales, sino como una reconstrucción de los vínculos que se establecen con los otros, en este caso con sus parejas. Sólo dos de los casos (Sharely y Eva Luna) manifestaron un interés mayor por también rescatar, resignificar y reconstruir, de acuerdo a Miranda, su capacidad de “goce sexual” (2002: 509), una característica que se perdió o disminuyó tras el diagnóstico, y que ocasionó la ausencia del apetito sexual. Ana Amuchástegui afirma que “El deseo posee género y es masculino”, una aseveración que no podría afirmarse en este trabajo porque los casos estudiados fueron sólo femeninos, sin embargo, es un referente importante para asegurar que en el caso de las mujeres es difícil no relacionar la vinculación sexual con lo afectivo, en tanto que la afectividad es en gran medida lo que despierta o mueve el deseo y la atracción.

Sin importar la escolaridad y el espacio ciudadano donde cada una se mueve y se desarrolla, así como el contacto con otras ideologías que se basan en una mayor apertura y valoración del deseo y placer sexual más allá de los límites genéricos, la afectividad sigue ocupando un lugar importante y es difícil abstraerla del factor “deseo” y “placer” que se conjugan con lo erótico.

Las modificaciones en la forma y frecuencia en que se desarrollaba la actividad sexual, fueron inherentes. A pesar de que manifestaron un estado de bienestar, no niegan el conflicto proveniente de estas modificaciones, pues no sólo hubo repercusiones en su vida de pareja, sino en su noción de reproductividad, en la que algunas de ellas manifestaron la intención de tener más hijos a futuro, o para las que aún no los tienen, la posibilidad de tenerlos. Las expectativas personales y sociales puestas en el factor de la descendencia se encuentran vulneradas por una realidad biológica que condiciona el estado pleno y adecuado para que esto pueda ser posible.

El siguiente cuadro muestra la respuesta que cada una de las informantes ha mostrado frente a la sexualidad a partir del diagnóstico y su trayectoria de atención.



**Cuadro 11.** Respuesta sexual a partir del diagnóstico y la trayectoria de atención.

<b>Casos/Testimonios</b>	<b>Respuesta sexual</b>
Alison	No hay preocupación por la recuperación y ejercicio de su vida sexual = anulación del sentido el deseo = prioridad del deseo de recuperación y control de la IVPH.
Flor	No hay intereses de vinculación erótico-afectiva = Anulación del sentido del deseo = prioridad del deseo de recuperación y control de la IVPH.
Sofía	Hay muchas lagunas sobre el ejercicio de la sexualidad = Disminución del deseo por presencia de temor.
Sharely	Hay muchas lagunas sobre el ejercicio de la sexualidad = prioridad del deseo de recuperación y control de la IVPH, aunque hay un interés tácito sobre la recuperación de la vida sexual.
Valentina	Hay muchas lagunas sobre el ejercicio de la sexualidad = Disminución de la actividad sexual.
Eva Luna	Hay muchas lagunas sobre el ejercicio de la sexualidad = disminución del ejercicio sexual, pero no del deseo = hay un interés explícito sobre la recuperación y el ejercicio de la vida sexual.

Fuente: Elaboración propia.

En el ámbito médico, poco es lo que se les informa no sólo respecto al virus en términos generales, sino de otras infecciones de transmisión sexual relacionadas que pueda proporcionarles mayores elementos de comprensión y asimilación en torno a su condición, y con ello despertar una concientización de los factores de riesgo que propicia su adquisición y que favorecen la agudización de lesiones que provoca la IVPH.

Pese a la difusión del uso del preservativo a propósito del embarazo adolescente y el VIH, como estrategia de prevención en los que la política pública en salud ha centrado su preocupación dando mayor preferencia, éste sigue mostrando bajos porcentajes de uso. No se pueden establecer con precisión los motivos por los que éste no se usa, pero se puede deducir que uno de los factores

que influye es que la prioridad de su uso no es para protegerse del contagio o la adquisición de infecciones de transmisión sexual, sino evitar el embarazo no deseado, para lo cual existe una serie de métodos anticonceptivos que disminuyen el porcentaje de posibilidades, y a los cuales recurren, tales como las pastillas de emergencia, los implantes, los anticonceptivos orales, el DIU, entre los más comunes, y con los cuales contrarrestan su falta de uso por motivos diversos, sin considerar que, además del control del número de parejas sexuales, es el único método de barrera más seguro que protege tanto a hombres como a mujeres de adquirir alguna otra ITS.

Desde la perspectiva de las informantes, no hay mejor forma de atender y controlar su padecimiento que asistir y someterse a los tratamientos biomédicos, aunque estos resulten vergonzosos, dolorosos y difíciles de asimilar y sobrellevar, pues significa la exposición de su intimidad, y una especie de abandono de su cuerpo a la injerencia y decisión de otra persona por encima de la propia, ya que es la figura del médico quien posee los conocimientos necesarios para abordar y reestablecer en la medida de lo posible su estado fisiológico y corporal. Aun cuando está presente este universo de creencias en torno al saber médico, existe el conflicto del cuerpo en sentido de expropiación o secuestro (tomando como referente el sentido foucaultiano) donde el cuerpo enfermo, anormal o desequilibrado es pertenencia del curador o médico que lo manipula y aborda de acuerdo a sus conocimientos nosológicos y sobre procesos biológicos, y sus creencias y referentes socioculturales que también influyen en su práctica profesional y cotidiana.

Desde este panorama, fue fácil notar que existían creencias infundadas sobre las repercusiones de contraer el virus, pero que surgían de una clara falta de información o precisión sobre el comportamiento biológico del VPH, los factores de riesgo y las reacciones fisiológicas post-tratamiento, es decir, las reincidencias o resistencias del virus en ciertos organismos que dependen del tipo que se contraiga y de las condiciones orgánicas de cada cuerpo, y que son ideas que devienen de una ausencia de datos concretos y accesibles a los referentes socioculturales que se poseen para el adecuado procesamiento y comprensión de

los datos que existen sobre el tema. Asimismo, fue muy común notar que toda aquella información que circula de manera cotidiana y que surge de referentes inmediatos (familia, amigos, conocidos), medios de comunicación, o las mismas personas con las que se estableció una empatía en las salas de espera durante la asistencia a consulta, representan una influencia importante que moldea la concepción y significación que van teniendo sobre la enfermedad, e inclusive, la identidad como sujeto social y sexual. No es extraño entonces que la creencia común e inmediata que aparece en el imaginario de las mujeres, una vez que se les ha confirmado la IVPH, sea la aparición de un cáncer a corto o mediano plazo, que las coloca en una posición muy vulnerable pero no necesariamente frente a la posibilidad de muerte como se cree, porque pese a sus conflictos ideológicos, morales y emocionales, mantienen optimismo en que al recibir una atención oportuna, las posibilidades de que aparezca un cáncer, disminuyen.

Todo este universo de creencias anteriormente expuestas que parecen un tanto infundadas, revelan una carencia de recursos de difusión informativa básica y general que fortalezcan los referentes cognoscitivos respecto al tema, pues los vacíos que las mujeres muestran tener sobre el VPH no son los únicos, en general hay un desconocimiento de todo lo relativo al tema de las ITS y la vida sexual y reproductiva. La base de este argumento parte de que todas la informantes que accedieron a participar con su testimonio, así como la mayoría de usuarias que se identificaron dentro del rango de edad de estudio que asistieron a solicitar el servicio en el CENACLID durante todo 2016, tienen por lo menos estudios de nivel medio superior trunco o nivel básico (secundaria), lo que haría pensar que poseen nociones o referentes básicos acerca de su existencia y forma de adquisición, así como de los factores de riesgo y detección oportuna, sin embargo, hay quienes afirman que sólo lo escucharon nombrar en contextos escolares.

No existe hasta aquí una noción clara que especifique la visión del cuerpo propio, pero sí se percibe una concientización de la vulnerabilidad de la que es producto en sus nociones de riesgo-cuidado, que a su vez marcan un antes y un después de la enfermedad, ya que a partir del diagnóstico y profundización en los conocimientos relacionados al virus, el cuerpo enfermo se interpreta como una

entidad que se tiene que procurar y cuidar, pues es *la primera trinchera* que resguarda la seguridad física, sexual y afectiva puestas en contacto con otro cuerpo, con otro sujeto.

Para Peña el análisis del cuerpo también presenta valoración biológica y sociocultural, pues desde las características funcionales y estadísticas que aborda la biología, se asegura adquirir la denominación de normalidad o anormalidad, mientras que desde lo sociocultural

*[...] se considera al cuerpo estimado mediante el consenso y se generaliza con el objeto de determinar la 'normalización'. Ambas nociones se convierten en un discurso valorativo que se expresa en una cultura, espacio y tiempo determinados, y son identificables a través de comportamientos (2007: 215).*

Aunque la corporeidad no sea analizada desde la conciencia de estos elementos, está presente su importancia en todo momento, porque es el primer medio con el que se establece contacto y se entablan vínculos con los otros; es la mediación entre la objetividad (manifestación biológica) y la subjetividad (concepciones y experiencias) donde se conectan como referentes de influencia e interacción mutua.

Los mecanismos de atención a la IVPH fueron activados una vez que se dio el diagnóstico, pues previo a ello, los casos presentados no habían tenido una sintomatología clara que les hiciera tomar algún tipo de medidas previas a la asistencia al médico. En casos donde hubo aparición de condilomas como signos claros de VPH, no fueron abordados mediante una atención empírica por parte de las mujeres, pues de inmediato y, ante las sospechas de “anormalidad”, recurrieron al médico para su atención, y a partir de ahí los mecanismos fueron complementarios al seguimiento fiel de las indicaciones biomédicas, los cuales se centraron en la modificación de ciertos hábitos cotidianos ya mencionados. En lo referente a la sexualidad, los mecanismos de atención que les permitiera continuar con sus prácticas y representaciones desde otro plano modificado por su condición, pasó a un segundo plano, pues la prioridad era el restablecimiento del cuerpo y el control del virus, a pesar de que lo sexual era un factor transversal a su cotidianidad, hablando de las que mantuvieron sus relaciones de pareja.

El componente de la **biología humana**, último punto en el análisis desde lo biocultural en relación al proceso salud-enfermedad, ha permitido observar que, a partir de las medidas, estrategias y microadaptaciones anteriormente señaladas, se han demostrado efectos positivos en el cuerpo en términos de control del virus y restauración de las lesiones provocadas por el mismo. A reserva de que algunos casos requieran un proceso de atención más prolongado que den continuidad a la realización de constantes tratamientos quirúrgicos ante una resistencia del virus, y en otras que muestren reincidencias, el hecho de mantenerse bajo vigilancia constante ha frenado el avance de las lesiones y una evolución de dicho virus, lo que representa ya en sí mismo un beneficio sustancial en términos fisiológicos, aunque en su salud emocional los conflictos y desequilibrios sean mayores, pues se presentan sentimientos de desánimo, frustración y desesperación que en muchas ocasiones ha sido causa de una tentativa de abandono al tratamiento, como en el caso de Flor, a quien tras no proporcionarle la información necesaria para comprender el porqué de sus posibles resistencias a los tratamientos, entró en un estado de confusión que pensó en la posibilidad de buscar otras alternativas de tratamiento, fuera de la que ya seguía en el CENACLID.

Desde este planteamiento, las emociones juegan un papel sustancial en esta dinámica, ya que son un factor determinante en la actitud que se va a tomar para hacer frente y abordar el padecimiento. Es un elemento eje que va dando dirección a la relación que se establece entre la atención y el tratamiento no sólo desde la parte correspondiente al quehacer biomédico, sino personal de autoprotección y autocuidado en que se activan los mecanismos de defensa que “ayudan a clasificar la capacidad de los individuos para permanecer sexualmente activos, después de la crisis de una enfermedad. Cada defensa puede ser utilizada de manera adaptativa o desadaptativa” (Díaz, 2002: 602). Esto se comprueba desde la actitud que cada una toma durante su proceso de asimilación, que repercute en las formas de abordar y hacerle frente a la situación que experimentan, y que se especifica en el siguiente cuadro 12 donde a cada una se les construyó una categoría que define su experiencia con la enfermedad en

términos generales a partir de las medidas o estrategias tomadas por cada una conforme a sus medios y recursos.

**Cuadro 12.** Categorización de la experiencia y la respuesta biológica.

<b>Casos/ Testimonios</b>	<b>Características que concretizan la experiencia del testimonio</b>	<b>Medidas/ estrategias puestas en acción y su respuesta biológica</b>
Alison	<b>Evasión del dolor</b>	Disminución considerable de su vida sexual = autoprotección y seguridad de no reinfección. Mejoras en los hábitos y horarios de alimentación = Fortalecimiento del sistema inmunológico. A pesar de que se percibe un decepción y tristeza, mantiene una actitud positiva al hecho que su prioridad sea su recuperación y su salud = Apego al tratamiento.
Flor	<b>Dolor en su máxima expresión</b>	Anulación de vida sexual y ruptura de vínculos afectivos = autoprotección y seguridad de no reinfección. Incertidumbre por falta información ante los resultados médicos no favorables= tentativa de abandono y retiro terapéutico (Posible agudización de lesiones).
Sofía	<b>Temor a sentirse juzgada</b>	Anulación de conductas de riesgo (falta de uso de preservativo) = autoprotección y seguridad de no reinfección. Recurrencia a homeopatía= Complementariedad terapéutica (mejoras a nivel fisiológico).
Sharely	<b>Sincronía entre el optimismo y la obsesión.</b>	Disminución considerable de su vida sexual= autoprotección y seguridad de no reinfección. Mejoras en los hábitos y horarios de alimentación = Fortalecimiento del sistema de inmunológico. Actitud positiva que hace que su prioridad sea su recuperación y su salud= Apego al tratamiento.
Valentina	<b>Entre la evasión y la responsabilidad.</b>	Disminución considerable de su vida sexual= autoprotección y seguridad de no reinfección. <sup>82</sup>

<sup>82</sup> En el caso de Valentina es difícil establecer las condiciones de su situación sexual, porque al momento de la entrevista ella se encontraba en un proceso de ruptura con su entonces pareja y padre de sus hijos, sumando a que al ser su diagnóstico muy reciente (Ver capítulo anterior) por indicaciones médicas a causa de la realización de tratamientos quirúrgicos, había una interrupción de su vida sexual, por lo que fue imposible vislumbrar como ésta se iba presentando a lo largo de su proceso. El único referente que se obtuvo al respecto fue que al detectar los primeros síntomas y recibir un diagnóstico positivo para VPH, sí se presentó una disminución de la actividad sexual.

Eva Luna	<b>Empoderamiento del cuerpo</b>	Anulación de conductas de riesgo (falta de uso de preservativo) = autoprotección y seguridad de no reinfección. Mejoras en los hábitos y horarios de alimentación= Fortalecimiento del sistema inmunológico. Autoexploración constante = conocimiento e identificación de alteraciones o modificaciones en el cuerpo que conduzcan a tomar medidas preventivas de evolución de lesiones.
----------	----------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, la información concentrada en el anterior cuadro en relación al componente de la biología humana permite deducir que si bien medidas como la anulación de la sexualidad no son las mejores formas de abordar el problema, en un primer momento y de forma inmediata, es una acción que garantiza a las mujeres su protección frente al virus y a las posibilidades de una reinfección, por lo cual, biológicamente su cuerpo se encuentra en apariencia en un estado óptimo para su recuperación de acuerdo al seguimiento de los tratamientos biomédicos por dos razones fundamentales: primero, la no actividad sexual disminuye las posibilidades de que las instrucciones médicas indicadas durante el tratamientos no sean respetadas tal y como se señalan (tomar y aplicarse los medicamentos señalados como pastillas y óvulos, así como no tener relaciones sexuales al menos en 2 meses sobre todo después de la realización del tratamiento quirúrgico) y eviten un entorpecimiento en el proceso no sólo del tratamiento sino del éxito que se busca con el mismo;<sup>83</sup> y segundo, porque se alejan de las posibilidades de que se dé una reinfección si la pareja no es también tratada o se vinculan con otra pareja sexual, o se pueda presentar la adquisición de otro tipo de VPH si se da el mismo caso de involucramiento con diferentes parejas sexuales.

---

<sup>83</sup> Personal de salud que está al frente del servicio del CENACLID ha señalado que una de las razones por las que a las pacientes se le hace tanto hincapié sobre la suspensión de actividad sexual durante determinado tiempo se debe a que se han presentado casos donde mujeres bajo tratamiento post-quirúrgico acuden de nueva cuenta al servicio antes del tiempo estipulado para su nueva cita de valoración, porque presentan sangrados u otro tipo de molestias producto sobre todo, de haber tenido relaciones sexuales antes de tiempo cuando la lesión aún está en proceso de sanación y cicatrización, lo que representa una falta a las instrucciones médicas que entorpecen la evolución y la salud.

En otros términos, quizá este no sea la mejor estrategia en tanto que no es algo que se tome desde la reflexión acerca del cuerpo y la sexualidad en sus implicaciones sobre el ejercicio o no ejercicio de la misma, sino desde un impulso proveniente de un temor inmediato y explícito a una agudización de lesiones que las conduzca a un desarrollo oncológico, o bien, a la imposibilidad de poderse vincular en términos de pareja, pero que resulta una opción momentánea y quizá arrebatada, pero viable que les da tranquilidad y garantías de protección paralelas a sus necesidades del momento. Esto de alguna manera también se comprueba con los casos que no anulan por completo la actividad sexual, pero si modifican la frecuencia con que se tiene y las prácticas en tanto forma, como una manera de resistirse a cancelar la vida íntima que mantienen, pero también de una necesidad de asegurar una protección frente al virus y otras comorbilidades, aunque no sea como tal un acto concientizado, a menos no en estas primeras etapas de diagnóstico y asimilación.

Los recursos y acciones complementarias que ponen en práctica a partir de su propia búsqueda y toma de decisiones, implican beneficios y aciertos que se adhieren y contribuyen en el proceso de restablecimiento fisiológico y control del virus, pues desde las simples modificaciones de los hábitos alimenticios, se espera un fortalecimiento del sistema inmunológico que eleve las posibilidades de que a nivel orgánico exista un freno al ataque y desarrollo de lesiones propiciadas por el papiloma, si se considera el “oportunismo” natural que caracteriza a todo virus. Objetivos que se fortalecen con otras estrategias como el apoyo de medicinas o ideologías alternativas, presentes en algunos casos. En síntesis, el objetivo de buscar y concretar otras acciones, desde la aplicación de los medios propios, es complementar y reforzar los tratamientos biomédicos que siguen manteniendo la supremacía de la atención a su padecimiento, y con ello acelerar el adecuado restablecimiento de su salud.

Aun a pesar del caos bio-psico-social que se presenta a partir del diagnóstico, las mujeres intentan mantener una actitud de optimismo a partir del cual hagan frente y de continuidad a los tratamientos de seguimiento y valoración. Algunas sólo lo dejan en la actitud propia de una reflexión sobre la situación que



atraviesas y deciden complementar y reforzar con la búsqueda constante de información, y otras con la aplicación, además de la actitud y la búsqueda, de otras acciones e intervenciones como la autoexploración, muy conveniente para estos casos porque ayuda a identificar la reaparición de lesiones y prevenir su agudización para su tratamiento oportuno.

Desde esta síntesis, se deduce que la respuesta biológica depende de las medidas, estrategias y acciones que cada una, desde su contexto y los recursos que posea, toma para buscar y dar atención a su padecimiento. A partir del enfoque biocultural como herramienta de análisis, se pudieron identificar las experiencias, microadaptaciones y resignificaciones que surgieron de una enfermedad como la IVPH, y cuyos efectos fisiológicos y emocionales estuvieron enmarcados por la disposición y capacidad biológica de cada mujer, frente al contexto sociocultural e institucional que construyen su realidad cotidiana. La enfermedad desde este enfoque ofrece los elementos para la comprensión de las interacciones y las dinámicas que se establecen entre las diversas medidas y estrategias que se realizan para llegar a un fin en particular: la recuperación de la salud entendida desde “una dimensión relacional entre el género y la sexualidad que apela al estado óptimo de cuerpo para funcionar con normalidad” (Salazar, 2009: 175).

En relación a él, la sexualidad es un factor que sin duda cruza las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos, pues desde lo expuesto en estas líneas, se observa que todos los elementos que la conforman, aunque no sean considerados objetivos y, por tanto, dignos de ser tema de estudios científicos por su relación con el universo subjetivo de los sujetos, forman parte esencial porque determina no sólo la experiencia con la enfermedad, sino con las formas y disposiciones en como ésta será abordada, lo que cumple con una de las premisas y objetivos del enfoque: observar y analizar un problema determinado desde todas sus aristas y componentes para entenderlo desde un plano holístico e integrativo que dé mayor profundidad y posibilidades de construcción de alternativas de abordaje, acción e intervención.

Desde la triada teórica que se utilizó para el análisis de las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos se deduce la importancia del cuerpo como concreción y medio de reconocimiento del “yo” individual frente a los otros con quienes cada sujeto comparte las lógicas de la realidad y los roles propios de cada ser social. Las prácticas y representaciones culturales en torno a él, al ser mediadas por construcciones sociales que anulan en el sujeto la capacidad de percepción y reconocimiento del cuerpo, y por tanto sobre su propiedad, también están reguladas en relación a la cotidianeidad y la vinculación sexual permeada por juicios morales y de valor que denotan una estrategia de control social sobre los individuos, pero sin perder las diferencias genéricas que influyen en las conductas que se deben tener de acuerdo a los roles asignados.

Desde el concepto de *sickness* el cuerpo es concebido como la materialidad donde se concreta la experiencia a partir de un suceso biológico cargado de significados y representaciones provenientes de los contextos socioculturales donde surgen y se presentan, y que, a través de sus fases de problematización y asimilación requieren una resignificación por medio de la ruptura de patrones ideológicos, conductuales y cognoscitivos ya establecidos que permitan la concepción y construcción de una nueva realidad con la que se deberán establecer nuevos vínculos y estar en contacto con los otros;; es decir, una nueva resocialización o alternación que les permita asumirse como nuevos sujetos sociales que presentan una condición fisiológica que los diferencia de los parámetros considerados dentro de lo “normal”. Desde el enfoque biocultural, se da la resignificación del sujeto, pero también de la enfermedad a partir de otra visión y autoconcepción del sujeto enfermo en el que se toma en cuenta el espacio y el contexto donde se significa, se representa y se reconoce la enfermedad, y donde se inserta y tiene lugar el sujeto como individuo social en contacto y pertenencia a una colectividad que lo reconoce y lo define dentro de los parámetros de lo que es estar sano o enfermo.

La IVPH se circunscribe en la realidad de las mujeres que la experimentan no como una condición que puede desarrollar una enfermedad, sino como una enfermedad que potencialmente, de no detenerse, causará cáncer cervicouterino,

lo que las obliga a tomar estrategias de adaptación a una nueva realidad con la que se debe socializar sin perder los referentes condicionantes del entorno y el contexto, que no sólo repercuten en las medidas de protección a su salud fisiológica, sino una afectación a su salud sexual y reproductiva que, al no tener orientación, se experimenta en un estado de temor, culpa y sanción que les impide resignificarse bajo nuevos parámetros de identidad y vinculación, porque la presencia de un evento como la enfermedad permite al sujeto repensarse de otra manera redefiniendo su condición de ser mujer desde las estructuras de representación y acción.

## Conclusiones finales

Realizar un trabajo de investigación desde el campo de la antropología no es tarea fácil, requiere de una serie de conocimientos teóricos y conceptuales previos y mínimos que permitan encaminar la perspectiva desde la cual se pretende abordar, tomando en cuenta los objetivos principales a los que se pretende llegar. El trabajo etnográfico que se realiza desde este campo de las ciencias sociales, y en particular de la antropología, es concebido como “una experiencia de traducción entre el mundo social de las personas cuya acción estudiamos y el mundo social de la disciplina con sus procesos y estructuras de saber experto” (Velazco y Díaz de Rada, citado por Díaz de Rada, 2010: 60), una idea que se conecta a la serie de obstáculos y dificultades que durante el camino se presentan, y que deben ser resueltos de la mejor manera para que los resultados de cada etapa de trabajo, aporten lo necesario para la construcción del producto final: un trabajo de investigación concluido que para este caso, permita la obtención de un grado académico, pero también la reflexión sobre los valores sociales y culturales presentes en un problema de salud como la IVPH, que repercuten en la experiencia de padecerla y en el abordaje para su atención y adaptación a una nueva realidad con nuevos códigos de socialización y percepción de un entorno hasta entonces concebido, conocido y aprendido.

Durante el proceso de investigación se presentaron una serie de limitaciones que salieron de los planes y esfuerzos propios para el desarrollo adecuado y oportuno del mismo. Una de ellas está relacionada a las limitantes temporales sobre las cuales se desarrolla el trabajo, y que están regidas por estatutos académicos que establece el Programa de Posgrado en Ciencias Sociomédicas de la UNAM, la cual respalda esta investigación, en conjunto con los tiempos de evaluación establecidos por los comités de ética e investigación del Hospital General de México que también establece sus propios requisitos de ingreso, y que requiere conocer, calificar y avalar los proyectos que se presentan para otorgar o negar el permiso de desarrollo académico/profesional al interior de sus instalaciones, y de acuerdo a sus principios científicos y éticos. En conjunto, estos factores que se entrecruzan y no se prevén, de alguna manera resultaron un

freno para el desarrollo de la investigación de acuerdo a los tiempos establecidos tanto para realizar un trabajo de campo de mayor duración y profundidad, tal y como se determina que debe ser y se debe ejecutar esta etapa de trabajo, como para ordenar y sistematizar la información que de él se obtiene, un factor que se tuvo que sortear de la mejor manera posible mediante la implementación de estrategias de trabajo para que lejos de detenerlo, permitiera el avance del mismo y así cubrir las expectativas personales, académicas e institucionales que se habían planteado.

En este sentido, es importante señalar que las cuestiones de carácter administrativo representaron otro obstáculo que propició un retraso sobre todo al inicio de la segunda etapa (observación al interior de la consulta), pues a pesar de que el protocolo ya había sido aprobado, obtener la carta que avalara dicho dictamen final estaba detenida por ausencia del personal a cargo para la entrega de este documento. Las diversas actividades programadas en esta fase estuvieron detenidas, tener acceso al espacio de la consulta para al fin poder desarrollar las labores planeadas necesitaba de la autorización del jefe de servicio que requería la carta de aprobación y una copia del proyecto a realizar donde se describían y exponían a grandes rasgos, y de acuerdo a los parámetros de la institución hospitalaria, el planteamiento y los objetivos del mismo, y no tenerla impedía mi acceso al espacio de la consulta en tiempo y forma. No obstante, una vez obtenida la carta de aprobación, el trabajo de campo desde esta segunda etapa pudo fluir de manera adecuada, pero siempre con la intención de aprovechar el tiempo lo mejor posible a fin de recuperar el tiempo y ponernos al corriente.

Es importante señalar que el proceso de evaluación por parte de los comités de este hospital fue relativamente rápido, cada uno (investigación y ética por separado) sesionan, hasta donde se tienen conocimiento, dos veces al mes/cada 15 días, acelerando el proceso de revisión y aprobación, a pesar de que una de sus limitantes sea que sólo se revisan diez propuestas por sesión; sin embargo, una de las desventajas con las que cuentan trabajos de carácter social como éste, es que son difíciles de evaluar por su enfoque cualitativo, una metodología que al no ser del dominio del personal que conforma los comités, resultan poco claros en

sus planteamientos, objetivos y propuestas, pues como institución hospitalaria de formación académica científico-positivista, el dominio de la metodología cuantitativa es lo que rige la evaluación de la calidad de los proyectos presentados. A pesar de ello es cabe mencionar que existió una importante disposición y apertura por parte de algunos miembros de los comités por conocer dicha metodología y los resultados que de su aplicación se obtienen, así como de investigaciones de corte sociocultural relacionados a la salud y a la enfermedad.

Entre la presentación, evaluación y aceptación del proyecto transcurrieron alrededor de cuatro meses (agosto-noviembre) divididos en dos vueltas: la primera cuya entrega de impresos se realizó a finales del mes de julio de 2016 y la respuesta, entre fechas de sesión y resultados de evaluación, que llegó a través de la emisión de dos cartas (una expedida por cada comité) con una serie de observaciones, correcciones y ajustes que se sugirieron realizar al proyecto que se presentó en una segunda vuelta por el mes de octubre, donde después de seguir el mismo proceso, más la asistencia a una cita/entrevista programada por el comité de ética, los resultados fueron favorables y el dictamen final se emitió los primeros días de noviembre con un carácter de aprobado; pero en este proceso ya había transcurrido un tiempo considerable que se había estimado para trabajo de campo que hasta entonces no se podía realizar.

Otro de los obstáculos que se presentaron, pero ya durante la estancia de campo, y que también resultaron de retraso y entorpecimiento de una adecuada evolución del trabajo, tienen que ver con un marcado abandono terapéutico y la inasistencia de las usuarias a sus fechas de consultas programadas, así como la negativa de participación o las dificultades mismas para establecer los contactos y concretar los tiempos para la realización de las entrevistas por parte de las informantes seleccionadas. No obstante, a pesar de que las limitaciones fueron impredecibles, nunca salieron de control y siempre trataron de resolverse de la mejor manera.

El ámbito de lo ético no estuvo ausente dentro de la investigación. Si bien se trató en todo momento de realizarlo con todo el sentido del profesionalismo y el respeto hacia todos y cada uno de los sujetos involucrados, llámese personal de

salud o pacientes, sí hubo autocuestionamientos constantes sobre la validez del proceso etnográfico, sobre todo durante la etapa de observación al interior de la consulta que brindó la posibilidad de estar presente tanto en las colposcopias como en los tratamientos quirúrgicos, y durante las entrevistas que constantemente me hacían reflexionar, analizar, cuestionarme y confrontarme con mi propia percepción y realidad sobre las mujeres con IVPH, porque no sólo se conoce la enfermedad dentro de los procedimientos de atención clínicos, sino la vida y el contexto mismo de las mujeres que me compartieron y confiaron su experiencia, realidades en esencia únicas e incomparables.

Quizá fueron dos de las facetas más duras y difíciles de todo el trabajo de campo. Estar presente durante la consulta, en tratamiento o colposcopia, me hizo dudar muchas veces sobre el comportamiento, similar al de los médicos, que tenía que tomar para pasar desapercibida frente a las pacientes y poder obtener los datos que requería, pues para mí en momentos era como estar violando su privacidad y ser parte de un gremio cuya mirada, como dice Foucault:

*[...] no se dirige inicialmente a ese cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esa plenitud positiva que está frente a él, el enfermo, sino a intervalos de naturaleza, a lagunas y distancias, donde aparecen como en un negativo “los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna” Reja que oculta al enfermo real, y retiene toda indiscreción terapéutica (2014: 30).*

Aunque de sobra se sepa que no es un comportamiento o actitud de los médicos que deviene de su naturaleza misma como persona, sino de una formación profesional que los limita y los fortalece en esta dinámica de observar, analizar y tratar el cuerpo y la enfermedad de manera mecánica y jerarquizada, no se pudieron evitar una serie de cuestionamientos sobre la labor del médico y el personal de salud frente a las mujeres y bajo estas circunstancias donde la enfermedad tienen cargas significativas que cruzan la neutralidad del ejercicio profesional del médico, que por tanto tienen cierta influencia durante la consulta.

Para la realización de las entrevistas, siempre se tuvo muy en claro que la prioridad era garantizar la seguridad y privacidad de las mujeres que colaboraran con su testimonio mediante el resguardo de su identidad, el cual consistió

básicamente en el cambio del nombre real por uno de carácter ficticio, que además fue elegido por cada una de las mujeres entrevistadas como una forma de reconocer y agradecer su colaboración. Los nombres que aparecen a lo largo de la investigación no son los reales.

Las emociones y reacciones percibidas antes, durante y después de los tratamientos fueron un factor que también significó una remoción considerable de reflexiones y emociones propias que se generaron del sentido de la empatía con el otro. A pesar de que durante el transcurso de la estancia de campo al interior del hospital me familiarizaba poco a poco con las actividades cotidianas del servicio médico ofrecido en el CENACLID, la condolencia con las mujeres que se atendían siempre fue inevitable, pues sus referentes sociales, culturales y psicológicos siempre estuvieron presentes, aunque manifestados y controlados de diversas y variables formas. Dicha situación también se presentó constantemente durante las entrevistas, estar frente a una persona que comparte un testimonio cargado de dolor en sus distintas magnitudes, conflicto e incertidumbre, que dificulta toda expresión verbal y corporal, representó un esfuerzo importante por tratar crear y ofrecer un ambiente adecuado de confianza, tranquilidad y seguridad que permitiera una fluidez en la información proporcionada sin que ésta pudiera salirse de control y causar un conflicto mayor. Desarrollar la habilidad de contención del otro y la propia, no fue tarea fácil, pero se intentó siempre con la mejor actitud.

No está por demás mencionar la constante y profunda reflexión que me dejó tener la experiencia de compartir un tiempo y un espacio con las mujeres; tener la oportunidad de conocer las profundidades de su intimidad y sus universos de significación me confrontaron con mi realidad, con mis preconociones acerca de lo que podía ser y acontecer en sus vidas a partir del diagnóstico, y con los referentes socioculturales con los cuales todo investigador y entrevistador cargan a cuestas, en todo momento y en todo lugar, aun cuando exista la voluntad de volverse, ser, y presentarse frente al otro como un immaculado ideológico con los referentes socioculturales que lo moldean dejados a un lado. Tener la oportunidad de estar frente a otras realidades sin dudar lo modifica la realidad y la percepción propias



de cada uno; los testimonios no son simples métodos de extracción de información, es un acto simbiótico donde el investigador se vuelve en cómplice y confidente de una realidad en muchos casos poco compartida, un privilegio que te responsabiliza a resguardar con ética y respeto cada una de las palabras que afloran de un cuerpo muchas veces lastimado y conflictuado no en lo externo y lo orgánico, sino en lo interno que representa el ser de cada persona, de cada mujer.

Ante ello coincido con Mario Humberto Ruz al decir que estas aproximaciones a través de la observación y el lenguaje que son propias del trabajo etnográfico implican

*[...] acercarse a los lenguajes con que el cuerpo se expresa, y aquellos con los cuales buscamos dar cuenta de tal expresión. Lenguaje que se modula en centenares de voces; espacio privilegiado de signos y símbolos, significados, gestos posturas e inflexiones sonoras, pero también de cifras y medidas, espesores y longitudes, atavíos y desnudeces, patologías y placeres. Lenguaje, en fin, que nos es particularmente próximo, aun cuando a menudo sirva para acercarse al otro (2010: 89).*

Una aproximación que influye en nuestra realidad como sujetos cotidianos y como profesionales de la antropología que busca no sólo el dato, sino al sujeto que enferma y padece en su conformación integral.

\* \* \*

Las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos en mujeres con infección por virus del papiloma humano fueron abordados desde el enfoque biocultural con apoyo del proceso de alternación que plantean Berger y Luckmann, y el concepto del *sickness* tomado de la propuesta teórica de Arthur Kleinman. Se planteó estudiarlas a partir del análisis a un grupo de mujeres de entre 20 y 24 años de edad que asistieran a solicitar el servicio a la clínica de displasias de la unidad de oncología del Hospital General de México en 2016, para conocer cuáles eran las estrategias y mecanismos que conjuntan para comprender y atender la enfermedad en su entidad biológica, y sus referentes y significados socioculturales que repercuten en la forma de experimentarla y de socializar en el terreno de lo cotidiano y lo sexual. Para ello se planteó como primera hipótesis que tras el

diagnóstico había un referente inmediato de desarrollo de CaCu que derivaba en sentimientos de culpa que potencializaban su vulnerabilidad biológica, corporal, social y sexual, un presupuesto que con el análisis de los datos extraídos y presentados del trabajo de campo se pudo corroborar, y también constatar que proviene de una carencia de conocimientos básicos sobre el virus, pues muchas de ellas llegan a su primer consulta manifestando que lo único que de él saben es que es un antecedente de cáncer y que se adquiere vía transmisión sexual.

El temor al desarrollo oncológico es su principal móvil para el sometimiento y apego a las indicaciones y tratamientos biomédicos; sin embargo, aunque no se contempló dentro de la hipótesis, no se puede dejar de mencionar y agregar que para algunas mujeres, sobre todo de las que proporcionaron su testimonio, el mayor conflicto tras enterarse del diagnóstico estaba en la carga significativa y moral de la cual está dotada la IVPH como una ITS, más que en su preocupación por un posible desarrollo oncológico, ya que las formas de vinculación con los otros en términos sexuales y afectivos se ponen en riesgo y cuestionamiento porque el factor “transmisión-contagio” están presentes, y para ellas representa una preocupación constante.

La afectación al pleno ejercicio de su vida sexual fue inmanente. Las estrategias microadaptativas más comunes a las que recurrieron son el uso consciente y constante del preservativo como método de barrera que disminuye las posibilidades de adquirir y transmitir el virus, la anulación de prácticas de riesgo o, en su defecto, la anulación casi total de prácticas sexuales que se acompañan de un bloqueo del deseo que las motive a dar continuidad a una vida sexual que, desde su nueva percepción, resulta para ellas un riesgo latente.

Los objetivos planteados para este trabajo se cumplieron en su totalidad. Se logró describir la percepción, problematización y asimilación que las mujeres tienen sobre la IVPH una vez que han sido diagnosticadas, para identificar cómo se construyen las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de las mujeres que asisten a solicitar el servicio de displasias del HGM. Asimismo se pudo conocer las formas en que dichas trayectorias e itinerarios terapéuticos repercuten en la vida sexual y reproductiva de las mujeres que presentan la

condición, con lo cual se pudo advertir el contraste entre la necesidad que las mujeres tienen por una mayor educación sexual (prediagnóstico) que no se limite sólo a la prevención del embarazo prematuro y uso de métodos anticonceptivos, y una orientación sobre el ejercicio de su sexualidad (pos-diagnóstico), frente a las carencias y poco interés que tienen las instituciones de salud pública por ofrecer elementos para un adecuado y seguro desarrollo sexual, un factor que debería ser trascendental y transversal como parte de la atención a la salud.

La asimilación y problematización de la IVPH se centró en tres ejes principales: la responsabilidad del autocuidado del cuerpo y la salud, el seguimiento fiel a las indicaciones médicas como una forma de garantizar los resultados de ese autocuidado, y la búsqueda de otras alternativas complementarias al cuidado de la salud, que derivan en una nueva percepción y concepción del cuerpo que se configura en el conflicto de la enfermedad y sus significados socioculturales relacionados a lo sexual.

Desde estos planteamientos, y a la luz del concepto de *sickness* que propone Kleinman, se deduce que la atención y los procedimientos de abordaje a la IVPH desde la perspectiva biomédica, institucionalizada y legitimada, se enfoca en la restauración y control de las lesiones a nivel fisiológico, marcando una carencia de atención integral a la salud de las mujeres que atienda sus necesidades y expectativas no sólo físicas, sino ideológicas y psicológicas que les ayude a comprender el padecimiento en todas sus dimensiones, entre ellas las de carácter crónico que la configura como un padecimiento que requiere atención y vigilancia constante y de por vida, así como de mayores cuidados respecto a su condición de sujetos vulnerables de adquirir otro tipo de VPH, ITS o desarrollar CaCu, pero también de ser agentes transmisores del mismo, sin que ello limite y reprima sus deseos y prácticas sexuales que lleve a conflictos de identidad como sujetos sexuales y vinculables, sino que sea una orientación que esté dirigida hacia el conocimiento y la sexualidad consciente y segura que además trascienda los límites ideológicos del género construidos e impuestos socialmente. Bajo esta dinámica, se hace necesario entonces un involucramiento constante, consciente y orientativo también de la figura masculina que coparticipa y es corresponsable de

la transmisión y propagación de un virus que hasta ahora parece no encontrar estrategias adecuadas de control.

En este proceso, la figura del médico es fundamental; aunque en muchas ocasiones se cuestione la forma de ejercer su profesión, sigue siendo una figura de respeto, poder, y estatus social que tiene impacto e influencia en los sujetos que enferman. Su postura de autoridad y poder social lo hacen ser un mediador entre el conocimiento científico y los referentes idiosincráticos con los que carga todo sujeto, por lo que puede despertar conciencias y virar el rumbo de las percepciones que sobre la enfermedad se tienen y se construyen. Esto implica entonces replantearse la importancia que éste tiene en cómo se conceptualiza, se aborda y se experimenta un padecimiento.

Desde esta mirada, la necesidad de modificar la perspectiva que el médico tiene respecto a su quehacer profesional es crucial. Romper con las nociones impuestas de que su labor se limita sólo a la restauración orgánica o detención de problemas fisiológicos que ponen en peligro el adecuado funcionamiento corporal, ampliaría su percepción y su ejercicio hacia un involucramiento más empático que propicie el desempeño de su papel como orientador y guía del cuidado a la salud. El cumplimiento de su rol al interior de un espacio hospitalario requiere una mayor cooperación de todos los actores involucrados a nivel no sólo de maniobra, entendida como intervención física, sino de acompañamiento en los procesos psicológicos por los que atraviesa cada mujer con IVPH, a fin de que los resultados esperados tengan mayores posibilidades de éxito y hagan más ligero el proceso de compromiso con la salud por parte del personal que ofrece el servicio, como de las pacientes que lo reciben, y que también tienen expectativas terapéuticas que se concentran básicamente en el restablecimiento de la salud en términos fisiológicos y psicológicos que les permita el desarrollo de su vida cotidiana.

Generar empatía con las mujeres/usuarioas que asisten a solicitar el servicio facilita la labor de un despertar consciente y responsable sobre el cuidado del cuerpo, pero desde el conocimiento y la claridad informativa, no desde la generación de lo que María Soledad Quintana (2010) denomina como “pánico social”, aquel que se alimenta de los juicios morales y de valor construidos por el

entorno social, y que hacen que la búsqueda de la salud se base en la patologización y el pánico, más que en la objetividad de la relación causa-efecto que, desde la perspectiva estrictamente biomédica, da sustento a la enfermedad como entidad biológica, ya que de alguna manera permean la “neutralidad” del médico. Como ejemplo de ello se ha notado que al hacer hincapié en la multiplicidad de parejas sexuales, como uno de los principales factores de riesgo que forman parte de la enunciación de los discursos médicos que más se reproducen fuera y dentro de la consulta, las mujeres ocultan o maquillan los datos que les son solicitados al respecto por el temor a sentirse juzgadas y estigmatizadas, a pesar de que, si se analiza y reflexiona detenidamente, el contenido de esta información sea relativa, porque los datos cuantitativos obtenidos de la revisión de expedientes revelaron que no todas las mujeres que han adquirido el virus ha sido por el contacto sexual con más de dos parejas, muchas de ellas lo adquirieron con su única pareja sexual o con la primera con la cual se vincularon en estos términos.

Como es lógico, en presencia de un estado de mayor vulnerabilidad bio-psicológica, el planteamiento constante de estos factores de riesgo, lejos de que sean comprendidos por las mujeres como estrategias de protección y cuidado a futuro, aun con la condición ya presente, son percibidos como sanciones a su prácticas y formas de vinculación. Por lo tanto, es preciso replantear y recurrir a otras estrategias de concientización que resulten de mayor impacto no sólo para las mujeres, sino también para los hombres en tanto cuidado y responsabilidad del cuerpo en términos de salud y ejercicio de la sexualidad, a fin de que la culpa y el temor que provocan en las mujeres un estado de constantes tensiones, no sea lo que predomine, limite y dé sentido a la experiencia como un padecimiento que sólo afecta y es responsabilidad de las mujeres.

El análisis teórico nos permitió comprender que proporcionar a las mujeres mayores herramientas y elementos para hacer frente al padecimiento, aumenta las posibilidades de que el proceso de alternación que plantean Berger y Luckmann (2001) tenga un adecuado desarrollo y pueda concretarse en otros términos; es decir, que el proceso de resocialización permita atribuir nuevos

valores y referentes a la enfermedad de tal forma que la experiencia y la vida cotidiana se configuren desde una perspectiva más sana y libre de prejuicios hacia la adquisición del virus y el desarrollo pleno de la sexualidad, a modo de que la conciencia y la responsabilidad sobre el cuidado del cuerpo sea el móvil, y no el juicio, la sanción y la anulación del ejercicio sexual.

Durante el análisis de las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos desde el enfoque biocultural se pudo constatar que las estrategias microadaptativas en torno al transcurso y seguimiento de la sexualidad están mediados por los referentes socioculturales, biológicos, psicológicos, y ecológicos que repercuten en la manera en que atienden la enfermedad desde la propia búsqueda de recursos a los tratamientos biomédicos, y desde los propios recursos cognoscitivos (limitados o no) que les hacen tomar determinadas decisiones respecto a su identidad y salud sexual, como la modificación de las prácticas o la anulación de las mismas que surgen de la activación inmediata del sentido del riesgo y la protección.

Las condiciones de salud provocadas por la presencia del virus causan alteraciones en las relaciones familiares y de pareja, donde las primeras si bien no se viven en un distanciamiento y secreto absoluto frente a la familia -no al menos en la mayoría de los casos entrevistados- como se había especulado en un primer momento, sí sufren cambios sustanciales que resultan positivos para las mujeres, pues muchas de ellas al compartir el diagnóstico con la familia, fortalecieron sus redes de apoyo en tanto que no se presentó un rechazo o juicio hacia su integridad como sujetos por haber adquirido una ITS, difuminando así parte del temor a los prejuicios morales que existen en torno a la IVPH, y que cambian la perspectiva respecto a la forma en que la familia asume, problematiza y vive la experiencia del otro frente a un padecimiento como éste, pues lejos de la sanción, el apoyo económico (de acuerdo a los medios y posibilidades de cada uno) y el acompañamiento psicoafectivo tejen la base de la red que sostiene la experiencia de cada mujer, y aumenta las posibilidades de que exista y se fortalezca un compromiso con su cuerpo y con la atención a su salud, mediante un apego al tratamiento, aunque los miembros de estas redes tampoco posean los

conocimientos necesarios sobre el virus. El factor “enfermedad” se vuelve un engranaje de estos lazos y redes de apoyo.

En la relación de pareja, el conflicto ocasiona una anulación de lo sexual no desde una comunicación y acuerdo con la pareja, sino desde la decisión y la acción propia, primer acto no consciente de su resignificación como sujeto con capacidad de decisión acerca de los actos que se concretan o se anulan en el cuerpo, y que son acordes a su universo de creencias y representaciones; se despierta entonces una parte del sentido no consciente de la reapropiación y responsabilidad del cuerpo que involucra estrategias de acción y decisión cruciales como ésta que son movidas por un deseo de recuperación de la salud que las hace atender a las indicaciones del médico tratante, aunque por sus propios medios busquen otras medidas que resulten complementarias a lo que biomédicamente se indica. La confusión y la poca información disponible para resignificar el cuerpo y la enfermedad a partir de esta condición imposibilita a las mujeres a tomar decisiones desde un completo estado de conciencia y convencimiento respecto a las intervenciones biomédicas, sin embargo, el hecho de decidir y elegir esta alternativa medica de atención, en complemento con otras acciones propias como la modificación de las formas de alimentación, o la búsqueda de otras terapias alternativas, ya implica acciones provenientes de una autoreconceptualización como sujeto poseedor y responsable del cuerpo enfermo.

Mucho de este proceso de aceptar y asumir la nueva condición se pudo percibir desde el discurso que cada mujer construyó a lo largo de su testimonio, pero también de lo observado al interior de la consulta durante la estancia de campo, principalmente en los tratamientos quirúrgicos donde se constató que ésta significa una de las etapas de mayor conflicto en muchos casos, donde el factor emocional causa remociones importantes que no se desligan de la experiencia, pues durante las intervenciones fue común notar manifestaciones de enojo, tristeza y llanto que se podían interpretar como cuestionamientos, valoraciones y autojuicios no explícitos, pero que se manifestaban a través de estas expresiones emocionales que cada una de las mujeres tuvo desde su cúmulo de significados y representaciones, y que están desligadas o sesgadas de la labor de

acompañamiento terapéutico, porque son un factor no relevante para los procedimientos de atención a la IVPH desde la perspectiva institucional y de la labor del médico. Así entonces, desde este panorama habría que preguntarse ¿qué factores influyen en los estados emocionales de las mujeres durante toda su trayectoria de atención?

Si se toman en cuenta que una de las finalidades del enfoque biocultural es el estudio y análisis integral el proceso salud-enfermedad desde la multidisciplinariedad y el sentido holístico, bien vale la pena señalar que la atención psicológica, como un servicio que está presente en la unidad de oncología, puede ser una de las disciplinas de apoyo para las pacientes, y de contrapeso para el personal de salud, pues desde los recursos y herramientas profesionales propias de cada campo, pueden proporcionar los elementos necesarios para que el padecimiento se viva y se experimente desde otras dimensiones como la aceptación y la responsabilidad, y no desde el anclaje del castigo y la culpa. Integrar a la atención el apoyo psicológico como parte de los cuidados paliativos, implica ver y atender estas otras necesidades que presentan las mujeres y que no se ven, no se dicen y no se perciben, pero que están ahí influyendo en la percepción e intentos de construcción de una nueva realidad cotidiana.

A partir de lo anteriormente expuesto, y de la labor realizada durante el trabajo de campo, quedan aún muchas cosas por investigar para enriquecer y fortalecer las estrategias de abordaje y manejo de la IVPH desde la creación de nuevas propuestas que surgen de estudios basados en la observación *in situ*.

La experiencia masculina de casos con IVPH es uno de los puntos o temas que quedan sobre la mesa en espera de ser trabajado desde el campo de la antropología. Observar las trayectorias de atención en los hombres que se atienden en el CENACLID podría ofrecer elementos para comparar y contrarrestar las formas en cómo se ofrece la atención a hombres y mujeres, así como el abordaje de las parejas que asisten a dicha unidad para tratar la IVPH desde los distintos niveles de afectación bio-psico-social presentes entre uno y otro; es decir, de ello se esperaría conocer desde la perspectiva biomédica, cómo es la atención que se ofrece a los hombres, cuál es la trayectoria que siguen a fin de comparar



que tan igual o diferente es respecto al de las mujeres, y cuáles los recursos y microadaptaciones que tienen y buscan para hacer frente al padecimiento desde la construcción de una realidad genérica basada en referentes históricos, sociales y culturales del ser hombre.

Desde una perspectiva similar, se podrían estudiar los casos de las parejas que conjuntamente asisten a solicitar el servicio, y cuáles son las herramientas que el personal de salud ofrece para el adecuado desarrollo y continuidad de su vida en pareja en términos sexuales que tienen repercusión en lo afectivo, lo que permitiría entonces conocer las estrategias de adaptación y los procesos de alternación, en sus semejanzas y diferencias, que tienen los hombres y las mujeres en lo individual y en lo colectivo desde la noción de pareja.

Profundizar en la introyección e importancia del discurso médico ligado a la relación médico-paciente es otro de los temas que resultaron relevantes una vez que se fue realizando el análisis de los datos obtenidos durante el trabajo de campo, pues adentrarse en las profundidades del análisis discursivo del médico que adquiere desde su formación profesional, se pueden conocer los medios y las formas en que se legitima una racionalidad sobre la enfermedad relacionada a lo sexual, por medio del control y la regulación de las prácticas y la ideología, que son transmitidas a las pacientes/usuarios. La comunicación que se establece entre el médico y las pacientes concentra una serie de aspectos sobre el cual se pueden rastrear la imposición velada e indirecta de códigos y valores sobre la enfermedad, y el “disciplinamiento higienizante” del cuerpo (Quintana, 2010), actitudes que se conjuntan con posibles faltas a los derechos de atención a la salud de las mujeres, no sólo desde las formas de intervención, sino desde el lenguaje mismo que es empleado a la hora de dirigirse a ellas. Desde esta perspectiva, valdría la pena ahondar sobre la importancia que se le da a este tipo de comunicación dentro de los manuales de procedimientos clínicos institucionales que dirigen el ejercicio de la atención al paciente, y qué tanto los médicos, independiente de lo señalado en dichos manuales, asumen una posición de orientación y acompañamiento terapéutico que rompa con las restricciones de su quehacer instaurados por la medicina de la modernidad donde el eje de acción es la restauración del cuerpo;

esto entre otros aspectos que necesitan ser analizados para comprender la acción-reacción del proceso salud-enfermedad a partir de las dinámicas de empatía o no empatía que se establecen en esta relación entre el médico y las pacientes/usuarios.

Pero uno de los aspectos que más llamo la atención y que resultan de fundamental importancia para el control de las estadísticas de morbilidad acerca de a IVPH y el CaCu, fue una marcada deserción o abandono terapéutico que se pudo constatar desde la primera fase del trabajo de campo que consistió en la revisión y recopilación de los datos cuantitativos extraídos de los expedientes clínicos, lo que representa un problema central porque abre las posibilidades de preguntarse ¿cuáles han sido los motivos que ha motivado a las mujeres a abandonar los procesos y tratamientos de valoración, intervención y seguimiento a la IVPH una vez que han sido diagnosticadas?, ¿cuáles son las medidas de intervención institucionales que toma la clínica de displasias del HGM para hacer frente, abordar y dar solución a este problema? y ¿cuáles pueden ser las otras opciones de atención a la IVPH a las que recurren las mujeres una vez que han decidido retirarse del servicio de dicha institución de salud pública? Son interrogantes que es necesario resolver a fin de que, al ser considerada la IVPH como un problema de salud, se frenen las posibilidades de que exista a futuro una agudización de dicho problema en términos de lo que han pronosticado las estadísticas de que en un futuro la mayor parte de la población a nivel mundial habrá adquirido la IVPH, y lo más importante, que con ello incrementen sustancialmente los casos de desarrollo de CaCu, pues al no haber asistencia médica, no hay diagnóstico oportuno ni tratamientos de lesiones que impidan una evolución a cáncer, por lo tanto, es imposible ofrecer, al menos en términos biomédicos, un control adecuado y oportuno del virus.

La IVPH como problema de salud en la actualidad tiene muchas aristas de estudio. Abordarla desde todas sus posibilidades de análisis significa tender puentes de comunicación e intervención entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas (biomédicas) que permitan establecer soluciones y estrategias más acordes no sólo al control del virus, sino a las necesidades de las mujeres que lo

adquieren proporcionando herramientas cognoscitivas y psicológicas sobre las cuales se resignifique la enfermedad en sus distintas dimensiones.

En síntesis, se concluye que mediante la aplicación de la metodología mixta que propició el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos para desentrañar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos, entendidos como proceso vivencial de atención y readaptación a una nueva realidad, se pudo notar una ruptura de aquellas creencias transmitidas y aprendidas sobre la IVPH en términos de referentes socioculturales, pues contrario a lo que se cree, éste no es un problema de salud relacionado a la pobreza, la promiscuidad, la falta de educación y el ejercicio libre de la sexualidad que se establece mediante la vinculación con múltiples parejas sexuales, es más bien un problema de información adecuada, clara y oportuna pre y post diagnóstico que despierte y active la conciencia sobre el cuidado del cuerpo propio el cual se debe proteger y procurar, una perspectiva que a su vez implica romper con las barreras genéricas, pues al ser de adquisición y transmisión sexual requiere del involucramiento igualitario de los actores involucrados, hombres y mujeres comprometidos y conscientes de su cuerpo y del cuerpo del otro en su sentido de vulnerabilidad.

El desconocimiento del cuerpo, lo que en el acontece y se concreta, se percibe como una estrategia de control que impide a las mujeres conocer mejor su cuerpo, su salud y, por tanto, reflexionar y tomar las decisiones más convenientes sobre él.

## Bibliografía

Abbagnano, N. (1974). *Diccionario de filosofía*, México: FCE.

Aguirre Beltrán, G. (1992). "Nace la antropología médica", en Campos, R., *La antropología médica en México*, México: Instituto Mora, UAM, pp. 39-93.

\_\_\_\_\_. (1994). *Antropología Médica. Obra antropológica XI, XIII*, México: Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz, FCE.

Almonte, M. y Muñoz, N. (2007). "Carga de cánceres asociados al virus papiloma humano en América Latina", en *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 53 (2): 93-97.

Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta", en *Revista Especializada de Salud Pública*, vol. 76 (5): 423-436.

Amuchástegui, A. (2010). "El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación", en Lerner, S. y Szasz, I. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva*, México: El Colegio de México, pp. 137-172.

Angrosino, M.V. (2010). "Recontextualización de la observación. Etnografía, pedagogía y las perspectivas de una agenda política progresista", en *Manual de investigación cualitativa*, Barcelona: Gedisa, pp. 203-233.

Arellano, Ma. C. y Castro, Ma. C. (2013). "El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora", en *Estudios Sociales: Revista de Investigación Científica*, (42): 259-278.

\_\_\_\_\_. (2014). "Redes sociales de apoyo y género: vivencias de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino", en *Revista de estudios de género La Ventana*, vol. 5 (39): 208-240.

Bacarlett, M.L. (2006). *Friedrich Nietzsche. La vida, el cuerpo y la enfermedad*, México: UAEM.

Ball, E. (1998). "Virus del Papiloma Humano. Biología molecular, genética y mecanismo oncogénico. Parte I", en *Dermatología venezolana*, vol. 36 (4): 136-141.

Barreto, J. (2000). "La Historia clínica: Documento Científico del Médico", en *Ateneo*, vol. 1 (1): 50-55.

Barrón, B. L. (2010). "Herpes genital: ¿Un cofactor del Papiloma Humano en el desarrollo del Cáncer Cervicouterino?", en Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P, (eds.), *Salud en las mujeres. Cáncer, Biología Molecular Genómica y Proteómica*, tomo I, México: Instituto de Ciencia y Tecnología del DF, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 225-242.

Bell, N. y Lescay, M. (2015). "Virus del papiloma humano y cáncer: enemigos por derrotar", en *MEDISAN*, vol. 19 (1): 2.

Beltrán, A. y Mohar, A. (2006). *Instituto Nacional de Cancerología. 1946-2006. Memoria*, México: Instituto Nacional de Cancerología.

Berger, P. L. y Luckmann, P. (2001). *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu editores.

Berumen, J., et. al. (2010). "Cáncer de cuello uterino: Virus del papiloma humano y genoma humano" en Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P, (eds.), *Salud en las mujeres. Cáncer, Biología Molecular Genómica y Proteómica*, tomo II, México: Instituto de Ciencia y Tecnología del DF, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 113-130.

Bleker, J. (2003). "La medicina como ciencia y la patología celular. 1850-1900", en *Crónica de la medicina*, México: Intersistemas, S. A. de C. V, pp. 284-285.

Briones, G. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa en Ciencias Sociales*, Bogotá: Instituto Colombiano del Fomento a la Educación Superior ICFES.

*Boletín Epidemiológico. Desarrollo, Evolución y Estadística del Virus del Papiloma Humano*, (2014), México: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

*Boletín Epidemiológico. Panorama Epidemiológico del Cáncer*, (2015), México: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Calderón, Ma. C. (2011). "Cáncer cervicouterino y sexualidad: Un enfoque desde las narrativas de las mujeres enfermas", en *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, vol. 1 (4): s/p.

Calero, G. y Zuñiga, R. (2005) "Infección por papovavirus: de verruga venérea subclínica a carcinoma espinocelular en genitales masculinos", en *Dermatología peruana*, vol. 15 (3): 190-195.

Camaño R. y Sanchis M. (2014). "Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales", en *Revista de Salud Pública*, vol. 16 (5): 647-659.

Campero, L., et. al. (2013). "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas", en *Gaceta Médica de México*, (149): 299-307.

Campos, R., Torrez, D. y Arganis, E. N. (2002). "Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México", en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18 (5): 1271-1279.

Castro, R. (2010). "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Lerner, S. y Szasz, I. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México: El Colegio del México, pp. 57-85.

Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México: UNAM.

Colegio de Colposcopistas Fundación Cruz Talonia y CENACLID, A.C, Disponible en <http://colposcopistas.com/colegio/historia/>. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2016.

Concha, X., Urrutia, T. y Riquelme, G. (2012). "Creencias y virus papiloma humano", en *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 77 (22): 87-92.

*Crónica de la medicina*, (2003). México: Intersistemas, S.A de C.V.

Curiel, J.J. (2008). "El diagnóstico del virus del papiloma humano en el contexto de la vacuna", en *Cirugía y cirujanos*, vol. 76 (1): 1-3.

Chirenje, M. (s/f). El impacto global del cáncer de cuello uterino. Mini conferencia en video publicada en Planificador de Acción para la Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. Edición en internet <http://www.rho.org/aps/video-global-impact.htm>. Fecha de consulta 30 de enero de 2016.

De la Torre, F. (2010). "Histología del Carcinoma Cervicouterino y las lesiones precursoras", en Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P, (eds.), *Salud en las mujeres. Cáncer, Biología Molecular Genómica y Proteómica*, tomo II, México: Instituto de Ciencia y Tecnología del DF, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 15-28.

Del Canto, E. y Silva. A. (2013). "Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales", en *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, vol. 3 (141): 25-34.

Díaz, A. (2002). "La sexualidad en las enfermedades crónicas", en *Historia de la sexualidad humana III*, México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 595-621.

Díaz, L., et. al. (2013). "La entrevista, recurso flexible y dinámico" en *ELSEVIER*, vol. 2 (7): 162-167.

Díaz, M. y Viesca, C. (2010). *Historia del Hospital General de México*, México: Gráfica, Creatividad y Diseño.

Diestro, M.D., Serrano, M. y Gómez, F. (2007). Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH), en *Oncología*, vol. 30 (2): 14-31.

*Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*, (s/f). Washington: OPS, OMS.

Fernández del Castillo, F. (1946). *El Hospital General de México. Antecedentes y evolución*, México: Instituto para la Organización de Congresos Médicos.

Figuroa, A. S. (2008). “De expedientes y narrativas: mirada médica y experiencia del padecimiento en niños y adolescentes con epilepsia en Hermosillo”, en *Región y sociedad*, vol. XX (2): 127-162.

Franco, R. y García, F.E. (2013). “Cáncer Cervicouterino y vacuna anti Virus del Papiloma Humano”, en *Revista médica UV*, (enero-junio): 13-16

Fonseca, M.F. (2012). “Saber sobre el Virus del Papiloma Humano en la atención de jóvenes. Estudio en Centros de Atención Primaria de Salud del municipio de La Plata”, en *VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales*.

Foucault, M. (2014). *Historia de la clínica*, México: Siglo XXI editores.

\_\_\_\_\_. (2013). *Historia de la sexualidad I, II y III*, México: Siglo XXI editores.

Freyermuth, G. y Sesia, P. (2006). “Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica”, en *Desacatos*, vol. 20: 9-28.

Fusco, E., et. al. (2008). “History of colposcopy: a brief biography of Hinselmann”, in *Journal of Prenatal Medicine*, vol. 2 (2): 19-23.

García, H., et. al. (2008). “Papilomatose laríngea: análise morfológica pela microscopia de luz e eletrônica do HPV-6”, en *Revista brasileira de otorrinolaringología*, vol. 74 (4): 539-543.

García Irigoyen, C. y Martínez, M. (2009). *Historia de la sociedad médica. Hospital General de México, O.D.* México: Garaitia Editores.

García, R. M., Torres, A. y Rendón, M. (2011). “Conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes”, en *Revista Médica Electrónica*, [Seriada en línea], vol. 33 (2): 182-188. Disponible en

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema09.htm>. Fecha de consulta: 30 de octubre de 2015.

Geertz, C. (1991). "Descripción densa", en *La interpretación de las culturas*, México: Gedisa, pp. 19-40.

Giux, J. (2013). "Técnicas cualitativas y epidemiología", en Romani, O., (ed.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, Tarragona: URV, pp. 65-75.

González, M. R., et. al. (2002). "Factores asociados al papiloma humano en mujeres mexicanas", en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 53 (3): 255-262.

*Guías de diagnóstico y tratamiento de pacientes de la Clínica de Colposcopia de la Unidad de Oncología del Hospital General de México O.D.*, (s/f). México: Secretaría de Salud, Hospital General de México.

Gutiérrez, M. L., et. al. (2010). "Nuevos biomarcadores para la detección de neoplasia cervical", en Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P, (eds.), *Salud en las mujeres. Cáncer, Biología Molecular Genómica y Proteómica*, tomo II, México: Instituto de Ciencia y Tecnología del DF, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 189-204.

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía*, Barcelona: Paidós Básica.

Harris, R., et. al. (2010). "Ácido tricloroacético, una opción terapéutica en la hiperplasia epitelial focal. Presentación de un caso", en *Avances en odontoestomatología*, vol. 26 (6): 323- 328.

Hernández, L., Padilla, S., Quintero, Ma. L. (2012). "Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus del Papiloma Humano", en *Revista digital universitaria*, vol. 13 (9): 1-16.

Hersch, P. (2013). "Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria", en *Salud Pública de México*, vol. 55 (5): 512-518.

Hersch, P. y Haro, A. ¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar, s/f, [Online]. Disponible en <http://www.rho.org/aps/video-global-impact.htm>. Fecha de consulta: 14 de marzo de 2017.

Hierro, G. (2014). *La ética de placer*, México: UNAM, PUEG.

Hidalgo, M. I., Castellano, G. (2007). "Virus del papiloma humano y adolescencia", en *Boletín de Pediatría*, (47): 213-218.



Huffschnid, A. (2013). "La otra materialidad: cuerpos y memoria en la vía pública", en Aguilar, M. A. y Soto, P. (coords.), *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las ciencias sociales*, México: Miguel ángel Porrúa, UAM Iztapalapa, 111-138.

Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*, México: FCE.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books.

Kleinman, A. and Kleinman, J. (1991). "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience", in *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15: 275–275.

Landy, D. (1990). "Toward a Biocultural Medical Anthropology", in *Medical Anthropology quarterly*, vol. 4 (3): 358-368.

Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*, Buenos Aires: Ediciones del Sol.

Lazcano, E. (2010). "Innovación en programas de prevención y control del cáncer cervicouterino en México", en Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P, (eds.), *Salud en las mujeres. Cáncer, Biología Molecular Genómica y Proteómica*, tomo II, México: Instituto de Ciencia y Tecnología del DF, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 255-261.

Le Breton, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Lerner, S. (2010). "La formación en metodología cualitativa: Perspectiva del Programa Salud Reproductiva y Sociedad", en Lerner, S. y Szasz, I. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México: El Colegio de México, pp. 9-15.

Lerner, S. y Szasz, I., (coords.). (1998). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México: El Colegio de México.

Liceaga, E. (1900). *Proyecto de Hospital General de la Ciudad de México*, México: Imprenta de Eduardo Dublán.

Lizano, M., Carrillo, A. y Contreras, A. (2009). "Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis", en *Cancerología*, (4): 205-216.

Lock, M. y Scheper-Hughes, N. (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1 (1): 6-41.

López, A. y Lizano, M. (2006). "Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina", en *Cancerología*, (1): 31-55.

Luna, M. y Sánchez, G. (2014). "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México", en *Limina. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. 12 (2): 67-80.

McElroy, A. (1990). "Biocultural Models in Studies of Human Health and Adaptation", in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 4 (3): 243-265.

*Manual de procedimientos Clínica de Colposcopia*, (2006), México: Secretaría de Salud, Hospital General de México.

Marre, D. (2010). "Antropología y reproducción: Las prácticas y/o la ética", en Del Olmo, M., *Dilemas éticos en antropología. Las entretelas del trabajo de campo etnográfico*, Madrid: Ed. Trotta, pp. 93- 123.

Martínez, C. (2010). "Introducción al trabajo cualitativo de investigación", en Lerner, S. y Szasz, I. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México: El Colegio de México, pp. 33-56.

Martínez, M. (2009). *Expresión heteróloga de la proteína mayor de la cápsida (I1) del virus del papiloma humano tipo 18. Purificación y caracterización de las proteínas recombinantes y partículas similares al virus (vIps)*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Mckeown, T. y Lowe, C. R. (1989). *Introducción a la medicina social*, México: Siglo XII editores.

Melo, A., et. al. (2014). "Genotipificación del virus papiloma humano en mujeres bajo 25 años de edad participantes del Programa Nacional del Cáncer Cérvico-uterino en la Región de la Araucanía, Chile", en *Revista chilena de infectología*, vol. 31 (5): 542-548.

Méndez, A. y Saíenz, E.R. (2011). "Consideraciones sobre el virus del papiloma humano", en *Medicentro*, vol. 15 (13): 205-211.

Menéndez, Eduardo. (1983). "Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales", en *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión en salud)*, México:

Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, (Cuadernos de las Casa Chata).

Miranda, R. (2002). "La identidad erótica; dimensiones personales", en *Antología de la Sexualidad Humana I*, México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 507-537.

Módena, M. E. y Mendoza, Z. (2001). *Géneros y generaciones. Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres de la ciudad de México*, México: EDAMEX.

Monje. C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía práctica*, Colombia: Universidad SurColombiana, Facultad de ciencias sociales y humanas.

Moreno, G. (2014). "Estrategia de prevención de enfermedades relacionadas con virus papiloma humano. Fundamentación de una decisión programática en Chile", en *Revista chilena de infectología*, vol. 31 (2): 204-206.

Moreno, M. (2010). "Antropología y cuidados: Dilemas éticos en la investigación con pacientes", en Del Olmo, M., *Dilemas éticos en antropología. Las entretelas del trabajo de campo etnográfico*, Madrid: Ed. Trotta, pp.315-335.

Morgan, W. y Engel G. (1971). *Propedéutica médica*, México: Editorial Interamericana.

*Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria*, [Online]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>. Fecha de consulta: 11 de mayo de 2016.

*Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico*, [Online]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>. Fecha de consulta: 04 de febrero de 2017.

*Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico*, [Online]. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012). Fecha de consulta: 04 de febrero de 2017.

Ochoa, F. J. (2014). "Virus del Papiloma Humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de la vacuna. Parte I/III", en *Gaceta Mexicana de Oncología*, vol. 13 (5): 308-315.

Ochoa, R. (2015). "Sexualidad femenina y transgresión: apropiación del cuerpo", en *Revista de Antropología Sexual*, vol. 1 (6): 6-23.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Factores de riesgo*. [Online]. Disponible en [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/). Fecha de consulta: 25 de mayo de 2016.

\_\_\_\_\_. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales*. [Online]. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf?ua=1). Fecha de consulta: 17 de enero de 2015.

\_\_\_\_\_. (2015). *Papiloma virus (PVH) y cáncer cervicouterino*. [Online]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>. Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2015.

\_\_\_\_\_. (2016). *Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión sexual para 2016-2021. El fin de las ITS*, [Online]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-pa.pdf?ua=1>. Fecha de consulta: 03 de noviembre de 2016.

\_\_\_\_\_. (2016). *Infecciones de transmisión sexual*, [Online]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>. Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2015.

Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Cáncer Cervicouterino*, [Online]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es). Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2015.

Ortiz, F. (1986). *La medicina y el hombre*, México: UAM, (Molinos de viento).

Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Ciencias Sociales, Instituto Nacional Indigenista.

\_\_\_\_\_. (2008). “La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en la ciudad de Barcelona: Desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas”, en *Antropología de la medicina, metodologías en interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*, España: Ankulegi Asociación Vasca de Antropología, pp. 157-171.

Parra, P. (2009). “Características de la Infección por Virus Papiloma Humano en la adolescencia y su manejo”, en *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, vol. 16 (1): 11-16.

Peña, E.Y. (2007). “Conducta adaptativa y prácticas sexuales en personas con paraplejía”, en *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*, México: promeP, INAH, Conaculta.

\_\_\_\_\_. (2012). *Enfoque biocultural en la antropología. Alimentación, nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*, México: CONACULTA-INAH.

\_\_\_\_\_. (2015). *Entre cuerpos y placeres. Representaciones y prácticas sexuales en personas con discapacidad adquirida*, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Pérez, L.J., Mantilla, Y. y Pérez, R. (2013). "Relación de algunas variables epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de NIC asociado a VPH", en *MEDICIEGO*, vol. 19 (2): s/p.

*Prevención y control integrales de Cáncer Cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres*, (2013), Suiza: OPS, OMS.

*Programa Nacional de Formación de Clínicas de Displasias*, (1993), México: Secretaría de Salud, Hospital General de México.

*Programa y Manual de Procedimientos*, (1993), México: Secretaría de Salud, Hospital General de México.

*Programa de Acción Específico. Cáncer Cervicouterino 2007-2012*, (2008), México: Secretaría de Salud.

*Programa de Acción Específico. Prevención y Control de Cáncer en la Mujer 2013-2018*, (2014), México: Secretaría de Salud.

*Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, (2014), México: Secretaría de Salud.

Puente, M., et. al. (2014). "Adolescentes e infección por virus del papiloma humano", en *MEDISAN*, vol. 18 (6): 769-775.

Quintana, Ma. S. (2008). *Sexo seguro, cuerpos disciplinados*. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador.

Rábade, S. (1966). "El sujeto trascendental en Husserl", en *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, vol. 1 (7): 7-28.

Reiss, I. (2002). "La filosofía de la ciencia aplicada al estudio de la sexualidad humana", en *Antología de la sexualidad humana I*, México: Miguel Ángel Porrúa.

Rojas, J. A. y Peñaloza, J. A. (2009). "Ejercicio de la medicina en los centros de atención públicos", en *Tratado de ética médica*, México: Trillas.

Ruz, M. H. (2010). "El cuerpo: Miradas etnológicas", en Lerner, S. y Szasz, I. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México: El Colegio de México, pp. 89-136.

Ruíz, J.L. (1996). *La entrevista. Metodología de la investigación*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Salas, I., Villalobos, E.A. y Ramírez, B.L. (2006). "Prevalencia de displasia y cáncer cervicouterino y factores asociados en el hospital central de Chihuahua, México", en *Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Socem-UACH*, vol. 11 (1): 12-15.

Salazar, A.Ma. (2009). "Género, salud y sexualidad: Una reflexión sobre las enfermedades de transmisión sexual", en Peña, E.Y., Hernández, L. y Ortiz, F. (coords.), *El sujeto sexuado: entre estereotipos y derechos. Memorias de la III Semana Cultural de la Diversidad Sexual*, México: INAH, (Divulgación).

Salcedo, A.L., García, J.E. (2010). "Virus del Papiloma Humano: Fenómeno emergente de la transición", en Peña, E.Y. y Hernández, L. (coords.), *Cuerpo, Salud y Sexualidad. Memorias de la V semana cultural de la Diversidad Sexual*, México: INAH, (Divulgación).

Sanabria J. G. (2009). "Virus del papiloma humano (HPV)", en *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 13 (4): 168-187.

Sanabria, J. G., et. al. (2014). "Incidencia y tendencia de lesiones cervicouterinas en mujeres pinareñas de 10-24 años. 2003-2012", en *Revista de Ciencias Médicas*, vol. 18 (1): 4-13.

Sánchez, G. (2002). "El Hospital General de México: una historia iconográfica", en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 5 (1): 16-24.

Sánchez, M. A., Uribe, F. y Conde, C. (2002). "La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarias", en *Salud Pública de México*, vol. 44 (5): 442-447.

Sánchez, O., Guido, M. y Carranca, A. (2010). "Diagnóstico molecular de infecciones con Virus del Papiloma Humano", en Azuara, E., Álvarez, E. y Gariglio, P, (eds.), *Salud en las mujeres. Cáncer, Biología Molecular Genómica y Proteómica*, tomo II, México: Instituto de Ciencia y Tecnología del DF, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 153-163.

Sanjosé, S., Bosch, E. y Castellsagué, X. (2007). "Epidemiología de la infección por el virus del papiloma humano y del cáncer de cérvix", en *SEMERGEN*, vol. 33 (2): 9-21.

Secretaría de Salud, *Promoción de la salud*, [Online]. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>). Fecha de consulta: 30 de abril de 2016.

Soto, P. (2013). "Entre los espacios del miedo y los espacios de la violencia: discursos y prácticas sobre la corporalidad y las emociones", en Aguilar, M.A. y Soto, P. (coords.), *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las ciencias sociales*, México: Miguel Ángel Porrúa, UAM Iztapalapa, pp. 197-219.

Stake, R.E. (2010). "Estudios de casos cualitativos", en *Manual de investigación cualitativa*, Barcelona: Gedisa, pp. 154-197.

Suárez, R., Beltrán, E.M. y Sánchez, T. (2006). "El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles", en *ANTÍPODA. Revista de Antropología y Arqueología*, (3): 123-154.

Szasz, I., Lerner, S., (comps.). (2010). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.

Szasz, I. (1998). "Los varones y la sexualidad. Aportes de pensamiento feminista y primeros acercamientos a sus estudios en México", en Lerner, S. (comp.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México: El Colegio de México.

Szasz, I. y Amuchástegui, A. (2010). "Encuentro con la investigación cualitativa en México", en Lerner, S. y Szasz, I. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México: El Colegio de México, pp. 17-30.

Tanimoto, M. (2005). "La evolución de la historia natural de las enfermedades", en Rivero, O. y Tanimoto, M. (coords.), *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX*, México: UNAM, Facultad de Medicina, Siglo XXI editores, pp.18-72.

Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Barcelona: Paidós.

Torres, K.J., Cruz, A. y Madrid, V. (2014). "Epidemiología del cáncer cervicouterino", en *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13: 4-17.

Tovar, P. (2004). "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica", en *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 40: 253-282.

Urrutia, T., et. al. (2012). "Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas", en *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 29 (6): 600-606.

Vargas, E. R., et. al. (2014). "Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con Virus del Papiloma Humano", en *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 22 (1): 5-12.

Wiesner, C. *et. al.* (2009). "Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio", en *Revista colombiana de cancerología*, vol. 13 (3): 145-156.

Young, A. (1982). "The anthropologies of illness and sickness", in *Annual Reviews Inc.*, (11): 257-285.

Zumaya, M. (2002). "La formación y ciclo de la pareja humana", en *Antología de la sexualidad humana II*, México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 119-145.



## Anexos

### Anexo 1. Hoja de registro o cédula de datos sociodemográficos generales

Datos sociodemográficos	Nombre de la paciente:	
	No. de expediente CENACLID:	No. de expediente único
	Fecha de inicio de trayectoria clínica (apertura de expediente):	Lugar de referencia:
	Edad:	Estado civil:
	Escolaridad:	Ocupación:
	Nivel socioeconómico:	Lugar de origen:
	Lugar de residencia:	
Datos epidemiológicos	Inicio de vida sexual:	No. de parejas sexuales:
	No. de hijos:	No. de embarazos:
	Uso de métodos anticonceptivos (Cuáles):	Diagnóstico:
	Tratamiento:	Fecha de última consulta:
	Observaciones:	

Fuente: Elaboración propia.

## **Anexo 2. Guía de observación no participante que se realizará por parte del investigador en el espacio hospitalario**

### Información general

1. Cuántas mujeres atienden por día y turno
2. Cuánto tiempo esperan para ser atendidas
3. Durante el tiempo de espera, qué actividades realizan
4. Cuánto tiempo dura la consulta
5. Las mujeres asisten solas o acompañadas, con quiénes
6. Cuáles son las dificultades a las que se enfrentan
7. Qué prestadores de los servicios de salud asisten durante la consulta
8. A primera vista, qué disposición muestran las pacientes con respecto a las indicaciones médicas
9. Cómo se perciben las mujeres después de la consulta
10. Cuál es la ruta hospitalaria que siguen las mujeres desde el momento en que acuden a solicitar el servicio.

## **Anexo 3. Guía de observación no participante y acopio de datos al interior de la consulta realizada por el investigador**

### Tópicos generales de la observación

1. Rasgos generales del servicio
  - Actividades cotidianas
    - Fecha de consulta
    - Hora de inicio de la consulta
    - Médico tratante
    - Personal que asiste durante la consulta/tratamiento
    - Etapa de tratamiento
    - Hora de término de la consulta
    - Tiempo de duración
    - Tipo de lenguaje que se usa frente a las pacientes

- Disposición para la resolución de dudas
- Observaciones

## 2. Datos de la paciente en consulta<sup>84</sup>

- Nombre de la paciente
- Edad
- Asiste sola o acompañada
- Referencia
- Pareja actual (sí/no)
- Método anticonceptivo
- Uso/frecuencia (siempre/ocasional)
- Observaciones

## 3. Trayectoria de la atención

- *Papanicolaou*
- Colposcopia
- Biopsia
- Tratamiento quirúrgico
- Valoración post quirúrgica (2 meses /4 semanas)
- Seguimiento de valoración (6 meses, 1 año)

## 4. Aspectos relativos a la información que ofrece el personal de salud

- Información relativa a la IVPH
- ITS asociadas
- Salud sexual y reproductiva
- Consentimiento de aceptación al tratamiento (Sí/No)

---

<sup>84</sup> Si bien estos datos se obtuvieron durante la etapa de revisión de expediente, había muchos de ellos que no contenían dicha información, por lo tanto, se decidió incorporarla en la guía de observación por dos razones: para ver si estos se podían rescatar durante la consulta y así completar la información, y para conocer qué tanto le interesa a los médicos tratantes conocer esta información y tratar de rescatarla cuando ésta no aparece registrada.

- Observaciones (Cómo se muestran las pacientes durante la consulta, hacen preguntas o no)

#### **Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada preliminar para las mujeres con IVPH**

##### Datos generales

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Dónde nació?
3. ¿Qué edad tiene?
4. ¿Cuál es su estado civil?
5. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
6. ¿Cuál es su diagnóstico?
7. ¿De qué institución o servicio proviene?

##### Trayectoria sexual y reproductiva

8. ¿En su casa se hablaba de sexualidad?
9. ¿Cómo se hablaba de la sexualidad en su casa? ¿Con quién o quiénes los hablaban?
10. ¿A qué edad inicio su vida sexual?
11. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?
12. ¿Cómo era su vida sexual antes de su diagnóstico de VPH?
13. ¿Cómo es ahora?
14. A lo largo de su vida sexual, ¿utilizó algún método anticonceptivo? ¿Cuál o cuáles?
15. ¿Tiene conocimiento de otras infecciones de transmisión sexual? ¿Cuáles?
16. ¿Qué cambios ha tenido en su cuerpo y su salud una vez que adquirió el virus?
17. ¿La infección por VPH ha modificado sus prácticas sexuales? ¿Por qué?
18. Después del diagnóstico, ¿cómo ha sido la relación con su pareja?
19. ¿Sabe si tiene alguna otra ITS?

20. ¿Compartió con alguien su diagnóstico? ¿Con quién? (De ser la respuesta negativa, preguntar por qué no)

### Síntomas

21. Antes del diagnóstico, ¿usted percibía algún tipo de síntomas o cambios en su cuerpo? ¿Cuáles fueron los primeros signos y síntomas que tuvo antes del diagnóstico?

22. ¿Recurrió a algún tipo de medicamento o remedio para tratar los síntomas? ¿Usted percibió algún cambio con el tratamiento?

23. ¿A qué le atribuyó la presencia de esos síntomas?

24. ¿En algún momento pensó que se pudiera tratar de VPH o alguna otra ITS?

25. ¿En algún momento preguntó a su pareja si había tenido algún tipo de signos y síntomas que se pudieran asociar a un VPH o a alguna otra infección de transmisión sexual?

### Diagnóstico

26. Me podría platicar, ¿en qué momento recurrió al servicio médico?

27. ¿Cuáles fueron los primeros estudios que le realizaron?

28. ¿Qué le comentó el personal de salud cuando le dio el diagnóstico?

29. Antes del diagnóstico ¿usted había escuchado o tenía información respecto al VPH? ¿Dónde la escuchó o quien se la proporcionó?

30. ¿Cómo sintió una vez que le confirmaron el diagnóstico de VPH?

31. ¿Qué opinas sobre la información que proporcionan en los servicios de salud sobre el VPH?

32. ¿Crees que es suficiente la información que existe?

33. ¿Qué dudas han surgido tras el diagnóstico?

### Redes de apoyo

34. ¿Acudía sola o acompañada a las consultas?

35. ¿Has tenido apoyo por parte de tu pareja?

36. ¿En qué consistió su apoyo?

37. ¿Quiénes te han apoyado a lo largo de este proceso de diagnóstico y tratamiento?

38. ¿Con quienes has compartido el diagnóstico de VPH?

### Tratamiento

39. ¿Qué le comentó el personal de salud respecto a su tratamiento?

40. ¿Me podría relatar su experiencia durante el tratamiento aquí en el hospital?

41. ¿Cómo ha sido el trato del personal de salud hacia ustedes?

42. ¿Cuál ha sido la periodicidad con la que asiste al HGM a consulta?

43. ¿Usted ha realizado algún pago? ¿De dónde obtiene los recursos para su atención y tratamiento médico?

44. ¿El costo ha sido accesible para usted?

45. ¿En algún momento ha realizado algún tipo de tratamiento casero? (En caso de que no menciona dar ejemplos como duchas vaginales, tés, recomendaciones de cercanos)

46. ¿En algún momento buscó otras opiniones o tratamientos terapéuticos para atender la infección? (En caso de que no lo mencione nombrar herbolaria, la homeopatía o algún otro tipo de tratamiento)

47. ¿Cómo se ha sentido después del tratamiento? ¿Ha percibido algún cambio?

### Estrategias

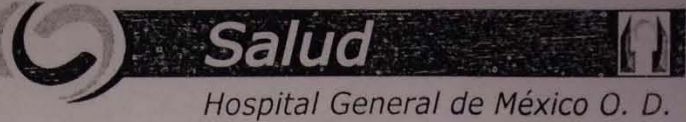
48. ¿Ahora cómo se cuida usted para no adquirir otra ITS u otro tipo de VPH?

49. ¿Aún existen dudas respecto a cómo continuar con tu vida sexual?

50. Después de todo el proceso vivido, ¿cómo ha cambiado su perspectiva respecto al VPH?

51. Basado en su experiencia, ¿qué recomendaría a las mujeres para prevenir y detectar a tiempo el VPH y otras ITS?

**Anexo 5: Hoja frontal de apertura de expedientes**



**Salud**  
Hospital General de México O. D.

ONCOLOGIA 111

ECU
EXP. CLIN UNICO
EO
EXP. ONCO

**HOJA FRONTAL**

**FICHA DE IDENTIFICACION**

NOMBRE					FECHA Y HORA	
EDAD	SEXO	RAZA	ORIGEN	EDO CIVIL	OCUPACION	
DOMICILIO					TEL	
RESPONSABLE			REFERIDO POR			

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**


FECHA Y HORA	1. DX		NOMBRE Y FIRMA
	2. DX		
	3. DX		
	4. DX		

**DIAGNOSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO POR RESOLVER**

FECHA Y HORA	1. DX		NOMBRE Y FIRMA
	2. DX		
FECHA Y HORA	1. DX		
	2. DX		
FECHA Y HORA	1. DX		MEDICO
	2. DX		

**DIAGNOSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO Y PROBLEMAS PENDIENTES**



FECHA Y HORA	1. DX		NOMBRE Y FIRMA
	2. DX		
	PENDIENTES		
FECHA Y HORA	1. DX		
	2. DX		
FECHA Y HORA	1. DX		MEDICO
	2. DX		
	PENDIENTES		



<b>1</b>
----------

Fuente: Elaboración del personal del HGM.

## Anexo 6: Formato de Historia clínica (frente y reverso)

		Centro Nacional de Clínicas de Displasias Clínica de Colposcopia Unidad 111 <b>Hospital General de México</b> Secretaría de salud. Unidad de Oncología			
<b>Historia Clínica</b>					
NUMERO DE EXPEDIENTE					
NUMERO DE CENACLID					
FECHA DE CONSULTA					
NOMBRE					
EDAD					
FECHA DE NACIMIENTO					
ESCOLARIDAD					
OCUPACION					
LUGAR DE NACIMIENTO					
LUGAR DE RESIDENCIA					
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.</b>					
CANCER					
DIABETES					
ENFERMEDADES HEREDITARIAS					
<b>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.</b>					
TABAQUISMO (TIPO Y TIEMPO DE EXPOSICIÓN)					
USO DE DROGAS					
<b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS</b>					
CANCER					
DIABETES					
ALERGIAS					
INFECCIONES CRONICAS					
ENFERMEDADES CRONICAS					
USO DE ESTEROIDES					
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.</b>					
I.V.S.					
F.U.R.					
NUMERO DE PAREJAS					
EMBARAZOS		PARTOS			
CESAREAS		ABORTOS			
FRECUENCIA CON QUE ACUDE A D.O.C.					
FECHA Y RESULTADO DE ULTIMO PAP.					
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR					
PATOLOGIA UTERINA (MIOMATOSIS, ETC.)					
USO DE MEDICAMENTOS O DUCHAS VAGINALES					
TRAJE BIOPSIA PREVIA (DX)					
TIENE TRATAMIENTO PREVIO (CUAL, FECHA)					

Fuente: Elaboración propia del personal del HGM.





**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**  
**CLINICA DE COLPOSCOPIA**  
**REPORTE Y REFERENCIA DE ESTUDIO DE**  
**COLPOSCOPIA**



Número de expediente	
Fecha	
Nombre	
Edad	
Fecha ultima regla	
Antecedente de cirugía	
Antecedente de QT o RT	
Servicio de referencia	
Diagnóstico clínico de la paciente	

**REPORTE DEL ESTUDIO DE COLPOSCOPIA**

Volumen del cérvix	
Limite interno de la zona de transformación	
Estado de la zona de transformación	
Densidad del epitelio acetoblanco	
Limites del epitelio acetoblanco	
Superficie del epitelio acetoblanco	
Localización del epitelio acetoblanco	
Extensión del epitelio acetoblanco	
Puntilleo	
Mosaico	
Prueba de Schiller	
Tipo de tumor	
Tamaño aproximado del tumor	
Extensión fuera del cérvix del tumor	
Otros hallazgos en el tumor	
Lesiones benignas del cérvix	
<b>DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO FINAL</b>	
Próxima cita en	
Nombre y cédula profesional del médico revisor	
Nombre y céd profesional del médico revisor en capacitación:	

<p>Este reporte debe entregarlo a su médico tratante. No lo pierda o rompa ya que es un comprobante de que se realizó su estudio y se anexara a su expediente.          Recuerde que este es un documento que reporta su estado actual de salud.</p> <p>GRACIAS.</p>	
--	--

## Anexo 7: Carta de consentimiento informado



“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

**Servicio de Oncología. Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”**

**Página 1-7**

#### **TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación conducido por la investigadora: Lic. Marcela López Pacheco del Posgrado Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, línea Antropología en Salud, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

#### **JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:**

Por la revisión sobre los estudios realizados sobre el Virus del Papiloma Humano se deduce que en el campo de lo sociológico y lo antropológico aún falta mucho por explorar. La mirada sociomédica, que es la que nos compete, requiere una interpretación antropológica que vaya más allá de las causas y consecuencias del virus como una Infección de Transmisión Sexual, de ahí que consideramos pertinente que este estudio abarque la relación biológica y social que fundamente la relación salud y sexualidad para entender la concretización de la experiencia que viven las personas que lo presentan, y con ello, las prácticas y modificaciones de sus representaciones a lo largo de sus trayectorias de atención.

#### **OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

- Describir y analizar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos que sigue como mujeres que han sido diagnosticadas con infección por Virus del Papiloma Humano y algún tipo de displasia en el HGM, así como la percepción, problemas y estrategias que desarrollan.

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

**PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:**

A partir de los datos recabados durante la revisión retrospectiva de expedientes, se seleccionarán aquellos casos que, al cumplir con las características tipológicas especificadas para este estudio (edad, diagnóstico de lesión leve, lugar de residencia), resulten más representativos o más adecuados para la realización de las entrevistas a profundidad de las cuales se pretende ahondar sobre el problema a desarrollar. El rescate de los testimonios es el objetivo de las entrevistas a realizar, están conformadas por preguntas abiertas, las cuales podrán o no ser respondidas por las informantes de acuerdo a la pertinencia que ellas consideren, sin que se les obligue a responder. Las entrevistas serán grabadas en audio para un mejor manejo de la información, y éstas serán posteriormente transcritas para su análisis a profundidad. Se pretende que sean realizadas en una sola sesión, no obstante, eso se determinará por acuerdo previo con las informantes y dependiendo el ritmo mismo que vaya tomando cada entrevista.

**Riesgos y molestias potenciales:**

El estudio se considera de riesgo mínimo y no ocasiona mayores molestias.

**Beneficios posibles para los participantes del estudio:**

Con la información obtenida respecto a los testimonios que enuncian las mujeres que padecen la infección por Virus del Papiloma Humano, y tomando en cuenta que es un trabajo de carácter meramente descriptivo, se pretende invitar a las mujeres a participar en sesiones informativas sobre contraer, padecer, atender y tratar el VPH y sobre sexo seguro que ayude a las mujeres a concientizar y transformar su sexualidad a partir de la difusión de métodos y estrategias que les ayuden a recuperar la confianza y la plenitud de su vida sexual. De ser necesario, y según sea el caso, se canalizarán con la Dra. María del Carmen Calderón Benavides, quien tiene a su cargo la clínica de psico-oncología del servicio de oncología, donde se da asistencia individual, familiar y de pareja, y se trabaja a nivel grupal mediante el taller de técnicas de estrés y el programa psicoeducativo para pacientes y familiares dirigido al cuidador primario.

## **TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

Cabe mencionar que dicho servicio se encarga de manejar las alteraciones emocionales de los pacientes con cáncer, a través de asistencia individual, familiar y de pareja. Asimismo cuenta con un taller para el manejo del estrés, un curso psicoeducativo para pacientes y familiares, y un programa dirigido a familiares para la atención del cuidador primario, actividades a las cuales se pueden integrar las mujeres con las cuales se pretende realizar la investigación

### **Alternativas a su participación:**

No hay propiamente alternativas, solo la voluntad de no participar que sería respetada.

### **Medidas a seguir para mantener la confidencialidad de la información**

Se mantendrá un carácter estricto de privacidad que evite poner en peligro su integridad como persona mediante la sustitución de su nombre real por un seudónimo, además que se respetará el tiempo y el lugar de realización de las entrevistas dispuesto por mutuo acuerdo entre usted y el entrevistador/investigador, como una forma de brindar confianza y seguridad de que los datos y la información que proporcionen serán resguardados y utilizados con ética y profesionalismo, lo que le da seriedad y validación a este trabajo de investigación que carece de intereses de remuneraciones económicas, o de cualquier otra que se considere ajena a los fines y objetivos estrictos de este trabajo.

### **Aclaraciones:**

- Con su previa autorización, las entrevistas serán grabadas en formato de audio.
- Usted puede elegir no participar en el estudio si así lo desea.
- La decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria y personal.
- No tendrá gasto extra alguno durante el estudio, es decir, no se le pedirá realizar pagos extras o comprar algún material.

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

- En el transcurso del estudio usted o los miembros de su familia pueden solicitar información actualizada sobre el mismo a la investigadora responsable ante el HGM, la Dra. María del Carmen Calderón Benavides al teléfono 27 892000, ext. 6-0520, o con la investigadora asociada la Lic. Marcela López Pacheco (alumna que desarrolla la investigación de tesis), Posgrado Ciencias Sociomédicas, línea Antropología en Salud, de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Toda información obtenida y proporcionada por usted se mantendrá con estricta confidencialidad, y por su seguridad se utilizará un seudónimo.
- Ante cualquier duda usted está en la libertad de preguntar a la investigadora principal en el HGM, la Dra. María del Carmen Calderón Benavides al teléfono 27 892000, ext. 6-0520, o bien, a la investigadora asociada Lic. Marcela López Pacheco al teléfono 55 40 51 53 96.

**Declaración de los investigadores:**

Usted puede solicitar una segunda opinión acerca de la atención que recibe a otro miembro del personal de salud no relacionado con el proyecto, antes o durante su incorporación al estudio. No tiene obligación de participar en este u otros estudios que lleven a cabo su psicóloga o médicos tratantes.

**Pago por su participación:**

Todos los procedimientos del estudio no tienen costo para usted, por lo cual no realizará ningún desembolso económico, pero tampoco se dará remuneración alguna por su participación.

**Información acerca del estudio:** Para cualquier duda, aclaración y/o decisión se podrá comunicar con la Lic. Marcela López Pacheco al teléfono 55 40 51 53 96.

**Obligaciones financieras:** No habrá cargo económico alguno a usted o su familia por su participación en el estudio.

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

**Cuidados en caso de urgencia y compensaciones por daños relacionados a su participación en el estudio:** Este estudio no genera ningún tipo de daño que hasta el momento se haya reportado en la comunidad científica internacional, por lo tanto, el Hospital General de México no brinda ningún tipo de compensación adicional.

**Participación y retiro del estudio:** Su participación es totalmente **VOLUNTARIA**. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Hospital General de México o su derecho para recibir atención médica, o cualquier servicio al que tenga derecho. Si usted decide no participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento.

**Identificación de los investigadores:** Si usted tiene preguntas **como participante** en la investigación puede ponerse en contacto con la Lic. Marcela López Pacheco al teléfono 5540515396



**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

**HOJA DE FIRMAS**

Declaración del paciente:

Yo \_\_\_\_\_ declaro que me han informado ampliamente sobre la importancia y alcance que tiene esta investigación, por lo que he decidido participar en ella de manera voluntaria.

He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

**Nombre del participante                      firma                      Fecha (DD/MM//AAAA)**

\_\_\_\_\_

**Nombre de quien explica el documento   firma                      Fecha  
(DD/MM//AAAA)**

\_\_\_\_\_

Testigo 1

Nombre

Firma

Dirección

Servicio de Oncología 111                      Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores                      Tel. 0155 27892000

Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06726                      Ext. 0520

[www.hgm.salud.gob.mx](http://www.hgm.salud.gob.mx)

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES QUE PADECEN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**

Parentesco

---

Testigo 2

Nombre

Firma

Dirección

---

Parentesco

---

\*En caso de dudas relacionadas a la protección de participantes en proyectos de investigación, comunicarse con la presidenta del Comité de Ética en Investigación, la Dra. Ma. Georgina Andrade Morales al teléfono 55646586 o 27892000, ext. 1164.

---

Servicio de Oncología 111

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores

Tel. 0155 27892000

Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06726

Ext. 0520

[www.hgm.salud.gob.mx](http://www.hgm.salud.gob.mx)