



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO,
CONDUCTAS DE RIESGO Y CREENCIAS SOBRE SALUD SEXUAL EN
VARONES UNIVERSITARIOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
KARINA FERNANDA CORONA HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO

REVISORA:
MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este recorrido, me es importante agradecer a todo y todos los que han influido en mi vida personal y profesional, sin más, escribo desde mi corazón:

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Mi amada institución educativa, a la cual pertencí desde la escuela preparatoria y donde tuve la oportunidad de formarme desde un ámbito humano, social y científico. Agradezco infinitamente todas y cada una de las experiencias que pude experimentar, experiencias enriquecedoras en vida y profesión.

Siempre recordaré, extrañaré y trataré de revivir, aquella vista central de las islas del Campus Universitario (CU) desde la Biblioteca Central, aquellos caminos encontrados que me llevaban a contemplar mi gran universidad y su diversidad, aquellos árboles de jacaranda con alfombras moradas a sus pies, el baile, las risas, el deporte, la amistad y el conocimiento en construcción.

Me comprometo a siempre aportar más para ser mejores en lo que sabemos hacer.

A la Dra. Ana:

Por ser...una persona de gran conocimiento y experiencia, siempre comprometida con su trabajo y que motiva de una forma única a sus estudiantes. Por ser mi guía y apoyo cuando me sentía desorientada y/o abrumada con el trabajo, cuando tuve mis tropiezos, mis avances y retrocesos, por estar siempre presente y preocuparse por mi bienestar, por tener la disposición de correr a mi lado con los trámites burocráticos, aunque sé de sobra que eso no era su responsabilidad sino mía... por ser mi maestra y amiga, la admiro enormemente, mil gracias.

A mi querida Mtra. Paty:

Por ser la persona que me adentró en nuevas realidades, donde la perspectiva de género se volvió parte esencial de mi quehacer profesional y cotidiano, siendo el eje central de mi deseo por trabajar de manera constante y lograr un cambio significativo en mi persona, en los que me rodean y en la sociedad en general.

Por transmitirme su sabiduría en conocimiento y experiencia; por darme la oportunidad de adentrarme aún más en ese mundo a través del servicio social y, como resultado, haber conocido a personas y grupos que trabajan desde un propósito en común: vivir en una sociedad más humana, consciente y equitativa.

Gracias por las pláticas de café, por su apoyo en todo lo que me proponga, por encaminar el término del presente trabajo, la quiero muchísimo, nunca lo olvide...

Al Dr. Omar, la Mtra. Ingrid y la Mtra. Ena:

Por las aportaciones enriquecedoras al presente trabajo, por el tiempo y la escucha, por ser grandes profesores y profesionistas, por toda su guía en este camino... sé, de sobra, que el trabajo que entrego, refiere excelencia y amor a la carrera y, eso, no hubiera sido lo mismo sin ustedes, ¡gracias!

A mis padres, Fernando y Sofía:

Hay tanto que quisiera expresarles, seguro llenaría miles de hojas de agradecimiento de tanto amor y cuidado dado hacia mi persona, los amo y respeto en gran medida, son los pilares de mi formación como persona y no creo que haya podido escoger mejores padres. Ambos, en su particularidad, sumaron en mí las ganas de salir adelante y no darme por vencida ante nada ni nadie, de perseguir mis sueños personales y profesionales, de ver al mundo con esperanza, eso... padres míos, no todos lo tienen y yo lo agradezco en gran medida.

Sepan de buena fuente, que han criado a un ser humano respetuoso por la vida y grandes anhelos... siempre procuraré estar ahí para ustedes, es un hecho que tuve grandes maestros... ¡una y mil veces gracias!

A mi hermano, Hugo:

Todo lo que te propones, lo trabajas día a día y eso da frutos inevitablemente, pues cada propósito lo realizas con motivación y esfuerzo constante, tanto en el ámbito personal como profesional. Eres una persona excepcionalmente comprometida con la vida, un ser humano que enseña y aprende todo el tiempo, que a pesar de las adversidades siempre tiene esa luz para seguir adelante. He aprendido eso de ti y más... lo que me inspira y me motiva a alcanzar mis propios sueños y metas en la vida.

Gracias por apoyarme en los momentos más difíciles que he experimentado a mis cortos años de existencia, por hacerme sentir que siempre tengo a alguien en quien confiar y que me escucha. Hermanos como tú, muy pocos, es por ello que soy afortunada de tenerte, eres uno de los pilares de mi vida, te quiero muchísimo, ¡enormemente gracias!

A mis abuelos, Tere, Fernando, Ofelia y Albino:

Por ser grandes maestros de vida para mis padres; por transmitirme que aunque muchas veces la vida te quita, te regresa más y mejores cosas; por darme enseñanzas y aprendizajes que sólo los años son capaces de otorgar; por su amor y presencia incondicional.

Aunque algunos ya no se encuentran más aquí, todos y cada uno son figuras importantes en mi vida, la han guiado para bien... quédense convencidos. Si observan con atención a cada uno de sus hijos, nietos y bisnietos, podrán encontrar partes de ustedes mismos, partes que nos hacen ser una familia unida, eso es lo más valioso de todo. Sé, que siempre contaré con ustedes, ¡los admiro y amo muchísimo!

A mis tíos, Rosy y Juan:

Desde muy pequeña he sentido su presencia y amor infinitos, ambos son personas que poseen un gran conocimiento de vida, el cual soy afortunada de recibir cada que nos encontramos con alegría. Me han enseñado que a pesar de las adversidades, uno puede, si así lo quiere, y más si hay personas que te acompañan en el camino. Gracias por estar en los buenos y malos momentos, por ser auténticos, creativos y divertidos.

Gracias por ser ustedes mismos. Ahora, yo me encuentro en el camino de encontrarme a mí misma y eso, en parte es gracias a ambos, ¡los quiero muchísimo!

A mi compañero de vida, Alfredo:

Sé que este camino de dos presenta un reto constante, pero es eso justo lo que motiva a las personas a hacer más por ellas mismas y los otros. Desde que te conocí, ha sido una experiencia llena de sorpresas y aprendizajes, he nutrido mi ser día a día, he experimentado el arte de escuchar, cuidar y amar. Cada etapa a tu lado ha sido diferente, en cada etapa descubrimos cosas fascinantes que nos unen y hacen más fuertes, en cada etapa el compromiso surge, no se exige. Doy gracias a la vida por darnos la oportunidad de encontrarnos, conocernos y seguir creciendo juntos.

Gracias por estar incondicionalmente...por ese beso tan dulce en mi mejilla lleno de comprensión y apoyo total, el cual originó el conocimiento y decisión consciente de que tú y yo caminaríamos este camino juntos por largo tiempo. ¡Te amo adoro Pepillo Grillo!

A mis amistades:

Paola y Carmen, mis amigas y compañeras de universidad, facultad y vida, grandes seres humanos, llenos de amor, conocimiento y experiencias únicas. Las tres en conjunto, con nuestras personalidades diversas, pudimos descubrir que lo diferente te une y te motiva a conocer y comprender al otro, más nunca juzgarlo. Mejores aliadas en este proceso de tesis no pude encontrar, al día de hoy, el compromiso que nos propusimos se vuelve cada vez más concreto, sé que pronto todas estaremos del mismo lado, estaremos orgullosas de nuestros logros y entusiastas por lo que viene.

Siempre ocuparán un lugar muy importante en mi vida y corazón, siempre las admiraré por ser las mujeres que son y serán, no lo dudo, grandes mujeres, dignas de admiración. ¡Las adoro!

Laura, mi terapeuta, gracias por la escucha, el tiempo y la guía incondicional, sé de sobra que estar en este momento, en el aquí y ahora, es el resultado de un largo recorrido a tu lado. Gracias por las porras, los abrazos, las palabras entusiastas y las enseñanzas. Gracias por abrirme tu corazón, ¡te quiero mucho!

Andrea, agradezco a la vida que seas y sigas siendo parte de mi vida, la de mi hermano y mi familia. Tal vez lo sepas, o tal vez no, pero nos transmites tu energía y amor por la vida, el ambiente se vuelve más ameno y seguro cuando estás presente. Sé que siempre puedo contar contigo cuando lo necesite y que en cada oportunidad de estar juntas, nos veremos con alegría y entusiasmo. ¡Sonríe, la vida siempre nos sorprende, te quiero!

Por último y no menos importante, a una persona muy especial, la cual siempre tomó la decisión de seguir luchando por lo que desea y quiere en la vida, a mi Kary interior:

Gracias por nunca darte por vencida, por levantarte cada mañana y decir ¡sí puedo!, aunque en ocasiones no era la primera emoción de la mañana, por no tirar la toalla ante las adversidades, por siempre ser amorosa contigo misma y los otros, por encontrar en cada cosa de la vida algo que te motivara a seguir creciendo, por trabajar con tus miedos, aceptarlos, caminar a su lado y agradecerles por las enseñanzas que te han dado. No olvides que eres una persona maravillosa y digna de todo lo bueno que tienes a tu alrededor.

¡Vive el presente, el pasado quedó atrás y el futuro vendrá a su tiempo, el hoy es lo que tienes ahora, disfrútalo!

ÍNDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
1. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DESDE UN ENFOQUE BIOMÉDICO	14
1.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	14
1.2. Virus del papiloma humano (VPH)	15
1.2.1. Caracterización general del VPH	16
1.2.2. Clasificación	17
1.2.3. Formas de transmisión	19
1.2.4. Sintomatología	20
1.3. Virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino	23
1.3.1. Evolución de la infección del VPH a cáncer cervicouterino	25
1.3.2. Factores biológicos de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia del VPH y el cáncer cervicouterino	28
1.3.2.1. Ciclo de vida del VPH	28
1.3.2.2. Sistema inmune y agentes infecciosos	32
1.3.2.3. Alimentación	32
1.3.2.4. Factor hereditario	33
1.3.2.5. Factores ambientales	33
1.3.2.6. Otros factores de riesgo	35
1.4. Diagnóstico y tratamiento médico para el VPH y CCU	36
1.4.1. Estrategias de diagnóstico	36
1.4.2. Tratamientos	42
1.4.2.1. Métodos quirúrgicos	42
1.4.2.2. Empleo de agentes tópicos.....	44
1.5. Epidemiología: el VPH como asunto de salud pública	47
1.6. Medidas epidemiológicas de combate hacia el VPH y el CCU a nivel general	49
1.6.1. Prevención primaria	50
1.6.2. Prevención secundaria	53
1.6.3. Prevención terciaria	55
1.6.4. Otras recomendaciones de acción	56
1.7. Medidas epidemiológicas en México: panorama general de implementación	60
2. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL	65
2.1. Factores sociales de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia del VPH	65
2.1.1. Hábitos de higiene	65
2.1.2. Uso incorrecto de los métodos anticonceptivos	66

2.1.3. Pobreza	69
2.1.4. Educación	72
2.1.5. Inicio temprano de la vida sexual	74
2.1.6. Número de parejas sexuales	76
2.1.7. El papel del varón en la propagación del VPH	77
2.2. Repercusiones psicológicas en personas que viven con VPH	82
2.2.1. Alteraciones emocionales que se presentan durante el proceso de VPH.....	83
2.2.1.1. Vivencia del VPH en mujeres	83
2.2.1.2. Vivencia de la pareja (varón) en el proceso	91
2.2.1.3. Impacto en la dinámica de pareja	92
2.2.1.4. Nuevas relaciones de pareja	94
2.2.2. Redes de apoyo	95
2.2.3. Atención recibida en los sistemas de salud	98
2.3. Campañas preventivas de salud contra el VPH en México: alcances y limitaciones	100
3. MASCULINIDADES Y SALUD SEXUAL	106
3.1. El género: definición y elemento	106
3.1.1. ¿Cómo se construye el género?	109
3.2. Masculinidades	111
3.2.1. La masculinidad y su proceso de construcción	113
3.2.2. La masculinidad como campo de estudio: principales conceptos/definiciones	118
3.2.3. La masculinidad hegemónica.....	122
3.2.4. Las relaciones entre las masculinidades	128
3.2.5. Heterosexualidad hegemónica en México.....	130
3.3. Masculinidades y salud	136
3.3.1. El género y su impacto en la salud	136
3.3.2. Construcción de la masculinidad y la salud de los varones	142
3.3.3. Estudios sobre masculinidades y salud sexual	145
4. MÉTODO	155
4.1. Planteamiento del problema y justificación	155
4.2. Pregunta de investigación	157
4.3. Objetivos	157
4.3.1. Objetivo general	157
4.3.2. Objetivos específicos.....	157
4.4. Hipótesis	158
4.5. Variables	158
4.5.1. Variables independientes	158

4.5.2. Variable dependiente	159
4.6. Tipo y diseño de estudio	160
4.7. Tipo de muestreo	161
4.8. Participantes	161
4.9. Escenario	162
4.10. Procedimiento para el diseño de los instrumentos	162
4.10.1. Primera etapa: investigación documental	162
4.10.2. Segunda etapa: diseño de instrumentos	163
4.10.2.1. Datos sociodemográficos	163
4.10.2.2. Escala de creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades	163
4.10.2.3. Encuesta sobre conductas de riesgo	165
4.10.2.4. Cuestionario sobre el virus del papiloma humano (VPH)	168
4.10.3. Aplicación de los instrumentos	169
4.10.4. Análisis de datos	170
5. RESULTADOS	171
5.1. Datos sociodemográficos de los participantes	171
5.2. Frecuencias absolutas del cuestionario sobre el virus del papiloma humano	174
5.2.1. Primera dimensión. Identificación del VPH como una ITS: ¿qué es el VPH?	174
5.2.2. Segunda dimensión. Formas de transmisión	175
5.2.3. Tercera dimensión. Población afectada	176
5.2.4. Cuarta dimensión. Sintomatología y signos	178
5.2.5. Quinta dimensión. Consecuencias a largo plazo: de VPH a cáncer	179
5.2.6. Sexta dimensión. Factores de riesgo biológico-sociales en la adquisición del VPH.....	180
5.2.7. Séptima dimensión. Prevención en salud contra el VPH	181
5.2.8. Octava dimensión. Pruebas diagnósticas de detección oportuna ..	183
5.3. Frecuencias absolutas de la encuesta sobre conductas de riesgo: prácticas sexuales de riesgo y consumo de sustancias	184
5.3.1. Prácticas sexuales de riesgo	184
5.3.2. Inicio de la vida sexual	185
5.3.3. Número de parejas sexuales, orientación sexual y relaciones con hombres, mujeres y/o hombres y mujeres	187
5.3.4. Vida sexual activa en los últimos seis meses	189
5.3.5. Uso, negociación y acceso al condón masculino	191
5.3.6. Contacto buco-genital	193
5.3.7. Contacto ano-genital	194
5.3.8. Información sobre el diagnóstico y pruebas de detección de ITS ...	196
5.3.9. Realización de la circuncisión	199
5.3.10. Consumo sustancias: drogas legales e ilegales	200

5.4. Frecuencias absolutas de la escala de creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades	206
5.4.1. Paternidad/papel del preñador	206
5.4.2. Invulnerabilidad y masculinidad	207
5.4.3. Prevención en salud sexual y masculinidad	209
5.4.4. Uso y negociación de métodos anticonceptivos	213
5.4.5. Prácticas y significados en el uso del condón	216
5.4.6. Expresiones de emotividad	219
5.4.7. La genitalidad como demostración de la virilidad.....	219
5.4.8. Control de la sexualidad de otros (as): virginidad, fidelidad, monogamia	222
6. DISCUSIÓN	229
CONCLUSIONES	240
REFERENCIAS	244
ANEXOS	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH), las conductas de riesgo y las creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades en varones universitarios. Como un primer acercamiento se diseñaron tres instrumentos los cuales fueron sometidos a jueceo y aplicados dentro del campus central de una universidad pública de la Ciudad de México. La muestra se conformó por 43 varones divididos en dos grupos: el primero (n=31) que había tenido por lo menos una relación sexual y, el segundo (n=12) que no había iniciado vida sexual. El análisis de datos fue descriptivo por distribución de frecuencias. Los resultados indican que los varones, a pesar de encontrarse en un nivel educativo superior, poseen un conocimiento inadecuado sobre el VPH; llevan a cabo de forma habitual varias conductas de riesgo (prácticas sexuales y consumo de sustancias) y, aunque presentan, en discurso, un mayor desacuerdo con creencias relacionadas a una masculinidad tradicional, se detectó la presencia de algunas de ellas relacionadas a elementos de control de la sexualidad femenina (virginidad, fidelidad, monogamia), restricción emocional en el uso y negociación de métodos anticonceptivos, la genitalidad como demostración de la virilidad y la invulnerabilidad como guía en el déficit de comportamientos en el cuidado de su salud. Tales factores incrementan el riesgo de adquisición, transmisión y propagación del VPH en los varones, lo que significa que su salud y la de sus parejas sexuales se encuentra comprometida.

Palabras clave: virus del papiloma humano, masculinidades, conductas de riesgo, creencias, salud sexual.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Virus del Papiloma Humano (VPH) ha tomado especial relevancia dentro de las acciones de salud pública, ya que es una de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que presentan mayor incidencia en la población a nivel mundial (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2016).

La problemática radica en que ciertos tipos de VPH, sobre todo los de tipo anogenital, han sido relacionados al desarrollo de diferentes tipos de cáncer, como el de ano, vulva, vagina, cuello de útero, pene e incluso cavidad bucal (Conzuelo, 2006; Lizano-Soberón, Carrillo-García & Contreras-Paredes, 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015a; American Cancer Society, 2016; CDC, 2016), lo que ha ocasionado un aumento en la mortalidad de la población (Conzuelo, 2006), sobre todo en las mujeres, con el desarrollo del Cáncer Cervicouterino (CCU).

En nuestro país, según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR, 2016), este tipo de cáncer ocupa la segunda causa de muerte de las mujeres razón por la cual se han implementado diferentes acciones de prevención con la finalidad de disminuir el número de casos tanto en presencia del VPH como en su desarrollo al CCU. Sin embargo, ha sido posible identificar, la poca o nula existencia de evidencia epidemiológica y estrategias de prevención y control en el varón, por su característica asintomática, lo que ha sustentado que los sistemas de salud pública no incluyan a este tipo de población dentro del cuadro de prevención, a pesar de que ciertas investigaciones han demostrado su aumento de incidencia y su riesgo a desarrollar algún tipo de cáncer.

Por otro lado, se ha podido detectar que, aún en niveles superiores de educación, los jóvenes siguen teniendo conductas de riesgo, a pesar de tener el conocimiento suficiente para llevar a cabo prácticas sexuales protegidas (Herrera-Ortiz, Arriaga-Demeza, Conde-González, y Sánchez-Alemán, 2013). A raíz de lo anterior, se puede advertir que es posible la existencia de otros componentes de

mayor complejidad, como las creencias, las cuales podrían guiar la conducta de los jóvenes, en especial, la de los varones. Así pues, algunos autores han empezado a relacionar la construcción de la masculinidad con el ejercicio de una sexualidad centrada en el riesgo y descuido de la salud (Sabo, 2000; Stern *et al.*, 2003; Arias, 2014). Por tanto, se hace necesario incorporar una Perspectiva de Género que permita dilucidar el impacto de estas construcciones en la salud sexual de los varones, así como en sus parejas sexuales.

El presente trabajo de investigación, surgió a partir de la observación cercana del proceso del VPH, el tratamiento y las repercusiones a nivel psicológico y social que viven las mujeres una vez dado el diagnóstico. A partir de lo anterior, se pudo visualizar en mayor profundidad, el acompañamiento que se recibe de algunas redes de apoyo; no obstante, tal situación, se ve agravada por la presencia de estigmas, culpa, abandono, dolor físico y una evidente, aunque no generalizable, ausencia y/o rechazo del varón –pareja sexual de la mujer o nuevas parejas- en tales circunstancias, lo que se vive como una situación de la vida cotidiana.

De ahí que, como profesionista en psicología clínica y de la salud así como mi interés en el ámbito sexual del ser humano, me surgió la incertidumbre y reflexión sobre qué tipo de componentes influyen en que el varón no ejerza una participación activa basada en el buen trato y cuidado de sí mismo y por ende, de sus parejas sexuales. De igual modo, encontré en la perspectiva de género un punto de referencia para comprender cómo sus construcciones preestablecidas a acerca de ser hombre o mujer impactan en las prácticas de los individuos, a tal grado que la salud, y en este caso, la salud sexual, queda comprometida.

Para tal efecto, el trabajo realizado, tiene como objetivo identificar, los conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH), las conductas de riesgo y las creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades en varones universitarios. Para esto se diseñaron tres instrumentos que fueron sometidos a juicio y aplicados en una pequeña muestra de varones pertenecientes a una universidad de la Ciudad de México.

El trabajo se encuentra conformado por seis capítulos. En el primero se aborda el VPH desde un acercamiento de tipo biomédico, donde se explica qué es el VPH, sus características generales, clasificación, formas de transmisión, sintomatología, relación con el CCU, factores de riesgo asociados a su adquisición y desarrollo, estrategias de detección y tratamiento, epidemiología, así como medidas epidemiológicas de combate a nivel general y, más en específico, en nuestro país.

El segundo capítulo, tiene el propósito de abordar la problemática del VPH a nivel psicosocial, por lo cual, se revisan los factores de riesgo a nivel social, las repercusiones psicológicas que viven las mujeres diagnosticadas con VPH, las reacciones emocionales de los varones ante tal situación, así como su invisibilización en el proceso por parte de las instituciones de salud. Por último, se mencionan los alcances y limitaciones de las campañas de prevención contra el VPH en nuestro país, advirtiendo de nueva cuenta, que el acceso a los servicios y recursos de salud se limitan en su mayoría a un tipo de población: las mujeres.

El tercer capítulo plantea la relación entre las masculinidades y la salud sexual de los varones. En primera instancia, se define qué es el género, los elementos que lo caracterizan y cómo se construye en el ser humano dependiendo el sexo biológico, para luego centrarse en un panorama general sobre los estudios de los varones y las masculinidades. En este último, se evidencian las diferentes metodologías en que se define el concepto de masculinidad, se plantea la existencia de un ideal de masculinidad, su proceso de construcción genérica y su tipo de relación con otras masculinidades, además de cómo se define este tipo de masculinidad en el varón mexicano. Por último, se establece, mediante un abordaje teórico y empírico, cómo la construcción de este ideal de masculinidad impacta en el quehacer de los varones, lo que resulta en un riesgo para su salud tanto a nivel general como dentro del ámbito sexual.

En el cuarto capítulo se describe el método utilizado para el diseño de los instrumentos que permitieron lograr el objetivo del presente trabajo. El quinto capítulo se enfoca en la presentación de los resultados obtenidos a partir de la

aplicación de los tres instrumentos elaborados. El sexto capítulo presenta la discusión elaborada sobre los resultados. Finalmente, se presenta un apartado donde se exponen las conclusiones de la investigación realizada, así como el planteamiento de los alcances y limitaciones resultantes.

1. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DESDE UN ENFOQUE BIOMÉDICO

El presente capítulo tiene la finalidad de visualizar en la población de mayor incidencia y prevalencia, las mujeres, las repercusiones en salud sexual del VPH para poder introducir la importancia del papel del varón en su adquisición, situación que obstaculiza la realización de estrategias de prevención y tratamientos eficaces para ambos sexos.

1.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

En la actualidad, cada vez es más común adquirir una Infección de Transmisión Sexual. Peláez (2013) menciona que su magnitud, trascendencia y repercusión para la persona, la familia y la sociedad, en su conjunto, han adquirido una extrema importancia para la salud pública mundial. Ello, porque su nivel de afección engloba todos los niveles sociales y económicos y a casi todos los grupos de edad (Álvarez, De la Torre y Domínguez, 2014).

Acorde a lo anterior, la OMS (2016) reporta que este tipo de afecciones tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, a condición de que cada día más de un millón de personas contraen alguna ITS y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica, en especial los adultos jóvenes: hombres y mujeres con vida sexual activa (Álvarez *et al.*, 2014).

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2011) señala que los datos epidemiológicos desglosados por regiones, muestran que, tanto la prevalencia como la incidencia de las ITS, son más altas en países en vías de desarrollo que en países industrializados, aunque éstas sean consideradas un serio problema de salud para ambos.

Las ITS constituyen un grupo heterogéneo de infecciones transmisibles (Álvarez *et al.*, 2014). Su propagación se da predominantemente por contacto sexual sin protección (con o sin penetración), donde se incluye el coito vaginal,

anal y contacto buco-genital, lo que comúnmente es conocido y llamado como “sexo oral”; sin embargo, estas infecciones también pueden adquirirse por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre (Ciudad de México [CDMX], 2015; OMS, 2016).

De acuerdo con la OMS (2016) de entre los más de 30 patógenos existentes dentro del grupo de las ITS, cuatro infecciones virales son consideradas incurables; aunque pueden ser mitigadas o atenuadas con tratamiento. A este grupo tan selecto, pertenece el Virus del Papiloma Humano (VPH), ITS objeto de estudio a lo largo de la presente investigación, por lo cual es preciso abordarla atendiendo diversas claves dentro de los apartados del este primer capítulo y los capítulos posteriores.

1.2. Virus del papiloma humano (VPH)

La infección por VPH es considerada como una de las ITS más común entre los seres humanos a nivel mundial. La mayoría de los hombres y mujeres la contraerán poco después de iniciar su vida sexual, incluso si se tienen relaciones sexuales con una sola persona (CDC, 2016). El VPH, a nivel genital, puede infectar las mucosas de la vagina, el cérvix, el recto y la uretra (Pagliusi, Aguado & Parkin, 2007).

“De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH” (Lizano-Soberón, Carrillo-García & Contreras-Paredes, 2009, p.207).

Conzuelo (2006) refiere que, hace menos de medio siglo, se pensaba que el VPH era un agente patógeno reciente, incluso pasó la mayor parte del tiempo inadvertido a pesar de que se observaban algunos signos clínicos a simple vista a través de las lesiones que causa, como las verrugas cutáneas y los papilomas genitales. El error, advierte el autor, fue considerar estas lesiones como algo normal y cotidiano, para lo cual, se evitó y se sigue evitando en muchos casos, la

atención por parte de los sistemas de salud y la prevención por parte de la población en general. Sin embargo, el punto de quiebre, fue cuando se descubrió que algunos tipos de VPH son causantes de cáncer cervicouterino y como señalan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2016), pueden derivar en otros tipos de cáncer como el de vulva, vagina, pene o ano; además de cáncer en la parte de atrás de la garganta, como en la base de la lengua y las amígdalas (llamado cáncer orofaríngeo).

Así fue como en la década de 1970 se dio el mayor avance desde el punto de vista médico, con la finalidad de relacionar directamente a este virus con tumores benignos (no cancerosos) y malignos (cancerosos) de piel y genitales (Conzuelo, 2006).

1.2.1. Caracterización general del VPH

Se habla constantemente del virus del papiloma, sin embargo, es preciso entender en primera instancia qué son los virus para posteriormente centrarnos en este tipo específico.

Se conocen varios tipos de microorganismos: los parásitos, que son los más grandes, las bacterias, los hongos y por último, los virus (Fernández & Soto, 2008), que Conzuelo (2006) describe como los agentes infecciosos más pequeños, resaltando que su principal característica es multiplicarse en células vivas, para lo cual los virus se consideran *parásitos* de éstas, ya que no poseen la capacidad de reproducirse por sí mismos, es así como adoptan este mecanismo para su supervivencia. En otras palabras, Fernández y Soto (2008) explican que cuando los virus ingresan a nuestro organismo, se apoderan de los mecanismos de control de las células que infectan, para lo cual se ubican en el núcleo celular y, desde ahí, se encargan de que las células produzcan más virus. Ahora bien, si a ello le sumamos su gran facilidad de transmisión de una persona a otra, entonces se convierten en enemigos sumamente difíciles de vencer.

Existen muchos tipos de virus, unos muy diferentes de otros, y algunos más conocidos incluso -como el virus de la gripe o el VIH (característico por su poder letal)- (Fernández & Soto, 2008); desgraciadamente como se ha mencionado anteriormente el VPH no es tan conocido, a pesar de que se ha evidenciado que estos virus podrían ser los más viejos del planeta, ya que han afectado a diversas especies animales, incluso a las más antiguas (Conzuelo, 2006).

1.2.2. Clasificación

En la década de 1960 el Comité Internacional de Nomenclatura de los Virus dividió a los *papovavirus*¹ en dos géneros: *papillomavirus* y *polyomavirus*. De todos los *papilomavirus* (PV) que infectan a las especies, se debe centrar nuestra atención en los que infectan al ser humano (Conzuelo, 2006). A nivel evolutivo todos los papilomavirus que se conocen se han agrupado en 16 géneros, el VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los papilomavirus Alpha (α) y los Beta (β), donde la mayoría de los VPH que infectan el área genital pertenecen al género Alpha (De Villiers, Fauquet, Broker, Bernard & Zur Hausen, 2004).

De acuerdo con Lizano-Soberón *et al.* (2009), el VPH como tal, ha cohabitado con la especie humana a través de miles de años sin sufrir grandes cambios en su composición genómica. Ahora bien, con base en el análisis de secuencia de ADN, se han reconocido más de 150 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales (Instituto Nacional del Cáncer, 2015; American Cancer Society, 2016a).

La American Cancer Society (2016a) menciona que, de estos más de 150 genotipos identificados, alrededor del 75% son tipos de VPH conocidos como

¹ La palabra *papova* se deriva de las primeras letras de tres palabras: *pa*, papiloma; *po*, polyoma, y *va*, “vacuolating agent” (Conzuelo, 2006), en términos prácticos el significado de estas tres palabras quiere decir que se posee la característica de iniciar un crecimiento excesivo y anormal de las células produciendo múltiples tumores.

cutáneos porque causan verrugas en la piel, las cuales pueden ubicarse en los brazos, el pecho, las manos y los pies. Estas son consideradas como verrugas comunes y no son el tipo de verruga perteneciente a los VPH de las mucosas², los cuales corresponden al otro 25% faltante. Estos tipos de VPH mucosos son llamados más específicamente como VPH tipo *anogenital*, ya que a menudo afectan el área anal y genital (Figura 1.1).

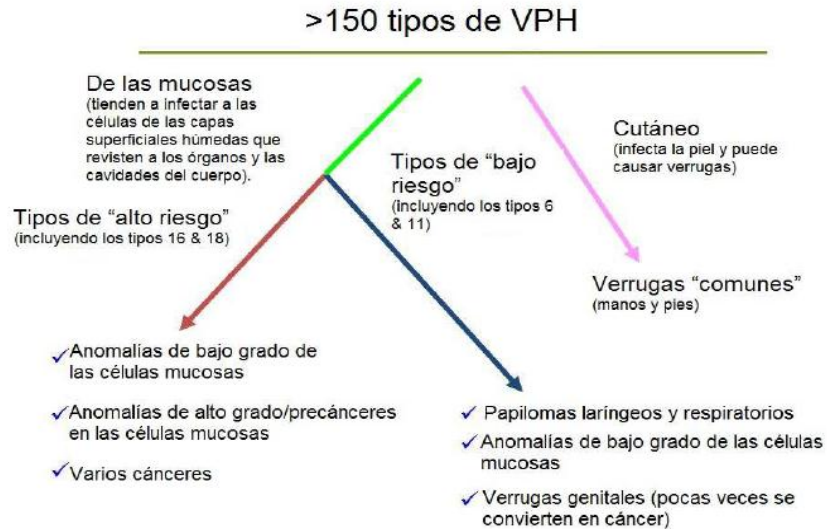


Figura 1.1. Grupos de VPH y los problemas que cada grupo puede causar.

Fuente: American Cancer Society, 2016.

Ahora bien, como se observa en la Figura 1.1 los VPH cutáneos son considerados de *bajo riesgo* ya que sólo desembocan en el desarrollo de las verrugas cutáneas (lesiones benignas); y los VPH de tipo genital, se consideran de *alto riesgo* por los cambios celulares y lesiones precancerosas que causan ya que éstos tienden a transformarse en cánceres con el paso del tiempo (American Cancer Society, 2016).

² El término *mucosa* se refiere a las membranas mucosas del cuerpo o las capas superficiales húmedas que cubren los órganos y las cavidades del cuerpo que están expuestas al exterior. Por ejemplo, la boca, la vagina y el ano tienen esta capa de mucosidad húmeda (American Cancer Society, 2016a).

1.2.3. Formas de transmisión

La transmisión del VPH, requiere que uno de los miembros de la pareja porte el virus, (Fernández & Soto, 2008), incluso cuando la persona infectada no presenta signos ni síntomas (CDC, 2016). La infección por VPH genital se transmite principalmente de piel a piel durante el contacto vaginal-genital, anal-genital o buco-genital; sin embargo, es posible que se transmita mediante el contacto genital sin coito (American Cancer Society, 2014). Dentro de este rubro, la CDC (2016) señala que la forma de transmisión de mayor frecuencia se da durante las relaciones vaginales o anales.

Es necesario recalcar, que este virus *no se adquiere* al utilizar baños públicos, piscinas o jacuzzis; ni por medio de ropa interior, contacto con los animales u objetos contaminados con secreciones (Fernández & Soto, 2008), al abrazarse o al tomarse de la mano, el tener un antecedente familiar hereditario de la enfermedad, el compartir alimentos o utensilios, el no tener cierto nivel de higiene, a través de la sangre o fluidos corporales (American Cancer Society, 2014).

Por otro lado, se ha reportado la transmisión de algunos tipos de VPH genitales mediante el contacto buco-genital y al tocar los genitales con las manos. Y puede que haya otras formas de transmisión de VPH que aún se desconozcan. Por ejemplo, puede que se dé el contagio a través de besos profundos o al compartir juguetes sexuales (American Cancer Society, 2014).

En el caso particular de la transmisión del virus de madre a hijo, Fernández y Soto (2008), hacen referencia a que, a lo largo de los nueve meses de embarazo, el niño permanece seguro en el vientre materno, pero en el caso de un nacimiento por vía vaginal y haya lesiones activas del virus, ya sea en el cuello de la matriz, en la vagina o en los labios, existe la posibilidad de que la transmisión se origine, pero ello sucede en muy pocas ocasiones. Si es que ocurre la infección, puede causar verrugas (papilomas) en las vías respiratorias (tráquea y bronquios) y los pulmones de los bebés, lo cual es referido como *papilomatosis respiratoria*.

De igual manera, estos papilomas pueden crecer en la laringe, lo que se conoce como *papilomatosis laríngea* y ambas infecciones pueden causar complicaciones de por vida (American Cancer Society, 2014). Ante esta posibilidad, muchos médicos prefieren evitar cualquier riesgo, realizando una cesárea (Fernández & Soto, 2008).

1.2.4. Sintomatología

La infección por VPH es por lo general es asintomática. El período de incubación³ del virus del papiloma va aproximadamente de entre 6 semanas hasta 8 meses, pudiendo permanecer en un estado de latencia o lo que se llama *infección estable* hasta por 25 años; es decir, que algunos virus pueden permanecer latentes en la persona que lo posee y ésta no presenta rastros ni síntomas de la infección y posteriormente se pueden activar y formar lesiones visibles al examen médico o que se detectan a través de resultados de las pruebas de diagnóstico. Por ello, cuando a una persona se le ha detectado VPH puede que en ese momento no existan lesiones del virus, lo cual no quiere decir que esta persona no posea la infección, sino que simplemente en el momento de la evaluación médica no hay lesiones evidentes del VPH, en tal caso se recomienda realizar evaluaciones periódicas para detectar oportunamente la activación del virus (Facultad de Estudios Superiores Acatlán, 2009).

Conzuelo (2006) menciona que es muy frecuente que una persona no se percate del momento en que otra persona le contagia; en ocasiones, este momento pasa inadvertido para ambas: la primera no sabe que está infectada y la segunda no sabe que la han contagiado. Este contagio inadvertido se puede presentar en todas las edades, algunas veces el contacto es involuntario como es el paso del feto a través del canal vaginal durante el parto o, como aclaran Fernández y Soto (2009), se ha documentado la presencia del virus en el área

³ El *periodo de incubación* transcurre desde que se tiene contacto con el agente infeccioso, en este caso el VPH, y la aparición de los primeros síntomas (FES Acatlán, 2009).

genital de los niños, lo que puede tratarse de un posible abuso sexual. Lo anterior, claro está, dado una vez que se haya descartado que una vía de transmisión haya sido la materna, por medio del nacimiento; esta posibilidad también puede tenerse en mente cuando se detecta y se válida la presencia del virus (mediante estudios más específicos) en adultos que aún no han iniciado su vida sexual, lo cual conlleva a otro tipo de intervención, como la psicológica, además de la médica.

La CDC (2016) señala que, en la mayoría de los casos, el VPH desaparece por sí solo y no causa ningún problema de salud. En contraste, cuando el VPH no desaparece, puede causar problemas de salud como verrugas genitales o cáncer.

La manifestación clínica mayormente observada son las verrugas genitales (Pagliusi *et al.*, 2007). Generalmente, las verrugas genitales aparecen como pequeños bultos o grupos de bultos en la zona genital, pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas o tener forma de coliflor (CDC, 2016). La forma de *coliflor* está relacionada con los tipos de VPH 6 y 11, así que la lesión dependerá de cuál tipo de virus porte la persona (Fernández & Soto, 2009).

Según los servicios médicos de la FES Acatlán (2009) las verrugas varían en apariencia entre el varón y la mujer. En la *mujer* pueden ser de color gris o rosa, son pedunculadas (forma del rabillo de una hoja) y suelen encontrarse en racimos. Las zonas más afectadas son la vulva, la pared vaginal, el cuello uterino (son causantes de cáncer), la piel de alrededor de la zona genital (periné) y el ano (Figura 1.2).

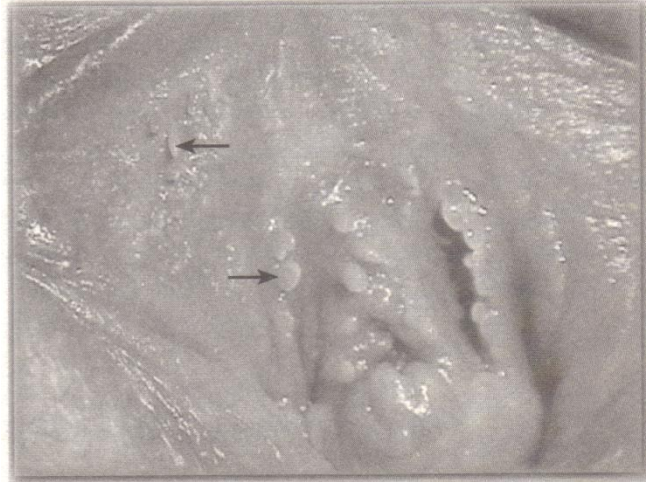


Figura 1.2. Papilomas en la vulva.

Fuente: Conzuelo, 2006.

En el *varón*, las verrugas del pene suelen ser lisas y papulares (rugosas). Mientras que las del periné asemejan a una coliflor. A menudo, aparecen primero en el prepucio (tejido que cubre el pene) y el glande, luego en el escroto (piel externa de los testículos) y la región perianal (Figura 1.3).

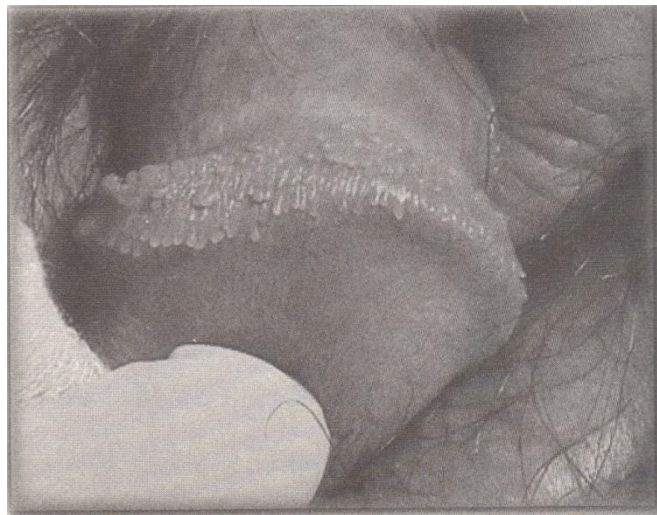


Figura 1.3. Lesiones papilares del pene.

Fuente: Conzuelo, 2006.

Syrjanen, Koutsky y Koutsky *et al.* (1990, 1997, 1998 en Pagliusi *et al.* 2007), basándose en encuestas de conducta de países en desarrollo indican que aproximadamente del 1 al 2% de la población sexualmente activa, con edad de entre 15 y 49 años, ha reconocido clínicamente una verruga genital, evidenciándose así, la falta de conocimiento con respecto al tipo de lesiones que puede ocasionar el VPH. No obstante, aunque las verrugas genitales se dan en ambos sexos, Melo y Waliszewski (2009) mencionan que es más común que los varones presenten condilomas o verrugas y las mujeres presenten displasias.

En consecuencia, si muchas personas desconocen que son portadoras del virus porque en la mayoría de los casos éste no da molestias, entonces es importante que se realicen exámenes microscópicos para evidenciar su presencia (Fernández & Soto, 2008).

1.3. Virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino

Los VPH también han sido implicados en el desarrollo de tumores malignos en sitios distintos a la región anogenital, como ano, vagina, vulva y pene e incluso cavidad bucal, pero con una fracción atribuible considerablemente menor a la del cáncer de cérvix, conocido mayormente como cáncer cervicouterino (CCU); en el cual virtualmente el 100% de los cánceres son causados por VPH (Pakin y Bray, 2006 citado por Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

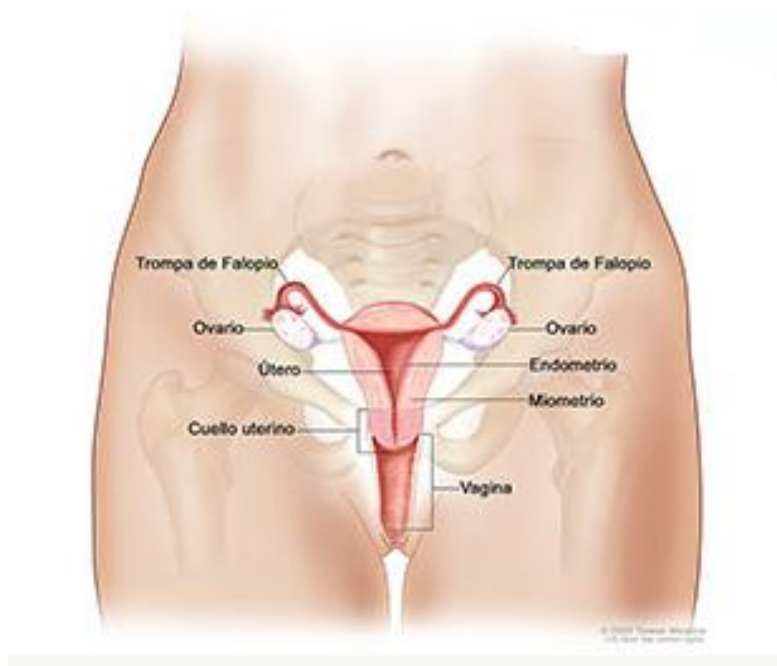


Figura 1.4. Anatomía del aparato reproductor de la mujer.

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer (NIH, s.f).

El útero (Figura 1.4), es un órgano muscular hueco de la mujer (NIH, s.f), éste se encarga de albergar al embrión durante el embarazo en todas sus etapas de formación, desde la fecundación hasta el nacimiento del bebé. Cuando no hay embarazo, se da el desprendimiento del endometrio, lo que se conoce como *menstruación*. El sitio anatómico donde inicia el útero es precisamente lo que se denomina *cérvix* o *cuello de la matriz*, que comunica directamente con la vagina; este sitio es vulnerable para desarrollar cáncer, el cual se desarrolla comúnmente en su centro, conocido como *la zona de transformación* (señalada con una flecha en la Figura 1.5). Así pues, el CCU es el tumor maligno originado justo en esta zona del cuello uterino (Conzuelo, 2006).

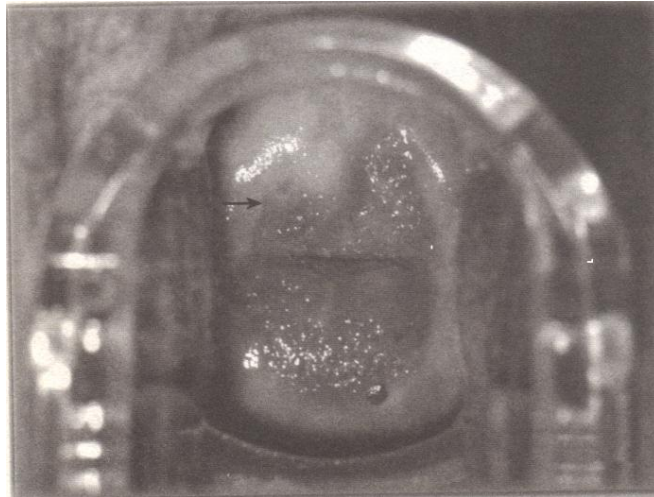


Figura 1.5. Cuello del útero con indicios de displasia.

Fuente: Conzuelo, 2006.

1.3.1. Evolución de la infección del VPH a cáncer cervicouterino

Algunas células cervicales infectadas por el VPH pueden convertirse en tejido anormal, conocido en el ámbito médico como displasia⁴. La gravedad de una displasia depende del estadio en que se encuentre, existen tres tipos: leve, moderada y severa (Fernández & Soto, 2008). Dentro del campo de la medicina, en un sentido más técnico, Miller (1992, citado por Pagliusi *et al.*, 2007) apunta que estas lesiones epiteliales van de bajo a moderado o alto grado, y también son conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales 1, 2 y 3 (NIC I, NIC II, NIC III), respectivamente, las cuales son detectadas en mujeres mediante diferentes métodos de diagnóstico, los cuales son descritos dentro de este capítulo en el apartado 1.4.1.

⁴ En ginecología, la palabra *displasia* significa lesión precancerosa (Fernández & Soto, 2008).

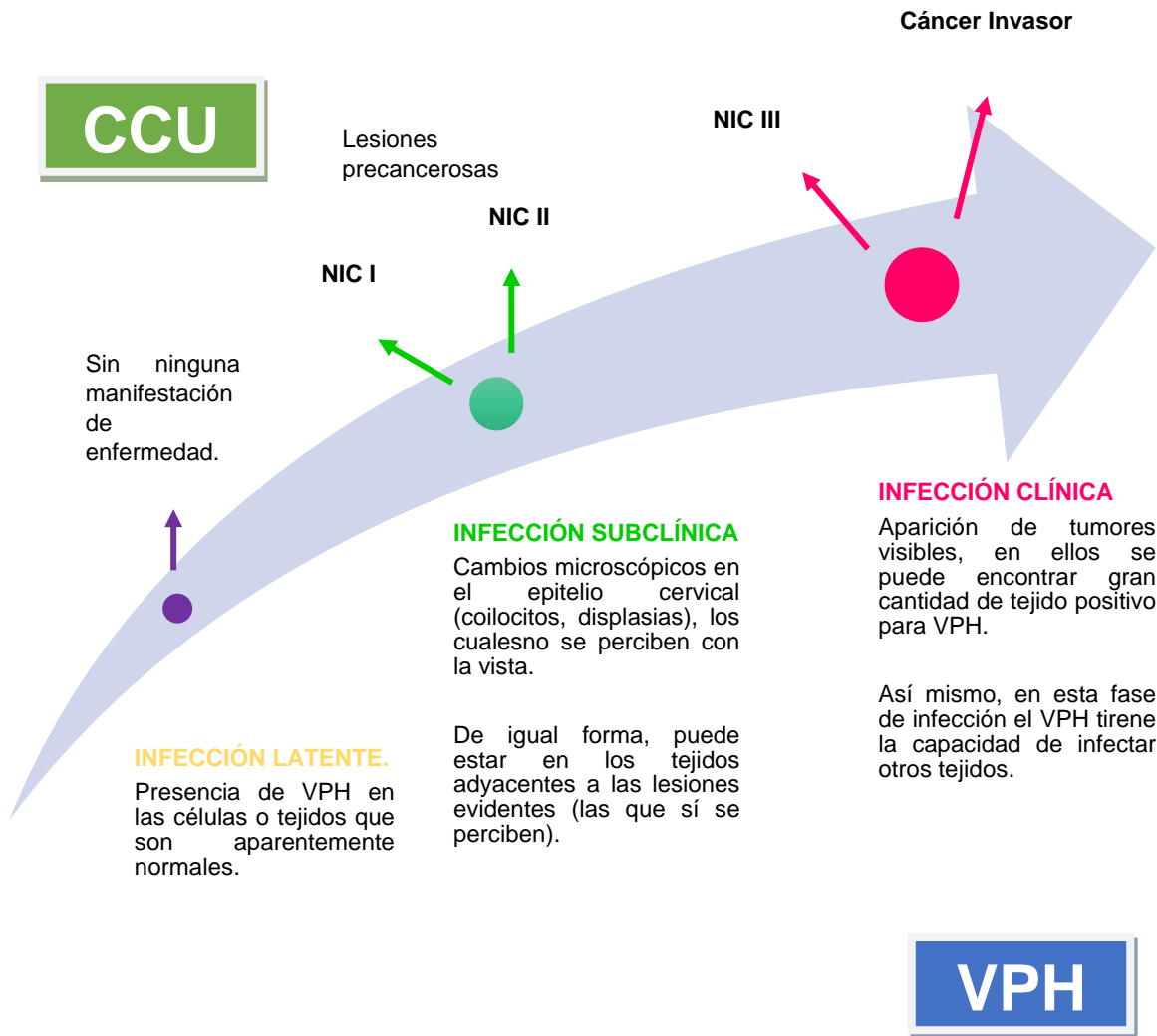


Figura 1.6. Papel del VPH en el desarrollo del CCU.

Nota: Elaboración propia.

El diagrama de la Figura 1.6 ilustra la relación entre la historia natural de la infección del VPH y su evolución al cáncer cervicouterino. Ambos procesos, tienen su punto de unión cuando la infección del VPH se encuentra en la fase subclínica, donde se da el inicio de las lesiones precancerosas como la NIC I (displasia leve) y la NIC II (displasia moderada). Posteriormente, cuando la infección pasa a la fase clínica, se puede hablar de la presencia de una lesión cancerosa, ya sea una lesión NIC III (displasia severa) o un carcinoma *in situ*. En esta última fase, es importante recalcar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que, si no se realiza una intervención rápida, el cáncer puede invadir otros órganos de la persona, empeorando la condición de la salud. Dicho proceso puede tardar de 1

a 10 años. Sin embargo, no siempre la enfermedad se manifiesta durante esta última etapa, debido a que varios casos llegan a permanecer en periodo de latencia o subclínico, tiempo durante el cual se puede adquirir un estado de resistencia o regresión de las lesiones, o bien de progresión hacia el cáncer invasor (Conzuelo, 2006; Pagliusi *et al.*, 2007).

El cáncer de cérvix ocurre en dos formas predominantes: carcinoma escamoso y adenocarcinoma, el primero se presenta a en células epiteliales y el segundo en las células glandulares (Reimers, Anderson, Rosenberg, Henson, Castle, 2009 citado por Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

Existen varias evidencias epidemiológicas, clínicas y de laboratorio, sobre la relación del VPH de alto riesgo (tipos 16, 18, 31, 33 y 45) y el desarrollo de tumores cervicouterinos; un ejemplo es la prueba de PCR, la cual muestra más sensibilidad en sus resultados y ha demostrado que el VPH de alto riesgo se encuentra en 95% de las biopsias estudiadas de pacientes con cáncer cervicouterino (Conzuelo, 2006).

De los más de 40 tipos de VPH genital (NIH, 2015), 15 son asociados en diferente grado al cáncer cervicouterino. Un estudio realizado por Muñoz *et al.* (2003) para establecer la clasificación epidemiológica de los diferentes tipos de VPH que colonizan el tracto genital humano, donde se involucró cerca de 2,000 mujeres de 9 países con diagnóstico confirmado de carcinoma escamoso de cérvix y 2, 000 mujeres en grupos control, mostró hallazgos que sugirieron que son pocos los tipos de VPH que contribuyen a las infecciones en el tracto anogenital, y generalmente varios éstos se encuentran en personas asintomáticas como en pacientes con cáncer. En el caso de los pacientes, los tipos virales más frecuentes fueron: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35; mientras que, en el caso de los controles, los más prevalentes fueron los tipos: 16, 18, 45, 31, 6, 58, 35 y 33. En conclusión, fue propuesto que además de los tipos 16 y 18, los VPH-31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 deben de ser considerados oncogénicos (carcinogénicos) o tipos de “alto-riesgo”; mientras que los tipos 26, 53 y 56 son “probablemente de alto-riesgo”. (Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

Un estudio de casos y controles realizado en mujeres mexicanas por Tirado-Gómez *et al.* (2005) reveló que la presencia de tipo de VPH de alto riesgo incrementa 78 veces la probabilidad de desarrollar CCU y dicha probabilidad aumenta si se trata del VPH tipo 16. Reimers *et al.* (2009 citado por Lizano-Soberón *et al.*, 2009) menciona que este tipo de VPH, es el más prevalente de los VPH oncogénicos y es asociado al carcinoma escamoso en el 80% de los casos, por lo que es considerado el responsable de más de la mitad de los tumores de CCU. Por otro lado, como señala el autor, aunque el VPH 16 también se asocia con el adenocarcinoma, la proporción de los genotipos 18 y 45 aumenta significativamente en este tipo de tumores.

Con base en lo anterior, Schiffman y Krüger, así como Schiffman *et al.* (2003, 2005 en Lizano-Soberón *et al.*, 2009) advierten que el VPH 16 persiste en promedio mucho más tiempo infectando el epitelio en comparación con otros tipos de VPH, de tal forma que aquellas lesiones que presentan VPH 16 podrían progresar a un cáncer más rápidamente que aquellas que no presentan VPH o tienen otro tipo viral. Por tanto, es de esperarse que las infecciones con papilomavirus oncogénicos persistan por más tiempo que las infecciones con virus no oncogénicos.

1.3.2. Factores biológicos de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia del VPH y el cáncer cervicouterino

1.3.2.1. Ciclo de vida del VPH

El ciclo de vida del VPH posee mecanismos importantes que promueven la incidencia y prevalencia tanto del virus como de su desarrollo a largo plazo, como lo es el cáncer cervicouterino. Sin embargo, es importante advertir que a pesar del potencial oncogénico de algunos tipos de VPH, la infección por VPH es una causa necesaria, más no suficiente, para el desarrollo de un cáncer, ya que como se ha mencionado anteriormente, este tipo de infección puede revertirse

espontáneamente o permanecer en estado latente en el 80% de casos detectados (Muñoz *et al.*, 2003, Rama *et al.*, 2008 citados por De Guglielmo *et al.*, 2010).

Una vez expuesto lo anterior, es importante conocer el funcionamiento de los mecanismos que participan en el ciclo de vida de este virus. Como se muestra en la Figura 1.7, éste inicia después de que ha logrado penetrar hasta lo más profundo de la piel, (células basales no diferenciadas) donde su genoma viral es transportado al núcleo y se va efectuando la multiplicación del virus. Más adelante, cuando se da la diferenciación celular, específicamente en la células llamadas *queratinocitos* (células que forman las cuatro capas de la epidermis, siendo la parte más externa o superficiales de la piel), se lleva acabo el estadio productivo del ciclo de los VPH, dándose una explosión de la replicación del ADN viral dentro de la misma célula, produciéndose un gran número de copias, que posteriormente llegan al citoplasma de la célula para el ensamble de las proteínas virales L1, L2, E1, E2, E4, E5, E6 y E7. Una característica esencial en el caso del desarrollo de las lesiones en el cuello uterino es que además de multiplicarse el ADN viral dentro de la célula, éste se integra al genoma celular, como es el caso de los VPH de alto riesgo 16 y 18 (Conzuelo, 2006).

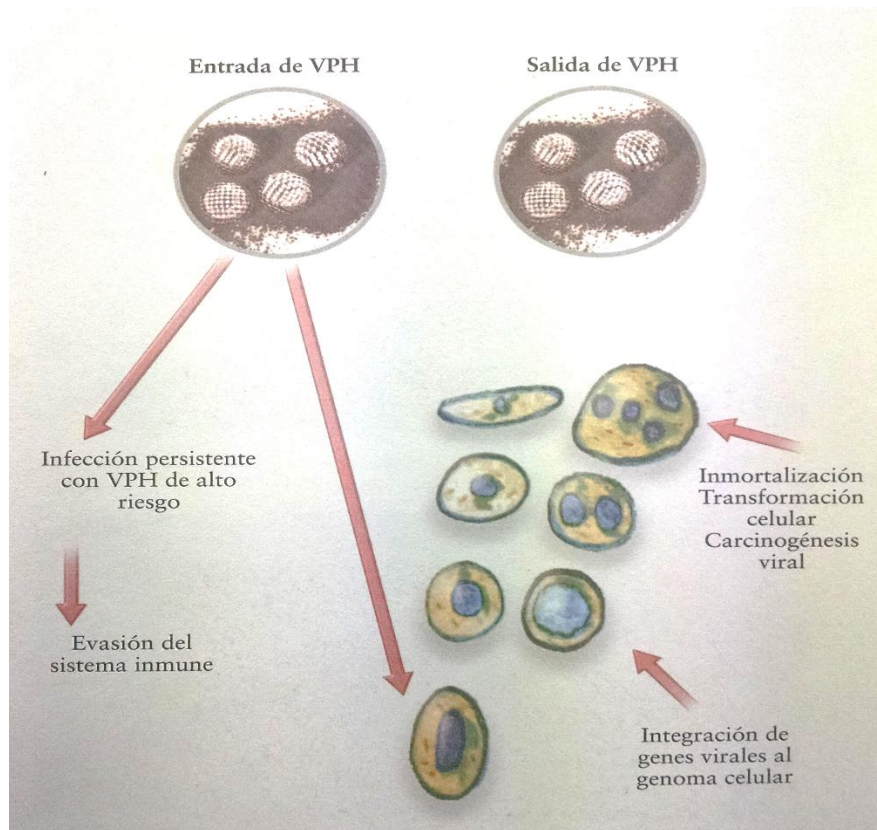


Figura 1.7. Ciclo Vital del VPH.

Fuente: Conzuelo, 2006.

Lizano-Soberón *et al.* (2009) señala que el mecanismo de acción de los VPH de alto riesgo en el desarrollo de la neoplasia cervical se explica principalmente por la acción de dos de sus oncoproteínas virales E6 y E7. Estas oncoproteínas interfieren en las funciones celulares que previenen normalmente un crecimiento excesivo y reparan o destruyen el tejido dañado, lo cual provoca que las células crezcan de forma descontrolada y eviten la muerte celular, proceso conocido como *apoptosis* (NIH, 2015). Este mecanismo, confiere a las células un alto grado de inestabilidad cromosómica. La expresión continua de estos genes es requisito indispensable para mantener el crecimiento neoplásico de las células del cuello uterino (Herzog & Monk, 2007 citados por Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

Lizano-Soberón *et al.* (2009) explica que dentro del ciclo viral del VPH, muchos tipos de VPH inducen solamente lesiones productivas y no se asocian a cáncer humano. En dichas lesiones, la expresión de los productos de los genes virales 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.

Esta característica, que da lugar a la producción de partículas virales en las capas superiores del epitelio, y que Conzuelo (2006) denomina *infección lítica*, parece ser común tanto en virus de alto como de bajo riesgo oncogénico. De esta manera, el cáncer es una consecuencia poco frecuente de la infección por VPH y los eventos iniciales que conducen a la transformación maligna por virus oncogénicos no están del todo esclarecidos. Sin embargo, una posibilidad es que la zona de transformación del cérvix es un sitio del epitelio donde los VPH de alto riesgo no logran regular apropiadamente su ciclo productivo; por lo tanto, la variación tanto en el nivel de expresión de las proteínas virales, como del momento en que esta expresión ocurre, puede repercutir en el desarrollo de cánceres en estos sitios (Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

Simultáneamente, el VPH dentro de su mecanismo de reproducción, posee ciertas características que lo protegen del sistema inmune del ser humano, lo que ayuda a que el combatirlo no sea del todo sencillo. Stanley (2007, citado por Lizano-Soberón *et al.*, 2009) declara que después de una infección natural solo la mitad de las mujeres desarrollan anticuerpos contra VPH detectables, los cuales probablemente no son protectores.

Los VPH infectan el epitelio cervical sin entrar en la circulación, por lo que las partículas no se exponen eficazmente al sistema inmune. Como resultado, la vigilancia inmunológica típica, que involucra el tráfico de células especializadas desde el sitio de la infección hasta órganos linfoides secundarios, se encuentra limitada o abatida. (Kanodia, Fahey & Kast, 2007 citados por Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

Otros determinantes que han sido asociados a la progresión de las lesiones causadas por algunos tipos del VPH son: tipo viral y variaciones intra-tipo de VPHs de alto riesgo (...) y probablemente la carga viral (Castellsagué & Muñoz, 2003, García-Closas, Castellsagué & González, 2005 citados por Lizano-Soberón *et al.*, 2009).

1.3.2.2. Sistema inmune y agentes infecciosos

Como se ha mencionado anteriormente, además de que el sistema inmune de las personas en general se encuentra limitado por lo mecanismo del virus, las personas que posean un sistema inmune debilitado (NIH, 2015), como es el caso de los individuos con inmunosupresión causada por la infección del VIH o el trasplante de órganos, tienen un mayor riesgo para desarrollar cánceres anogenitales, siendo las mujeres las que presentan mayor tasa de incidencia en la adquisición del virus en forma anal y su desarrollo a cáncer anal (Palefsky & Holly, 2003 citados por Muñoz, Castellsagué, Berrington & Gissmann, 2006).

De acuerdo con el CNEGSR (2016), otro caso de un agente infeccioso como factor de riesgo, es la infección por Clamidia y el Herpes (En el caso de la *clamidia*, debido a la inflamación crónica y la producción de mutágenos que ocasiona, incluso se le ha llegado a considerar como factor independiente del VPH en la carcinogénesis cervical (Anttila *et al.*, 2001; Finan, Tamiz & Almawi, 2002; Wallin *et al.*, 2002; Madeleine *et al.*, 2007 citados por De Guglielmo *et al.*, 2009).

1.3.2.3. Alimentación

Barranco-Carmona (2010 en Gámez, 2015) agrega que una mala alimentación, y por ende una deficiente nutrición, ayuda a la persistencia de la infección por VPH y al desarrollo de las lesiones NIC I, NIC II y NIC III, hasta llegar al cáncer de cérvix. A este respecto, Tamayo y Varona (2006) mencionan que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece tal persistencia, ya que, si existe

una menor cantidad de nutrientes indispensables para la manutención y protección de nuestro cuerpo, éste queda vulnerable ante las enfermedades (Hernández-Carreño, Parrilla-Loredo & Quintero-Soto, 2012).

Por consiguiente, Chéchile (2009 en Hernández-Carreño *et al.*, 2012) recomienda una alimentación más rica en frutas y verduras que en carnes, siendo que la nutrición equilibrada en antioxidantes ayuda a reducir la probabilidad de infección.

1.3.2.4. Factor hereditario

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si algún familiar cercano como la madre o la hermana presento cáncer de cuello uterino, las probabilidades de padecer esta enfermedad aumenta de dos a tres veces en comparación las personas en donde no se tienen antecedentes de la enfermedad. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. Sin embargo, este factor no es suficiente para el desarrollo de cáncer, ya que una persona con antecedentes genéticos o no, puede estar más propensa a cumplir con uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos (American Cancer Society, 2016b).

1.3.2.5. Factores ambientales

Los factores de riesgo a nivel ambiental, además de estar asociados a la probabilidad de la adquisición de la infección del VPH, parecen tener un papel relevante con el incremento de riesgo de un cáncer invasor (Pagliusi *et al.*, 2007). Estos incluyen el uso prolongado de anticonceptivos orales (Moreno *et al.*, 2002 citado Pagliusi *et al.*, 2007; Melo & Waliszewski, 2009 citado por Hernández-Carreño *et al.*, 2012), el consumo del tabaco (Melo & Waliszewski, 2009;

Hernández-Carreño *et al.*, 2012), el alcoholismo, la drogadicción y el abuso de algunos medicamentos (Hernández- Carreño *et al.*, 2012).

En el uso de *anticonceptivos orales*, algunos estudios estiman que las mujeres que los utilizan por más de cinco años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino (Melo & Waliszewski, 2009 citado por Hernández-Carreño *et al.*, 2012). Melo & Waliszewski (2009) explican que ello se debe al exceso de hormonas, vinculadas con una persistencia mayor de infecciones provocadas por el VPH.

En el caso del *hábito de fumar y el consumo de alcohol*, Hernández-Carreño *et al.* (2012) refiere que, aunque resulta difícil el relacionar estos factores con el contagio del VPH, se ha comprobado científicamente que poseen un efecto en tal fenómeno. Por ejemplo, en el *abuso nocivo del alcohol*, León *et al.* (2009 en Hernández-Carreño *et al.*, 2012) menciona que se producen sustancias que actúan como oxidantes, los cuáles constituyen un mecanismo importante que induce transformaciones malignas celulares.

Por otro lado, Melo & Waliszewski (2009) indican que *el fumar* posee una relación con la displasia cervical por los ingredientes del humo que se inhala durante la quema del cigarrillo, ya que tales agentes químicos pueden concentrarse en las secreciones genitales masculinas, acelerando la aparición de lesiones genitales y su evolución hacia un cáncer. Y en el caso de la mujer, Alaniz, Flores & Salazar (2009 citados por Hernández-Carreño *et al.*, 2012) agregan que el efecto nocivo se da en las secreciones vaginales, sobre todo en las del epitelio del canal endocervical (el cual es el reservorio del virus del papiloma), lo que genera la entrada del VPH al organismo con mayor facilidad, creando un ambiente óptimo para su propagación.

Por último, *el uso prolongado de medicamentos y la drogadicción* provocan una debilitamiento o depresión del sistema inmunológico, lo que contribuye a una predisposición de que la infección de VPH se desarrolle a un cáncer anogenital o

un CCU como lo señalan Mammias, Sourvinos & Spandidos (2009 citados por Hernández- Carreño *et al.*, 2012).

1.3.2.6. Otros factores de riesgo

Un primer factor, resalta que durante el *coito* la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta al contacto con lesiones internas como externas de VPH en los genitales. El CENSIDA (2011) señala que la falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual o el uso de hormonas.

Un segundo factor se da conforme al *tipo de relación sexual*, las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente; y en ambos sexos, cuando se tiene coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también hay más posibilidades de infectarse (CENSIDA, 2011), sobre todo cuando algunos tipos de VPH tienen preferencias por las células de las mucosas como se mencionó en el apartado 1.2.2. de este capítulo.

El tercer factor se relaciona con la *edad* de las personas, se corre mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITS (CENSIDA, 2011). Sin embargo, algunos estudios describen que a partir de los 55 años de edad también se da un pico en la prevalencia de VPH, esto debido a los cambios hormonales ocurridos después de la menopausia (principalmente la reducción significativa de la producción de la hormona esteroide), al debilitamiento del sistema inmune y a los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio). Dichos cambios en el organismo de las mujeres adultas pueden incrementar la susceptibilidad a la infección por el virus o

activar infecciones latentes (Castle *et al.*, 2006, Rama *et al.*, 2008 citados por De Guglielmo *et al.* 2009).

El cuarto factor, posee relación con los hombres y el que hayan sido circuncidados o no. Una circuncisión con una higiene adecuada puede ayudar a disminuir el riesgo de un contagio, aunque una higiene excesiva no garantiza ni impide el contagio del VPH, pero si disminuyen en un porcentaje considerable las infecciones (Hernández- Carreño *et al.*, 2012). Además, el CENSIDA (2011) destaca que el no estar circuncidado (no se corta el prepucio del pene), es considerado como un mayor riesgo en la adquisición de las ITS.

Un quinto factor de riesgo es la *alta paridad* en las mujeres, Muñoz *et al.* (2006) explica que el tener embarazos múltiples aumenta el riesgo de carcinoma de cuello uterino debido al mecanismo de mantenimiento de la zona de transformación en el exocérvix. Dicho mecanismo, dado durante muchos años en cada embarazo, facilita la exposición al VPH. Así, por ejemplo, Tirado-Gómez *et al.* (2005) señala que el tener más de tres partos aumenta 4.25 veces más el riesgo de desarrollar CCU.

1.4. Diagnóstico y tratamiento médico para el VPH y CCU

1.4.1. Estrategias de diagnóstico

Las infecciones genitales por VPH pueden detectarse en el cérvix, la vagina y la vulva en mujeres; así como el glande, el escroto, el prepucio y la piel del pene en hombres; y en el canal anal y perianal tanto en ambos sexos. Schlecht *et al.* (2001 citados por Lizano-Soberón *et al.*, 2009) mencionan que cerca del 90% de las infecciones genitales son transitorias y desaparecen sin tratamiento, sin causar síntomas clínicos.

Por el contrario, las infecciones genitales que no desaparecen y en las que el virus logra cambiar la estructura celular del huésped causando diferentes tipos

de lesiones epiteliales, se requiere un diagnóstico certero que garantice el cómo se llevará a cabo el tratamiento en el paciente.

Hoy en día el diagnóstico de estas lesiones incluye los cambios macroscópicos, microscópicos y la evidencia molecular de la existencia de ADN del VPH en el tejido estudiado, de ahí la importancia de relacionar la clínica, la histopatología y las técnicas de biología molecular, cuya aplicación permite complementar el diagnóstico y determinar el tipo de lesiones, así como el tipo de VPH (Conzuelo, 2006).

Las pruebas que permiten el diagnóstico del VPH no son exámenes convencionales, como los de sangre (Fernández & Soto, 2008). A continuación, se explicarán los principales estudios diagnósticos que ejemplifiquen con mayor detalle lo anterior. Para lo cual, se retomó la clasificación de Conzuelo (2006), conformando tres grandes apartados, los cuales se ejemplifican con mayor detalle en la Tabla 1.1:

1. Estudios *clínicos*. La medicina permite conocer las características macroscópicas de los tumores, causados por el VPH, en relación con los sitios anatómicos que resultan afectados; asimismo, permite identificar los signos y síntomas que se pueden encontrar en los pacientes afectados. Al mismo tiempo, la observación médica nos proporciona información sobre la historia natural de las diferentes lesiones, como se describió previamente, lo que genera una idea de lo que sucede desde que se da la infección, el desarrollo en algún tipo de lesión específica y un posible cáncer.
2. Estudios *histopatológicos*. Permiten detectar cambios en las células afectadas por el VPH. Mediante la observación del microscopio se pueden identificar alteraciones morfológicas de los tejidos y células afectadas. De igual manera, el criterio histopatológico permite clasificar las lesiones como benignas, premalignas o malignas, mediante el estudio y análisis de citologías cervicovaginales.

3. Estudios de *biología molecular*. Permiten identificar las pequeñas porciones de ADN virales de los VPH con gran exactitud y son útiles para identificar el tipo de VPH agresor, principalmente mediante el uso de la reacción en cadena de polimerasa (PCR) y por medio de técnicas de secuenciación de nucleótidos.

Por otra parte, estas técnicas ayudan a comprender los complejos mecanismos moleculares de la carcinogénesis de los VPH de alto riesgo, como son los tipos 16 y 18.

Conzuelo (2006) señala que en la mayoría de los casos el diagnóstico clínico –*médico*- y patológico es suficiente para identificar las lesiones por el VPH, excepto cuando la infección es latente, es decir, aquella que no produce cambios en la piel y por tanto no las detecta el médico, en este respecto se realizan los estudios de biología molecular.

Tabla 1.1

Principales métodos diagnósticos para la detección del VPH.

CLASIFICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS GENERALES	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO. Nota: En muchas ocasiones los estudios de diagnóstico clínico e histopatológicos se realizan en conjunto como métodos complementarios; es por ello que se ejemplifican en un mismo apartado.	Citología vaginal o Papanicolaou.	<p>*Se utiliza para detectar cambios celulares o células anormales en el cuello uterino.</p> <p>*La terminología médica actual para describir los resultados, se basa en el sistema Bethesda, aprobado por la Organización Mundial de la Salud (Tabla 1.2).</p>	<p>Estando la mujer en posición de parto, se introduce cuidadosamente un instrumento llamado <i>espéculo vaginal</i> (coloquialmente conocido como <i>pato</i>) para expandir el canal vaginal con la finalidad de ubicar el cuello del útero. Una vez realizado lo anterior, se toma una muestra del cuello mediante un raspado o cepillado ligero (con un cepillo endocervical).</p>
	Colposcopia	<p>*Permite observar lesiones precancerosas del cuello de la matriz.</p> <p>*Al ser un método complementario, es común realizarlo después de la toma del Papanicolaou.</p>	<p>Se utiliza un aparato llamado colposcopio, diseñado para observar el cuello de la matriz con aumento óptico, el cual permite ver a detalle la superficie del cuello.</p> <p>Las imágenes del cuello uterino son captadas en fotografías, lo cual permite conocer el tamaño y localización de las lesiones precancerosas.</p>
	Biopsia	<p>*Revela si existe cáncer, lesiones precancerosas o cambios causados por el VPH en el cuello uterino.</p> <p>*Se realiza sólo en pacientes donde los resultados de la colposcopia y prueba del Papanicolaou evidencian cambios en el cuello uterino.</p>	<p>La muestra se toma mediante la misma posición de parto que el Papanicolaou. En este caso, se extrae con una pinza especial un fragmento de tejido del cuello uterino.</p>

DIAGNÓSTICO DE BIOLOGÍA MOLECULAR	Penescopia	*Permiten detectar lesiones subclínicas imperceptibles a la observación simple.	El examen consiste en realizar unos tintes sobre el pene (desde el surco que queda al retraer el prepucio hasta dejar en descubierto el glande, y toda su circunferencia), particularmente sobre el glande, y observar mediante un microscopio binocular el comportamiento de los tejidos. El examen dura pocos minutos, no produce molestias y no requiere reposo.
	Androscopia	*Determina la extensión y profundidad de las lesiones precancerosas o de infección subclínica (no visibles al ojo humano).	Consiste en una penescopia más la revisión meticulosa del tracto anogenital masculino: escroto (bolsa que contiene los testículos), el periné y ano. Una vez localizada la lesión, se selecciona la zona afectada de mayor gravedad para la toma de la biopsia.
	Hibridación in situ	Permite la localización de ADN viral en el lugar de tejido en que se encuentra. Es especialmente útil para localizar subtipos de VPH.	En la mujer se toma con la misma técnica que un Papanicolaou; de igual forma también se puede realizar mediante la orina. En el caso del hombre, se toma una muestra mediante un cepillado genital exterior y en ocasiones, un cepillado de la uretra.
	Reacción en cadena de Polimerasa (PCR)	*Consiste en determinar la presencia del virus a través de la medición del ADN. *Útil no sólo para diagnosticar papilomavirus son para identificar el tipo de VPH (proporciona el perfil viral).	

Nota: Elaboración propia a partir de información de la American Cancer Society, 2016a; Clínica Papiloma, 2016; Conzuelo, 2006; Fernández y Soto, 2008; García-Rojo y Morillo-Castro, 1999; Ginecología y Obstetricia de Vanguardia, 2012.

Tabla 1.2

Evolución de la Nomenclatura para los resultados de la prueba de Papanicolaou.

Papanicolaou 1945	OMS 1973	Bethesda 2001
Clase I	Normal	Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer.
Clase II	Atípico	<p>Células escamosas atípicas (ASC).</p> <p>No se sabe que provoca los cambios celulares.</p> <p>Se divide en dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASC-US (<i>atypical squamous cells of undetermined significance</i>). Células escamosas atípicas de significado indeterminado. Éstos pueden estar relacionados con una infección por VPH, pero pueden ser causados también por otros factores. • ASC-H, (<i>atypical squamous cells</i>), las células escamosas atípicas, no pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Es posible que exista un riesgo mayor de que las lesiones ASC-H sean precancerosas en comparación con las lesiones ASC-US.
Clase III	<p>Displasia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leve (NIC 1) ▪ Moderada (NIC II) ▪ Severa (NIC III) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. ▪ Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
Clase IV	Carcinoma in situ	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
Clase V	Carcinoma o adenocarcinoma invasor	Células de carcinoma escamoso.

Fuentes: Conzuelo, 2006; NIH, 2014.

1.4.2. Tratamientos

Con los conocimientos que se tienen sobre el problema y la respuesta inmune del paciente, el tratamiento actual debe perseguir los siguientes objetivos: a) Atacar directamente al agente causal de la enfermedad, según el tipo de VPH de que se trate; b) Iniciar el tratamiento desde que se identifica y se verifica cualquier tipo de infección causada por el VPH, desde una infección latente (asintomática) hasta una infección asociada al cáncer; y c) Estimular la respuesta inmune del paciente y generar memoria inmunológica contra los VPH (Conzuelo, 2006).

Conzuelo (2006) advierte que las vacunas que existen en el mercado no garantizan protección contra todos los tipos de VPH, conocidos o no; por tal motivo, mientras no se cuente con la terapéutica ideal y segura, está justificado continuar con los tratamientos disponibles en este momento como son los *quirúrgicos* y los *tópicos*. Mediante la experiencia clínica se ha demostrado, que dichos tratamientos, al combinarse obtienen mejores resultados ya que cualquiera, realizado aisladamente puede mejorar algunos casos sólo en un 50%.

1.4.2.1. Métodos quirúrgicos

A menudo la cirugía es el tratamiento principal en los casos evidentes de lesiones por VPH, los procedimientos quirúrgicos son variados y se adaptan a cada situación en particular (Conzuelo, 2006).

Los instrumentos quirúrgicos tradicionales (bisturí, pinzas tijeras, etc.) se utilizan en la mayoría de las lesiones y su ventaja es que se encuentran al alcance de la mayoría de los médicos. Comúnmente, para las lesiones mayores a 1 cm y lesiones pequeñas y planas, podría usarse el bisturí; en las primeras, se realiza una resección con margen aparentemente sano y en la segunda un raspado. Y en el caso de las lesiones blandas pequeñas, éstas se extirpan con pinzado y tracción (Conzuelo, 2006).

Otros instrumentos quirúrgicos, con más complejidad en su manejo, son el electrocauterio, el asa diatérmica o el rayo láser⁵, y como se mencionó con anterioridad, la experiencia del médico profesional es indispensable para no lesionar tejidos sanos y evitar cicatrices que comprometan la estética y función de los órganos afectados (Conzuelo, 2006).

Una técnica que no requiere anestesia es la *criocirugía*, la cual consiste en colocar sobre el cérvix un dispositivo que está conectado a un cilindro de nitrógeno, este dispositivo enfría hasta congelar el cuello de la matriz con la finalidad de destruir el tejido anormal. Por otra parte, también existe la *cauterización* la cual trata las lesiones virales con la aplicación de voltaje al tejido a través de un electrodo. La mayoría de las veces estos procedimientos son indoloros, pero se puede administrar un analgésico simple antes o después del procedimiento. En caso de que las lesiones persistan, se puede utilizar la *conización*, también llamada coloquialmente como *cono*, este método quirúrgico elimina una parte del cuello de la matriz removiendo en su totalidad los tejidos lesionados; al finalizar la cirugía, el tejido *obtenido* se manda analizar microscópicamente para corroborar si se removió toda la lesión. En este último caso se requiere de anestesia general e internamiento (Fernández & Soto, 2008).

En casos en que se diagnostiquen lesiones avanzadas y extensas, como una displasia severa, en un cáncer *in situ* o en procesos más avanzados, Fernández y Soto (2008) plantean la importancia de realizar una *histerectomía*, en la cual se extrae el cuello uterino como la matriz. Su ventaja radica en que el virus deja de ser un peligro para la mujer, pues, aunque quede en la vulva o en la vagina, las lesiones precancerosas se producen sólo en el cuello de la matriz.

En términos generales, se considera que la cirugía como método terapéutico, tiene porcentajes de recaída altos, que pueden ser del 50% incluso realizando una técnica quirúrgica adecuada, ello se debe a la existencia de la infección subclínica o latente. Por ello se recomienda un tratamiento coadyuvante

⁵ Esta técnica se da a través de un rayo que vaporiza las células anormales, trata las lesiones de la matriz como el resto del tejido genital, sin generar dolor ni molestias (Fernández & Soto, 2008).

a la cirugía, así, por ejemplo, una vez realizada la intervención quirúrgica, se puede combinar con un agente tópico como el ácido acético (conocido como Acimux-T), un medicamento capaz de inactivar al VPH, el cual debe administrarse inmediatamente después de que se extirpen las lesiones (Conzuelo, 2006).

1.4.2.2. Empleo de agentes tópicos

Los principales medicamentos de acción tópica (en la piel) que tienen efecto terapéutico contra el VPH y que han soportado el paso del tiempo son los siguientes Conzuelo (2006):

- El *ácido tricloracético*. Se utiliza para el cuello uterino y los condilomas acuminados en el cuerpo o los genitales, su aplicación es sobre la lesión y debe evitarse contacto con la piel no afectada, ya que actúa sobre los tejidos coagulando proteínas celulares y su uso es exclusivo del médico, ya que si no se administra con precaución puede causar quemaduras químicas extensas. Se puede utilizar durante el embarazo. El porcentaje de recurrencia con este tópico va de 15 a 50%.
- El *5-fluoruracilo*. Este medicamento se usa principalmente en condilomas acuminados, es anticanceroso actuando sobre el ADN y sus mejores resultados se han observado en lesiones de uretra y vagina; sin embargo, su porcentaje de recaída es de 15 a 50%. Este tópico está disponible en crema al 5%, y su administración puede producir inflamación, ulceración y dolor; por otro lado, no se debe utilizar durante el embarazo, ya que causa malformaciones en el feto. La duración del tratamiento requiere de ocho a 10 semanas para lograr el control de los condilomas, con su aplicación dos veces por semana.
- La *podofilina* y sus derivados. La podofilina, es extraída de la raíz de las plantas *Podophyllum peltatum* y *Podophyllum emodii*, contiene muchas sustancias químicas, pero la más activa es de su derivado llamado

podofilotoxina, un agente que produce la muerte de las células de la piel. Debido a sus efectos neurotóxicos no se debe aplicar en más de 10 cm² de piel ni en pacientes con lesiones múltiples o extensas. Estos tópicos son contraindicados para el embarazo, ya que contiene impurezas que son dañinas para el feto. El tratamiento completo requiere de cinco a ocho semanas, con aplicaciones dos veces por semana. Las lesiones solitarias tratadas con este medicamento, presenta recaídas en 20 y 40% de los casos.

Por otro lado, aunque su uso es menos frecuente, es necesario mencionar otros medicamentos en el tratamiento del VPH (Conzuelo, 2006):

- *Imiquimod*. Es una amina heterocíclica utilizada para combatir los condilomas acuminados, durante su aplicación puede haber excoiación y erosión sobre el sitio de aplicación. Su costo y duración de tratamiento (16 semanas con administración de tres veces por semana) hacen que su uso sea limitado, siendo su eficacia de curación en el 50% de los pacientes, aunque en lesiones pequeñas la recaída es del 20%.
- *Cidofovir*. Es un antiviral que inhibe a la enzima DNA-polimerasa; se ha usado con éxito por vía intravenosa para casos severos de papilomatosis respiratoria con afección pulmonar y de verrugas vulgares. Se desconoce el porcentaje de recaída en los pacientes que lo han usado.
- *Interferones*. Los interferones alfa, beta y gamma son sustancias que normalmente se producen en los humanos, tienen efecto antiviral y antiproliferativo. Como medicamento, los interferones están disponibles en cremas o inyecciones para uso tópico y sistémico. Sin embargo, el más empleado en las infecciones causadas por el VPH es el interferón alfa. En la actualidad, por su alto costo, este medicamento se ha limitado para casos severos que no responden a otro tratamiento. Algunos de los resultados de estudios controlados reportan que la combinación de láser

más interferón alfa 2a o 2b subcutáneo logran la curación de casos severos de verrugas en 52% de los casos.

- *Acimux-T*. Es una formulación de ácido acético al 99% con azul de metileno al 1%. Se trata de un medicamento creado y patentado en México, utilizado en la mayoría de las presentaciones clínicas de infecciones causadas por VPH, en casos de lesiones de piel y mucosas. Como se ha mencionado con anterioridad, este tópico es útil como coadyuvante de la cirugía de las verrugas comunes, condilomas acuminados y papilomas o lesiones papilares. Su mecanismo de acción consiste en que modifica el pH intracelular y desnaturaliza las proteínas celulares. Dicho mecanismo, también ejerce efecto directo sobre el virus, desnaturalizando las proteínas virales y fijas al ADN viral. La suma de estos dos efectos causa la inactivación de los VPH sobre la superficie de la piel. La administración de este medicamento es breve: se aplica sobre el sitio operado durante tres segundos, seguido de una neutralización rápida con agua estéril (un minuto) con la finalidad de evitar una quemadura química. Este tratamiento no se utiliza de forma aislada (sólo como coadyuvante), su ventaja es que su uso puede darse durante el embarazo y la lactancia; además de que por su bajo costo se encuentra al alcance de todos los bolsillos.

Los resultados de la cirugía más *Acimux-T* proporcionan control de las lesiones en 90% de los casos con 10% de recurrencias. No obstante, se desconoce su efecto sobre la infección subclínica latente, y la asociada con cáncer; casi toda la experiencia terapéutica con estos tópicos viene del tratamiento a verrugas y condilomas. Por último, su uso depende en gran parte de la experiencia del médico tratante; por tanto, no hay esquemas terapéuticos bien definidos en cuanto a dosis y tiempo de aplicación.

1.5. Epidemiología: el VPH como asunto de salud pública

Los VPHs de tipo oncogénicos siguen causando gran mortalidad en la población (Conzuelo, 2006), sobre todo en las mujeres. La OMS (2015a) estima que, a nivel mundial, el cáncer cervicouterino (CCU), es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en la mujer. La organización reportó que en el año 2012 hubo 530 000 nuevos casos, que representaron el 7.5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 85% de esas muertes se producen en países en desarrollo, es decir los países de ingresos bajos y medianos.

Por lo anterior la OMS (2015a) señala que el CCU es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres pertenecientes a estas regiones menos desarrolladas, donde la organización estimó que en 2012 hubo unos 445 000 casos nuevos, lo que representó el 84% de los casos nuevos diagnosticados a nivel mundial.

Con respecto a América Latina, Conzuelo (2006) menciona que el CCU es el tumor maligno más frecuente en la mujer, lo que respalda la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) la cual advierte que, aunque el CCU puede ser altamente prevenible, en 2012 más de 83 100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino en la región de las Américas y casi 35 700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad, de las cuales el 80% residía en América Latina y el Caribe (ALC).

De acuerdo con el CNEGSR (2016) en México desde 2006 el CCU iguala a América Latina, ya que también este tipo de cáncer representa la segunda causa de muerte en la mujer. En el año 2014, con respecto a la distribución de casos de CCU con relación a la edad, el CNEGSR declara un registro de 3 063 casos nuevos de tumores malignos de CCU con una tasa de incidencia de 6.08 por cada 100 000 habitantes mayores de 10 años. De igual forma, la distribución muestra un incremento a partir de los 35 años, donde el grupo de 50 a 59 años registró el mayor porcentaje con alrededor del 30% de todos los casos nuevos del mismo

año, con la edad promedio de presentación de 49.2 años. En cuanto a defunciones, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 4,056 defunciones con una tasa cruda de 11.9 defunciones por cada 100 000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.15 años. Además, la CNEGSR agrega que las entidades con mayor mortalidad por CCU son: Chiapas (18.2) Morelos (17.2), Sonora (15.7), Quintana Roo (15.2), Chihuahua (15.1) y Baja California (15.0).

Un estudio del laboratorio farmacéutico llamado Merck Sharp and Dohme (MSD) estimó que en México existen 800 mil menores de 18 años que ya fueron infectados con el VPH. De estos jóvenes contagiados, MSD calculó que 500 000 son hombres y 300 000 mujeres (Cruz, 2010). Ahora bien, habría que preguntarse cuántos de estos casos tuvieron la probabilidad de entrar a las cifras de la CNEGSR antes mencionadas y cuántos de ellos podrían desarrollarse a un posible cáncer, siendo las mujeres el grupo de mayor vulnerabilidad como las cifras lo refieren; ya que como revela la OMS (2015a) a pesar de que se han puesto en marcha programas que permiten que las mujeres se sometan a pruebas de detección de la mayor parte de las lesiones precancerosas en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente (el tratamiento oportuno previene hasta el 80% de los casos de CCU), la realidad es que en los países de desarrollo existe un escaso acceso a este tipo de pruebas, significando entonces que con frecuencia la enfermedad se detecte hasta las fases más avanzadas donde aparecen los síntomas, por lo cual se entiende el porqué de las altas tasas de mortalidad por CCU en estos países.

En conclusión, la OPS (2014) sostiene que el CCU pone de manifiesto las enormes desigualdades existentes en la región ALC en términos de riqueza, género y acceso a los servicios de salud.

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) señala que sólo una de cada dos mujeres mayores de 25 años se ha realizado una prueba de detección para cáncer de cuello uterino (CNEGSR, 2016), por lo tanto,

es necesaria la implementación de estrategias de intervención primarias y secundarias que actúen en conjunto para lograr un cambio significativo en la disminución de casos nuevos de infección del VPH, lo que en consecuencia evitará la incidencia de casos de CCU.

1.6. Medidas epidemiológicas de combate hacia el VPH y el CCU a nivel general

Como ya hemos visto hasta el momento, son varios los factores involucrados en el establecimiento de la infección por VPH y su posible progresión a diferentes grados de lesiones precancerosas, así como su desarrollo a un cáncer. Para lo cual, el conocimiento integrado de estos elementos que involucran a la persona como entidad social y biológica es fundamental para que se implementen los programas de intervención correspondientes para cada caso específico, así por ejemplo, para evitar la infección del VPH, se pueden utilizar programas de prevención (educativos y profilácticos) y, en el caso de que se haya desarrollado la enfermedad, puede desarrollarse un manejo de recursos disponibles para el tratamiento y seguimiento de los diferentes niveles de la patología, en este caso: el CCU (De Guglielmo *et al.*, 2009).

El cáncer cervical se puede prevenir, primero porque es causado por un agente infeccioso prevenible, y segundo porque se desarrolla a lo largo de muchos años, lo que ofrece muchas oportunidades de intervenciones focalizadas en prevenir la progresión de la infección a la enfermedad (Pagliusi *et al.*, 2007). No obstante, es importante considerar que el éxito de supervivencia en mujeres con CCU dependerá en gran medida de las características específicas del tumor, la condición de la paciente, el plan de tratamiento, la presencia y el tipo de VPH y el grado de desarrollo de la lesión en el momento de la detección (Lyng *et al.*, s.f; Lyng, Sundfor, Trope & Rofstad, 2000, citados por De Guglielmo *et al.*, 2009).

Para la prevención de la infección por VPH y un desarrollo de CCU, se tienen las estrategias de prevención *primarias y secundarias* (Pagliusi *et al.*, 2007).

1.6.1. Prevención primaria

Las estrategias de prevención primaria son intervenciones centradas en evitar y reducir la exposición al agente infeccioso y, a factores de riesgo que causan la enfermedad. Es decir, que esta estrategia se utiliza en el periodo prepatógeno el virus, y en este caso específico, se trata de evitar que el VPH se transmita en sus diferentes modalidades, siendo la sexual la más importante y/o realizar la exposición al virus de forma inocua con programa de inmunización -por ejemplo, mediante la vacunación- (Pagliusi *et al.*, 2007).

En así que, la intervención primaria provee cambios dentro del medio biológico, el de comportamiento y el ambiental, como lo ilustra la Figura 1.8. Como se puede apreciar, esta figura tomada de Pagliusi *et al* (2007) señala las cuatro áreas donde se pueden realizar los cambios en la prevención y tratamiento del proceso salud-enfermedad del CUU, y no sólo de las estrategias primarias sino también de las secundarias, como se explicará más adelante. En este caso, el objetivo principal es que una vez que se tenga el conocimiento del área y cambio que se quiera realizar, se pueden diseñar e implementar estrategias de prevención más eficaces en reducir la morbilidad/mortalidad del CCU.

La modificación del comportamiento es un enfoque que ayuda a cambiar la dinámica de transmisión del VPH (Pagliusi *et al.*, 2007). La *promoción de la salud* es ideal para mantener el control total de la enfermedad. Para ello se requiere una educación sexual dentro del ámbito familiar y escolar; pareciendo relevante centrarla en la población sexualmente activa (Conzuelo, 2006), y en la población aún no ha iniciado su vida sexual.

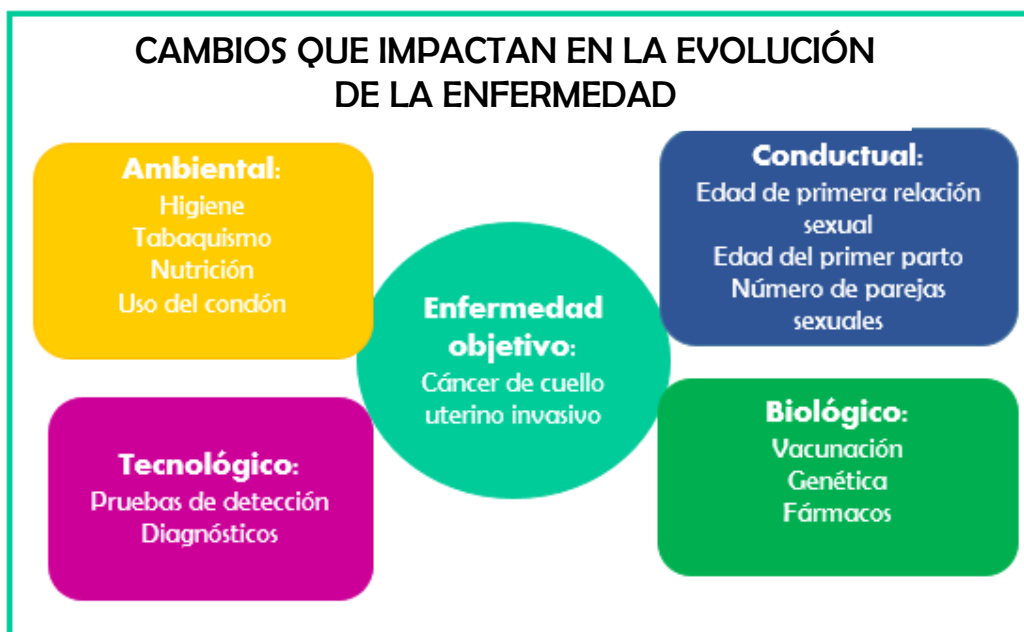


Figure 1.8. Cambios que impactan en la evolución de la enfermedad: CCU.

Fuente: Pagliusi *et al.* (2007 p.397). Traducción propia.

Las acciones de la promoción a la salud deben centrarse en fomentar prácticas sexuales seguras, a través del asesoramiento en centros de salud reproductiva y planificación familiar (Pagliusi *et al*, 2007) y ello conlleva que se toquen puntos esenciales como los descritos a continuación (Conzuelo, 2006; Pagliusi *et al.*, 2007):

- a. Informar acerca de la infección por VPH, sus vías de transmisión, sus factores de riesgo, sintomatología, consecuencias a largo plazo y formas de prevención; a fin de que disminuyan los casos de relacionados con cáncer y por ende la mortalidad que causa;
- b. Uso correcto de los métodos anticonceptivos, en especial el uso del condón, tanto el condón masculino como el femenino, sin olvidar su uso en el sexo oral, ya que el VPH además de encontrarse en el área anogenital, puede estar presente en boca, por lo cual es indispensable el uso de estos métodos en todos los casos;

- c. Destacar la importancia de acudir al médico tanto en prevención, diagnóstico y tratamiento, para evitar la transmisión de la infección a otra persona y se genere el desarrollo de esta en etapas de signos y síntomas más severos. En el caso de que se detecte a una persona como portadora asintomática de VPH, es importante el realizar un tratamiento simultáneo con la pareja, con la finalidad de disminuir y evitar reinfecciones posteriores.

Junto con la estrategia de promoción de la salud, debe incluirse la inmunización, conocida en el ámbito público como *campaña de vacunación*. Esta intervención, surge ya que muchas de las veces los métodos de diagnóstico y tratamiento son costosos y no del todo efectivos para disminuir la propagación del VPH (Conzuelo, 2006); aunque la vacunación ha demostrado ser del siglo pasado, es una de las intervenciones de salud pública que pueden salvar más vidas y son muy rentables dentro del costo-beneficio contra las enfermedades infecciosas (Fenner, 1982; Heymann y Aylward, 2004 citados por Pagliusi *et al*, 2007), teniendo un alto impacto sobre el peso de la enfermedad, sobre todo si se aplica en las zonas donde la incidencia de la enfermedad es más alta y afecta a gran parte de la población (Pagliusi *et al*, 2007).

Así pues, las vacunas contra el VPH se han dirigido principalmente para reducir la incidencia de cáncer cervical en los adultos. Dado que las vacunas profilácticas contra el VPH tienen por objeto prevenir las infecciones por VPH en lugar de eliminarlas, se cree que la vacunación es más eficaz si se administra antes del inicio de la actividad sexual, por ejemplo, en la adolescencia, con el fin de evitar el pico de prevalencia del VPH reportado entre 15 y 25 años (Ho *et al*, 1998; Moscicki *et al*, 1998; Woodman *et al*, 2001 citados por Pagliusi *et al*, 2007).

Algunos autores (Pagliusi *et al.*, 2007; Medeiros *et al.*, 2009 citados por Lizano-Soberón *et al.*, 2009; García, 2007 citado por Romero, 2012;) señalan que, a pesar de los seguimientos de la eficacia de las vacunas, aún serán necesarios muchos años para visualizar y determinar su eficacia en la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, aunque refieren que con una vacunación bien

implementada, aún más en los países en desarrollo, se podrán reducir de manera rápida el número de pruebas de Papanicolaou y ayudará al sistema de salud con los gastos de la vigilancia y tratamiento de las lesiones ocasionadas por el VPH. Sin embargo, Conzuelo (2006) plantea que no se puede pensar que una vacuna pueda llenar los ideales terapéuticos en su totalidad, ya que se debe ver a ésta como una opción más de tratamiento, más no la solución completa a la infección del virus y mucho menos el que a vacuna por sí sola disminuya la incidencia y mortalidad por cáncer de la matriz.

1.6.2. Prevención secundaria

Las estrategias de prevención secundarias incluyen todas las intervenciones después de que una persona es infectada por el VPH (es decir cuando la infección se encuentra fase latente o subclínica), por lo cual se llevan a cabo acciones dirigidas a la detección temprana y tratamiento de lesiones precursoras de cáncer cervical invasivo. Lo anterior, con la finalidad de inhibir o retrasar el desarrollo y progresión de la infección a un CCU. En este caso, para la detección de mujeres asintomáticas se ha hecho uso de diferentes aproximaciones tecnológicas (Pagliusi *et al.*, 2007).

En este caso, se tienen tres estrategias importantes que abarcan varios niveles de prevención (Conzuelo, 2006; Pagliusi *et al.*, 2007; Melo y Waliszewski, 2009; Consuegra *et al.*, 2004, citados por Romero, 2012;):

1. *Diagnóstico temprano.* Éste se obtiene mediante la realización de una buena exploración física e historia clínica completa de la persona, donde exista un apartado que explore los tipos de prácticas sexuales de riesgo que ejerce la persona, por ejemplo, el número de parejas sexuales que ha tenido; también es importante el llevar a cabo un examen genital completo por lo menos una vez al año: correspondiendo el examen de Papanicolaou

con Colposcopia para la mujer y el estudio conocido como Penoscopia en el hombre.

Hay dos enfoques de detección generales:

- (a) la detección de lesiones precursoras mediante exámenes histopatológicos y de biología molecular (descritos en el apartado 1.4.1) y;
- (b) la detección para el cáncer presintomático (invasivo o pre-invasiva) asistido por inspección visual, ya que se presenta cierta sintomatología que genera molestia en el paciente y acude a una consulta general.

Así, este nivel de prevención sirve para la detección de anomalías celulares inducidas por la infección por el VPH (que van desde las displasias leves a carcinoma in situ), y proporcionar el tratamiento adecuado para prevenir la progresión a cáncer invasivo. Esta es la base de la mayoría de los programas de detección. De igual forma, se pueden incluir otros estudios como la hibridación in situ o el PCR para identificar los tipos de VPH de alto riesgo en ambos sexos.

2. *Tratamiento oportuno* (apartado 1.4.2). El tratamiento dependerá del tipo de lesiones encontradas y el lugar de la lesión; además el criterio y experiencia del médico tratante influirá en su aplicación y la combinación de los diferentes tratamientos.

De igual forma, se recomienda evitar realizar conductas de que pueden exacerbar la enfermedad, como el consumo excesivo de alcohol y tabaco; realizar ejercicio al menos tres veces por semana; llevar una alimentación rica en antioxidantes (frutas y verduras), vitamina C, ácido fólico y fibra vegetal, disminuyendo el consumo de carnes rojas; evitar el estrés dado que éste baja las defensas del organismo; mantener horarios de sueño estables (8 horas

diarias); tener hábitos sexuales monógamos y hacer uso constante del preservativo.

Por último, conviene subrayar que el tratamiento para cánceres invasivos en una etapa temprana tiene una alta probabilidad de éxito en la prevención de la discapacidad o la muerte por la enfermedad.

3. *Limitación del daño.* En concreto, aquí lo que se pretende es evitar la extensión de las lesiones y sobre todo el que las lesiones benignas se conviertan en pre malignas y malignas.

Goldie *et al.* (2004a, citado por Pagliusi *et al.*, 2007) señala que cuando las estrategias primarias y secundarias se utilizan de manera conjunta, se ofrecen resultados más efectivos en poco tiempo, dado que el impacto de la vacunación sobre el cáncer no es tan inmediato.

1.6.3. Prevención terciaria

Consiste en la rehabilitación de los pacientes con secuelas laríngeas y genitales, donde resulta de gran importancia el control de la infección (Conzuelo, 2006).

En conclusión, Pagliusi *et al.* (2007) destaca que la oportunidad de reducir el CCU se encuentra en las manos de los profesionales de la salud, ya que cuentan cada vez con más información para comprender los virus del papiloma humano como: su biología molecular, sus mecanismos de transformación, y la etiología de las enfermedades que puede causar; además nuevas tecnologías de detección en los países desarrollados ofrecerían avances significativos en la prevención secundaria, mientras que las vacunas contra el VPH pueden ofrecer una intervención relativamente sencilla y rentable. Sin embargo, los autores advierten que para los próximos años será necesaria una mejor combinación de niveles de prevención aplicados a los diferentes factores de cada país a nivel local, regional, nacional, siendo el reto del futuro, aplicarlas a nivel global.

1.6.4. Otras recomendaciones de acción

En el caso del control de la infección por VPH, algunos autores (Conzuelo, 2006; Hernández- Carreño *et al.*, 2012) apuntan la necesidad de luchas y esfuerzos de múltiples actores, en diferentes frentes de acción social, con la finalidad de que se dé una participación y modificación efectiva del Sistema de Salud. De acuerdo con Di Cesare (2007, p.47):

Resulta (...) evidente la importancia de las políticas públicas para difundir, ante todo, información relacionada con las enfermedades sexualmente transmisibles y garantizar a todos los individuos, independientemente de su condición socioeconómica, el acceso a los medios que les permitan tener una vida sexual segura.

El autor recomienda lo anterior, a raíz de considerar que una gran parte de la población no cuenta con los servicios necesarios básicos para una buena calidad de vida (alimentación, vivienda, servicios de salud, empleo, entre otros), lo que la deja expuesta y vulnerable ante las enfermedades (Hernández- Carreño *et al.*, 2012). A su vez, Pagliusi *et al.* (2007) agregan que, para realizar las diferentes acciones propuestas, se debe tomar en cuenta que los cambios de comportamiento sexual son un tema complejo y muy difícil de lograr.

Con respecto a qué poblaciones se deben enfatizar las diferentes acciones preventivas, en el caso de los países en desarrollo tanto Conzuelo (2006) como Hernández- Carreño *et al.* (2012), concuerdan en poner especial atención en la población adolescente, por sus características de vulnerabilidad y riesgo ante las enfermedades, donde se creen estrategias de educación para la salud sexual y reproductiva basadas en proveer información ilimitada acerca de la sexualidad y las ITS, así como promover estilos de vida saludables y/o actitudes preventivas tendientes a evitar la infección por VPH, ya que en la mayoría de los casos, la población adolescente al contar con información limitada realiza una búsqueda de información que no siempre posee fuentes fidedignas (p.ej. uso del internet o

comunicación entre pares), lo que puede hacerlos acreedores de contraer con más facilidad una ITS de una manera inadvertida, entre ellas el VPH.

Así mismo, Brebi, Hartley, G.Ili, Roa y Sánchez (2013) agregan que un tema controversial dentro de la prevención primaria a nivel profiláctico (aplicación de la vacuna por VPH) es la posibilidad de vacunar a los hombres en vez de las mujeres⁶, pues señalan que la infección por VPH en el hombre ha sido considerada en el ámbito biomédico como un problema menor y de escasa relevancia a pesar de que varios estudios han demostrado lo contrario⁷. En efecto, Giuliano *et al.* (2011, citados por Brebi *et al.*, 2013), refieren que aunque la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el uso de las vacunas tanto en hombres como en mujeres, no mencionan la posible asociación del virus con otros cánceres en el hombre, ni tampoco que éste sexo es el portador silencioso de los diferentes tipos del VPH, algunos de los cuales conducen a la mayoría de los casos de CCU, por lo que su vacunación podría disminuir radicalmente la incidencia de CCU en las mujeres, como también el cáncer anal en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). A este respecto, Pagliusi *et al.* (2007) sostiene que el VPH se transmite principalmente por una pareja masculina, por lo que la vacunación en los varones puede tener un impacto en la transmisión del virus y, en consecuencia, en la incidencia de enfermedades

⁶ La decisión de la FDA junto con la CDC dada en 2006, de implementar la vacuna en la mujer, en especial a niñas de 11 a 12 años se argumentó a raíz de que este sexo es la población de mayor vulnerabilidad en la presencia de los efectos adversos a largo plazo del VPH. La edad fue elegida ya que el objetivo de la vacuna es ser administrada antes del comienzo de las relaciones sexuales para la obtención de un máximo beneficio, aunque también se menciona que se pueden incluir a las mujeres mayores con actividad sexual; sin embargo, el beneficio sería menor o no podría haber alguno ya que la vacuna no es efectiva cuando la mujer ya posee la infección (Secretaría de Salud, s.f.). En pocas palabras, si la vacuna es administrada en niñas que aún no hayan estado en contacto con el virus, se genera una mejor respuesta inmune para combatir la enfermedad (Lomelín, García, Braverman & Barrientos, 2016).

⁷ Brebi *et al.* (2013) menciona que varios estudios realizados en diferentes regiones geográficas muestran que la frecuencia del VPH en la población masculina es elevada, la cual va de 1,3% al 84%, donde la mayor incidencia del virus predominó en países en desarrollo. Por ejemplo, en Chile, un estudio realizado a estudiantes universitarios reveló que el 84% de los casos estudiados daban positivo a VPH, mientras que estos porcentajes disminuían en estudios similares en Estados Unidos (62%) y Corea del Sur (8,7%). Caso similar ocurrió, comparando los resultados de dos investigaciones, una hecha en México y otra en Japón; en nuestro país, un estudio dio a conocer que el 50% de los casos en jóvenes asintomáticos de 20 a 29 años dieron positivo a HPV, pasando algo similar en un estudio realizado a soldados estudiados (48%), mientras que en Finlandia y Suecia, los resultados eran mucho menores con 9.1% y 12% respectivamente.

de la mujer, refiriendo que Hughes *et al.* (2002) plantean la posibilidad de que la estrategia de vacunar solo a las mujeres sería menos eficiente que la dirigida a ambos sexos.

La OMS (2015a) ha señalado que varios países han empezado a vacunar no sólo a las niñas, sino también a los niños, ya que la vacuna previene distintos tipos de cáncer tanto en hombres como en mujeres; además de prevenir las verrugas genitales en ambos sexos. Lo que nos dice en realidad, que los hombres no son inmunes a los efectos ocasionados por el VPH. Si bien es cierto que actualmente varios países están llevando a cabo diferentes acciones para abatir las desigualdades sociales de las mujeres en muchos aspectos de derecho (en este caso el derecho a la salud y su mejoramiento en la realización de políticas más equitativas), no se debe olvidar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos prohíbe cualquier tipo de discriminación basada en varias características biológicas y sociales (Guzmán, 2016), una de ellas, es la no discriminación por sexo, y parece que en este ámbito se excluye a los varones de un derecho humano básico, el de la salud.

Por añadidura, Brebi *et al.* (2013) sugieren que, además de implementar la vacunación en los varones, se avance en la promoción y aplicación del diagnóstico oportuno de este virus en este sexo, ya que plantea que las acciones hacia esta infección a diferencia de las realizadas contra el VIH son nulas, pues no existen programas públicos de salud para detectar el virus oncológico en el hombre ni la presencia de esfuerzos para que el varón asuma responsabilidad en este ámbito.

Así mismo, Pagliusi *et al.* (2007) analizan que, incluso si una vacuna demuestra ser altamente eficaz en estudios controlados, aún existe una considerable incertidumbre sobre su viabilidad, aceptabilidad y el impacto final sobre la incidencia de la enfermedad y la carga en todo el mundo.

En último término, considerando lo anterior, datos más actuales sobre esta temática, refieren que se han presentado miles de casos (69 193) alrededor del

mundo donde ya se han notificado efectos secundarios adversos graves tanto en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes adultas.

Los síntomas más comunes presentados, tienen que ver con diferentes alteraciones del sistema nervioso central y vasculitis inflamatorias, síntomas que se ha documentado empeoran con cada dosis administrada, incluso se han presentado casos de mortalidad, lo que ha hecho que se creen diversas organizaciones como la Asociación de Afectadas por la Vacuna del papiloma de Valencia, España, las cuales luchan por que se dé un seguimiento y reconocimiento de estos casos por parte de los médicos y las autoridades sanitarias, ya que si no se da un reconocimiento no se pueden llevar a cabo las investigaciones correspondientes que estudien la relación causal de la vacuna con tales efectos adversos.

Sin embargo, las autoridades correspondientes de salud como la Agencia Europea del Medicamento ubicada en Londres, Inglaterra, aún no dan una respuesta certera ante esta problemática, ya que se ha argumentado que aún con tales datos, los beneficios de la vacuna son mayores que los riesgos (Sicom TV, 2016). En resumen, en vista de que este tema sigue en constante debate, es importante no invisibilizarlo y tener en conocimiento, que en ocasiones como menciona Conzuelo (2006) la vacuna no puede ser tomada como la única solución a la problemática del VPH, sino como una de varias opciones de acción.

1.7. Medidas epidemiológicas en México: panorama general de implementación

Dentro del análisis de las acciones para combatir el virus del VPH nos enfocaremos en las vacunas de prevención contra la infección, así como en la detección y diagnóstico del virus en la población mexicana.

En nuestro país, existen dos vacunas contra el VPH implementadas tanto en el ámbito público como privado, ambas utilizan una porción del virus que no

contiene los genes con potencial oncogénico como E6 y E7 y protegen contra la infección al estimular al sistema inmune para que pueda combatir con mayor efectividad este tipo de infección, con la finalidad de prevenir el desarrollo de lesiones precancerosas tanto en hombres como mujeres, las cuales se describirán brevemente a continuación (Secretaría de Salud, s.f.; Fundación Nacional para el Cáncer Cervicouterino (FUNACC), s.f.; Cerón, 2010; Fernández *et al.*, 2009 citado por Romero, 2012; Lomelín *et al.*, 2016):

1. **Cervarix.** Esta vacuna fue desarrollada por el laboratorio Glaxo Smith Kline (GSK) y es conocida como la vacuna *bivalente*, ofrece protección contra los cinco tipos de virus más comunes (16, 18, 31, 33 y 45) responsables de al menos 80% de los casos de CCU a nivel mundial, para lo cual está indicada para la prevención de lesiones precancerosas de alto grado (NIC I y NIC II) y CCU causados principalmente por los tipos 16 y 18 de VPH. Por lo anterior, se recomienda aplicarlo *en mujeres entre 9 y 55 años* con un esquema de vacunación en tres dosis (día 0 -primer dosis-, 1 mes y 6 meses).
2. **Gardasil.** Desarrollada por los laboratorios Merck Research y Sanofi Pasteur MSD, es una vacuna *tetravalente*, la cual ofrece protección contra los tipos de VPH de bajo (6 y 11) y alto riesgo (16 y 18) y brinda protección cruzada adicional para 10 tipos virales más (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59). Este tipo de vacuna previene CCU, displasias cervicales, cáncer vulvar y vaginal, así como también de verrugas genitales, con lo cual es recomendado tanto para mujeres (9-45 años) como para varones (9-26 años). El esquema de vacunación para este tipo de vacuna consiste también en tres dosis, sólo que la segunda se realiza en el segundo mes (día 0, 2 mes y 6 meses).

Ahora bien, para ilustrar de mejor manera las características de protección, población recomendada y esquema de vacunación de cada vacuna, se puede consultar la Figura 1.9.

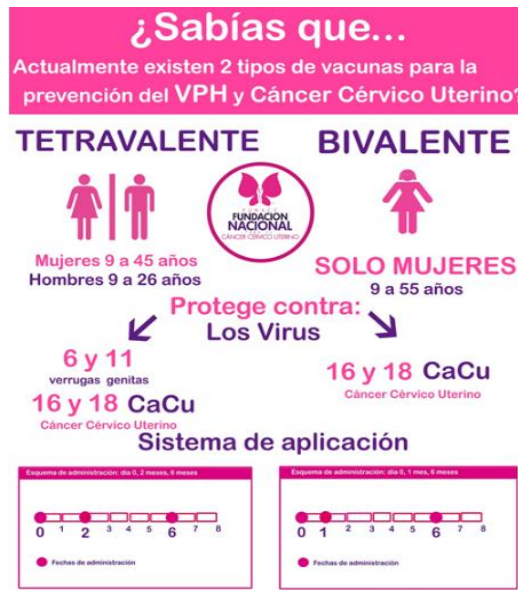


Figura 1.9. Vacunas para prevenir la infección por VPH

Fuente: FUNACC, s. f

Con respecto a la implementación de las vacunas en el ámbito público, Romero (2012) apunta que aunque desde septiembre del 2007 se habló en el Senado de la República sobre un acuerdo de asignación de recursos a un programa de vacunación contra el CCU, fue hasta el 1ro de diciembre del siguiente año que el Gobierno de lo que antes se conocía como Distrito Federal (ahora Ciudad de México) a través de la Secretaría de Salud, puso en marcha la Primera Campaña de Vacunación gratuita contra el VPH para la protección únicamente de niñas entre los 11 y 13 años de edad, que no contaban con seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y Sedena), las cuales podían acudir a los Centros de Salud más cercanos a su comunidad; y en el caso de las niñas derechohabientes, como por ejemplo el IMSS o ISSSTE el rango de edad cambiaba de nueve a 12 años. No obstante, en el año 2010, se estableció que la vacuna se

aplicaría en los Centros de Salud sólo a niñas de 11 años. Tiempo después, en el año 2016, se suscitaron otras modificaciones (Figura 1.10 [B]): 11 años (es caso de no ir a la escuela) o quinto año de primaria (Lomelín *et al.*, 2016).

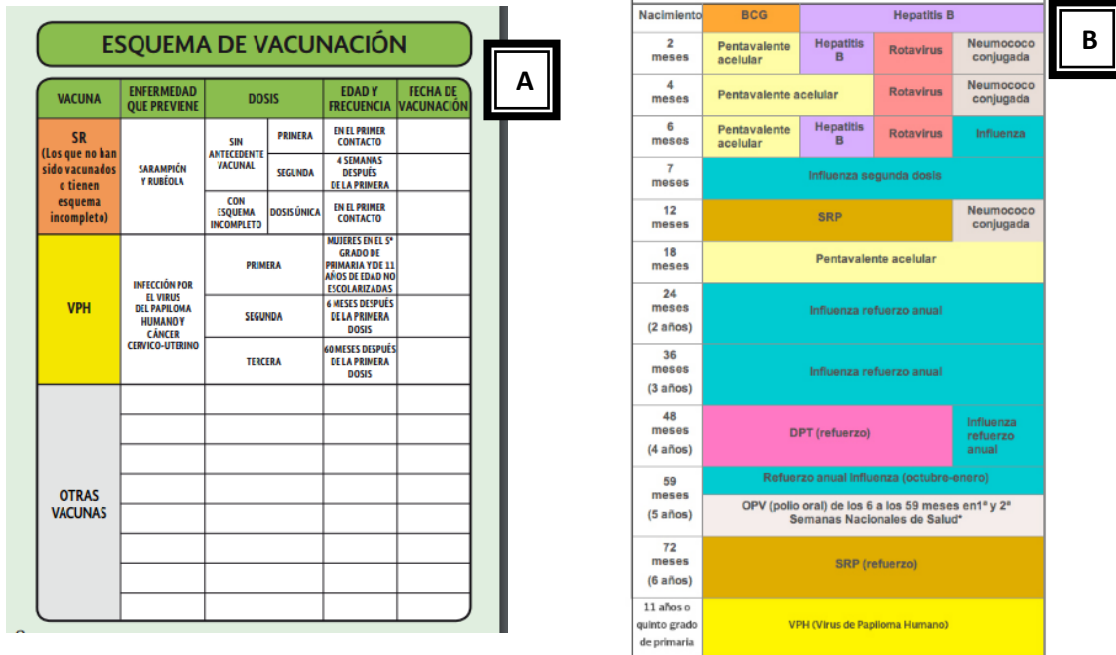


Figura 1.10. Formatos del Esquema Nacional de Salud (Cartilla Nacional de Salud del Adolescente [A] y esquema completo digital [B]).

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), 2014 (p.8); 2015.

Es importante resaltar que México cuestionó la forma y tiempo de administración de la vacuna (aplicar dos dosis en vez de tres -día cero, 6 meses-), principalmente por el alto costo de la fórmula (Figura 1.10 [A]). Lo anterior, fue argumentado mediante una investigación que realizó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) sobre el nivel y tiempo de protección biológico, donde se demostró que a menor edad de las niñas (9-10 años), se da una protección equivalente y en ocasiones mayor a la que obtienen mujeres de mayor edad (18-24 años) que reciben tres aplicaciones del producto, con lo cual se seguirá analizando la

protección en las participantes para ver si se aplica o no la tercera dosis, programada dentro de la Cartilla de Vacunación hasta los 5 años después de la segunda dosis (Cruz, 2014). Sin embargo, es importante tener en cuenta que el número y tiempo entre cada dosis recomendada por los laboratorios debe ser relevante, pues se trata de generar una respuesta inmune mucho mayor, por lo cual se reservan algunas dudas al respecto de tal decisión.

Por otra parte, si se habla de resultados con respecto a estos dos tipos de vacunas, varios autores refieren que dentro de los cuatro o cinco años de seguimiento, se ha dado un alto nivel de protección contra las infecciones de alto riesgo 16 y 18, así como un 95 a 100% de eficacia frente a infecciones persistentes y 100% de protección frente a lesiones precancerosas (NIC) (Koutsky *et al.*, 2002; Harper *et al.*, 2004 citados por Pagliusi *et al.*, 2007; Secretaria de Salud, s.f.).

Así mismo, hablando propiamente de las acciones de México para la detección y diagnóstico de infección por VPH y sus repercusiones en la salud, como las lesiones precancerosas y cáncer, principalmente el CCU, se han implementado programas tanto de infraestructura biomédica para la investigación, detección, tratamiento y prevención desde mediados del siglo XX (Figura 1.11) ya que el CCU desde aquellos años fue considerado como un problema de salud pública por ser la primera causa de muerte en mujeres de 25 años y más, hasta que en 2006 por las acciones de prevención implementadas, fue desplazado a segundo lugar por el cáncer de mama. Sin embargo, aún cuatro años después, en 17 de los 32 estados de la República sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres, ocurriendo mayormente en mujeres con baja educación, sin seguridad social y que viven en zonas rurales, lo que deja en claro que a pesar de que México ha tenido avances en este ámbito, aún quedan retos a seguir pues se evidencia una baja cobertura de detección en áreas rurales y urbano marginadas; la presencia de factores de riesgo como algunas barreras culturales como la vergüenza o la prohibición del marido u otras mujeres de la comunidad a la mujer para realizarse las pruebas de tamizaje; así como una deficiente calidad y

atención en la detección, diagnóstico y seguimiento de las pacientes (Cerón, 2010).

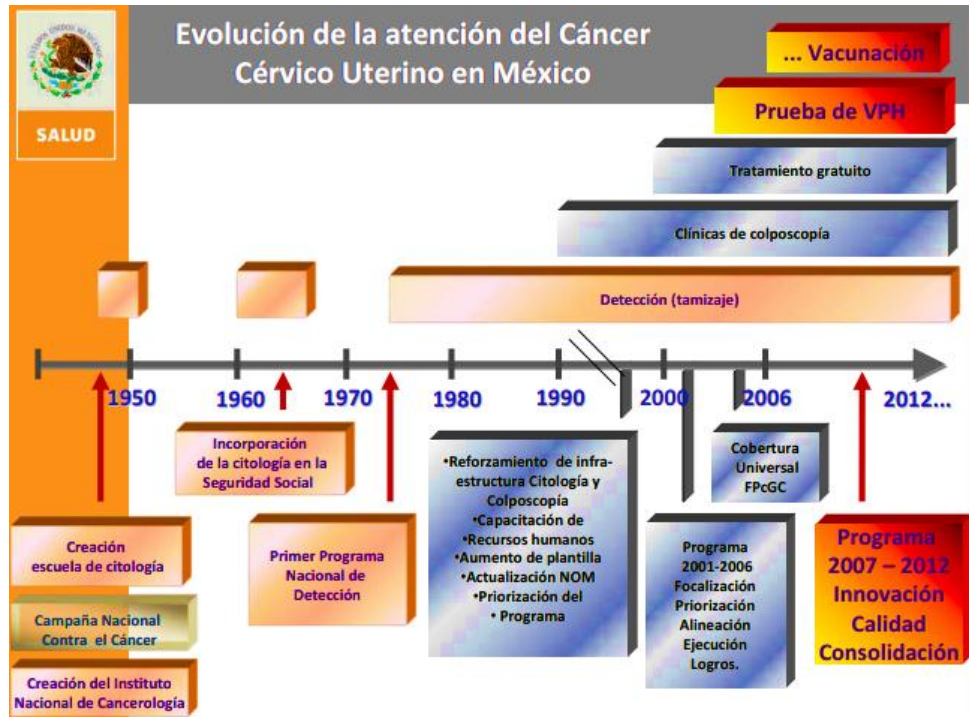


Figura 1.11. Evolución de la atención del Cáncer Cervicouterino en México.

Fuente: Cerón, 2010.

2. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL

2.1. Factores de riesgo a nivel social que influyen en la incidencia y prevalencia del VPH

Una vez mencionados los factores biológicos en el capítulo anterior, es importante agregar cuáles son los factores de riesgo a nivel social que participan en la dinámica de la adquisición del VPH y la probabilidad de que este virus se desarrolle en cáncer, para que una vez mencionados se plantee la relación que se tiene entre ambos.

2.1.1. Hábitos de higiene

La higiene en general ayuda a aminorar la proliferación de patógenos en nuestro cuerpo. En el caso de la higiene de los genitales, ya se sea hombre o mujer, por ser zonas en las cuales el cuerpo libera los desechos, es fundamental tener hábitos de higiene adecuados que disminuyan la probabilidad de infecciones genitales, en especial causadas por bacterias y virus. Se sugiere que los hombres sin circuncisión tengan el hábito de retirar el prepucio para lavar bien la zona del glande y que las mujeres abran los labios mayores para lavar de manera más eficaz entre ellos (Hernández- Carreño *et al.*, 2012). De igual manera, el CENSIDA (2011) advierte que se debe tener una limpieza adecuada de los juguetes sexuales antes de utilizarlos, en especial si se comparten con una o más personas, ya que a causa de que tienen contacto con el área anogenital y la boca de más de una persona, pueden ser una fuente de contagio de ITS.

Por otra parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, citado por Hernández- Carreño *et al.*, 2012) en su Boletín del año 2005, hizo hincapié en que el sector salud también debe cuidar su higiene en las actividades donde tiene contacto con el VPH, ya que una de las

particularidades de este virus es su resistencia al medio ambiente, pudiendo permanecer en secreciones hasta 24 horas después de haber salido del organismo sin perder su capacidad infectante.

2.1.2. Uso incorrecto de los métodos anticonceptivos

El sólo hecho de tener relaciones sexuales conlleva un riesgo para adquirir una ITS. Sin embargo, llevarlas a cabo sin protección o utilizando de manera incorrecta el preservativo representa un factor de riesgo mucho mayor, lo que predispone el contagio del VPH y otras ITS (CENSIDA, 2011; Hernández-Carreño *et al.*, 2012).

En el hombre, el uso del condón puede tener un papel protector, aunque se sabe que para el contagio del VPH no es completamente eficaz (Castellsagué *et al.*, 2002; Zhang *et al.*, 2005 citados por De Guglielmo *et al.*, 2009). En cambio, el condón femenino disminuye en mayor medida el riesgo de contagio ya que cubre más área genital; sin embargo, dentro de las instituciones de salud en México, este tipo de método no ha sido tomado en cuenta dentro del cuadro básico de métodos anticonceptivos por su alto costo, lo que conlleva a su uso minoritario por parte de la población (Hernández-Carreño *et al.*, 2012).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015b y 2015c) reportó datos de interés conforme a este tema:

Así pues, estimó que del total de mujeres de 15 a 49 años (31 990 298), 51.6% declararon ser usuarias de algún método anticonceptivo, 15.3% eran ex usuarias, 31.8% nunca fueron usuarias, pero conocían métodos anticonceptivos y 1.3% se declaraban no usuarias y sin conocimiento de algún método anticonceptivo. Ahora bien, presentando los mismos resultados, pero por grupos de edad, las mujeres que pertenecían al rango de entre 15 y 19 años (5 334 837) junto con las de entre 20 y 24 años de edad (5 012 009) fueron las de porcentajes

menores en cuanto a considerarse usuarias de algún método anticonceptivo, con 12.6% y 38.5% respectivamente, siendo que la mayoría de ambos grupos (76.6% y 40.5%) se declaraba no usuaria con conocimientos de algún método anticonceptivo.

A partir de estos hallazgos se puede advertir que el considerarse como *usuaria*, está relacionado con una mayor edad; así, por ejemplo, desde el grupo de edad de los 25 a los 30 años, hasta llegar a los 49 años de edad, más del 50% de las mujeres se declaraban usuarias. Sin embargo, a raíz de lo anterior, es conveniente conocer qué tipo de métodos anticonceptivos utilizaban estas mujeres.

En este punto, la ENADID, dio a conocer que el principal método empleado por las mujeres *usuarias* era la oclusión tubaria bilateral⁸ (OTB) utilizada en un 48.6%, seguida por los métodos no hormonales o de barrera⁹ con 30.4%, luego los métodos hormonales¹⁰ con 13.5%, después los métodos tradicionales¹¹ con un 4.8% y por último la vasectomía¹² con un 2.7%. Cabe destacar que de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos que tienen de 45 a 49 años de edad 78.2% reportan haber usado la OTB, mientras que, por otro lado, los grupos de las mujeres de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y las de 25 a 29 años, señalaban haber

⁸ Este método de anticoncepción, conocido también como Salpingoclasia, es un método quirúrgico permanente que consiste en el corte y ligue de las trompas uterinas de la mujer para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides, con la finalidad de evitar un embarazo (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2016a).

⁹ **Incluyen:** DIU de cobre, condón masculino y femenino, espermicidas y diafragma (INEGI, 2015c).

¹⁰ **Incluyen:** Pastillas o píldoras, inyectables, implantes subdérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con hormonas y anillo vaginal (INEGI, 2015c).

¹¹ **Incluyen:** Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica, retiro o coito interrumpido y método de amenorrea de la lactancia (MELA) (INEGI, 2015c).

¹² Es un método anticonceptivo permanente o definitivo para el hombre, consiste en una pequeña operación que se realiza sin bisturí, mediante anestesia local, haciendo una punción en la piel de la bolsa escrotal por arriba de donde se encuentran los testículos, a través de la cual se localizan, ligan y cortan los conductos deferentes, sitio por donde pasan los espermatozoides. Este método sólo impide el paso de espermatozoides, los cuales se siguen produciendo, pero son absorbidos por el organismo (IMSS, 2016b).

utilizado los métodos no hormonales o de barrera, con 66.9%, 57.9% y 44.6% respectivamente.

Dentro de los motivos que las *usuarias* señalaron sobre el porqué hacían uso de algún método anticonceptivo, destacaron los siguientes: 55.5% respondieron que era para limitar un embarazo, el 32.3% declararon que era para espaciar un embarazo, el 11.3% fue por indicación médica y el otro 0.9% se registró como otras razones, lo cual hace pensar que el motivo *para prevenir una ITS* no se encuentra presente o está en ese 0.9% no descrito. Aún con la posible existencia de este motivo dentro del último porcentaje, su relevancia radica en que no se encuentra como una de las principales razones de uso, lo que resulta preocupante para el cuidado de la salud sexual de la población. Aunado a esto, a pesar de que las mujeres más jóvenes utilicen con frecuencia los métodos no hormonales o de barrera, no se especifica cuál método es el que realmente se utiliza como protección, por lo cual tampoco se puede confirmar si se utilizan o no los métodos que poseen un alto porcentaje de protección no sólo de embarazos no deseados sino del VPH u otras ITS, a lo cual debemos recordar que sólo el condón masculino y, en especial, el condón femenino, pertenecen a esta categoría.

Por otra parte, los datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Valores en Juventud (ENVAJ) realizada en el año 2012 por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, muestran que el 66% de los jóvenes sexualmente activos utilizaban algún método anticonceptivo y un 32.4% no lo hacían, aunque del mismo modo que el ENADID 2014 no se especifica qué tipo de métodos se utilizaban y tampoco existió un desglose de los resultados por sexo, lo que limita el poder realizar comparaciones entre sí son las mujeres o los hombres los que hacen un mayor uso de dichos métodos.

Lo anterior, evidencia que debe ampliarse la investigación sobre cómo se están llevando a cabo las prácticas de protección en los jóvenes, para saber cómo se debe enfrentar la problemática, ya que no sólo se necesita saber si se utiliza o no algún método anticonceptivo, sino qué tipo de método, su frecuencia de uso,

qué sexo hace mayor uso de él y los motivos de porqué se usa uno u otro, que pueden ser totalmente diferentes entre sí, con la finalidad de realizar mejores estrategias de prevención en ITS, y en especial el VPH. A su vez, Hernández-Carreño *et al.* (2012) recomiendan que, una de las medidas de prevención para lograr un aumento en el uso de tales métodos en ambos sexos, es promover un mayor conocimiento de los beneficios que proporciona su correcta utilización. Siempre y cuando se fomente en primera instancia su *uso*, en especial los métodos que protegen la *salud sexual* y, no sólo reproductiva.

2.1.3. Pobreza

Cuando la población se encuentra en situación de pobreza, sufre una discriminación social por la falta de servicios públicos, generalmente es olvidada, y por lo regular no tiene el acceso a niveles de educación superiores, a una vivienda digna, a un empleo con prestaciones y al acceso de servicios de salud, los cuales necesita en mayor demanda por la misma situación de precariedad en la que vive y la falta de oportunidades que posee, dejando a las personas más vulnerables a enfermedades, sobre todo a los adolescentes (Hernández-Carreño *et al.*, 2012).

Es así, como Tami (2008 citado por Hernández-Carreño *et al.*, 2012) considera que el continuo estado de pobreza es uno de los principales obstáculos para que los adolescentes puedan desarrollar de manera íntegra sus capacidades humanas básicas, vulnerando en gran medida su vida reproductiva y, por ende, la sexual. De acuerdo con Hernández-Carreño *et al.* (2012), una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud, lo que restringe su demanda para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos y/o realizarse un estudio preventivo como el Papanicolaou, “lo que provoca la existencia de una brecha entre las campañas de prevención y la sensibilización de los jóvenes, que aun cuando quisieran actuar en beneficio a su propia salud, no cuentan o no tienen el acceso a los servicios de salud adecuados” (p.9).

Información de relevancia si se toma en cuenta que en esta etapa, se da con mayor frecuencia el inicio a la vida sexual, lo que representa un riesgo para aumentar la probabilidad de embarazos no deseados o adquisición de ITS, siendo en este caso especial el VPH.

En nuestro país, el factor *pobreza* se refleja en la vida de los jóvenes: la ENVAJ 2012, declaró que los tres problemas más graves y de mayor porcentaje mencionados por los jóvenes fueron la pobreza (57%), el desempleo (47.4%) y la inseguridad (41.5%), visibilizando también que en séptimo lugar se planteó la falta de educación con un 14.3% (IMJUVE, 2012).

Acorde con lo anterior, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), mediante la medida llamada *índice de marginación*¹³, pudo evaluar en el año 2015 el nivel de pobreza en el que vivían algunos mexicanos a lo largo de todo el país, dando a conocer que los estados que poseían mayor grado de marginación pertenecían al sureste del país, destacando Chiapas, Oaxaca y Guerrero, clasificados como *Muy alto grado de marginación*. Al mismo tiempo, el INEGI (2015b) sostiene que es en estos estados donde se presenta la proporción más baja de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, junto con otros estados como Michoacán y Guanajuato, con 40.4%, 42.8%, 47.8%, 46.2% y 47.3% respectivamente. Ahora bien, si sólo tomamos de ejemplo el estado de Chiapas, no sólo es el estado con menor número de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, sino que también posee el nivel más bajo de estudios del país, donde según datos de la Encuesta Intercensal 2015, su promedio es de 7.2 años de estudio, comparado con el promedio más alto situado en la Ciudad de México con 11.1 años de estudio (INEGI, 2015a), lo que refleja entonces una relación "pobreza-educación-salud" observable y medible.

Un estudio llevado a cabo por Di Cesare (2007) en cuatro países de América Latina y el Caribe (Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana)

¹³ Este índice se refiere a la medida que permite diferenciar a las entidades federativas con los municipios de acuerdo con las carencias que padece la población, como las relacionadas con la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes, entre otras características (CONAPO, 2015).

habla de las desventajas de los grupos socioeconómicos más pobres con respecto al uso y acceso de métodos anticonceptivos, en este caso se da relevancia al uso del condón¹⁴ por sus ventajas de protección de embarazos e ITS. Así pues, se encontró que las mujeres con mayor nivel socioeconómico mostraban mayor porcentaje en ser usuarias de dicho método, siendo las mujeres solteras las de mayor porcentaje; además de que en ambos resultados se observaban diferencias evidentes en cuanto a las áreas de residencia, ya que en las zonas urbanas había una información más amplia de difusión de información y mayor acceso en la obtención de métodos anticonceptivos. En cambio, en las zonas rurales, la probabilidad de nunca haber usado un condón, a pesar de haber iniciado una vida sexual, es el doble que, en las zonas urbanas, hecho que disminuye conforme asciende el nivel socioeconómico. Por lo cual, *la condición socioeconómica y el área de residencia determinan una mayor o menor vulnerabilidad social*, siendo los estratos socioeconómicos bajos los de más alto grado de vulnerabilidad en cuanto a materia sexual y reproductiva, al no contar con mejores ingresos, educación y acceso a medios de planificación familiar, siendo una condición que de igual manera disminuye las posibilidades de acceder a los servicios de salud pública.

En esta misma línea, la American Cancer Society (2016b) agrega que el ser mujer y tener bajos ingresos también aumenta la probabilidad de un CCU, ya que, el no acceso a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de diagnóstico para el VPH como el Papanicolaou, ocasiona que no se realicen las pruebas de detección ni se reciba un tratamiento oportuno para lesiones precancerosas, lo que socava aún más la problemática.

¹⁴ Los resultados del estudio no especifican qué tipo de condón es analizado; sin embargo, por ser el condón masculino el más distribuido mundialmente, es probable que se atribuya a este tipo específico.

2.1.4. Educación

En México, la CONAPO señaló en 2010, que aunque se han logrado avances educativos en las últimas décadas con respecto a la disminución del analfabetismo, el incremento en el promedio y nivel de escolaridad (la expansión de la educación básica al nivel medio superior), así como el aumento del nivel de asistencia escolar de niños, niñas, jóvenes y mujeres, aún existen grandes retos por atender, pues aún con el aumento en el nivel de asistencia escolar, sigue presentándose la deserción escolar en la adolescencia y la adultez temprana lo cual se considera un problema crítico. Lo anterior se puede ilustrar mejor mediante los resultados de la ENVAJ 2012, ya que, aunque un 97.3% de los jóvenes entrevistados respondieron positivamente a la pregunta de si alguna vez habían estudiado, sólo el 28.2% de ellos llegó al nivel medio superior y un 10.5% al nivel superior, quedándose la mayoría (43.1%) en el segundo nivel básico: el nivel secundaria (IMJUVE, 2012).

Si la educación influye en que se puedan obtener y mejorar muchas áreas de escasez primordiales, como por ejemplo acceso a los servicios de salud, a una vivienda digna, un trabajo bien remunerado, etc.; es muy probable que cuando se limita su acceso en general y en especial, se restringe en el ámbito de la salud sexual, la población joven (y por ende en su futura adultez) sea susceptible a incurrir en conductas sexuales de riesgo pues al carecer del conocimiento, la formación y dirección necesarias, ya que no les es posible desarrollar un análisis adecuado de sus actos y consecuencias, y si aunado a lo anterior, se suma la motivación de corresponder al afecto y aceptación del grupo de pares, se incrementa sin duda la posibilidad de embarazos no deseados y adquisición de ITS (Secretaría de Seguridad Pública, 2011).

Acorde con lo anterior, se puede decir que, la falta de una educación cultural centrada en la sexualidad provoca consecuencias graves para la salud, tanto en hombres como mujeres. Algunos factores culturales, como algunas costumbres y tradiciones transmiten el tema de la sexualidad como un *tabú*, enseñanza que inicia desde el hogar, donde la comunicación de padres e hijos

tiene poca presencia por miedo a incitar o inducir a los jóvenes a iniciar su vida sexual. En nuestro país, aunque exista la intención de consolidar una educación sexual eficaz dentro de la educación formal (sírvese de ejemplo los planes y programas de la SEP y de la Secretaría de Salud), la información que se brinda no ha sido precisa ni bien transmitida a la población, lo cual no ha generado una conciencia del cuidado del cuerpo dentro de la salud reproductiva y sexual. (Hernández- Carreño *et al.*, 2012).

Di Cesare (2007) enfatiza que el aumentar los años de estudio en la población reduce la probabilidad de que ésta realice un comportamiento sexual riesgoso, pues el contar con la información necesaria (dícese del conocimiento de métodos anticonceptivos y comportamientos sexuales protegidos) incrementa la probabilidad de haber utilizado el condón una vez; lo que nos dice que ésta conducta puede volver a repetirse en el futuro.

Por su parte, al realizar un perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos, González, Rojas, Hernández y Olaiz (2005, citados por Hernández-Carreño, 2012), agregan que la escolaridad, así como la edad influyen en la utilización de algún método anticonceptivo, explicando que, a menor edad, menor conocimiento y uso de anticonceptivos y a mayor edad, mayores cuidados. En México, se obtuvieron resultados muy similares dentro de los resultados de la ENVAJ 2012, donde a medida que incrementaba el nivel de escolaridad de los jóvenes ascendía, en consecuencia, la utilización de métodos anticonceptivos (IMJUVE, 2012).

Ahora bien, adentrándonos aún más en la educación sexual, relacionada con el VPH, un estudio de corte transversal realizado por Medina, Medina y Merino (2014) en 61 estudiantes universitarios, donde 47 (77%) eran mujeres y 14 (23%) hombres, mostró que un alto porcentaje de los estudiantes no poseía los conocimientos esperados acerca del VPH para su nivel académico, ya que menos de la mitad obtuvo un puntaje de *muy bueno a excelente*, mencionando que los aspectos más representativos de este desconocimiento estaban relacionados con: los tipos que lesiones y órganos que podrían ser afectados con el virus, el

tratamiento, los factores de riesgo para contraer la infección, los métodos preventivos, los métodos de diagnóstico y las vías de transmisión, para lo cual los autores ratifican a Cameron *et al.* (2005) al advertir que esta falta de conocimiento sobre los aspectos básicos con relación al VPH podría ser uno de los principales factores de riesgo para adquirir el virus.

Cosa parecida ocurrió años atrás en un estudio realizado por Dell, Chen, Ahmad y Stewart (2000, citados por Hernández- Carreño *et al.*, 2012) en la ciudad de Toronto, Canadá en el año 1999, en donde un 87 % de los estudiantes afirmó no haber escuchado sobre el VPH y aunque las mujeres adolescentes tenían mayor conocimiento de la prueba diagnóstica conocida como Papanicolaou, sólo un 39% de las chicas sexualmente activas sabían quién debía someterse a tal prueba. Agregando además que en su mayoría los y las adolescentes erraron al identificar los factores de riesgo de las ITS.

En conclusión, en palabras de Hernández- Carreño *et al.* (2012):

Queda demostrado que la baja escolaridad (...) crea falta de conocimientos y oportunidades para combatir los riesgos y consecuencias generados al contagiarse por el VPH, aunado a las pocas visitas que realizan a los centros e instituciones de salud y la precaria información acerca de las medidas preventivas necesarias para aplicarlas a sus experiencias sexuales (p.10).

2.1.5. Inicio temprano de la vida sexual

La primera relación sexual es un evento importante en la vida de los individuos e inaugura procesos fundamentales para la vida afectiva y sexual futura. Buena parte de su relevancia depende de las circunstancias en que ocurra y de las consecuencias que se deriven de este primer encuentro. Éstas pueden ser favorables o contraproducentes al desarrollo de los individuos, en función de la madurez de cada miembro de la pareja, de las precauciones tomadas para evitar

consecuencias no esperadas ni deseadas, como el embarazo o la transmisión de infecciones de tipo sexual, y de la existencia de condiciones necesarias para que la experiencia sea, efectivamente, placentera (CONAPO, 2010, p.84).

En México, la ENVAJ 2012 reveló que los jóvenes, en su mayoría, inician su vida sexual en la etapa de la adolescencia, conclusión establecida después de que de los 5 000 jóvenes encuestados un 70% respondiera haber tenido su primera relación sexual entre los 15 y los 19 años de edad, con un promedio general de 17 años. Añadiendo, que los varones comienzan su vida sexual antes que las mujeres, teniendo un promedio 16 y 17 años respectivamente (IMJUVE, 2012). Llegados a este punto, sólo con respecto a las mujeres, para el año 2014, la ENADID dio a conocer que la edad mediana de la primera relación sexual subió .4 décimas con respecto a las estimaciones de la ENVAJ 2012, quedando una edad de 17.4 años de edad (INEGI, 2015c).

De Guglielmo *et al.*, (2009), menciona que de acuerdo con Del Amo *et al.* (2005) la relación entre la edad de la población y la prevalencia de la infección por VPH no sigue un patrón definido y varía con respecto a las diferentes poblaciones del mundo. No obstante, refiere que Burk *et al.* (1996) mencionan que varios estudios han reportado una prevalencia mayor en mujeres menores de 25 años, la cual disminuye de manera progresiva y lineal conforme va aumentando la edad, explicando que esto puede deberse a los cambios de las prácticas sexuales con la edad, lo cual determina una menor exposición de las mujeres al virus o una posible inmunidad a la infección adquirida en el tiempo.

Con respecto a los cambios de las prácticas sexuales conforme a la edad, Tirado-Gómez *et al.* (2005) señala que la conducta individual de las personas definirá en gran medida la probabilidad de adquirir o no la infección del VPH. Así, por ejemplo, se considera que las mujeres que mantienen una vida sexual activa antes de los 20 años y tienen una mayor actividad sexual, tendrán más tiempo de exposición y, por consiguiente, aumentaría su riesgo de estar expuestas a

diferentes tipos de VPH, en especial los tipos considerados de *alto riesgo*; o bien pueden tener mayor cantidad de inóculo¹⁵.

Simultáneamente, algunas investigaciones indican que el inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 20 años) además de asociarse con una mayor probabilidad de adquirir la infección por VPH, posee un factor de riesgo 2.9 veces mayor relacionado con la evolución del virus hacia un cáncer cervicouterino (Melo & Waliszewski, 2009).

Hernández-Carreño *et al.* (2012) plantea que el inicio temprano de la vida sexual puede originarse por la motivación de los jóvenes de querer pertenecer al grupo social de sus pares o a las mismas presiones que este grupo ejerce sobre ellos. Los autores hacen notar que dicha persuasión no es dada por una generación espontánea, sino que se deriva de los constantes mensajes masivos de los medios de comunicación, los cuales transmiten modelos inadecuados de una necesidad constante de competencia en todos los ámbitos, lo que origina conductas riesgosas por parte de los adolescentes, las cuales asociadas a la falta de métodos anticonceptivos de protección y la posibilidad de que la(s) pareja(s) de éstos pudieran estar infectadas, aumentaría los riesgos de adquirir no sólo el VPH sino otras ITS.

2.1.6. Número de parejas sexuales

Algunos autores (Pagliusi, Aguado & Parkin, 2007; American Cancer Society, 2014) revelan que la infección por VPH genital es más común que esté presente al poco tiempo de que las personas empiezan a tener relaciones sexuales con una o más parejas.

¹⁵ La Real Academia Española (2014a) menciona que, dentro de la Biología y la Medicina, la palabra *inóculo* significa “pequeña cantidad de la sustancia que se inocular” y; el término *inocular* se refiere a “introducir en un organismo una sustancia que contiene los gérmenes de una enfermedad” (RAE, 2014b).

El CENSIDA (2011) señala que no sólo es el tener varias parejas sexuales simultáneas lo que aumenta el riesgo de infección de cualquier ITS sino también es el hecho de cambiar estas parejas ocasionales con otras frecuentemente.

Con respecto de la relación de este factor con el posible desarrollo hacia el CCU, Melo y Waliszewski (2009) mencionan que el tener múltiples parejas sexuales aumenta ese riesgo 2.2 veces, poniendo por caso, el que se haya encontrado el VPH cervical o vulvar entre el 17% y 21% de las mujeres con una pareja sexual, pero esta presencia se elevó entre el 69% y 83% en mujeres que tenían cinco o más parejas sexuales.

Juntas, la relación entre la edad y el incremento en el número de parejas sexuales se asocia con una probabilidad mayor de reinfecciones, principalmente cuando ambos sexos interactúan con sexoservidores(as) sin protección alguna. (CENSIDA, 2011; Melo & Waliszewski 2009 citados por Hernández-Carreño *et al*, 2012).

2.1.7. El papel del varón en la propagación del VPH

De acuerdo con Melo y Waliszewski (2009) el varón con infección por VPH se considera un portador del virus que en su mayoría no muestra lesiones visibles, por lo que se vuelve un factor humano que aloja el virus y, por ende, disemina la infección. En este sentido, los autores señalan que es la *promiscuidad sexual* del hombre, dada por el contacto con múltiples parejas sexuales, el factor de riesgo en sí, ya que se da con mayor facilidad el contagio y transmisión del VPH a la pareja en turno.

El riesgo entre el varón y su papel en la propagación del VPH aumenta si esta multiplicidad de parejas sexuales se relaciona con la población de trabajadores (as) sexuales, ya que en este tipo de población la frecuencia de infección por VPH de alto riesgo es hasta 14 veces mayor que en la población en general (Melo & Waliszewski, 2009).

Además, Conzuelo (2006) revela que este contacto con sexoservidoras (es) tiene su origen desde edades muy tempranas como la adolescencia, debido a una educación pobre acerca de su sexualidad. Sírvese de ejemplo la siguiente situación: cuando el adolescente varón confunde la sexualidad con la pornografía y comparte sus *conocimientos* acerca del sexo entre sus pares; ahora bien, con todo lo aprendido decide iniciar su vida sexual con una prostituta y es llevado por un amigo/familiar que posee experiencia con sexoservidoras. Así, en su primer contacto sexual sin protección, el varón joven pudo adquirir el VPH sin saberlo, ya que no sintió nada y tampoco notó cambios en el pene. Luego, conforme pasa el tiempo nota unas pequeñas verrugas en la cabeza del pene (glande); sin embargo, *él piensa que es parte de su desarrollo*. Al pasar 10 años el adolescente es adulto y decide casarse; pensando, claro, que posee buena salud, pero no tiene conocimiento de que transmitirá la infección a su esposa y parejas anteriores y, como nunca trató la infección, este varón tendría la posibilidad de desarrollar lesiones premalignas en el pene (si el tipo de VPH posee la característica de desarrollar un cáncer), y/o por otra parte esto mismo podría pasar con sus parejas sexuales, ya sea que hayan sido hombres o mujeres.

Sin embargo, si el varón posee o no múltiples parejas sexuales, es necesario saber cuáles son las prácticas protegidas que realiza dentro de una relación sexual. Un estudio llevado a cabo por Sánchez-Domínguez, Leyva-Flores, Caballero e Infante (2010) en contextos de alta movilidad poblacional en México y Centroamérica, dio a conocer ciertas características de varones con mayor disposición a usar condón, las cuales son las siguientes: hombres jóvenes, solteros, estudiantes, con escolaridad mayor de seis años, un nivel medio-alto de conocimientos acerca de las ITS/VIH/ SIDA y que se percibían en riesgo para contraer una ITS/VIH. No obstante, los autores advierten *que el hecho de tener disposición a usar condón no garantiza su uso* y aunque la población en general reconocía que este método anticonceptivo prevenía la adquisición de una ITS, el 35% aún no estaba dispuesta a utilizarlo.

El hecho de tener disposición, pero no llegar a la acción de cuidado, puede observarse en los siguientes datos. En nuestro país la CONAPO (2014) reveló que de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años de edad que se encontraban casadas o vivían en unión libre, sólo un 14.4% respondieron que su *pareja masculina* participaba activamente en el uso de algún método anticonceptivo. Dicha participación constaba de las siguientes acciones: realizarse la vasectomía, utilizar el condón masculino o bien, utilizar los métodos tradicionales como el ritmo o el coito interrumpido, lo que refleja la poca o nula participación del varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Entre los motivos por los cuáles, el varón hace caso omiso de los métodos anticonceptivos, la ENVAJ 2012 señaló que, de los jóvenes encuestados, el 46.1% de los varones mencionó que “no les gusta usarlos” y el 21.1% declaró “no estar de acuerdo en usarlos”, aunque estas mismas respuestas descendían en porcentaje si la población encuestada eran mujeres, obteniendo el primer caso un 32.8% y en el segundo, un 13.6%. Habría que decir también que la respuesta “mi pareja no estaba de acuerdo” mostró mayor porcentaje en las jóvenes con un 14.2%, proporción que disminuía a un 9.8% en el caso de los varones. Estos últimos datos pueden referir que *la pareja que no está de acuerdo con el uso de algún método anticonceptivo* en su mayoría es el varón, y en últimas instancias, es éste el que en mayor medida posee el control de la frecuencia de su uso con la pareja, siendo una conducta de riesgo para la adquisición de ITS, y en su caso, del VPH, poniendo en situación de gran vulnerabilidad a su pareja o parejas sexuales.

A pesar de lo anterior, algunos autores plantean que se necesitan más estudios en la población masculina, los cuales han sido limitados y escasos debido a la poca relevancia que la salud pública da a la incidencia y prevalencia del VPH en los hombres (Castellsagué *et al.*, 2002; Zhang *et al.*, 2005 citados por De Guglielmo *et al.*, 2009).

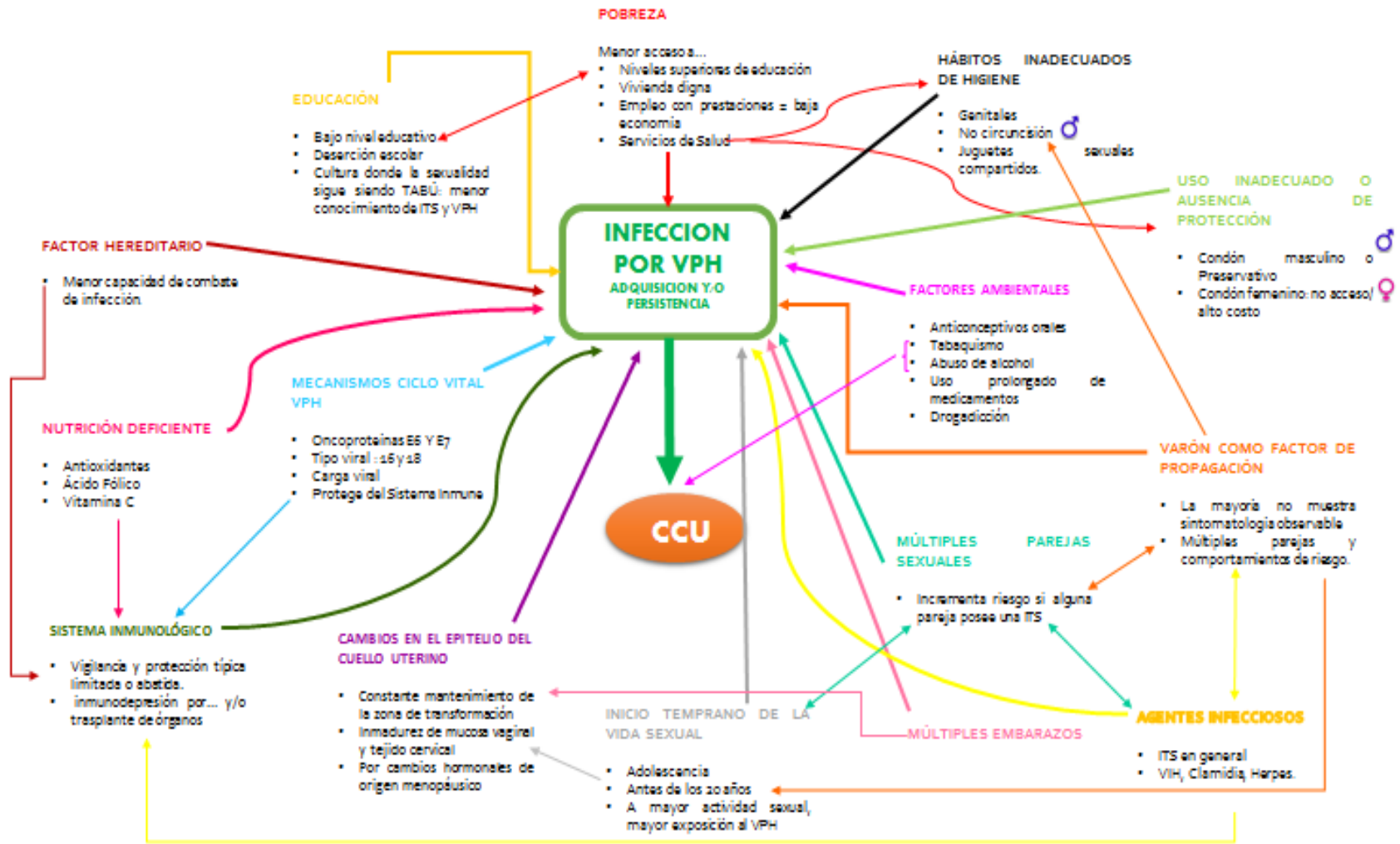


Figura 2.1. Interacción de los factores de riesgo biológicos y sociales relacionados con la adquisición de VPH y desarrollo a un CCU.

Fuente: Elaboración propia.

A fin de comprender cómo es que los factores de riesgo sociales y biológicos interactúan entre sí, se puede acudir a la Figura 2.1, la cual trata de ilustrar dicha relación; así, por ejemplo, el haber tenido una ITS durante el último año y no modificar la conducta sexual, aumenta el riesgo de volver a contraer alguna ITS (CENSIDA, 2011) o, también existen estudios de casos y controles que han mostrado una fuerte asociación entre el riesgo de una neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y el inicio temprano de la vida sexual (Pagliusi *et al.*, 2007).

Conviene subrayar entonces, que no sólo es la patogenicidad del virus del VPH, ni los factores biológicos que ayudan a su capacidad de desarrollarse en cáncer, sino que los factores de riesgo relacionados con el entorno social de las personas (demográficos -nivel social, religión, ocupación, estado civil, origen étnico- y de conducta) poseen una mayor relación tanto en la adquisición del VPH como su evolución a un cáncer cervicouterino (Pagliusi *et al.*, 2007; Melo & Waliszewski, 2009).

Entonces, se menciona que los principales factores sociales de comportamiento sexual asociados con la infección del VPH son la edad de inicio de la vida sexual, el alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida y/o el contacto con personas infectadas (Castellsagué, 2008 citado por Lizano-Soberón *et al.* 2009). De igual forma, como se ha mencionado antes, los bajos niveles socioeconómicos y educativos, impiden el acceso a los servicios de salud y, por ende, a la detección temprana de la infección y tratamiento oportuno de la enfermedad (Lazcano *et al.*, 1997; Hernández *et al.*, 1998 citados por Tirado *et al.*, 2005). Como se puede observar, en la Figura 8, entre más factores de riesgo se presenten, mayor será la probabilidad de adquisición y desarrollo del VPH hacia el CCU, lo cual da una pauta para analizar de qué manera se debe intervenir sobre esta problemática, ya que está teniendo consecuencias graves, sobre todo en la población femenina.

2.2. Repercusiones psicológicas en personas que viven con VPH

Dado que la infección por el VPH ha adquirido una peculiar relevancia por su alto nivel de incidencia y su relación con el cáncer cervicouterino, se ha hecho visible la necesidad de abordar el estudio de este fenómeno en un sentido más integral, es decir, que se abarque no sólo el área médica-física sino también el área psicológica que indudablemente se ve afectada (Meza *et al.*, 2011).

Conviene subrayar que, a este respecto, existe una brecha pronunciada en cuanto a la investigación del impacto psicológico en ambos sexos. En relación con los varones, existe poca o nula información acerca del tema, ya que en general este sexo es el que presenta menores signos y sintomatología de la infección, caso contrario al de las mujeres. Arias (2014) menciona que esto se debe a que el discurso biomédico posee *sesgos de género* que crean un conocimiento y práctica que refuerza los estereotipos y roles tradicionales que mantienen las desigualdades entre hombres y mujeres. En el caso específico del VPH, la autora señala que se ha promovido una *feminización* del virus donde las construcciones elaboradas centran la infección como privativa de las mujeres por ser éstas las que presentan los mayores porcentajes en cuanto a las repercusiones ocasionadas a nivel salud, y donde sólo se da *la mera presencia de un otro* (en este caso los varones) al que “sólo se le considera como *transmisor* y no como infectado o enfermo” (p.85).

Tomando en cuenta lo anterior, dentro de la búsqueda de información respecto al tema, se encontraron diversas investigaciones (tanto cualitativas como cuantitativas) centradas en su mayoría en las vivencias de mujeres diagnosticadas con VPH, en el caso de varones no se encontraron estudios específicos sobre la experiencia subjetiva a partir del diagnóstico. Sin embargo, dentro de algunos estudios en la población femenina, se puede acceder al impacto psicológico del virus en ellos. Así pues, se describirá la forma en que cada sexo responde al diagnóstico, los cambios que se suscitan dentro de su relación de pareja, las redes de apoyo involucradas y la atención recibida en los sistemas de salud.

2.2.1. Alteraciones emocionales que se presentan durante el proceso de VPH

2.2.1.1. Vivencia del VPH en mujeres

En un sentido general, varios autores han encontrado diversas reacciones emocionales comunes en las mujeres, principalmente durante el diagnóstico de la infección¹⁶, como asombro, incredulidad, miedo, enojo, incertidumbre, confusión, frustración, tristeza, decepción, angustia, estrés, lástima, culpa, vergüenza, aislamiento, depresión y ansiedad (Meza *et al.*, 2008; Steben, 2000 citado en Meza *et al.*, 2008; Meza-Rodríguez *et al.*, 2011; Maisi, 2004 citado en Romero, 2012; Gutiérrez, 2013; Arellano & Castro, 2013; Arias, 2014).

Más en específico, Arias¹⁷ (2014) plantea que el sentir *asombro* o *incertidumbre* estaban relacionados con que las mujeres no esperaran dicho resultado y, por otro lado, el sentir *miedo*, *ansiedad* e *incertidumbre*, era debido al mito de asociar el VPH con cáncer, y por ende a la muerte. De igual forma, estudios de casos y controles (Meza *et al.*, 2008¹⁸; Meza-Rodríguez *et al.*, 2011¹⁹), señalan que existe una relación entre la infección por VPH, la presencia de

¹⁶ En este ámbito, es necesario mencionar que el acercamiento a la atención ginecológica por parte de las mujeres diagnosticadas, no se basó predominantemente en la realización de pruebas de detección de VPH sino en la atención de signos y síntomas propios de una infección que causaban molestia, la revisión del DIU u otro método anticonceptivo, el que la pareja haya presentado síntomas de infección, entre otros; lo que evidencia que aunque ello permitiera la detección oportuna de la infección, en realidad no se tiene una noción preventiva de salud, hecho preocupante a tomar en cuenta (Arias, 2014).

¹⁷ Estudio cualitativo con el objetivo de saber cómo las construcciones de género incidían en las prácticas de autocuidado personal y en pareja de cinco mujeres mexicanas entre los 21 y 34 años con infección por VPH. La información se obtuvo a partir de entrevistas semiestructuradas focalizadas, con la finalidad de indagar la experiencia social concreta de las implicaciones del contagio por VPH en la vida cotidiana de estas mujeres.

¹⁸ Estudio realizado en 72 mujeres con diagnóstico positivo de VPH (grupo casos) y 72 mujeres sin infección de VPH (grupo controles), todas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) de la Ciudad de México. El objetivo del estudio se basaba en determinar si entre las mujeres infectadas con VPH se encontraba una mayor tendencia a presentar ansiedad reactiva al evento, ansiedad como rasgo caracterológico, malestar psicológico y autoconcepto disminuido en comparación con las mujeres no infectadas.

¹⁹ Estudio realizado a 70 mujeres pacientes del INPerIER diagnosticadas con VPH, número dividido en dos grupos, uno con presencia de malestar psicológico y otro, sin malestar psicológico. El objetivo de la investigación fue el conocer si los estilos de afrontamiento, rasgos de depresión y ansiedad empleados por estas mujeres influían en su adaptación a la enfermedad.

malestar psicológico²⁰, ansiedad-estado y una tendencia a presentar ansiedad-rasgo²¹ en estas mujeres. Ante tal resultado, Meza *et al.* (2008) concuerdan con Arias (2014), al atribuir el origen de tales características a la percepción que poseen las mujeres de que la infección por VPH es una amenaza específica de punto de inicio para una alteración más severa, en este caso el CCU.

Mientras tanto, la *reacción de enojo* en algunas mujeres, provenía de la evidencia de posibles infidelidades por parte de sus parejas, que la pareja estaba enterada de ser portadora y no lo comunicó o simplemente el inferir que su pareja era el posible transmisor, lo que provocaba *sentimientos de venganza* hacia la pareja (Gutiérrez, 2013²²; Arias, 2014), pues era el cuerpo y la salud de estas mujeres los que estaban mayormente implicados, caso contrario a sus parejas, las cuáles no había tenido ningún síntoma y/o complicación (Arias, 2014). Simultáneamente, el enojo también se dirigía hacia su propia persona por no cuidarse correctamente y el haber contraído la infección (Gutiérrez, 2013).

²⁰ El término *malestar psicológico* es descrito por Morales-Carmona y cols. (2005, citado por Espíndola *et al.*, 2006) como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento específico pero que no cumple con los criterios necesarios para ser considerado como un trastorno mental, ya que los datos clínicos observados en las pacientes obedecen sólo a un periodo de ajuste al evento y no como una sintomatología en particular. En ese sentido, Espíndola *et al.* (2006) indica que dentro de las manifestaciones más claras del malestar psicológico suelen presentarse datos clínicos de *depresión* (p. ej. llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad) y datos de tipo *ansioso* (p. ej. sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros).

²¹ Para explicar los conceptos de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, es necesario abordar la Teoría de Ansiedad-Rasgo de Spielberger (1972, citado por Ries, Campos, Del Castillo & Castañeda, 2012). Este autor describe la *ansiedad-estado* como:

“[...] un *estado emocional* inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la *ansiedad-rasgo* hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad” (p.9).

²² Investigación cualitativa con el objetivo de conocer las experiencias y significados de las prácticas sexuales de las mujeres con infección por VPH, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas a siete mujeres mexicanas con diagnóstico de VPH entre 23 y 60 años.

Igualmente, en la mayoría de los casos de mujeres, la *culpa* se presentaba junto al enojo por haber contraído la infección por VPH, mencionándose además otros discursos: unos relacionaban el hecho de haber tenido relaciones sexuales y no haber seguido las normas sociales, las cuáles dictaban que *las mujeres promiscuas eran quienes padecían dicha infección y/o enfermedad*²³; otros provenían de la idea de que ellas eran las únicas responsables de ello por no haber tenido los cuidados adecuados (Arias, 2014), junto con el *remordimiento* al pensar que habían tenido relaciones sexuales con su pareja sin saber que ya poseían el VPH (Gutiérrez, 2013). No obstante, en ciertos casos, la culpa se compartía hacia la pareja (Arias, 2014).

Por otra parte, Arellano y Castro (2013²⁴) atribuyen los sentimientos de *miedo, culpa, vergüenza y aislamiento* a una autopercepción negativa en las mujeres diagnosticadas, conocida como *estigma interno*²⁵. En este caso específico, las autoras refieren que este tipo de estigma se hacía presente cuando las mujeres consideraban la infección por VPH como un atributo socialmente no aceptado, reprochable o desacreditador que podría hacerlas un blanco fácil para ser estigmatizadas, discriminadas y rechazadas por las demás personas, por lo cual vivían con constante incertidumbre y temor al rechazo de los otros. Incluso, a causa de ello, algunas mujeres optaban por no comunicar su diagnóstico y, en consecuencia, vivían en soledad el proceso.

²³ En este punto, Arellano y Castro (2013) citan a Sontag (1996), el cual señala que, en el imaginario social, llevar una vida sexual “liberada” es un seguro para el diagnóstico de cáncer al relacionarse con la inmoralidad, y asumiendo éste como un castigo ante los pecados cometidos. En esta misma línea, las autoras refieren a Vanslyke *et al.* (2008), los cuales agregan que el diagnóstico del CCU pasa, además, por la estigmatización al relacionarse con el número de parejas sexuales y prácticas socialmente rechazadas, como ya se ha dicho en varias ocasiones.

²⁴ Estudio cualitativo con el objetivo de indagar por medio de entrevistas sobre las vivencias y percepciones de 34 mujeres mexicanas de Hermosillo, Sonora con diagnóstico de VPH, displasias y CCU.

²⁵ “Esta autopercepción se deriva y se ratifica a través del grupo social de pertenencia, quienes definen los atributos como desacreditables e inmorales” (Arellano & Castro, 2013, p. 265), lo cual revela lo importante que es el lugar geográfico donde se está presentando el estigma, ya que la cultura y normas sociales cambian de región en región. Sin embargo, el estigma por una ITS posee cierta generalidad global, siendo visto todavía como un atributo indeseable que rompe reglas sagradas con respecto a la sexualidad.

A este respecto, Meza *et al.* (2008) agregan que existe una relación entre el malestar psicológico de las mujeres diagnosticadas con su nivel de *autoconcepto*. Por lo cual, indican que mientras más elevado sea el nivel de autoconcepto en estas mujeres menor será el malestar psicológico, por lo cual se puede inferir que en estos casos las mujeres poseen mayores recursos emocionales que les permiten afrontar de manera asertiva la problemática.

Relacionado con lo anterior, se pueden poner por caso los resultados obtenidos en el estudio de Meza-Rodríguez *et al.* (2011), los cuales dieron a conocer que el grupo de mujeres con diagnóstico por VPH *sin malestar psicológico* empleaba mayor número de estilos de afrontamiento²⁶ (siete de los ocho posibles) que el grupo *con malestar psicológico* (presentó 5 estilos), lo que significa que utilizaban un mayor número de recursos ante una situación crítica, reduciendo la posibilidad de presentar alteraciones emocionales asociadas al evento (Tabla 2.1).

Simultáneamente, los autores observaron que los estilos focalizados en la solución del problema, específicamente el estilo de *sopORTE social*, disminuían la probabilidad de asociarse a malestar psicológico, depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado ya que se dan esfuerzos por controlar las respuestas emocionales en la búsqueda y utilización de redes de apoyo familiares, sociales, profesionales, etc.; mientras que el estilo de *escape-evitación* aumentaba la probabilidad de presentar malestar psicológico, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión. Sin embargo, este tipo de estilo no estuvo presente en el grupo de *malestar psicológico*, lo que eludió que las mujeres de este grupo no encontraban una forma, aunque sea negativa, de hacer algo por responder a la situación estresante, quedándose sin ninguna estrategia ante la crisis. Por último, los autores plantean que el estilo de *responsabilidad* reveló la representación social en la que vivían las mujeres del grupo de malestar psicológico, las cuales se

²⁶ Se utilizó el instrumento de estilos de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1988, citados por Meza *et al.*, 2011) y, el cual proporciona 8 estilos de afrontamiento: confrontación y planificación (enfocados en la solución de problemas); distanciamiento, escape-evitación, autocontrol, aceptación de responsabilidad y reevaluación positiva (estilos centrados en la emoción) y apoyo social (focalizado en al área emocional y de solución de problemas).

percibían como las culpables de lo que les ocurría, *culpa* que ponía en marcha acciones contraproducentes en el cuidado de su salud.

Tabla 2.1

Distribución de los estilos de afrontamiento en la muestra total, en el grupo con malestar psicológico y en el grupo sin malestar psicológico.

Estilo de afrontamiento	Muestra total n (%)	Grupo 1 con malestar psicológico n (%)	Grupo 2 sin malestar psicológico n (%)
Soporte social	15 (21.4)	4 (15.4)	11 (25)
Reevaluación positiva	26 (37.1)	12 (46.2)	14 (31.8)
Confrontativo	8 (11.4)	1 (3.8)	7 (15.9)
Responsabilidad	13 (18.6)	8 (30.8)	5 (11.4)
Resolución problemas	4 (5.7)	1 (3.8)	3 (6.8)
Escape-evitación	2 (2.9)	---	2 (4.5)
Autocontrol	2 (2.9)	---	2 (4.5)
Distanciamiento	---	---	---

Fuente: Meza-Rodríguez *et al.*, 2011.

Considerando lo expuesto hasta el momento, en definitiva, se puede coincidir con Steben (2000, citado por Meza *et al.*, 2008, p.169), al enfatizar que “el impacto emocional causado por el diagnóstico de VPH puede inclusive ser más dañino que los problemas físicos asociados por el virus”, por lo que la presencia de todas las manifestaciones emocionales (enojo, depresión aislamiento, miedo, rechazo, vergüenza, culpa, entre otros) juega un papel relevante en todo el proceso de la infección.

Ahora bien, si se le da relevancia a todo el proceso de la infección, cabe señalar que Arias (2014) dentro de su estudio investiga la *experiencia completa de las mujeres*, es decir, el proceso de vivencia del virus, considerado en sus cuatro fases, las cuales son: detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, ya que la

autora menciona que la mayoría de las investigaciones sólo se centran en recopilar información sobre las respuestas emocionales en las dos primeras etapas (detección y diagnóstico) como se ha podido evidenciar hasta el momento en los párrafos anteriores, lo que deja una falta de información sobre lo que ocurre con estas mujeres durante todo el proceso, pues no es sólo el recibir un diagnóstico sino que estas mujeres se someten a ciertos procedimientos de tratamiento (por ejemplo, cirugías) para la eliminación de las lesiones ocasionadas por el VPH, así como una asistencia prolongada a revisiones y realización de pruebas de detección periódicas para dar seguimiento de la infección, ya que como se sabe esta puede permanecer de manera latente o volver a reactivarse causando nuevas lesiones.

Así pues, la autora señala que algunas de las reacciones suscitadas en las mujeres durante la etapa de “tratamiento” fueron el *miedo* atribuido al temor de no poder tener hijos; *confusión* durante la intervención al pensar las razones por las cuales les tocó vivir la situación; *desesperación*; *malestar*; y más *cansancio emocional* que físico; así como una *evasión* constante del momento de ser operadas, es decir estaban “de cuerpo presente, pero de mente ausente” (Arias, 2014). Además, Gutiérrez (2013) agrega los sentimientos de *tristeza*, *coraje* y en algunos casos la presencia de la *fortaleza espiritual*, lo que les proporcionaba cierto consuelo durante el proceso de intervención.

Al mismo tiempo, se destaca que los procedimientos quirúrgicos no sólo conllevaron emociones y sentimientos acerca de la experiencia en sí, sino que también se vivieron desde el cuerpo. Los relatos hablan de *sentimientos de incomodidad*, *pena*, *vergüenza* y *desesperación*, junto con la sensación física de *dolor* en cuanto a la exposición de los genitales y el procedimiento en sí (Gutiérrez, 2013; Arias, 2014).

Arias (2014) analiza que el *sentimiento o sensación de incomodidad* en esta etapa posee un trasfondo importante de mencionar, la autora cita a Fina Sanz (2003), la cual explica que durante el proceso de socialización, a las mujeres se les va interiorizando que los *genitales* deben estar ocultos puesto que hay una

simbolización donde se percibe que una “vagina abierta=mujer fácil=depreciación=abandono afectivo” y una “vagina cerrada=mujer difícil=valoración positiva=interés del varón”. Además de estas construcciones en relación al cuerpo de las mujeres, la autora también da relevancia a que la vivencia de la operación también posee relación con la forma en que el personal de salud ve el cuerpo de las mujeres. En este caso, menciona que Brown, Pecheny, Gattoni & Tamburrino (2013) refieren que la consulta ginecológica objetiviza el cuerpo de las mujeres, invisibilizando el rostro de estas (como consecuencia de la posición que el procedimiento exige sobre la camilla) y centran la atención sólo en los genitales, lo que en resumen, no toma en cuenta la sensación de las pacientes.

Por otra parte, el VPH al ser un virus que no se elimina, sino que se desactiva con el tratamiento, es importante seguir con revisiones regulares (3, 6, 12 meses; dependiendo del tipo de lesión y tratamiento) para evitar o detectar una nueva activación y/o lesión. Este periodo es la etapa conocida como “seguimiento”, y al ser parte del proceso, provoca diferentes reacciones emocionales. Arias (2014) expresa que este tipo de consultas ginecológicas de rutina especial evoca en las mujeres (incluso tiempo antes de asistir a la consulta) *ansiedad, estrés y miedo* al pensar en la posibilidad del surgimiento de nuevas lesiones, que, por consecuencia, iniciarán la realización de una nueva etapa de tratamiento. Al mismo tiempo, la autora hace notar la presencia de los mismos *sentimientos de incomodidad* de la etapa anterior, por la introducción de los instrumentos de revisión, como el espejo o pato vaginal en el examen del Papanicolaou, procedimiento percibido y sentido como *invasivo y doloroso* por parte de las participantes, haciendo desagradable cada visita al ginecólogo.

En esta misma línea, varios autores indican que la presencia de los sentimientos de *pena y vergüenza* por parte de las mujeres, resultado de la constante exposición de los genitales por un periodo prolongado, junto con el estigma de la infección por VPH, CCU y las ITS en general, significan una barrera importante que obstaculiza el diagnóstico, detección y prevención del VPH y el

CCU, ya que en algún punto del proceso, el impacto psicológico es tal, que las mujeres en algún momento piensan en no asistir a las consultas, lo que puede derivar en complicaciones más severas con el tiempo (Villaseñor et al., 2008; Fernández *et al.*, 2008; Arellano & Castro, 2013; Zamberlin, Thouyaret & Arrosi, 2013 citados por Arias, 2014).

En último término, es importante retomar los cambios que tuvieron las mujeres diagnosticadas en la forma de vivir su sexualidad, es decir, cuáles fueron las autopercepciones generales de todo el proceso. De acuerdo con Arias (2014) en algunos casos, el sentimiento de *culpa* fue disminuyendo conforme iba avanzando el proceso del VPH, ello porque en ciertas situaciones, las mujeres tuvieron acceso a información más detallada sobre las causas y desarrollo de la infección, y en casos específicos, como el relatado por una participante, se tenía un desarrollo profesional de educación de la sexualidad y terapeuta sexual, lo que le proveyó herramientas para visualizar la vivencia desde una posición diferente, mucho más crítica y libre, donde pudo identificar de dónde provenían los discursos que promovían una sexualidad con culpas, prohibiciones y desde una postura de miedo.

A su vez, es importante señalar, que el impacto de la infección por VPH a nivel integral, conllevó a situaciones positivas en algunas mujeres, las cuales relatan que dicha experiencia les sirvió para conocerse más a sí mismas, reflexionar sobre qué cuidados son necesarios para mantenerse saludables y darse cuenta de la capacidad que poseen para afrontar procesos que afectan su salud, como lo fue el caso de la infección por VPH, lo que ocasionó mayor interés y compromiso por su salud. Además, como varias mujeres vivieron el proceso sin el apoyo de una pareja, ello les otorgó más respeto y confianza a su persona, al demostrarse a sí mismas que ellas podían hacerse cargo de sus propios cuidados, viendo la enfermedad no como un obstáculo sino como una situación en donde los proyectos de vida seguían para adelante (Arias, 2014). No obstante, también se presentaron vivencias tan negativas en las mujeres durante el proceso, que éstas tomaron un rumbo totalmente diferente en la toma de decisiones de su vida, tal es

el caso de una participante de la investigación de Gutiérrez (2013) la cual decidió ser madre por medio de la inseminación artificial para no volver a tener algún contacto sexual con cualquier hombre, el cual ella pensaba que la volvería a contagiar de alguna ITS.

2.2.1.2. Vivencia de la pareja (varón) en el proceso

De igual modo, la vivencia de la pareja masculina suscitada en las diferentes investigaciones durante el proceso de VPH fue totalmente diferente al de las mujeres (Gutiérrez, 2013; Arias, 2014). En el caso de las reacciones emocionales inmediatas a la noticia del diagnóstico positivo de VPH de la mujer, los varones en la mayoría de los casos, tanto los que se encontraban en una relación como los que ya no estaban con las mujeres en ese momento, optaron por *enfadarse* y utilizar palabras y expresiones violentas hacia las mujeres como, por ejemplo, “pues sí, podía esperar otra cosa ¿no?”, “¿ah, no, pero pues que te pasa, yo...vete al diablo, no me importa y no quiero saber nada de ti” (Arias, 2014, p.121).

Al mismo tiempo, Arias (2014) refiere que los varones *evadían por completo la responsabilidad* de ser los posibles portadores y transmisores del virus, así como también, *negaban* cualquier duda acerca de su fidelidad; además de presentar la constante idea de *no percibirse* como portadores y/o enfermos debido a que no presentaban ningún síntoma²⁷, aunque las respuestas y acciones cambiaron con respecto al tipo de relación que tenían con las participantes, en ciertos casos, el varón desaparecía de la vida de la mujer en cuestión y en otros, la noticia era tomada como una broma de mal gusto.

²⁷ “A mis hijas y a él también le dije, pero él, lejos de ayudarme hasta se enojó, me dice que era mi culpa que yo andaba por ahí de loca, loqueando, *es tu culpa* me dice *yo no tengo nada*” (Gutiérrez, 2013, p.51).

Así mismo, el hecho de que algunos hombres se realizaran los estudios²⁸, y salieran negativos (por no presentar signos y sintomatología), reforzaba la idea de que ellos no tenían ninguna responsabilidad al respecto, lo cual les daba la posibilidad de no cuidarse con respecto al uso del preservativo y de sentirse “libres de culpa” (Arias, 2014, p.123). Lo cual contrastó con respecto a la vivencia de las mujeres, pues éstas sí tuvieron que pasar por la realización de varias pruebas y cirugías, lo que refleja cómo es que la mujer es la que llevan toda la carga de la enfermedad, tanto física como psicológica (Arias, 2014).

2.2.1.3. Impacto en la dinámica de pareja

Es importante recalcar, que durante y después de todo el proceso, el *miedo* estaba presente en la mayoría de las mujeres, el cual estaba orientado a comunicar el diagnóstico a sus parejas o nuevas parejas sexuales, ya que temían que, al enterarse de la situación, las rechazarían (Arias, 2014), hecho que como se pudo divisar en el apartado anterior, sí se presentó como respuesta constante en los varones y como término definitivo de la relación de pareja. Ahora bien, tocando otro tema, las mujeres también presentaban un *miedo* constante de volver a tener relaciones sexuales²⁹ ya que fue ese hecho el que en un principio las había hecho acreedoras de la infección por VPH, por lo cual el proceso de volver a sentirse cómodas en reanudar su vida sexual fue lento y más cuidadoso (Arias, 2014). Hubo casos en que las participantes refirieron que al volver reiniciar su vida sexual después del tratamiento les trajo consecuencias negativas, tanto para ellas mismas, como a la relación de pareja (Gutiérrez, 2013).

En ciertos casos, sobre todo en los periodos pos-operatorios de las cirugías donde se tenía un periodo de abstinencia sexual, dícese la *etapa de tratamiento*,

²⁸ Arias (2014) señala que las realizaciones de estos exámenes eran a petición de las mujeres, más no una iniciativa del varón, lo que evidencia la posibilidad de que, si fuera su propia decisión, nunca acudirían a realizarse exámenes preventivos para el cuidado de su salud sexual.

²⁹ En un caso se reportó incluso, que la participante dejó de tener relaciones 3 años, “ya que no podía, ni psicológicamente pensar en tenerlas” (Gutiérrez, 2013, p.44).

Arias (2014) menciona que se pudo visibilizar violencia ejercida de los varones hacia las mujeres a través del chantaje y manipulación como, por ejemplo, si la mujer no quería tener relaciones por el miedo, dolor o enojo, la pareja le hacía comentarios de tono molesto como “es que tú ya no quieres nada conmigo” (p.63) o “no pues a lo mejor andas con otro por eso no quieres tener una relación conmigo” (p.64), lo que en muchas ocasiones suscitó enojo de las participantes y el punto final era el inicio de discusiones entre ambos, a tal grado de que una participante le sugirió a su pareja que fuera a la calle a buscar lo que necesitaba porque de ella no lo conseguiría. Sin embargo, en otros casos, a pesar de que las mujeres presentaban dolor o secreciones sanguíneas, así como una falta de excitación constante, éstas accedían a tener relaciones sexuales fingiendo el orgasmo, ya que sentían obligación de complacer a su pareja, pues “¡pobre de él! ya había aguantado tanto, como para todavía castigarlo” (Gutiérrez, 2013, p.64).

En esta misma línea, también se presentó otro relato donde la mujer entrevistada seguía manteniendo relaciones sexuales con su pareja sin protección y, sólo cada tercer día usaban preservativo por decisión de su pareja, pues vivía en constante temor al enojo de su pareja si se negaba (Gutiérrez, 2013). No obstante, también se tenía otro escenario dentro de la dinámica de pareja, el cual consistía en la continua exigencia del preservativo por parte de las mujeres en cada relación sexual por miedo a una reinfección. En este sentido, algunos varones no accedían a la petición pues para ellos no era la misma sensación, era incómodo o simplemente querían seguir teniendo la conducta de riesgo pues era algo cotidiano en sus vidas, lo que en cierto modo rompía la confianza y provocaba decepción por parte de las mujeres hacia sus parejas ya que ellos no mostraban actitudes de cuidado y responsabilidad hacia ellas y la relación en su totalidad (Arias, 2014).

En resumen, Arias (2014) concluyó que la forma en que la pareja masculina actuaba era *ambivalente*, por un lado, apoyaba en el proceso y, por otro, violentaba-chantajeaba a tal punto de utilizar el diagnóstico de VPH para justificar y garantizar que la relación no terminara ya que en un caso el varón justificó que

su pareja tenía que estar con él siempre porque en cierta forma ella lo había contagiado o tal vez había sido él, pero en conclusión eso justificaba su unión. Por otra parte, en el caso de las mujeres, el enojo hacia las parejas también se mostraba ambivalente, ya que, si bien algunas llegaban a comprender que la infección por VPH no se había generado necesariamente de una infidelidad, la desconfianza persistía en la mayoría de los casos (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

Por todo lo anterior, ya que las mujeres sufren cambios significativos en la forma de vivir su sexualidad y su cuerpo, se puede inferir que durante el largo proceso del VPH, la dinámica de pareja en general sufre un periodo de deterioro más que una estabilidad. Sin embargo, Arias (2014) hace notar que hubo algunas repercusiones positivas, ya que tal proceso inició en las mujeres una búsqueda y experimentación global de su sexualidad y erotismo, así como un mayor uso del preservativo³⁰ (mejor comunicación y diálogo con respecto a las prácticas sexuales), lo cual, en ciertos casos, reforzó aún más la unión con la pareja.

2.2.1.4. Nuevas relaciones de pareja

Finalmente, se encontraron dos escenarios posibles dentro de las investigaciones que hablan sobre el inicio de nuevas relaciones de pareja durante el proceso de VPH, las cuales son las siguientes:

En el primer escenario, las mujeres decidieron continuar con su vida sexual con las parejas nuevas, pero desistieron de informarlas sobre su padecimiento por temor a ser rechazadas, por lo cual sólo se cuidaban por medio de preservativos y en ciertos casos, le pedían a la nueva pareja un examen de laboratorio para asegurar que no volvieran a adquirir de nuevo el VPH u otra ITS (Gutiérrez, 2013).

³⁰ Más allá del uso del preservativo, los varones no realizaban otras actividades de cuidado de su cuerpo como cambios en su alimentación, ejercicio, descanso, entre otros; y a pesar de que mostraban cuidados hacia su pareja como llevarlas al ginecólogo, apoyar económicamente o cuidarlas en los periodos pos operatorios, en realidad nunca se identificó dentro de los relatos de las mujeres que ellos mismos acudieran a la atención médica para un tratamiento específico (Arias, 2014), lo que divisa que aún se sigue viendo como un asunto sólo de mujeres y no hombres, tanto en los sistemas de salud como en ellos mismos.

En el segundo escenario, las participantes informaron de la situación a su nueva pareja, y mencionaron que la actitud de ésta fue diferente y con mayor apertura de apoyo en el proceso. En particular, las características que presentaban las nuevas parejas masculinas, eran el ser pacientes, afectuosos, atentos, honestos y preocupados por la salud de las mujeres. Por otro lado, en cuanto al proceso de iniciar una vida sexual con el varón, las mujeres relataron que fue una etapa complicada; sin embargo, se tuvo un ambiente más comprensivo y gradual en cuanto al tiempo de espera, lo que las hizo sentir con más seguridad y confianza hacia ellas mismas y su nueva pareja (Arias, 2014).

2.2.2. Redes de apoyo

“Las redes de apoyo pueden ser sociales, comunitarias, familiares e institucionales y permiten que, ante una crisis, como el diagnóstico de una enfermedad, las personas puedan mantener su equilibrio físico, emocional y social” (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003 en Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010, p.210). Sin embargo, las redes de apoyo en el proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con VPH presentaban cierta ambivalencia en cuanto a su presencia y soporte (Arias, 2014).

Durante el inicio del proceso de VPH, Gutiérrez (2013) declara que, dentro de su estudio, algunas mujeres acudían al tratamiento acompañadas ya sea por la pareja o ex pareja, algún familiar o amigo/a; aunque, después de un tiempo, la mayoría prefería asistir sola a consulta pues pensaba que su enfermedad interfería con las actividades de los demás (Gutiérrez, 2013), lo cual elude como es que estas mujeres minimizan la situación en la que se encuentran. Aunque, considerando todos los escenarios, si es que surgían redes de apoyo, éstas eran en mayor medida de familia, amistades y pareja; y en menor medida se mencionaba un apoyo profesional como terapia psicológica o espiritual como la religión (Arias, 2014).

Por otro lado, hablando en un sentido más general, conforme pasaba el proceso de VPH las redes de apoyos eran casi nulas en su totalidad (Gutiérrez, 2013), lo que hacía que varias mujeres refirieran una sensación de *soledad* durante el proceso (Arias, 2014), situación que tiene una estrecha relación entre el estigma interno (mencionado en el apartado 2. 2. 1) y el estigma externo o social³¹, ya que el que estas mujeres se autoperciban con características que están fuera de la norma y pensar que ello genera una reacción negativa por parte de los demás, en muchos de los casos no es incorrecto, ya que definitivamente se da un rechazo por parte de la sociedad. De aquí que, en realidad “[...] la complicación psicológica [...] genera conflictos en la esfera psicosocial” (p.169), repercutiendo en la vida cotidiana de las mujeres infectadas (Da Silva & Jiménez, 2000, citados por Meza *et al.*, 2008).

Aceptar una enfermedad sexualmente transmitida es una acción que pone en riesgo la estabilidad en las redes cercanas de las mujeres, por lo que exteriorizan conductas como suelen hacerlo las personas estigmatizadas al encubrir cierta información para no dañar sus relaciones significativas (Vidal, 2002 citado por Arellano & Castro, 2013, p.269).

En la mayoría de los casos, muchas mujeres prefieren no socializar sus diagnósticos por la relación que se ha construido en torno al VPH y la promiscuidad y, si lo hacen, lo realizan de manera muy limitada, compartiendo sus diagnósticos solo entre sus redes de mayor confianza; además de realizar otras acciones, como por ejemplo, aislarse de sus redes familiares y sociales y/o, abandonar sus actividades laborales y educativas como acciones protectoras frente al estigma interno (Arellano & Castro, 2013; Arias, 2014). Un dato curioso que llama la atención, es que el sentimiento de *soledad* referido en el párrafo

³¹ De acuerdo con Goffman (1989, citado por Arias, 2014) el *estigma* se presenta para señalar el incumplimiento de normas sociales y estereotipos, lo cual conlleva a que la persona acusada sea discriminada, cuestionada y su valor social se vea afectado, lo cual posee especial relación con las narraciones de las mujeres con VPH, pues se cuestiona el ejercicio de su sexualidad al no seguir el patrón tradicional de virginidad y pasividad sexual. En este sentido, la *estigmatización* se utiliza como estrategia de control social sobre el cuerpo, la sexualidad, las decisiones y las acciones de las mujeres (Hutchinson, 2003 en Arellano-Gálvez & Castro-Vásquez, 2013 citados en Arias 2014), hecho presentado con más frecuencia en las sociedades occidentales y con prácticas católicas (Arellano & Castro, 2013).

anterior, aumentaba aún más, si es decidían las mujeres decidían comentar la situación, pues aún con el hecho de haber comunicado el diagnóstico, no se sentían acompañadas en dicho proceso (Arias, 2014)

Por consiguiente, es importante abordar el cómo se presenta este *estigma social* en las diferentes redes de apoyo de las mujeres que viven con VPH. Si se piensa que sólo el hablar de ITS provoca prejuicios sobre la forma de vivir las sexualidades, entonces podemos inferir que el diagnóstico de VPH no estaría exento de tales prejuicios. Debido a que el VPH se transmite mayormente por contacto sexual directo de persona a persona, ha ocasionado un estigma de *promiscuidad, infidelidad* (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010) y *aversión* entre las personas portadoras que lo transmiten, y un estigma de *engaño y dolor* en las personas que recién descubren la infección en su cuerpo. Aunque la gran mayoría de las personas desconocen la infección y contribuyen a la propagación continua de la misma (Conzuelo, 2006).

Arias (2014) refiere que dentro de algunos testimonios de las mujeres participantes en su estudio, no fue extraño identificar que han sido estigmatizadas y discriminadas por tener VPH (como por ejemplo, en el caso de los malos tratos de sus parejas o exparejas y el personal médico, entre otros); y este estigma aumenta si se tiene el VPH y se es joven, ya que una participante con 21 años de edad mencionó que tuvo menos acceso a la atención médica de lesiones por VPH pues no llegaba a la “edad” en que normalmente se atendían ese tipo de lesiones (Arias, 2014).

Las vivencias de las mujeres con VPH en relación con sus familias, fueron narradas principalmente desde las experiencias con la madre y el padre. En general, al apoyo emocional se atribuía a las madres (Arias, 2014), además de que eran estas las que participaban “en el proceso de gestión, tratamiento y recuperación de la paciente” (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010, p.210); el padre, en cambio, proveía el apoyo económico, manteniéndose al margen del plano emocional y de cuidados. Sin embargo, también el papel de acercamiento de la madre en muchos casos fue de atacar, juzgar y culpabilizar a sus hijas por

tener la infección, conviniendo subrayar que la educación sexual dentro de las casas de estas mujeres había sido nula, lo cual contribuyó a que hubiera pocos espacios de confianza y comunicación sobre tales temas (Arias, 2014).

En su estudio Arias (2014) indica que el apoyo de las amistades se encontró tanto en el acompañamiento a las consultas médicas como en el soporte emocional, lo cual hacía que las mujeres diagnosticadas se sintieran mucho más cómodas, acogidas y menos juzgadas a diferencia de otras redes de apoyo.

2.2.3. Atención recibida en los sistemas de salud

Las experiencias de las mujeres diagnosticadas indican que en su mayoría, la atención médica no fue del todo positiva, ya que la gran incidencia de la infección provoca una mala atención médica. En otras palabras, al haber un gran número de pacientes en las instituciones de salud, no se les otorga el espacio y tiempo suficientes para atender todas sus dudas respecto de la infección, lo que hace que la atención sea considerada por las mujeres como de aspecto “frío”, sin hospitalidad, sensibilidad al tema y cuidado a la hora de realizar los estudios de tamizaje y/o cirugía³²; además de que algunas relataron negligencia médica y decisiones médicas de pura ganancia monetaria a los intereses de él/la médico, los cuales aprovechaban la condición de enfermedad para beneficiarse (Arias, 2014).

En el caso de la *negligencia médica*, Arias (2014) menciona que una mujer participante en su estudio relató que el primer médico que la atendió quería realizarle una histerectomía por el hecho de que como ya había tenido hijos, “su matriz ya había cumplido su finalidad” y por ello justificaba su retirada. Al respecto, la participante decidió buscar otra opinión donde se le informó que tal acción no

³² Cuando se da el diagnóstico y los procedimientos a seguir, se da una desensibilización del médico con respecto a la infección, por tratarse de situación de rutina de cada día, como si fuera “un caso más que atender” (Arias, 2014). Por lo que el tema de los procesos a seguir es poco abordado por los médicos/as (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

era necesaria y pudo haber afectado su salud. Mucho tuvo que ver la escolaridad (estudios universitarios) de la participante para buscar otra opinión y obtener la información necesaria sobre el virus, además de la experiencia que había tenido con su madre, a la cual le habían diagnosticado CCU y el nivel socioeconómico, permitiéndole el acceso a más opciones de atención médica.

De igual manera, la *violencia institucional* en el trato médico/paciente manifestaba prejuicios con respecto al número de parejas sexuales de las mujeres (Gutiérrez, 2013; Arias, 2014); discriminación por parte de las enfermeras al enterarse del diagnóstico y tratarse de una ITS; incomodidad al ser atendidas por un varón e inclusive actitudes machistas donde se negaba el acceso a métodos anticonceptivos que una de las participantes deseaba utilizar. Por todo esto, se generaba una desconfianza por parte de las mujeres hacia su relación con el médico/a, por lo que en ciertos casos fueron de ginecólogo/ en ginecólogo/a hasta que encontraron a una persona que las tratara con “respeto y profesionalidad”, donde se sintieron cómodas y atendidas adecuadamente (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010; Arias, 2014).

En la consulta médica, el estigma es un asunto oculto, del cual poco o nada se habla³³; el personal de salud no explica a las mujeres cómo debe tomarse el diagnóstico frente a su vida sexual o bien, no abundan sobre los posibles efectos en sus prácticas sexuales. En las pocas ocasiones en que se tuvo alguna explicación recibida de parte de los médicos, las mujeres se sintieron juzgadas y cuestionadas, es decir, culpabilizadas, reproduciendo con ello el estigma relacionado con estas enfermedades (Arias, 2014), reforzando el temor, el miedo, la angustia, la culpa y la vergüenza de ellas frente a sus diagnósticos, y aunque algunas hicieron uso del internet ante la poca información, ello no les resolvió su

³³ Es en estas situaciones cuando es reforzado el *estigma interno*, por el silencio y la poca o nula información por parte del personal de salud sobre la relación entre el diagnóstico de displasia, VPH, Cacu y prácticas sexuales; de ahí la importancia de propiciar un intercambio de confianza entre paciente y personal de salud, aspecto que también ha sido reportado por otros autores (Arribas, 2006; Trigg, Kerndt y Aynalem, 2008 citados por Arellano & Castro, 2014).

necesidad y entendimiento de lo que sucedía (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010; Arias, 2014).

Ahora bien, dentro del espacio de consulta médica, con respecto al tema de incorporar a la pareja masculina en el tratamiento, cuando las pacientes preguntaban al médico/a tal opción, éstos se mostraban renuentes a otorgar tal atención, por lo que se invisibilizaba la participación del varón en el cuidado sexual y con ello, se negaba su tratamiento con respecto al virus. Esta invisibilización del varón en el proceso del VPH, causó que aumentaran los sentimientos de *frustración y desconfianza* de las mujeres no sólo hacia el médico, sino también hacia la pareja (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010; Arias, 2014). Inclusive, en el caso del testimonio de una mujer, ni siquiera se le permitió el acceso a su pareja a la institución de salud, evidenciando entonces que el virus sólo es de “las mujeres” (Arias, 2014).

En definitiva, esta desinformación sobre el VPH unida al estigma sobre el manejo de la vida sexual junto con la combinación de otras creencias, son factores que favorecen los problemas en la dinámica de pareja, pues consolidan la idea de que el varón no participe en el proceso, se recrimine sólo a la mujer de su falta de fidelidad y promiscuidad, y además se siga reforzando la idea de que el varón no tome ninguna responsabilidad en la transmisión y propagación del virus (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

2.3. Campañas preventivas de salud contra el VPH en México: alcances y limitaciones

Ya que Cerón (2010) en el capítulo anterior nos introdujo al ámbito de analizar las acciones preventivas realizadas en nuestro país, se proseguirá en otros puntos relevantes. Con respecto a las vacunas contra el VPH, aunque desde el 2008 se puso en marcha la Primera Campaña de Vacunación gratuita contra el VPH, su implementación sólo se llevó a cabo en un solo grupo de población, las niñas (de 11 años de edad o quinto año de primaria), lo cual es comprensible si se piensa

que, como se ha dicho antes, el VPH y el CCU es atribuido con frecuencia como un problema de salud de las mujeres.

No obstante, se puede visualizar que dentro de estas primeras campañas se dejó de lado la protección a los infantes varones, a pesar de que algunos estudios referidos en Brebi *et al.* (2013) mostraran que México es uno de los países en desarrollo con mayores porcentajes de varones con infección por VPH³⁴, información que en cierto sentido tendría que derivar en la realización de acciones en el ámbito de la salud pública que garanticen que estos varones puedan tener acceso a los servicios médicos necesarios para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección con la finalidad de que estas acciones aminoren el número de incidencias del virus en las mujeres; así como también la incidencia de CCU. Aunque, tampoco se debe olvidar, que este virus también ocasiona diferentes tipos de cáncer en el varón en zonas como la boca, la piel, la próstata, el área perianal, los pulmones, la orofaríngea, laríngea, de esófago y de uretra; siendo el cáncer de pene, anal y oral el más frecuente en los países desarrollados, con cifras muy similares al CCU en la mujer (Giuliano *et al.*, 2008; Petersen & Klein, 2008 citados por Brebi *et al.*, 2013).

De esta manera, en México, no fue sino hasta el 18 de septiembre del 2015, que las Senadoras Cristina Díaz Salazar, Diva Gastélum Bajo, Hilda Flores Escalera, Lilia Merodio Reza, Leticia Herrera Ale, Itzel Ríos de la Mora y María Elena Barrera Tapia, integrantes de la LXIII Legislatura, presentaron ante el Senado de la República una propuesta que pedía a la Secretaría de Salud a ampliar el esquema de vacunación para incluir a los niños que hayan cumplido 11 años de vida en la inmunización para prevenir la infección por los diferentes tipos de virus del Papiloma Humano, ya que argumentaban que el varón es parte clave

³⁴ (Véase la nota número 7 del apartado 1.6.4). De igual forma, Giuliano *et al.* (2008, citados por Brebi *et al.*, 2013) encontraron una positividad de VPH en porcentajes mucho mayores en los hombres de Brasil con 72.3%, México con 61.9% y Estados Unidos con 61.3% donde el grupo de edad con mayor frecuencia de infección fue de 30 a 34 años y el de menor frecuencia fue el de 18 y 19 años.

dentro del proceso salud-enfermedad del CCU indicando que aunque el 40% de los hombres que portan el virus viven con éste hasta su muerte, sin presentar una afectación mayor, el 30% de estos participarán en la transmisión de los tipos de VPH de alto riesgo que provocan CCU en la mujer. Así pues, al considerar al hombre como el portador silencioso del virus, en consonancia con Pagliusi *et al.* (2007), se plantea que *no* sólo se debe proteger a la mujer sino al varón, ya que tal protección permitirá considerablemente que la mujer sea menos propensa a contraer el virus (Senado de la República, 2017).

En este sentido, en diciembre del 2015 el Diario de Yucatán señala que la propuesta de ampliación del esquema de vacunación de VPH fue aprobada por el Senado de la República, aprobación que la Asociación Mexicana de Vacunología (AMV) consideró muy acertada, pues agrega que esta iniciativa cuidará a los niños y niñas mexicanos y fortalecerá el Programa Nacional de Inmunización, así como la prevención de la infección por los diferentes tipos del VPH. Más aún, el Dr. Ricaurte Crespo Simons, Presidente de la Asociación Mexicana de Vacunología, comentó que “es una estrategia [...] que busca proteger no solo a las mujeres sino a toda la población” (Sin autor, 2015).

Ahora bien, con respecto a las campañas de detección y diagnóstico del virus, así como en el tratamiento, sucede algo similar con la invisibilización del varón, pues la mayoría de estas acciones se centran en las mujeres³⁵. Aún con ello, conviene hacer notar que el acceso a tales servicios varía dependiendo del tipo de servicio de salud público que posea la mujer en cuestión.

³⁵ Si se habla de los resultados obtenidos en este aspecto, Tovar *et al.* (2008, citados por Arellano & Castro, 2013) señala que las tasas de mortalidad por CCU en México entre 1980 y 2004 han mostrado una disminución, lo que puede atribuirse a la ejecución del programa de detección oportuna iniciado en los setenta. Sin embargo, Arellano & Castro (2013) enfatizan que es necesario el diseño de políticas públicas que permitan una disminución significativa de las tasas de mortalidad por CCU en las mujeres, las cuales consideren el contexto sociocultural, las creencias y los significados sobre la prueba diagnóstica del Papanicolaou (Pap), la infección por VPH y los elementos subjetivos de la sexualidad de las mujeres y, como suplemento, a tales autoras, podría decirse que de igual forma, se tomen en cuenta e investiguen con más profundidad tales aspectos en los varones para que las acciones de salud que se realicen sean más integrales.

Así, por ejemplo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es líder en América Latina en la detección oportuna de VPH ya que cuenta con una infraestructura de 10 laboratorios moleculares, 44 laboratorios de citología, 57 laboratorios de Colposcopia³⁶ (ISSSTE, 2015) y 797 clínicas con áreas de orientación, prevención y detección de este padecimiento a lo largo de todo el país, además de disponer de 5 mil 906 médicos generales y 558 especialistas en diversas ramas de la oncología, lo cual hace de esta institución la única en tener una Estrategia Integral Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, formada por tres líneas de acción principalmente: Vacuna contra Virus del Papiloma Humano (VPH), Citología Cervical y Prueba para detección de VPH (sin autor, 2015).

Por otro lado, y no tan lejano, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentra rezagado en las pruebas moleculares para detectar el VPH y sólo cuenta con la prueba del Papanicolaou para detectar el virus, aplicada a mujeres a partir de los 30 años (Villanueva, 2016), de modo que se puede evidenciar que el acceso a los servicios de salud presenta diferencias significativas dependiendo de la institución de salud a la que se esté afiliado, además de que su acceso también está limitado en un marco de edad, lo que hace pensar que las mujeres adolescentes menores de 25 años no se hacen acreedoras al derecho de un examen citológico, realidad que resulta preocupante pues como ya han mencionado varios autores (Syrjanen, 1990, Koutsky, 1997, Koutsky *et al.*, 1998 citados por Pagliusi *et al.*, 2007; Cruz, 2010), existen adolescentes menores de 18 años que ya poseen la infección.

Requisitos como los anteriores, generan desigualdad de oportunidades en ambos sexos, tanto en la prevención de la infección, la implementación de un tratamiento para los diferentes tipos de cáncer y hasta en la intervención psicológica, pues ésta última no toma la relevancia dentro de los esquemas de tratamiento, una vez que se posee el diagnóstico por VPH, lo que ocasiona que la

³⁶ La prueba citológica se recomienda a las derechohabientes entre los 25 y los 34 años de edad, la cual puede ser realizada cada dos años y, en el caso de las pruebas moleculares (PCR) se realizarán de los 25 a 65 años con periodicidad de aplicación cada cinco años.

vivencia del VPH impacte de manera negativa la vida de las personas tanto a nivel individual como social (véase el apartado 2.2.).

Así pues, empleando las palabras de Hernández- Carreño *et al.* (2012):

“[...] surge la interrogante; ¿Cómo solucionar problemas de salud, cuando no se tiene lo necesario para cuidarla? (p.11)”

Cuando se habla del derecho a la salud en el campo de los Derechos Humanos, se habla del ámbito de su protección, acción que resulta una obligación del Estado de gobierno de cada país, Lugo (2015) señala que dentro del artículo 4to de nuestra Constitución Política toda persona tiene derecho a la protección de su salud donde el Estado es el encargado de adoptar medidas necesarias para cumplir y dar acceso a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo, incluidos los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades mediante una clara y oportuna información de los procesos y un trato respetuoso, digno, profesional y ético por parte del personal, el cual, en cierta medida puede pensarse ha sido capacitado³⁷ para tal función.

De igual manera, en la protección específica de la salud sexual y reproductiva, en nuestro país se cuenta con una serie de derechos sexuales de las y los jóvenes donde tanto hombres como mujeres jóvenes, aunque diferentes, son iguales en oportunidades y derechos ante la ley y por ende, tienen derecho a una educación sexual sin prejuicios, objetiva y no sesgada (que fomente la toma de decisiones libre e informada), así como a servicios de salud sexual y reproductiva

³⁷ En este rubro, Leydon *et al.* (2000, citado por Castro-Vásquez y Arellano-Gálvez, 2010) destacan que “el personal médico debe capacitarse para reconocer las necesidades de información de las pacientes y las actitudes de angustia y desconfianza en las mismas” (p.212). Sin embargo, algunos autores (Weisner, Vejarano, Caicedo, Tovar & Cendales, 2006; Burkitt, Holcombe & Salmon, 2004; Da Silva & Giménez, 2005 citados en Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010) refieren que “aunque es una disposición legal y ética, los prestadores de salud no ofrecen información, lo que genera incertidumbre ante procesos desconocidos y obstaculiza una adecuada toma de decisiones, que se complica con componentes emocionales y valorativos” (p.211) p.211). Así mismo, Castro-Vásquez y Arellano-Gálvez (2010) consideran que es de suma relevancia “hacer visible la relación jerárquica entre el médico y las pacientes, así como las desigualdades de género inmersas en tal relación, para poder crear canales efectivos de comunicación” (p.212).

de manera gratuita, oportuna, confidencial y de calidad (CNDH, 2005, 2016). Sin embargo, a pesar de que se cuenta con estos instrumentos del derecho, la realidad es que no se están realizando las acciones más eficaces para combatir el VPH, y ello no sólo tiene su presencia en esta ITS y el ámbito de la salud sexual, sino que este marco de desigualdad en salud se puede encontrar a lo largo y ancho de todo el sistema de salud pública de México, hecho que más que resultar una preocupación debería promover acciones de respuesta para mejorar dicha situación.

3. MASCULINIDADES Y SALUD SEXUAL

3.1. El género: definición y elementos

Hasta hace unas décadas atrás, los términos *sexo* y *género* eran conceptualizados como sinónimos, es decir, no había una diferenciación clara entre ambos conceptos (Bleichmar, 1989); sin embargo, en la actualidad, ambos términos se encuentran muy bien delimitados (Barrios, 2003). Es importante hacer la distinción de cada uno de ellos, con la finalidad de comprender qué implicaciones poseen en la relación masculinidades-salud sexual.

Por *sexo biológico*³⁸ se entenderá a todo un conjunto de diferencias anatómicas -físicas y fisiológicas- “que distinguen a las hembras y a los machos, y en el caso de la especie humana, a las mujeres de los hombres” (Barrios, 2003, p.1), es decir, todos los aspectos determinados genéticamente como las diferencias cromosómicas, las reproductivas, los órganos sexuales externos (genitales) e internos pélvicos (p.ej. las gónadas del varón -testículos- o de la mujer -ovarios-, entre otros), los niveles hormonales, los caracteres secundarios de cada sexo, entre otros (Kaufman, 1995; Barrios, 2003). De igual manera, este término es utilizado para designar el intercambio o la relación sexual en sí misma (Bleichmar, 1989).

Por su parte, el concepto de *género* ha sido definido por varios autores como una construcción social elaborada a partir de la diferencia sexual³⁹, la cual involucra procesos que organizan y guían -a nivel objetivo y subjetivo- el comportamiento de hombres y mujeres, y las relaciones entre ambos sexos dentro de una sociedad específica (Bleichmar, 1989; Kaufman, 1995; Lamas, 1998;

³⁸ Kaufman (1995) analiza que esta “frontera aparentemente fija entre hombres y mujeres -fija en función de diferencias genitales y reproductivas- está sujeta a variación, como se ve en el número relativamente significativo de machos y hembras con anomalías genitales, hormonales y cromosómicas que distorsionan la clara distinción entre los sexos” (p.125), para lo cual, el autor coincide con Bleichmar (1989) al señalar que el sexo tampoco es señal de que se desarrolle una personalidad fija y estática, tema que se explicará con detalle más adelante .

³⁹ Al respecto, Connell (2015) propone el término de *ámbito reproductivo* para reemplazar el de *base puramente biológica*, con la finalidad de ampliar mucho más la comprensión del quehacer del género, pues no sólo se habla de una serie de determinantes biológicos fijos sino también de procesos históricos que involucran a éstos, es decir, se hace referencia “a los cuerpos y a lo que éstos hacen” (p.106).

Hartigan, 2001; Barrios, 2003; Cobo, 2005; Castellanos, 2006 citados por Arias, 2014; Connell, 2015).

“Para reconocer al género como un patrón social requerimos considerarlo como un *producto* de la historia y también como un *productor* de historia. [...] el concepto exige que se considere la realidad social como dinámica respecto al tiempo” (p.117); en resumen, sólo la especie humana puede producir y vivir en la historia, lo que da la posibilidad de que se reemplace la evolución orgánica con nuevos términos de cambio (Connell, 2015). En consecuencia, se debe pensar al género en términos dinámicos y no estáticos, pues éste ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y en contextos sociohistóricos diferentes (Arias, 2014).

Connell (2015) señala que “las relaciones de género, las relaciones entre las personas y los grupos organizados por el ámbito reproductivo, forman una de las estructuras principales de las sociedades” (p.106). La autora menciona que la práctica relacionada con estas estructuras, no se da en actos individuales y aislados, sino que las acciones se configuran como unidades mayores, “y cuando nos referimos a la masculinidad y la feminidad, nos referimos a configuraciones de las prácticas de género” (pp.106-107), a lo cual agrega, que sin importar la forma en que se divida al mundo ni la unidad de análisis que elija, siempre se encontrará la configuración de la práctica debida al género.

En este sentido, distingue tres diferentes áreas en las cuáles se pueden reconocer estas configuraciones de género: la primera habla de la *personalidad o carácter de un individuo*, mayormente abordada por el psicoanálisis; la segunda incluye *el discurso, la ideología y la cultura*, donde el género no sólo se organiza mediante el sentido común de un individuo sobre lo que son las nociones de masculinidad y feminidad, sino que también se organiza en prácticas simbólicas más allá de lo individual y; un tercer espacio de configuración, *es el de las instituciones* como el Estado, el lugar de trabajo, las escuelas, los espacios religiosos, entre otros.

Por ejemplo, el caso del Estado, como institución masculina, donde, además, los funcionarios de alto nivel en su mayoría son hombres, se debe a que

sus prácticas de organización se estructuran en relación con el ámbito reproductivo, y más en específico, a la noción de masculinidad, la cual determina cierto tipo de configuración de género en la contratación y promoción, en la división interna del trabajo y los sistemas de control, en el diseño de políticas, entre otras.⁴⁰

Siguiendo la misma línea, entonces se puede hablar del género como un concepto que refiere las relaciones entre hombres y mujeres y a la construcción social de dichas relaciones a nivel privado y público, ya que alude todo un conjunto de normas y valores que influyen en los sistemas de organización y estructuras sociales, tales como la salud, los sistemas legales y la religión (Hartigan, 2001). Es así como Bourdieu explica que esta *división del mundo* (refiriéndose al género) *basada en las diferencias* biológicas de ser mujer u hombre, estructura la percepción y organización concreta y simbólica de toda vida social (Scott, 1990 citado por Lamas, 1998), lo que Lamas (1998) traduce de la siguiente manera: “la cultura marca a los sexos con el género y éste a su vez, marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano” (Lamas, 1998, p.54). Por lo que se puede pensar, que también el género marca el cómo se lleven a cabo las prácticas con respecto a la salud sexual y reproductiva de ambos sexos.

Lo anterior, puede ser evidenciado cuando Castellanos (2006, citado por Arias, 2014) agrega que todos estos conjuntos de elementos correspondientes al género crean un contenido específico a las concepciones que usamos en relación con el cuerpo sexuado y la sexualidad. Sexualidad, que como se ha podido dilucidar en los párrafos anteriores y a lo largo de diferentes trabajos del siglo XX

⁴⁰ Connell (2015) enfatiza que los trabajos de Mitchell (1971) y Rubin (1975) dejan en claro como el género es una estructura internamente compleja, donde se superponen diferentes lógicas, lógicas que generan contradicciones internas y rupturas históricas tanto en la masculinidad como en la feminidad. Estas lógicas, pueden reflexionarse mediante el uso del modelo de tres partes de Connell (1987), el cual es un modelo para actuar en tres dimensiones de la estructura de género, distinguiendo tres tipos relaciones: a) de *poder*, donde su principal eje en los sistemas de género occidentales es la total subordinación de las mujeres y la dominación de los hombres -el patriarcado-; b) de *producción*, donde la división sexual del trabajo es el eje principal que guía la designación de tareas a ambos sexos, y; c) de *catexis* (vínculos emocionales), donde las prácticas que dan forma y actualizan el deseo hacia un objeto (en términos freudianos) también se ven influenciadas por el sistema de género.

(de Freud a Foucault, del posestructuralismo a la teoría feminista⁴¹ [p.49]), no es *natural* sino *construida* y se puede comprender “en un contexto específico, cultural e histórico” (p.50) que sirve para referir no sólo las diferentes prácticas sexuales sino para evidenciar un núcleo psíquico que da sentido y significado a la identidad de las personas (Lamas, 1998).

Así pues, el género agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad (Bleichmar, 1989), siendo éstas las principales configuraciones de las prácticas de género (Connell, 2015), lo que se traduce en una serie de ideas, saberes, creencias, discursos, prácticas, estereotipos, expectativas, representaciones sociales y relaciones de poder de nivel normativo y diferencial para cada sexo⁴² (Kaufman, 1995; Lamas, 1998; Barrios, 2003; Castellanos, 2006 citado por Arias, 2014), atribuciones que si no se llegan a cumplir, también conllevan sus sanciones sociales respectivas (Barrios, 2003) y representan en su conjunto, un producto social que varía de un grupo a otro (Kaufman, 1995).

3.1.1. ¿Cómo se construye el género?

Ahora bien, hablando más específicamente de cómo el *género* se articula en el ser humano, algunos autores (Stoller, 1968, citado por Bleichmar, 1989; Bleichmar, 1989; Sigmud Freud, s.f. citado por Kaufman 1995; Barrios, 2003) plantean que el comportamiento de género no se determina sólo por pertenecer a uno u otro sexo biológico, sino que también las experiencias sociales de la persona influyen en este proceso, las cuales tienen su inicio desde el nacimiento -donde se da la

⁴¹ En la historia del feminismo, el concepto género se acuña en los años setenta como un instrumento de análisis académico y político, para visibilizar y evidenciar que no es natural la forma de organización social que traduce la diferencia sexual en desigualdad social, sino que es el resultado de construcciones sociales (Cobo, 2005 citado en Arias, 2014, p.30).

⁴² “Así mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres” (Lamas, 1998, p.53).

*asignación del sexo/género*⁴³-, pues una vez que los padres tienen conocimiento de si su bebé es niño o niña, se empiezan a suscitar una serie de discursos culturales, los cuáles reflejarán los estereotipos de la masculinidad/feminidad, así como las prácticas sociales que reforzarán o sancionarán la conducta del bebé, dependiendo de las expectativas que éste debe cumplir en relación al sexo establecido. Dentro de este proceso, la madre será el primer medio cultural a través del cual este sistema de significaciones de género será transmitido, seguida más tarde por el padre, la familia “extensa⁴⁴”-segundo nivel de réplica de la ideología del sistema dominante- y los grupos sociales en los que el niño o la niña se desenvuelvan.

En el ámbito psicoanalítico, Bleichmar (1989) señala que la asignación del sexo/género antes mencionada, determinará el núcleo de la *identidad de género* del recién nacido, es decir, determinará el sentimiento de ser varón o mujer. Dicho proceso dará inicio cuando el niño o niña -dentro de su primer año de vida- suscite la percepción sensorial de sus órganos genitales, aunque “la primera fundamental experiencia [...] será el descubrimiento de los genitales: el pene en el varón y su ausencia en la nena” (p.35), lo que a su vez se verá influenciado por la actitud de reforzamiento/castigo por parte de la familia en relación con el género del niño(a).

Al mismo tiempo agrega que, aunque el rol de las fuerzas biológicas, es decir, la anatomía y fisiología de los órganos genitales, posee la función de reforzar o perturbar la identidad de género estructurada, los factores psicológicos son en su mayoría suficientes para el desarrollo de una conciencia creciente de un género u otro. Para ejemplificar lo anterior, se cita a Stoller (1968), el cual expone el caso de dos varones nacidos sin pene que parecen haber crecido sin dudas ni

⁴³ Dentro de la teoría consultada los autores (Bleichmar, 1989; Barrios, 2003) sólo mencionan la palabra *género* y no *sexo/género*; sin embargo, se quiso utilizar el segundo término para que se dé una mejor comprensión de cómo a partir del *sexo* identificado, se generan una serie de acciones y discursos de *género*, que influyen en que el niño o la niña, durante su desarrollo, internalicen un género masculino o femenino.

⁴⁴ Para Kaufman (1995), la familia “nuclear” se encuentra conformada por la madre y el padre, por lo que el término familia “extensa” refiere a otros miembros consanguíneos como los abuelos, los tíos, los primos, etc.

vacilaciones sobre su núcleo de identidad masculina (es decir, “soy un hombre⁴⁵”) pues desde su nacimiento fueron criados como varones, por lo cual, el sentimiento de ser varón se encontraba presente y permaneció con el tiempo, a lo cual se concluyó que la posesión de los genitales masculinos no fue esencial para tal sentimiento. De modo que, en palabras del autor:

Consiste primero el sentimiento de pertenecer a una categoría, en base a que no todos los seres humanos pertenecemos a la misma, es decir, que existen diferencias. Más tarde, se descubre que no todos poseen las insignias esenciales de su propio género -la particularidad de sus órganos externos-, en ese momento queda sellada su identidad (p.36).

Así, Barrios (2003) define la *identidad de género*, como “la convicción personal, íntima, psicológica, de pertenencia a un género; es decir, la vivencia interna de ser mujer, hombre o no tener género” (p.4), autoconciencia que queda establecida por completo después de los tres años de edad, aunque el caso de las personas *transexuales*, donde se nace varón biológicamente y se tiene una convicción interna de ser mujer, o el caso contrario, en que se nazca mujer y se tenga el sentimiento de ser varón, es en sí misma una prueba de que la identidad de género no puede ser explicada en su totalidad a partir de un aprendizaje social.

3.2. Masculinidades

Aunque los estudios con enfoque de género iniciaron a mediados del siglo XX, estos en su mayoría estuvieron centrados en el análisis de las condiciones económicas y culturales de las mujeres, así como de su sexualidad y salud reproductiva; no obstante, hace unas décadas atrás, se empezó a dar relevancia a

⁴⁵ Stoller (1968, citado por Bleichmar, 1989) sostiene que el sentimiento de “soy nena” o “soy varón” debe entenderse como el núcleo de conciencia o autopercepción de su identidad genérica, núcleo que a su vez es inalterable y debe distinguirse de la creencia relacionada pero diferente de “soy viril o masculino” o “soy femenina”. Esta última creencia corresponde a un desarrollo más complejo que se consolida hasta el que niño o la niña comprenda cómo es que sus padres desean que exprese su masculinidad o feminidad, es decir, cómo debe comportarse un niño o una niña.

la discusión sobre la condición masculina en la investigación social (Charry & Torres, 2005).

En la actualidad, los trabajos sobre hombres y más específicamente sobre las masculinidades, se han establecido en diversas tradiciones académicas a nivel mundial, sobre todo en Europa y América Latina (Núñez, 2016). Su abordaje e investigación se da en tiempos mayormente recientes, aproximadamente de la década de los setenta⁴⁶ (Zárate, 2005), donde se busca recuperar la perspectiva de género planteada por el movimiento feminista, la cual parte de la idea que los varones son sujetos genéricos y, por ende, sus identidades, prácticas y relaciones como hombres son construcciones sociales. En consecuencia, tanto la construcción simbólica de la masculinidad como la subjetividad de los hombres son centrales dentro del estudio de las masculinidades, sobre todo para poder evidenciar las contradicciones socioculturales y psicológicas que se suscitan “entre los sistemas de significación del género (que plantean los parámetros simbólicos de lo masculino y la hombría) y los seres humanos concretos” (Núñez, 2016, p.20).

Así, en la década de los ochenta, tanto la influencia de estudios feministas y de género, así como de los primeros Men's Studies -Estudios de los Hombres- en Estados Unidos, iniciaron los primeros análisis de las masculinidades en América Latina, los cuales se centran en explorar la identidad y la crisis de la masculinidad (Minello, 2002; Viveros, 2003 citados en Hernández, 2008).

En México, al igual que otros países de América Latina, “los estudios sobre los hombres como producto y productores de género empezaron a finales de los años ochenta y se incrementaron en los noventa⁴⁷” (Hernández, 2008, p. 233).

⁴⁶ “En los inicios de estas investigaciones, [...] el concepto rol sexual jugó un papel central para dar cuenta de las expectativas sociales y la regularidad de comportamiento de los varones en diferentes aspectos de su vida y en sus relaciones sociales” (Núñez, 2016, p.20).

⁴⁷ En este caso, el trabajo con los varones y el estudio de éstos, además de surgir como respuesta al movimiento social por la equidad de género por parte de las mujeres -como en muchos otros países-, también se originó, por la participación de hombres dentro del mismo movimiento, los cuales a través de programas y talleres se cuestionaban sus posiciones de privilegios y costos en sus relaciones sociales con las mujeres (Amuchástegui, 2001 en Hernández, 2008).

Sus resultados se encuentran traducidos en artículos de investigación, libros, tesis, manuales educativos, entre otros productos escritos de conocimiento sobre las masculinidades; además de la creación de grupos de trabajo académico, redes de investigación y, el surgimiento de la Academia Mexicana de Estudios de Género de los Hombres en 2004 (Núñez, 2016).

3.2.1. La masculinidad y su proceso de construcción

Ahora bien, una vez contextualizado el surgimiento del estudio de las masculinidades, conviene subrayar el cómo se ha ido definiendo esta construcción genérica. Connell (2015) plantea que “todas las sociedades tienen explicaciones culturales del género, pero no todas tienen el concepto de *masculinidad*” (p.101). Algunos autores destacan que el concepto es inherentemente relacional, a causa de que la *masculinidad* no existe más que en oposición a la *feminidad* (Connell, 2015). Esto es, cuando los hombres construyen su identidad de género, no sólo la construyen en relación con la masculinidad y otros hombres, sino que también lo hacen en relación con la mujer y con las definiciones culturales de la feminidad (Sabo, 2000).

En general, la masculinidad se construye en relación una *feminidad subrayada*, término que Connell (1987, citada por Sabo, 2000) define como el ideal cultural celebrado en la mujer, el cual puede traducirse en “sociabilidad, fragilidad, pasividad, aceptación de los deseos del hombre y receptividad sexual” (p.5). Este tipo de feminidad se construye conforme a “una relación recíproca y subordinada con la masculinidad hegemónica⁴⁸, de forma que refuerza el poder masculino y las jerarquías dominadas por el hombre dentro de los distintos contextos institucionales” (p.5). Para lo cual, la autora sostiene, que desde una

⁴⁸ Connell (1987, en Sabo 2000, p.4) “utilizó el término *masculinidad hegemónica* para referirse a la forma de masculinidad prevalente, más alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico. Más adelante, se abordará con más detenimiento cómo es que este tipo de masculinidad impacta la construcción de otras masculinidades y sus relaciones, pero por el momento, es preciso aclarar a qué se refiere el concepto para dar un sentido al carácter relacional de la masculinidad/feminidad.

noción cultural occidental moderna, si una cultura, no trata por lo menos en un principio, a hombres y mujeres como “portadores de tipos de personalidad polarizados [...] no tiene un concepto de masculinidad” (2015, p.102).

Como se explicó en el apartado anterior, la adopción de una identidad genérica masculina o femenina, necesita no sólo de un proceso de socialización, sino también de una estructuración psíquica en el niño o la niña para interiorizar y ejercer la práctica del conjunto de relaciones sociales basadas en el género. Bleichmar (1989) señala que, aunque se haya elegido al pene como símbolo de poder en nuestra cultura y como un símbolo importante en el desarrollo de la identidad masculina del niño pequeño -en tanto su posesión y función uretral-genital-, la estructuración de la masculinidad es un tanto más compleja en sus aspectos psicológicos y sociales, pues argumenta que la percepción y descubrimiento consciente de los genitales es sólo una parte de dicho proceso.

En este sentido, una vez que el niño adopta un núcleo de identidad de género masculino, es decir, se vive como un hombre, inicia el proceso de búsqueda de “iguales” como modelos de rol con quien identificarse, el cual se da dentro de su círculo social más cercano, es decir la familia. Como consecuencia, los niños incorporan las conductas o roles⁴⁹ que observan en los padres, aprendizaje que no requiere un reforzamiento directo, porque los padres constituyen como tales, objetos idealizados a los que se quiere imitar, y además poseen el control sobre el otorgar amor y reconocimiento como recompensa (Mischel, 1966, 1970; Kessler y McKenna, 1978 citados por Bleichmar, 1989). Por ejemplo, el que se vea a la madre pintarse los labios y observar que el padre la elogia porque está *bonita*, es entonces cuando tanto varones como niñas buscan llevar a cabo la misma acción, sin embargo, en este punto los niños serán diferencialmente reforzados: a la niña se le reconocerá por su gracia, mientras el

⁴⁹ El *rol de género*, como elemento esencial en la socialización del género, tiene que ver con todo el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados y *naturales* que se imponen a las personas que poseen un sexo determinado”. (Bleichmar, 1989, p.37). En consecuencia, el que la mujer se quede al cuidado de la familia y el hombre salga a trabajar para conseguir el sustento del hogar, está directamente relacionado con un significado de lo femenino=*mujer=cuidadora* y lo masculino=*hombre=proveedor*.

varón será desaprobado enseñándole acerca de las consecuencias que acarrea tal transgresión de esa pauta social (Bleichmar, 1989), ya que tal comportamiento es considerado *femenino* más no *masculino*.

Freud (s.f., en Bleichmar, 1989), dentro del capítulo VII de su obra *Psicología de las masas y análisis del Yo*, da cuenta que, dentro de las relaciones con los padres, la identificación con el padre es fundamental en la estructuración de la identidad masculina, pues representa el *ideal del Yo*⁵⁰ del niño: quiere ser como el padre y reemplazarlo en todo. En este sentido, el autor destaca que la conducta de adecuación del niño al modelo, no se consideraba en ningún sentido de carácter pasivo -femenino- con respecto al padre, sino estrictamente masculino, pues contribuirá a la preparación del Complejo de Edipo, proceso que Bleichmar explica, como la definición/elección del objeto sexual, es decir, el tipo de *orientación sexual*, heterosexual u homosexual, lo cual no afecta el *género* del niño o la niña⁵¹ (Bleichmar, 1989).

Para comprender un poco más el proceso de la elección del padre como *ideal del Yo* y su papel en la construcción de la masculinidad, es necesario plantear que algunos puntos clave. En un inicio, la madre -al ser la cuidadora primaria en la mayoría de los casos- es el primer blanco de imitación/identificación, poseyendo la calidad de *objeto múltiple* (libidinal, narcisizante, anaclítico), sin importar si se es varón o niña; no obstante, se ve a la madre en su cualidad de *adulto cuidador* y por ende, el varón no rechaza identificaciones o

⁵⁰ En esta misma línea, las diferencias de género en el segundo, tercer y cuarto año de vida, además de establecerse mediante la búsqueda de un *ideal del Yo*, también se fijan por rasgos exteriores y secundarios de cómo debe verse un niño o una niña (largo de cabello, la forma de vestir, el que se usen aretes en los oídos o no, la forma corporal, el tamaño, etc.), atributos destacados en el discurso de los cuidadores primarios. De ahí resulta que, los niños aprendan a: 1) discriminar las etiquetas impuestas para cada género, las cuales poseen correspondencia con el tipo de comportamiento aprobado y, 2) emplear tal etiquetación para sí mismos(as).

⁵¹ Aunque el *núcleo de la identidad de género* se establezca antes de la etapa fálica, no quiere decir que la “angustia de castración o la envidia del pene” no intervengan en la identidad de género, sino que lo hacen una vez que tal identidad se encuentra estructurada y sólo sellan su conformación definitiva (Bleichmar, 1989). Como muestra, se puede retomar el historial de Juanito (1909), donde Freud destaca que el momento en que la ansiedad de castración se instala con efectividad, “es cuando Juanito comprende que si insiste en sus requerimientos incestuosos, puede perder el pene, es decir convertirse en mujer, idea que lo atemoriza... De lo cual debemos deducir que sólo un *ya existente* sentimiento de ser un varón y el temor a perder su masculinidad -debidamente narcisizada- se presentan como condición previa necesaria para que la amenaza de castración obtenga su efectividad” (pp.42-43).

comportamientos del rol materno aunque no estos no coincidan con su género, a lo cual puede tener conductas ligadas a funciones de reproducción (deseos de tener bebés), cuidados o tareas del hogar. Sin embargo, conforme avanza el desarrollo de ambos sexos, se observa que estos juegos y conductas de imitación, se prolongan y se conservan en las niñas y desaparecen en los varones pequeños, cambio debido a las delimitaciones claras de la cultura apropiadas para cada género, donde se estimula o sanciona lo que en cada sociedad o microcultura, se considera pertinente a la manera en cómo debe educarse un varón o una niña (Bleichmar, 1989).

De lo anterior, parece evidente que, en el caso de las niñas, el romper con el primer ideal de género (la madre) no es necesario, ya que es la base en la que se apoyará y conservará su comportamiento presente y futuro⁵²; mientras que la vivencia de los varones pequeños, se presenta muy diferente: “para establecer su núcleo de identidad de género y buscar activamente la identificación con los hombres, el niño varón debe desidentificarse de ella” (Greenson, 1968; Abelin, 1980; Tyson, 1982 citados por Bleichmar, 1989, p.48). Una vez hecha la ruptura o desprendimiento de la madre, es cuando el niño dirige su atención hacia el padre, el cual participará en la construcción de la masculinidad es múltiples formas (Bleichmar, 1989, p.52):

1. Como modelo ejemplar del cuerpo anatómico del hombre.
2. Como modelo de hombre masculino en sus roles sociales.
3. Como modelo que valoriza su propia masculinidad y desea favorecerla en su hijo (capacidad donativa).
4. Como modelo de hombre masculino aceptado y deseado por una mujer.
5. Activamente por la promoción de deseos y conductas en el hijo -a través de sus propios deseos y expectativas acerca de qué es lo que quiere que el hijo varón sea-, y por el grado de compromiso en impulsar esta identidad.

⁵² Gilmore (1994) enfatiza que en las mujeres, la feminidad como imagen social es juzgada de forma diferente a la masculinidad, ello ya que “se suele concebir como una aportación biológica que la cultura refina o incrementa” (p.23), más nunca se somete a evaluación, situación contraria a los varones y la masculinidad.

De igual forma, Corsi (1995) señala que, dentro de la construcción de la masculinidad, el fenómeno de la *ausencia del afecto paterno* es un elemento esencial: “el padre lejano, ausente, distante, implica para el hijo varón el único modelo posible para diferenciarse de lo femenino materno” (p.22). Como resultado, el niño incorporará en su repertorio conductual la restricción emocional representada en distancia corporal, inexpresividad, “ausencia” de sentimientos tiernos, entre otros caracteres de lo femenino, lo que a su vez tenderá a incrementar la sensación del pequeño de pertenecer al género masculino.

Entonces, si el niño imita los comportamientos del rol materno, dicese el género femenino, como la dulzura, los movimientos o los gestos: se *feminiza*; de manera que la identificación con la madre no promueve, en definitiva, su masculinidad⁵³ (Bleichmar, 1989), es más, Corsi (1995) plantea que el centro mismo de la mística masculina es el miedo a la feminidad, para lo cual en el marco de una sociedad patriarcal, el varón desde su niñez, siempre se verá impulsado a construir su identidad evitando todo lo femenino. Por otra parte, el autor considera que, si la identidad masculina se construye por oposición, mediante un proceso de diferenciación de lo femenino, se puede entender entonces a “la *masculinidad* como una reacción, más que como el resultado de un proceso de identificación” (p.19).

Por último, avanzando un poco más allá de la niñez en el proceso de construcción de la masculinidad, Kaufman (1989) indica que, si bien es cierto la identidad masculina quede establecida por completo entre los cinco o seis años, ésta se encuentra en constante reforzamiento durante todo el desarrollo del niño y es en la etapa de la adolescencia⁵⁴, donde el dolor y el temor que implica la represión de la feminidad empieza a hacerse mucho más evidente.

⁵³ Justo en el momento en que tanto niños como niñas, empiezan a entender -antes de poder verbalizarlo- que la madre es inferior al padre y, en consecuencia, es inferior al hombre., es cuando la cuestión del poder toma un significado social (Kaufman, 1989).

⁵⁴ Dentro de esta etapa es cuando se hace más evidente que no sólo es la familia el agente social con el cual se tiene contacto, sino que existen otros agentes y grupos sociales (p.ej. la escuela, los deportes, los amigos, la iglesia, los clubes, los empleos, los medios de comunicación, etc.) que participarán de manera más activa en

Baste, como muestra, Bleichmar (1989), uno de los puntos esenciales para la reafirmación y resignificación de la masculinidad, el cual tiene que ver con la puesta en práctica de las formas de goce con el objeto de deseo elegido años atrás, es decir, el inicio de la experiencia sexual desde el ámbito heterosexual -por regla- y no homosexual -sanción-, lo cual “implica una completa comprensión de la naturaleza sexual de la relación entre el hombre y la mujer, la función específica de los órganos genitales en el coito y el apogeo de la pulsión genital” (p.40-41).

Sin más, ya mencionados algunos de los procesos por los cuales los hombres interiorizan la configuración genérica masculina, en el siguiente apartado se podrá dilucidar con mayor especificidad cuáles son los diferentes elementos que configuran el modelo masculino tradicional -más generalizado-, descritos desde diferentes miradas.

3.2.2. La masculinidad como campo de estudio: principales conceptos/definiciones

Como se ha mencionado anteriormente, en las últimas décadas, el estudio de la masculinidad, como constructo social y cultural, ha sido un tema de gran interés en el campo de las Ciencias Sociales y los Estudios de Género.

A partir de que el movimiento feminista (iniciado en los años sesenta) creara, con la surgimiento y participación del concepto *género* en el proceso, las condiciones sociocognitivas para reflexionar sobre las mujeres y su posición dentro de la organización social -como identidades sociales e históricas y no como destinos de la naturaleza- (Núñez, 2016) y, mediante sus críticas y demandas, provocara transformaciones y desajustes de los roles de género guiadas a producir cambios en los papeles tradicionales de cada sexo con una visión más igualitaria, en cuanto a organización y relación entre los hombres y las mujeres

el moldeamiento de la masculinidad del adolescente y del adulto que será algún día. De igual forma, las normas de la masculinidad en demanda dependerán en gran medida de otros factores de estructura social como la clase, la nacionalidad, la raza, la religión, la etnicidad, etc., (Kaufman ,1989), ya que no serán las mismas en un muchacho de la clase obrera que de la clase media o media-alta.

(Téllez & Verdú, 2011), es que se pudo dar la posibilidad de pensar en los hombres y la masculinidad como objetos de análisis.

Si bien los trabajos sobre hombres y masculinidades, datan de la década de los setenta, de tiempo atrás, dentro de la antropología, ya se había proporcionado información sobre diversas prácticas asociadas a la masculinidad, como lo evidencian los trabajos de Malinowski, Evans-Pritchard, M. Mead, O. Lewis o Lévi-Strauss; sin embargo, a decir de Guttman fue en la época de los ochenta en que los antropólogos empezaron a analizar a los varones como personas que tenían y creaban género (Zárate, 2005). Antes de adentrarnos de lleno en las diferentes formas de definir la masculinidad, es importante recuperar las tres proporcionadas por el mismo autor para entender desde qué puntos se fue definiendo el concepto (1998,2000 en Téllez & Verdú, 2011, p.86):

1. La masculinidad es, por definición, cualquier cosa que los hombres piensen y hagan.

2. La masculinidad es todo lo que los hombres piensen y hagan para ser hombres.

3. Algunos hombres, inherentemente o por adscripción, son considerados “más hombres” que otros hombres.

En esta última forma de definir la masculinidad, se subraya la importancia central y general de las relaciones entre lo masculino y lo femenino, de tal manera que, desde estas primeras definiciones ya se identificaba el carácter relacional del género (retomado por Connell [2015] en páginas anteriores), donde la masculinidad es fijada como cualquier cosa que no sea lo femenino.

Dentro de la búsqueda del trabajo por definir el concepto de *masculinidad*, es preciso tomar en cuenta que como producto histórico reciente, cuando se habla de éste, “se está *construyendo al género* de una forma cultural específica” (Connell, 2015, p.102). Entonces, en cualquier caso, en que se asegure el

descubrimiento de evidencia a través de la historia sobre la hombría y lo masculino se debe tener en cuenta dicho *carácter dinámico*, pues éste interviene de manera inherente en su definición. En general, la autora refiere que la mayoría de las definiciones de masculinidad suponen este punto de partida cultural; sin embargo, existen diferencias entre las estrategias para determinar lo que se considera masculino o al tipo de persona que es masculina. En este sentido, Connell señala cuatro principales definiciones, las cuales se distinguen en términos de su lógica interna, aunque se debe tener en cuenta que en la práctica a menudo aparecen combinadas (véase Tabla 3.1).

Conviene subrayar que, si se retoma el enfoque *semiótico*, para comprender el concepto de masculinidad, se puede rescatar el principio de conexiones. “La idea de que un símbolo sólo puede comprenderse dentro de un sistema de símbolos relacionados entre sí bien puede aplicarse a otras esferas. No surge ninguna masculinidad, si no es en un sistema de relaciones de género” (p.105), por lo cual la definición de la *masculinidad* va más allá de la definición de un objeto (del tipo natural, de promedio de comportamiento o como norma), necesita ser observada desde los procesos y relaciones a través de los cuáles hombres y mujeres “viven vidas ligadas al género” (p.106). De ahí que se pueda definir como un lugar en las relaciones de género, en las prácticas a través de las cuales hombres y mujeres se comprometen y ocupan ese espacio en el género y, en los efectos de tales prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura.

Por otro lado, empíricamente es más común que el término posea significados diversos, que van desde el significado “correcto” de ser hombre hasta el trazo de diferencias con la feminidad (Bonino, 2002) como se mostrará en el siguiente apartado.

Tabla 3.1

Estrategias metodológicas para definir la masculinidad.

DEFINICIONES	LÓGICA INTERNA Masculinidad IGUAL a	LIMITACIONES
<p>ESENCIALISTAS Carácter natural</p>	<p>Se realiza la selección de una característica que define la esencia de lo masculino y se fundamenta su explicación de las vidas de los hombres en ella.</p> <p>Por ejemplo: Masculinidad = actividad, capacidad de arriesgarse, responsabilidad, agresividad, etc.</p>	<p>Selección de la esencia es arbitraria.</p> <p>La selección de una base esencial da cuenta del carácter distintivo de quien las afirma.</p>
<p>POSITIVISTAS Promedio de comportamiento</p>	<p>Énfasis en la búsqueda de hechos: lo que los hombres son en realidad.</p> <p>Empirismo.</p> <p>Ejemplo: escalas masculinidad/feminidad (M/F) de la psicología.</p>	<p>Las descripciones “neutrales” sobre las cuáles descansan las definiciones de lo masculino y lo femenino, así como la catalogación de “hombres” y “mujeres” se ven influenciadas por las suposiciones y tipologías sobre el género derivadas del sentido común.</p> <p>Lo puramente empírico, es descartar situaciones como mujeres “masculinas” u hombres “femeninos”. Este punto es esencial para el análisis de género, se podría hablar sólo de diferencias entre hombres y mujeres, sin necesitar los términos “masculino” y “femenino”, éstas dos últimas palabras apuntan a algo más complejo que sólo diferencias anatómicas: “incluyen las formas en las cuáles los hombres se distinguen entre ellos, y las mujeres entre ellas, en cuestiones de género” (p.104).</p>
<p>NORMATIVAS Normas</p>	<p>Ofrecen una norma: “la masculinidad es lo que los hombres deben ser. [...] Permiten que hombres distintos se aproximen de diferentes formas a las normas” (p.104).</p> <p>Ejemplo: Teoría de los roles sexuales, impone normas sociales para la conducta de los hombres.</p>	<p>Pocos hombres se ajustan por completo a la norma.</p> <p>Una definición normativa no puede convertirse en la base de una masculinidad al nivel de personalidad: Rol e identidad pueden no coincidir. Por ello se suele pensar que muchos teóricos de los roles sexuales se acercan al esencialismo.</p>
<p>SEMIÓTICAS Procesos y relaciones</p>	<p>Se abandona el nivel de personalidad y se define la masculinidad a través de un sistema de diferencias simbólicas en donde se contrastan los espacios masculino y femenino. El objeto de estudio son los elementos del discurso.</p> <p style="text-align: center;">Masculinidad = <i>no feminidad</i></p> <p>Ejemplo: Falo/autoridad simbólica= carencia</p>	<p>Su alcance limitado porque sólo puede referirse al discurso.</p>

Nota: Elaboración propia a partir de la información de Connell (2015).

3.2.3. La masculinidad hegemónica

Dentro del análisis de la masculinidad, dado que las concepciones y las prácticas sociales en torno al concepto varían en tiempos y lugares (Téllez & Verdú, 2011) y el hecho de que el género como estructura de la práctica social, interactúa con otras estructuras sociales (p.ej. la raza, la clase social, la etnicidad, la nacionalidad, entre otras), da cuenta que no existe un único y permanente modelo de masculinidad, sino que en una misma sociedad existen múltiples masculinidades, las cuáles dentro de sus construcción también se ven influidas por otros factores sociales como la edad, la orientación sexual y el nivel socioeconómico⁵⁵ (Kaufman, 1995; Téllez & Verdú, 2011; Connell, 2015).

Por otro lado, a pesar del reconocimiento de la presencia de más de una masculinidad, se espera que los varones se adecúen al cumplimiento indispensable de un único ideal de masculinidad (Kaufman, 1995; Connell, 2015), es decir, todavía existe una especie de modelo hegemónico de estructura predominante y legitimada para la construcción de las identidades masculinas (Bonino, 2002; Kimmel, 1999 citado por Barrios, 2003). Este modelo ideal es mayormente conocido por algunos autores como *modelo masculino tradicional* (Corsi, 1995), *masculinidad social tradicional* (Bonino, 2002, p.7) o *masculinidad hegemónica* (Connell, 2015).

Connell (2015) aclara que este tipo de masculinidad, no se considera un tipo de personalidad fija, pues no se puede hablar de que será igual en todas partes, más bien, se puede definir “como la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de legitimidad del patriarcado, lo que garantiza (o se considera que garantiza) la

⁵⁵ Por ejemplo, no es lo mismo hablar de las masculinidades de los hombres blancos, construidas en relación con las mujeres blancas y los hombres negros, que hablar de las masculinidades de los hombres negros, ya que, cada una de estas masculinidades ve a la otra de forma muy diferente: la masculinidad blanca es la que posee el poder institucional en Estados Unidos -policía, juzgados, prisiones- y la masculinidad negra cae bajo su control, por lo que no es raro que las prisiones de aquel país se encuentren sobrepobladas con individuos de origen afroamericano. Sin embargo, es necesario no caer en el error de hablar sólo de *una* masculinidad blanca o *una* masculinidad de clase media u obrera. Lo anterior evidencia cómo la aproximación al género proporciona herramientas para la comprensión de otras desigualdades sociales (Connell, 2015), las cuales van más allá de las dadas entre hombres y mujeres.

posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (p.112), es decir, es la estrategia que se acepta y representa al patriarcado y su función primordial de control y dominio en ese momento⁵⁶.

Dentro de la definición de este ideal de masculinidad, existen variedad de autores que describen algunos elementos clave para su mejor comprensión. Por su parte, Bonino (2002) menciona que la constitución de tal modelo se basa en cuatro ideologías básicas (Figura 3.1), las cuales son el resultado de los procesos de organización social de la relación entre los hombres y de éstos con las mujeres.

Estas ideologías ofrecen y jerarquizan determinados ideales de sujetos -con sus correspondientes capacidades- esperadas en los varones, ideales que además les otorgan un nivel valorativo importante y deseable dentro de la sociedad, “elevándolos [...] a la cúspide de la jerarquía de valores humanos” (p.13). En otras palabras, en cada una de ellas, lo humano es sinónimo de lo masculino, y ello atribuye por “derecho natural” la posesión de todas esas capacidades como privilegio exclusivo de los hombres, siendo inalcanzables para las mujeres, “y quedando finalmente definidos como valores masculinos” (p.13).

⁵⁶ No obstante, la autora menciona que cuando las condiciones que defienden al patriarcado cambian, como fue el caso en que los movimientos feministas empezaron a desafiar este poder, las bases de la dominación de una masculinidad tienden al cambio, es decir, existe “una relación históricamente móvil [...] Los nuevos grupos cuestionan las viejas soluciones y construyen una nueva hegemonía [...] Un orden de género en el que los hombres dominan a las mujeres no puede evitar constituir a los hombres como un grupo de intereses preocupado por la defensa de su estructura, y a las mujeres como un grupo de intereses preocupado por cambiarla. Esto es un hecho estructural, independientemente de si los hombres como individuos aman u odian a las mujeres o si creen en la igualdad o la subordinación extrema...” (p.113, 118).

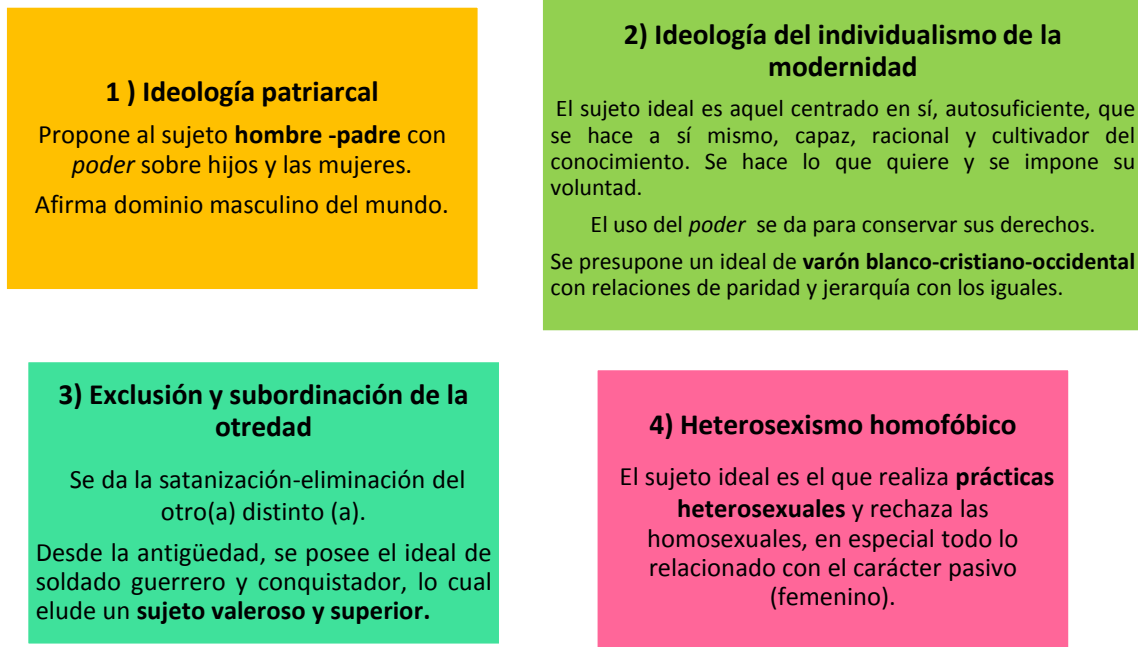


Figura 3.1. Bases ideológicas de la masculinidad hegemónica.

Nota: Elaboración propia a partir de la información de Bonino (2000).

Por otro lado, algunos autores (Gilmore, 1994; Corsi, 1995; Kaufman, 1995; Kimmel, 1999 en Barrios, 2003) mencionan características más detalladas acerca de los componentes que guían la construcción de la identidad masculina tradicional (Tabla 3.2). En concreto, se destaca: 1) la *restricción emocional*, entendida como la represión de las emociones y necesidades relacionadas con la feminidad -existen pero su expresión se prohíbe⁵⁷- ; 2) una obsesión por el *logro* y el *éxito*, en el ámbito económico, político y social donde la posesión del poder⁵⁸ y el autocontrol de las emociones son determinantes para lograrlo y; 3)

⁵⁷ La distancia con respecto a otros hombres se acentúa, al menos en muchas culturas heterosexuales, en la adolescencia. Aunque los hombres pertenezcan a un subgrupo con el que se identifiquen como amigos, compañeros de escuela, vecinos o una pandilla, rara vez alcanzarán un nivel de confianza e intimidad disfrutado en muchos subgrupos de mujeres, ya que las experiencias de amistad son limitadas por una reducida empatía, norma indiscutible de la masculinidad (Kaufman, 1995).

⁵⁸ “El poder requiere la capacidad de ser distante y la *alienación* aumenta la solitaria búsqueda del poder” (Hearn, 1987 citado por Kaufman, 1995, p.133). En este ámbito, Kaufman (1995) revela que es el *poder*, en sí, el término clave para referirse a este tipo de masculinidad hegemónica, pues el rasgo común de las formas dominantes contemporáneas es el hecho de asemejar “el ser hombre con poseer algún tipo de poder” (p.127). En este caso, el poder es definido no como una forma de manifestación positiva, sino negativa, ya que impone control sobre los otros(as) y sobre las propias emociones de los hombres. El poder del cual se habla, es una

la *conquista de la virilidad*, la cual señala que la medida de la masculinidad, a diferencia de la feminidad, siempre se encuentra en constante evaluación. Esto quiere decir, que la masculinidad involucra pruebas o demostraciones que, si se acreditan, conceden a los hombres su derecho a la identidad masculina. En este sentido, las pruebas dependerán de la cultura en la que el varón se vea inmerso; no obstante, la sexualidad es uno de los principales medios para probar la masculinidad⁵⁹.

parte estructurada de los diferentes sistemas de organización en los que vivimos a diario (social, económico, político, religioso, intelectual, familiar, lúdico, entre otros).

⁵⁹ Para ilustrar mejor este punto, se tienen variedad de ejemplos. En el suroeste de África, los bosquimanos imponen a sus muchachos una prueba de destreza y resistencia, en la cual deben rastrear y matar a un antílope adulto (lo que requiere valor y decisión) y solo después de haber cobrado una de sus piezas es considerado hombre con pleno derecho a casarse. En el este del mismo continente, los jóvenes de varias tribus pastoras, son separados de sus madres y sometidos al rito de circuncisión para convertirse en hombres de verdad; estos deben soportar la agonía sin mostrar estremecimiento sino quedan avergonzados de por vida por su falta de virilidad. En Marruecos, se distingue a los hombres de verdad de los que no lo son mediante proezas físicas y actos heroicos, demostrados en la lucha y en el ámbito sexual (Gilmore, 1994).

Tabla 3.2

Elementos que configuran el modelo masculino tradicional.

ELEMENTO/AUTORES	D.GILMORE (1994)	J. CORSI (1995)	M. KAUFMAN (1995)	M. KIMMEL (1999)
REESTRICCIÓN EMOCIONAL	<p>Dentro de las diferentes sociedades, la demostración de debilidad se relaciona con la falta de virilidad, da pie a burlas, desprecios, ridículo.</p> <p>Se debe mostrar fortaleza emocional.</p>	<p>Represión de la esfera emocional de significado femenino.</p> <p>No se habla de los propios sentimientos (dolor, tristeza, temor, etc.), en especial con otros hombres.</p> <p>Las necesidades emocionales existen, pero su expresión está "prohibida" o se reduce sólo a ciertos estereotipos.</p> <p>Se evade la intimidad.</p> <p>No se pide ayuda (signo de vulnerabilidad, debilidad e incompetencia).</p>	<p>La <i>alienación</i>, es la supresión o freno de una gama de emociones, necesidades y posibilidades del potencial del ser humano que no poseen consistencia con el poder masculino, las cuales están asociadas con la feminidad como el cuidado del otro, la empatía, la receptividad y la compasión.</p> <p>Considerada uno de los pilares en la adquisición de la masculinidad hegemónica y la mayor parte de las subordinadas.</p> <p>Lo femenino amenaza o restringe la capacidad y deseo de autocontrol o de dominio sobre los otros.</p> <p>"Tales emociones o necesidades no desaparecen; simplemente se frenan" (p.131).</p>	<p><i>No seas maricón</i> = No se es hombre si se adoptan actitudes que sugieran algo de feminidad. Se repudia lo femenino.</p> <p><i>Sé fuerte como un roble = Resistir sin quejarse, sin mostrar debilidad – entendidad como expresión de emociones, especialmente miedo y tristeza.</i></p>
LOGROS Y ÉXITO	<p>Los hombres que son incapaces de superar las pruebas sirven de ejemplo para que los demás hombres aspiren a poder cumplir con el modelo ideal.</p> <p>Éxito en el ámbito laboral, económico, sexual, entre otros.</p>	<p>Mito del <i>ganador</i>.</p> <p>Hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar).</p> <p>Se exige un permanente estado de alerta y competencia.</p> <p>Se logra mediante el constante autocontrol represivo de las emociones.</p> <p>Éxito en el trabajo y la profesión = elevada autoestima.</p> <p>El éxito en las relaciones con las mujeres se basa en la subordinación de éstas a través del poder y control de la relación.</p>	<p>Los hombres realizan muchas cosas para tener el tipo de poder que se asocia con la masculinidad: tienen que lograr un buen desempeño (logro de objetivos) y conservar el control y se busca el triunfo por sobre todas las cosas y sobre todos.</p>	<p><i>Sé importante</i> = El tamaño de la hombría es proporcional al de la posición económica, política o social.</p>
CONQUISTA DE LA VIRILIDAD	<p>"La masculinidad siempre ha sido algo que había que ganarse, y no sólo en nuestra época, sino en todas" Leonard Krieguel (1979, p.14/30).</p> <p>La verdadera virilidad no se produce mediante la maduración biológica, se debe conquistar.</p> <p>La evaluación se realiza de manera pública mediante pruebas o demostraciones.</p>	<p>La mirada de los otros (aprobación) es de carácter importante para el mantenimiento constante de la imagen masculina.</p> <p>Poder, dominación, competencia y control esenciales como prueba de masculinidad.</p> <p>La sexualidad es uno de los principales medios de demostración masculina.</p>	<p>Lograda a través de la experimentación (aceptación y ejercicio) del poder, traducido como la capacidad de ejercer control (sobre las emociones, sobre algo o alguien), lo que otorga privilegios y ventajas que ni mujeres ni niños disfrutan.</p>	<p><i>Chingatelos</i> (Véncelos, supéralos) = Sé audaz, ganón - perseverancia- y violento, traducidos en rasgos de valentía y decisión.</p>

Nota: Elaboración propia a partir de la información de Gilmore, 1994; Corsi, 1995; Kaufman, 1995; Kimmel, 1999 en Barrios, 2003.

Así mismo, Gilmore (1994) menciona que dentro de su estudio intercultural de la masculinidad (plasmado en su obra *Hacerse hombre*), pudo descubrir tres requerimientos morales de gran relevancia en la “verdadera virilidad”, los cuales se dan en varios grados de intensidad. Para *ser un hombre* en la mayoría de las sociedades que examinó (Japón, India, China, países mediterráneos, América del Sur, África oriental, Grecia antigua y Estados Unidos), el varón debe ser y asumir el papel casi global de “preñador-protector-proveedor⁶⁰”.

Al mismo tiempo, el autor analiza estos tres imperativos de la masculinidad como una contribución a la producción y reproducción de las sociedades (en general el papel de la mujer consiste en *reproducir* y el del hombre en *producir* [y proteger/defensa]) no como “la mayoría de los observadores psicológicos han tratado el rompecabezas de los sexos desde el punto de vista del individualismo metodológico” (p.218), es decir, desde la conducta individual. Por consiguiente, “se considera a las estructuras de la masculinidad como formas de integrar a los varones en su sociedad” (p.219), donde estas sirven y son guiadas para la supervivencia de los grupos humanos en el tiempo. Además, en el cumplimiento de estas obligaciones, es como se explica que los hombres se arriesguen a perder su reputación o su vida, no obstante, las tareas deben llevarse a cabo. Entonces, cuánto más duro/amenazador sea el entorno y más escasos los recursos, más se enfatizará la virilidad como inspiración y meta⁶¹.

Por último, es importante señalar que la masculinidad, aunque misteriosa y atractiva (que promete un mundo lleno de poder y privilegios), al mismo tiempo es amenazante, pues posee un costo para los hombres y no uno positivo. El poder puede convertirse en una incontable fuente de dolor, pues ningún hombre es capaz de alcanzar a plenitud el ideal impuesto, lo que provoca temor, un miedo dirigido a la pérdida del “poder y ver desmoronarse los elementos básicos” (p.132) de la personalidad de un varón: “el dolor traducido en temor significa *no ser hombre*”.

No obstante, este mismo temor tiene que ser reprimido, pues resulta inconsistente con el modelo dominante (Kaufman, 1995). Los ejemplos más significativos de este temor

⁶⁰ Cubillas *et al.* (2016) plantea que la tríada proporcionada por Gilmore ayuda a comprender porque una de las formas encubiertas más comunes de poder de los hombres hacia las mujeres, es su noción de proveer y proteger, traducido en ser el “*jefe, macho, responsable*” (p.225).

⁶¹ Para un interés de ahondar más en esta discusión del papel de la masculinidad como parte de una estructura sistémica, se puede consultar la obra del autor antes citado.

son la homofobia o violencia contra negros, judíos, mujeres, o cualquier otro grupo social que sirva de “chivo expiatorio”, además de la posible violencia hacia ellos mismos, como autodesprecio, inseguridad, adicción, enfermedad física, entre otras formas, las cuáles funcionan como papel apaciguador del mismo temor (Kaufman, 1989; 1995).

En este sentido, un caso de relevancia relacionado por la preocupación de un posible desvío del “buen camino” de la virilidad, es el síndrome cultural chino llamado *Koro*, el cual consiste en una variedad de síntomas debilitadores, “como ansiedad aguda, palpitaciones, dolores precordiales, temblores y sensaciones de muerte inminente. El síntoma más llamativo, sin embargo, es la creencia de que el pene está encogiéndose o retrayéndose en el abdomen” (Gilmore, 1994, p.172-173).

3.2.4. Las relaciones entre las masculinidades

Como se ha podido constatar, “en todo momento histórico existen distintas formas de masculinidad, algunas dominantes, otras marginales, otras estigmatizadas, que compiten entre ellas y que poseen sus propios apoyos estructurales, psicosociales y culturales (Sabo, 2000, p.4). En consecuencia, es importante conocer las distintas relaciones de género entre las diversas masculinidades, y por ende, orientar el análisis hacia las relaciones internas de género que se establecen entre los hombres. Para ello, se mencionarán las cuatro principales relaciones establecidas en el orden de género occidental actual (Connell, 2015):

1. *Hegemonía*. El concepto, derivado del análisis de Antonio Gramsci de las relaciones de clase, refiere una dinámica cultural por medio de la cual un grupo exige/demanda y sostiene una posición de mando (autoridad/poder) en la vida social. Acorde con lo establecido en el apartado anterior, la cultura sea cual sea el lugar y el tiempo, siempre preferirá un tipo de masculinidad y, en este caso, es la *masculinidad hegemónica*, la que posee tal preferencia y ocupa la posición de poder dentro del modelo occidental de las relaciones de género. Para que la hegemonía se establezca, es necesario que exista una correspondencia entre el ideal cultural y el poder institucional, por ejemplo, los niveles más altos en cuanto a negocios, milicia y gobierno proporcionan una muestra colectiva certera de la masculinidad.

2. *Subordinación.* Si la hegemonía se relaciona con la dominación cultural de la sociedad, entonces se está hablando de relaciones de dominación y subordinación específicas, las cuales se encuentran presentes entre los grupos de hombres, como se veía en el ejemplo de los hombres blancos y los hombres negros. Por otro lado, conviene subrayar que el caso más representativo actual “es la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales” (p.113), no sólo por el estigma social, sino en el ámbito del espacio público, en el espacio de las prácticas materiales, prácticas que incluyen la exclusión cultural y política, el abuso cultural (hombres gay-son blancos simbólicos religiosos), la violencia legal (prisión por sodomía), violencia en la calle (de intimidación hasta asesinato), entre otras. Así pues, las *masculinidades homosexuales* se encuentran en el fondo de la jerarquía de género entre los hombres, pues dentro de la ideología patriarcal, como se ha dicho anteriormente, la homosexualidad es todo aquello que la masculinidad hegemónica desecha simbólicamente, es decir, lo femenino.
3. *Complicidad.* Si se retoma el problema de las definiciones normativas (véase Tabla 4) donde no todos los hombres se ajustan a la norma, lo mismo sucede cuando se trata de la masculinidad hegemónica. A pesar de esta situación, la mayoría de los hombres se ven beneficiados con esta hegemonía, pues posee acceso a las ganancias del patriarcado; “en general, el hombre obtiene ventajas de la subordinación de las mujeres [...] honor, prestigio y derecho a ordenar. [...] ganancia material. [...] poder estatal⁶²” (p.115, 118). En consecuencia, cuando hay masculinidades que se construyen para este fin, pero sin las tensiones o riesgos que conlleva la masculinidad hegemónica, puede decirse que éstas, son cómplices del proyecto hegemónico, es decir, podemos encontrar hombres que respetan a sus esposas y madres, no son violentos, son padres, comparten responsabilidades del hogar y aún con ello, están convencidos que el feminismo es un movimiento extremista. Por ejemplo, en México, así como en otros países, es común que los hombres llamen “feminazis” a las mujeres que responden a este movimiento o piensen que una mujer fue asesinada

⁶² Con estos ejemplos de las ganancias del patriarcado, es comprensible pensar que “*la guerra de los sexos* no es cosa de broma” (p.119), es por estos hechos de desigualdad que surge la lucha social (Connell, 2015).

porque vestía de una manera inadecuada, de este tipo de complicidad estamos hablando.

4. *Marginación*. “Aunque el término [...] dista mucho de ser el ideal” (p.116), este tipo de relación explica cómo es que se da la dinámica entre las masculinidades de las clases dominantes y subordinadas, donde éstas últimas poseen una situación de inferioridad, inferioridad que puede ejemplificarse en diferentes situaciones, una de las cuales tiene que ver con las relaciones raciales y las desigualdades que éstas conllevan, como por ejemplo, el desempleo masivo y la pobreza urbana forman parte de la construcción de la masculinidad negra. Es necesario recalcar, que la marginación depende de la forma de autoridad de la masculinidad hegemónica del grupo dominante, en Estados Unidos, los atletas negros representan ejemplos de dicha masculinidad, pero la fama y la riqueza de algunos individuos de raza negra no realizarán cambios profundos para que se les otorgue mayor autoridad a nivel social.

Por último, la autora enfatiza que los términos que utiliza como “*masculinidad hegemónica* o *masculinidades marginadas*, no designan tipos de carácter fijos sino configuraciones generadas en situaciones particulares” (p.117) y dentro de una estructura susceptible al cambio, variación o modificación.

3.2.5. Heterosexualidad hegemónica en México

De todo lo visto hasta el momento, se puede inferir que la masculinidad hegemónica es un modelo ideal central que, a pesar de no ser logrado en la práctica por ningún hombre en particular, “ejerce sobre todos los hombres un efecto controlador, mediante la incorporación, la ritualización de las prácticas de la sociabilidad cotidiana y un discurso que excluye todo un campo emocional que se considera como femenino.” (Vale de Almeida, 1996 citado por Stern, *et al.*, 2003, p. 42).

“En los Estados Unidos, la masculinidad hegemónica acentúa el dominio del hombre sobre la mujer, la fuerza física, la agresividad, la tendencia a la violencia, la inexpresividad emocional y la competitividad” (Sabo, 2000, p.4-5). Goffman (s.f. en Barrios, 2003) puntualiza este modelo de la siguiente forma: “el hombre ideal en Norteamérica es joven,

blanco, casado, urbano, norteco, heterosexual, protestante, padre de familia, con estudios superiores y buen empleo” (p.26). Ahora bien, Barrios (2003) menciona que, si se aplica este modelo a los varones mexicanos, éste se describiría de la siguiente manera: “el hombre ideal mexicano es casado y con hijos, pero con varias parejas, rural o ciudadano, católico, heterosexual y con poder, ya sea económico o de otra índole” (p.27). Además, el autor agrega dos consignas más para la masculinidad mexicana:

1. *Persigue y “cógete” a las mujeres, pero desconfía de ellas, excepto de tu madre, tu hermana o tu hija.* Esta consigna supone que hay dos tipos de mujeres con quienes los hombres se relacionan: las mujeres buenas, decentes o sublimes y las malas, indecentes o putas.
2. *Si no cumples con ser todo un hombre: miente.* El engaño y los alardes no sólo se permiten, sino que son indispensables para mantener la imagen viril y formar parte del estilo de comunicación de muchos hombres. Se trata de ocultar información o mentir explícitamente a su pareja o parejas para poder encubrir sus lances eróticos o sus parrandas. Se acostumbran hacer relatos (casi siempre muy fantasiosos) a otros hombres, acerca de sus pretendidas o supuestas hazañas sexuales.

Szasz (2000) a partir de la revisión de varios estudios cualitativos realizados a diferentes muestras de población mexicana, confirma la suposición de la existencia de dos tipos de mujeres en la vida de los varones. En este sentido, son “las implicaciones sobre actividad y pasividad y el papel de la penetración sexual -experimentada o simbólica- en la afirmación de la masculinidad” (p.192), los elementos que conducen a “una imagen escindida de lo femenino” (p.192): por un lado, se encuentran las mujeres con las que los varones establecen vínculos eróticos significativos y familiares – p.ej. la novia o la esposa- las cuales se relacionan con la ternura, la comprensión, la tranquilidad, lo serio y el refreno de los impulsos masculinos y, por el otro lado, están las mujeres *erotizadas*, las incompatibles con el matrimonio y la maternidad, mujeres con las que se tienen contactos eróticos ocasionales, las llamadas “promiscuas”, las que incitan al hombre, las que tienen la iniciativa y expresan sus deseos e impulsos.

Estos dos tipos imaginarios de mujeres son imposibles de integrar en la experiencia de los varones, aunque cada tipo les otorga la reafirmación de diferentes caracteres de la masculinidad: las mujeres “recatadas” refuerzan aspectos positivos como protección, responsabilidad, compromiso y respeto; mientras que las mujeres “promiscuas” confirman los sentimientos de actividad, la fuerza de impulsos, la potencia, pero también generan temor a la inexperiencia, la falla en la erección, al rechazo, entre otras. Y en este sentido, siguiendo lo aportado por Barrios (2003), es que pueda definirse al ideal masculino mexicano como *casado... pero con varias parejas*.

Un estudio cualitativo realizado por Stern *et al.* (2003) a varones adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años de edad) en zonas urbanas populares y urbanas marginales⁶³ de la Ciudad de México, con el objetivo de comprender cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad se vinculaban con los riesgos para la salud sexual y reproductiva, pudo distinguir que aún en este nuevo siglo, existe una concepción dominante de la masculinidad, la cual dicta que un hombre debe ser proveedor, responsable, fuerte, y trabajador, aunque:

Existe una distinción entre transformarse (físicamente⁶⁴) en “hombre”, que significa tener sexo, y el transformarse (socialmente) en un “hombre adulto” capaz de proveer a una familia. Entre estos dos “hombres” existe un tiempo de espera, de experimentación, de ambivalencias, de búsquedas, de comportamientos arriesgados, de pruebas de identidad, en el cual se ubicaría lo que sería para ellos lo que suele considerarse como adolescencia, o sea, la transición entre la niñez y la adultez (p. s40).

⁶³ Los estratos *urbanos marginales* se caracterizan por una gran ausencia de servicios públicos (agua potable, líneas telefónicas, pavimento, etcétera), por viviendas construidas con materiales precarios, por ocupaciones inestables para los jefes de familia y, en general, por una gran pobreza. Los estratos *urbanos populares*, en cambio, cuentan con un mayor número de servicios, viviendas construidas con materiales durables, mayores oportunidades de empleo para los jefes de familia, etcétera, sin llegar a tener las comodidades de los sectores medios (Stern *et al.*, 2003, p.s36).

⁶⁴ Los cambios físicos de la fase transicional de la niñez a la adultez, tienen que ver con el crecimiento de vello en diferentes partes del cuerpo (rostro, pecho, genitales, axilas, etc.), el ensanchamiento de espalda, sueños húmedos, entre otros; no obstante, el punto álgido de tal cambio se da una vez iniciada la vida sexual y, posteriormente, la constante afirmación de la heterosexualidad, donde la verbalización de las proezas sexuales con los pares, se destaca como es una práctica frecuente (Stern *et al.*, 2003).

Al mismo tiempo, la homosexualidad, se acepta y observa en algunos hombres, siempre y cuando éstos no se les acerquen. Así, el peor insulto es “ser un maricón”, lo cual se castiga con burla y marginación por parte de los pares. Por consiguiente, es posible observar que aún en el siglo XXI, el requisito “antifemenino” se encuentra muy vigente en el proceso de la construcción de la masculinidad de los jóvenes mexicanos, por lo cual: “Ser hombre se expresa mediante comportamientos ritualizados. Un hombre es un hombre por su comportamiento, por la manera de vestirse, por la manera de hablar, por tener novia, tener “lana” (dinero) para comprar cosas” (p. 38).

Así mismo, los resultados del trabajo de Cubillas *et al.* (2016), obtenidos a partir de la construcción y aplicación de la Escala de Estereotipos de Género en 1921 jóvenes universitarios (de 18 a 29 años) del norte del país⁶⁵, señalan que, aunque ambos sexos se van alejando gradualmente de las concepciones tradicionales sobre los géneros -al menos en discurso-, existe una tendencia de los varones a deconstruir lentamente estas creencias. A lo cual, éstos poseen un mayor arraigo a algunos valores convencionales de la masculinidad que siguen teniendo gran estima a nivel social y favorecen a los hombres en la asignación genérica de roles: “el espacio público sigue siendo del hombre”⁶⁶.

Un caso interesante dentro del estudio es que la dimensión de *Sexualidad* fue la única que no presentó diferencias entre hombres y mujeres, lo que evidencia que las creencias culturales de masculinidad/feminidad relacionadas a este ámbito aún se encuentran legitimadas en la población joven. Por otro lado, en cuanto a las creencias de género por divisiones académicas, los resultados revelaron que en los estudiantes de las facultades de ingeniería, con matrícula en su mayoría masculina, existían mayores prejuicios y estereotipos de género, lo que puede deberse al poco abordaje de las problemáticas sociales y el nulo trabajo con las personas y los grupos como objeto de estudio, como se da

⁶⁵ El objetivo de este estudio -de tipo transversal- fue analizar las valoraciones sociales de género presentes en las creencias de la población estudiantil de dos universidades públicas (Hermosillo, Sonora y Saltillo, Coahuila), explorando cinco dimensiones: feminidad/masculinidad, roles de maternidad/paternidad, sexualidad, competencias y capacidades y, expresiones de emotividad y agresividad.

⁶⁶ Dos elementos que podrían estar relacionados con este bajo desapego en los varones son, en primer lugar, que en las últimas décadas, la mayoría de las campañas de promoción de igualdad están dirigidas a las mujeres por ser la población con mayor discriminación y violencia y; en segundo lugar, los hombres podrían estar experimentando una resistencia a los cambios actuales en relación con la equidad de género, lo que está originando la necesidad de construcción de nuevos modelos de masculinidad (Cubillas *et al.*, 2016).

en otras carreras (p.ej. Ciencias biológicas y de la salud), generando baja sensibilización sobre el tema.

Por último, dentro de la comparación de la trayectoria escolar, se presentan porcentajes similares en quince de las veinte afirmaciones de la escala entre los estudiantes de semestres avanzados⁶⁷ y los de recién ingreso, lo que indica que no se dan cambios significativos conforme se va avanzando en el transcurso escolar. Lo anterior verifica que una formación profesional de estudios universitarios no necesariamente favorece la deconstrucción de los modelos tradicionales de género, lo que implica que las mismas instituciones educativas deben establecer/reforzar programas que contribuyan a lograr una mayor equidad de género.

Stern *et al.* (2003) agrega que el ideal del varón mexicano es difícil de llevar a cabo en la práctica, en especial por diversos factores sociales en los que se encuentran inmersos los jóvenes (p.ej. el nivel socioeconómico). Tal situación, donde “las ideas dominantes (en este caso de la identidad masculina) entran en conflicto con la actividad práctica y la auto-comprensión de los individuos” (p. s39), es lo que los autores denominan como *consciencia contradictoria*, término que retoman de Gramsci.

De manera análoga, el trabajo de Charry y Torres (2005), mediante su análisis de las percepciones y opiniones de la masculinidad, los conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva, así como la información sobre hábitos y conductas sexuales en 333 jóvenes y adolescentes (de 15 a 24 años) del sector popular y marginal de la Ciudad de México, corrobora que la construcción de la masculinidad está íntimamente relacionada con el contexto socioeconómico y grupo de edad al que pertenecen los varones, sobre todo en términos de concepciones y percepciones sobre la sexualidad y su ejercicio.

Un resultado que llamó la atención de los autores fue el hecho de las características que conformaban el modelo ideal en ambos sectores, se modificaban conforme cambiaba la edad. Así, dentro del grupo marginal y popular, para los varones menores de 20 años, la

⁶⁷ Los estudiantes de octavo y noveno semestre expresaron mayor desacuerdo con algunos prejuicios, pero el que llamó la atención fue “si el hombre tiene suficientes ingresos la mujer no debe trabajar”, ya que las crisis económicas actuales y las dificultades en el ámbito laboral crean un escenario poco favorecedor, lo que influye en la idea de que la responsabilidad económica debe ser compartida, así, la mujer debe trabajar. Sin embargo, aunque en el ámbito público se observe la participación femenina, en el ámbito privado, siguen siendo ellas las que permanecen responsables de la familia y la crianza (Cubillas, *et al.*, 2016).

preparación escolar era un elemento importante; mientras que, para el grupo de los mayores, en el sector marginal, la posesión de bienes materiales definía su posición de hombres y, en el sector popular, seguía presente la idea de ser “estudiosos”, además de ayudar a su pareja en la casa, ser comprensivos y comunicativos.

Cuando se compararon los modelos de masculinidad reales e ideales de los jóvenes varones, los únicos referentes que se integraban desde la experiencia de los chicos eran los rasgos de *ser trabajador y buena onda*; sin embargo, al revisar toda la información obtenida, las coincidencias entre ambos modelos eran pocas. Por consiguiente, “las características del *ideal* aparecen, entonces, como la negación de su propia realidad o de lo que son” (p.110). Por ejemplo, el ideal de muchos de los jóvenes de ambos sectores es el ser un hombre *sin vicios*; no obstante, los atributos reales de la mayoría se relacionaban con el consumo de alcohol y drogadicción.

Barrios (2003) revela que a menudo, algunos de los motivos por los cuales los hombres asisten a entrevista sexológica y psicoterapéutica, se encuentran relacionados con la excesiva preocupación por cumplir con el ideal masculino:

“[...] me consultan varones desesperados por no ser los proveedores ideales, no saber entender la emocionalidad de su pareja, no manejar adecuados códigos de comunicación con sus hijos e hijas, eyacular pronto o no tener erecciones sostenidas, no ser hábiles para el cortejo o el *ligue*, no saber responder con violencia a las agresiones de otros [...] en fin, por saberse de alguna forma excluidos del arquetipo *ser todo un hombre*” (p.28).

De manera que, a raíz de esta incapacidad de responder satisfactoriamente a las exigencias del sistema patriarcal y los cambios sociales suscitados en las últimas décadas (familiar, laboral, relaciones de pareja, etc.⁶⁸), los hombres viven en constante confusión, desvalorización de la virilidad y frustración crónica, lo que en general desencadena ciertas conductas agresivas (Barrios, 2003). Un ejemplo común, es el reporte de frustración y agresividad del varón traducidas en violencia de género e intrafamiliar (Stern *et al.*, 2003).

⁶⁸ Con el deterioro de la identidad masculina, surgen modelos alternativos de masculinidad y, en consecuencia, también se dan cambios de roles, como que el varón no sea el único proveedor, se cuide a los hijos y/o se realicen tareas del hogar (Stern *et al.*, 2003).

3.3. Masculinidades y salud

3.3.1. El género y su impacto en la salud

Una consecuencia de que las construcciones de masculinidad y feminidad sean principios fundamentales de la organización de la sociedad a nivel individual e institucional, es la falta de igualdad y equidad entre los sexos. Esto es porque sea cual sea la cultura, la etnia o el grupo de edad, se perpetúan estereotipos de género que asignan papeles y responsabilidades diferentes a hombres y mujeres. Esta asignación diferenciada, moldea el desarrollo o limitación de diversas habilidades y capacidades y, dirige su práctica a espacios vitales y esferas de actividad distintos (Hartigan, 2001).

La OMS (2015b) plantea que, estas diferencias entre las mujeres y los hombres, socialmente definidas, no son consideradas como un problema, salvo cuando generan una limitación en el acceso a y el control de oportunidades o recursos⁶⁹ necesarios para los logros sanitarios, pues provocan desigualdades y discriminación que acarrear consecuencias negativas para la salud. En consecuencia, las desigualdades de género influyen de manera determinante en la salud de hombres y mujeres de formas muy diferentes (ya sea como individuos o como subgrupos de población), en donde las normas que se establecen para cada sexo pueden, por un lado, llegar a mejorar la salud o, por el otro, empeorarla, proceso que empieza desde los comportamientos de promoción de la salud (Hartigan, 2001).

Un ejemplo claro es como dentro del *modelo psicosocial*⁷⁰, Ayana y Sánchez (2004 citados en Arias, 2014) señalan que las formas en las que el género se relaciona con el *autocuidado*⁷¹ tienen que ver con los procesos de socialización que éste implica (aprendizajes, estereotipos y roles de género). Así, dentro de la construcción de los

⁶⁹ Los recursos influidos de manera negativa por estas normas de género pueden ser económicos (ingresos, crédito), sociales, políticos (liderazgo, participación), informativos y educativos, vinculados al tiempo (acceso a los servicios sanitarios) y de carácter interno del individuo (OMS, 2015b).

⁷⁰ Este modelo “trata de explicar las diferencias de género a nivel intrapsíquico e interpersonal, analizando las diferencias en variables tales como personalidad, afrontamiento, autoeficacia, en la vivencia de la enfermedad y en la información de sus signos y síntomas” (Matud, 2008, p.77).

⁷¹ El concepto de *autocuidado* abarca distintos aspectos, los cuales tienen como finalidad general, guiar a las personas a llevar a cabo acciones para preservar su salud con la finalidad de garantizar su supervivencia. Tales aspectos tienen que ver con las actitudes, prácticas cotidianas, actividades, y acciones con la forma de relacionarnos con nosotros mismos, nuestros cuerpos, los otros (as) y el entorno, hasta todo un proceso de construcción personal y social cambiante (Arias, 2014).

mandatos de género, se predispone a hombres y mujeres a cuidarse o no cuidarse, a enfermar e inclusive a morir de una u otra manera.

En este sentido, la relación entre ambos conceptos se refleja en las principales causas de mortalidad de hombres y mujeres en nuestro país. Según datos del INEGI, en el año 2011 la primera causa de muerte de las mujeres mexicanas de 25 a 34 años eran los tumores malignos (leucemia y del cuello del útero), seguida de accidentes vehiculares y agresiones; mientras que, en el caso de los varones la primera causa de muerte la ocupaban las agresiones, seguidas de accidentes vehiculares y, en tercer lugar, la enfermedad por VIH (Arias, 2014).

Ahora bien, si se comparan los datos anteriores con los obtenidos por la misma institución en el año 2015, se observa que, a lo largo del tiempo, los cambios de mortalidad en cuanto al mismo grupo de edad (25 a 34 años) han sido mínimos, datos que se mantienen constantes en los grupos posteriores de mayor edad (véase Tabla 3.3). Por consiguiente, en el caso de las mujeres la muerte por tumores malignos (del cuello del útero y de la mama) se ha mantenido entre los primeros tres lugares y, en los varones, la mortalidad sigue ligada a accidentes vehiculares, agresiones y enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con el corazón y el hígado (INEGI, 2015d).

Tabla 3.3*Principales causas de defunción en la población mexicana, por sexo.*

<i>Grupos de edad/ Sexo</i>	Mujeres	Hombres
<i>25 a 34 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> Tumores malignos (Del cuello de útero, de la mama). Accidentes (De tráfico de vehículos de motor). Agresiones. 	<ol style="list-style-type: none"> Agresiones. Accidentes (De tráfico de vehículos de motor). Enfermedades del corazón (isquémicas).
<i>35 a 44 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> Tumores malignos (De la mama, del cuello de útero). Diabetes mellitus. Enfermedades del corazón (isquémicas). 	<ol style="list-style-type: none"> Accidentes (De tráfico de vehículos de motor). Agresión. Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica).
<i>45 a 64 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus. Tumores malignos (De la mama, del cuello de útero). Enfermedades del corazón (isquémicas). 	<ol style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus. Enfermedades del corazón (isquémicas). Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica).
<i>65 años y más</i>	<ol style="list-style-type: none"> Enfermedades del corazón (isquémicas). Diabetes mellitus. Tumores malignos (De la mama e hígado). 	<ol style="list-style-type: none"> Enfermedades del corazón (isquémicas). Diabetes mellitus. Tumores malignos (De la próstata, tráquea, bronquios y pulmón).

Nota: Elaboración propia partir de información de INEGI, 2015d.

Los datos de mortalidad presentados dan cuenta que el sexo, por sí solo, no puede llegar a explicar por qué los hombres mueren más de agresión o accidentes vehiculares y, porque las mujeres fallecen de algún tipo de tumor maligno. De ahí que, sea posible retomar al género en el análisis de dichas circunstancias e identificar que elementos de éste influyen de manera determinante en la salud de ambos sexos, desde la comprensión de su papel en el proceso de salud-enfermedad hasta las acciones que desembocan para su cuidado o no cuidado (Arias, 2014).

Estrada (2009, citada por Arias, 2014) menciona que cuando se toma al género como unidad de análisis en salud, se logra obtener un panorama más claro e integral para la toma de decisiones y acciones clave dentro de este sector, ya que se tiene un enfoque más

sociológico y menos biologicista⁷² del proceso salud-enfermedad, lo que posibilita la identificación de las inequidades y brechas de género a través del descubrimiento de: a) relaciones de poder entre hombres y mujeres; b) asimetrías en las mismas relaciones entre hombres y mujeres y; c) asimetrías en las relaciones entre las figuras médico(a)-paciente (hombre/mujer). De igual forma, el autor indica que, mediante este enfoque, se pueden establecer nuevos indicadores teóricos y prácticos, y nuevas categorías de análisis que favorecerán la inclusión de la subjetividad de los colectivos femeninos y masculinos.

Haciendo uso del criterio anterior, es como se puede explicar que cuando se habla de la relación entre rasgos masculinos negativos y el diagnóstico de cardiopatías isquémicas, los hombres que poseen este tipo de característica en común, comentan con menor frecuencia sus problemas cardíacos a sus familiares, tienen mayores probabilidades de llevar a cabo conductas nocivas para su salud y cuentan con redes sociales defectuosas (Helgeson, 1995, citado por Sabo, 2000).

De manera semejante, De Armas (1993, p.39-43) señala que el rasgo de cuidado maternal de los otros, correspondiente a la definición de la feminidad, supone que es “normal” que la mujer sea el acompañante de los familiares (hijos, el esposo, los padres, los suegros, etc.) cuando éstos acuden a los servicios de salud; sin embargo, cuando es la mujer la que utiliza estos servicios para sí misma, casi siempre acude de manera solitaria, “puesto que nadie ha sido educado para cuidarla” (p.41). A lo que Hartigan (2001) agrega que son las mismas mujeres las que consideran que el preservar o mantener su propia salud es una labor egoísta, pues su importancia nace de prestar ese servicio a los otros y no a ellas mismas.

La Figura 3.2 presentada a continuación, intenta capturar la complejidad y dinamismo del papel del género dentro del proceso salud-enfermedad-atención, con especificidad en el marco de las enfermedades transmisibles, aunque cabe la posibilidad de aplicar el modelo como guía en otro tipo de enfermedades.

⁷² El *modelo biologicista* o *biomédico* trata de explicar las diferencias de género en base a diferencias genéticas, hormonales, anatómicas o fisiológicas. En cambio, el *modelo social* intenta “analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres. Desde esta perspectiva, se enfatiza como los estados de salud están ordenados y constreñidos por los mecanismos de construcción social y la distribución de los recursos de poder” (Matud, 2008, p.77).

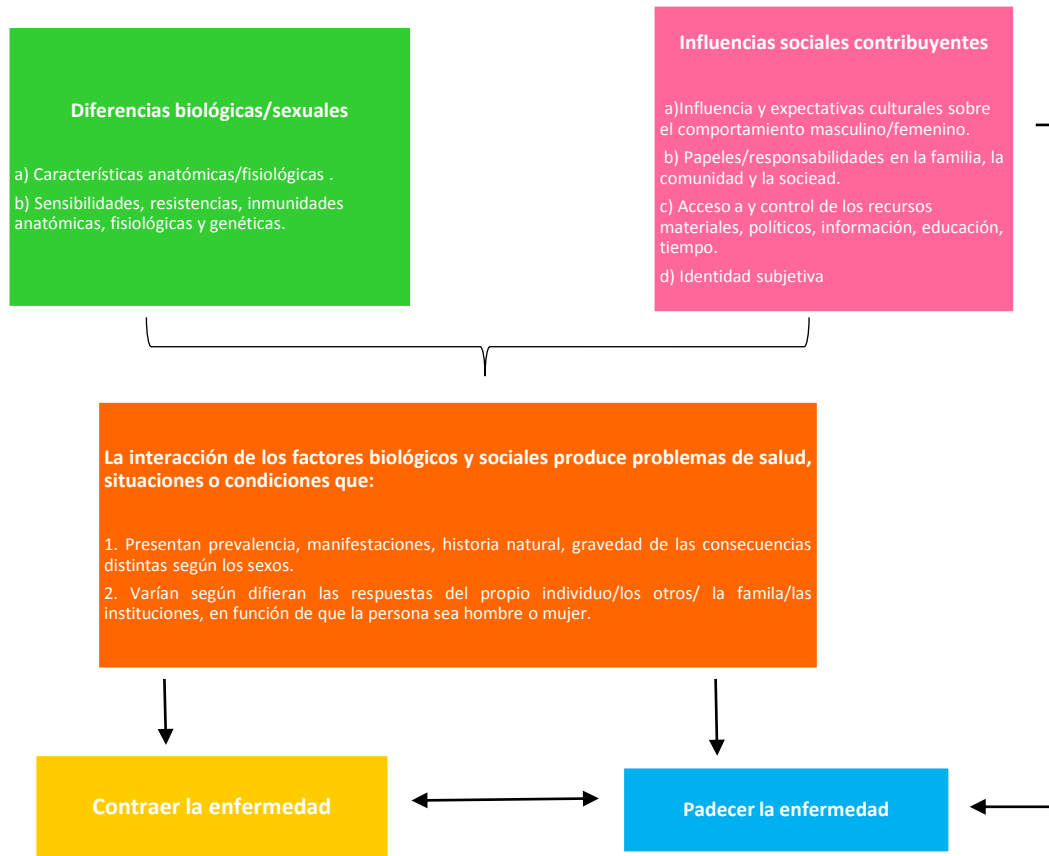


Figura 3.2. El impacto del género en la salud, la enfermedad y la atención.

Fuente: Hartigan, 2001.

Acorde con el modelo expuesto, Hartigan (2001) explica que cuando se *adquiere una enfermedad* infecciosa, dicho proceso depende de la interacción entre diferentes factores biológicos y sociales; sin embargo, en el caso del *padecimiento de la enfermedad*, se tiene una base mucho más social. Por ejemplo, en el caso de la tuberculosis:

“enfermedad infecciosa que causa más defunciones entre las mujeres y la que supone mayor carga de enfermedad para ambos sexos en todo el mundo. [...] contraer la infección o la enfermedad dependerá sobre todo del acceso de la mujer a una detección y atención adecuadas, de su capacidad para controlar los recursos necesarios para llevar a cabo comportamientos de protección de su salud, de la evaluación sobre si su propia salud merece o no la inversión de tiempo y dinero y de muchos otros factores relacionados con el género. La experiencia de la tuberculosis podría exacerbar aún más la falta de equidad de

género [...] cuando impide a la mujer llevar a cabo sus tareas y responsabilidades asignadas por el sistema de género y favorece el riesgo de abandono por su pareja masculina a favor de otra compañía femenina más sana. Esto produciría un efecto deletéreo adicional para su estado de salud” (p. 16-17).

Así mismo, el género como estructura institucionalizada, al reforzar los estereotipos de género interviene en la manera en que los *proveedores de salud* brindan atención médica a los pacientes o clientes, hombres y mujeres, en especial en la forma en que éstos valoran sus necesidades y prestan “asesoramiento a unos y a otras” (p.15), por ejemplo, cuando las intervenciones se dirigen sólo a las madres, a quienes se confía la responsabilidad única de transmitir a sus hijos las estrategias básicas de salud, pues ellas “no trabajan”, “tienen más tiempo” y son los “vehículos para acceder a otros miembros de la familia” (Hartigan, 2001, p.27), a pesar de que la responsabilidad de salud de los hijos corresponde a ambos padres.

La OMS (2015b) recomienda que, dentro de las estrategias en materia de género, es necesario el desglose de los datos y el análisis de éstos para identificar las diferencias por motivos de sexo y de género en los riesgos para la salud y las oportunidades de recibir atención sanitaria, así como el diseño de intervenciones de salud apropiadas. Además, Hartigan (2001) destaca que, para una buena intervención de salud, se debe tomar en cuenta el *principio de equidad*, pues éste es un requisito indispensable para permitir el reconocimiento de que cada grupo tiene necesidades diferentes y, el análisis de la salud según el género, proporciona conceptos y métodos que permiten identificar y tratar justo esas necesidades, con la finalidad de diseñar e implementar intervenciones sensibles al género que eviten la conservación de estereotipos que dañen la salud física y mental.

No obstante, la autora considera que no existen recetas fáciles para el diseño de este tipo de intervenciones, pues en la mayoría de las ocasiones, no se toma el carácter profundo del “yo” con género y, por otro lado, aunque se dé el escenario propicio para influenciar un comportamiento deseable, en muchas ocasiones los resultados son desalentadores, ya que las pautas de género forman parte tan profunda de la sociedad que resulta difícil que se cumplan los objetivos de tales intervenciones.

Sirva de ejemplo, la investigación sobre algunas enfermedades como la malaria, la tuberculosis, el VIH, entre otras; donde se destaca la asociación entre la malnutrición y el

riesgo o empeoramiento de tales enfermedades. En estos resultados, se tendría que tomar en cuenta como se distribuyen los alimentos en los hogares para comprender qué se obtendría con la intervención. En general, en casi todas las sociedades, sobre todo en los estratos económicos más bajos, es la mujer la última que se alimenta, además que sus raciones y las de sus hijas son más pequeñas que las dadas a los varones. En este sentido, se han hecho grandes inversiones en diseñar mensajes que orienten la necesidad de que las mujeres se alimenten de forma más nutritiva; sin embargo, son ellas mismas las que compran, preparan y sirven los alimentos más ricos en nutrientes a los hombres, dándoles prioridad, en las raciones de carne, pescado o pollo. En consecuencia, es posible observar como son las propias mujeres, las que se limitan una nutrición adecuada, decisión guiada por los mandatos de género *primero los otros antes que tú misma y primero el hombre antes que la mujer*.

3.3.2. Construcción de la masculinidad y la salud de los varones

“Solo en fechas muy recientes, los estudiantes e investigadores comenzaron a indagar sobre la influencia de género en la salud y en la enfermedad de los hombres” (Sabo, 2000, p.2). El autor plantea que, en décadas anteriores, como se ha ido mencionando en múltiples ocasiones, la mayoría de las investigaciones sobre género y salud, se centraban exclusivamente en las mujeres y, en este caso, cuando surgen las primeras publicaciones sobre “estudios en hombres”, se sostenía que la conformidad con la masculinidad tradicional traía consigo un incremento en el riesgo para la salud física y empobrecimiento emocional de los hombres.

Un argumento fundamental en la conceptualización de la salud del hombre dentro de la teoría feminista, “es que determinadas construcciones sociales de masculinidad pueden ser dañinas para la salud de los hombres” (Sabo, 2000, p.1). y, en especial, son los mandatos de la construcción de la masculinidad tradicional o hegemónica⁷³, como la

⁷³ Es importante constatar que, aunque se reconozca que algunas características asociadas al concepto clásico de masculinidad, “tales como el énfasis en el pensamiento lógico, la solución de problemas, la capacidad de arriesgarse, la expresión de la ira y la conducta asertiva” (p.79), son saludables y en momentos de crisis, pueden ser beneficiosas tanto para hombres como mujeres, es ineludible reconocer que las concepciones *más tradicionales* de la masculinidad afectan negativamente la salud de los hombres (Good, Sherron & Dillon, 2000 citados por Matud, 2008). Estas tienen que ver con

valentía, el riesgo y la agresividad, los que han sido asociados con mayor frecuencia a altos índices de morbilidad y mortalidad por accidentes, violencia o enfermedades crónicas como la cirrosis (Hartigan, 2001). A lo cual, las estadísticas muestran que la expectativa de vida es menor para los hombres (Corsi, 1995) y no para las mujeres, como antes se suponía (Matud, 2008).

De manera análoga, Courtenay (2000, en Sabo, 2000) explica cómo algunos guiones tradicionales de género contribuyen a los comportamientos poco saludables de los hombres⁷⁴:

Un hombre que actúa correctamente con respecto a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad (p.4).

Además, Corsi (1995) añade que asumir los roles tradicionales de “sostén y jefe de familia” genera un grado de exigencia que como se ha podido divisar, es difícil de cumplir, lo que deriva en grados variables de estrés psicológico, el cual constituye uno de los principales factores de riesgo de una serie de enfermedades.

Para explicar lo anterior, en un principio se utilizó la teoría de *los papeles sexuales*, donde el aprendizaje de los comportamientos masculinos, desde la niñez, aumentaba de manera considerable el que los hombres sufrieran enfermedades o fallecieran por algún accidente (Sabo, 2000). Baste como muestra el que, a los varones desde edades muy

la valentía, la fuerza, el riesgo, la competitividad, la dureza, el déficit de comportamientos de cuidado y afecto, la omnipotencia y la autosuficiencia (Bonino, 2004; Muñoz, 2012 citados por Arias, 2014).

⁷⁴ A este respecto, Sabo (2000) aclara que no todos los rasgos o normas de masculinidad implican un riesgo para la salud de los hombres, pues como ya se ha mencionado en apartados anteriores, no todos los hombres son iguales, ni realizan los mismos esfuerzos para demostrar su “masculinidad tradicional”.

tempranas, se les enseñe mediante juegos competitivos, violentos y juguetes bélicos, entre otros, la importancia de la agresividad, la competencia, la fuerza física y, el no llorar ni manifestar emociones. Mientras que, en las mujeres, estos roles son invertidos, por lo cual se les dan juguetes como muñecos, escobas, comiditas, etc., los cuales enseñan quehacer de las tareas domésticas y el cuidado de los otros/as (Sanz, 2003 citada por Arias, 2014).

Por otro lado, “la división sexual del trabajo, que divide espacios, actividades y valora de forma distinta a hombres y mujeres, coloca a los varones en el ámbito público” (p. 71), lo cual hace que estos realicen “actividades más productivas” y se visualicen como seres receptores de cuidados, más que como seres proveedores de este, lo cual los lleva a elevados costos en su salud, pues no se posibilita un acercamiento al cuidado de sí mismo (Arias, 2014).

Esta relación interdependiente entre los géneros hace que los hombres aprendan que la adopción de comportamientos femeninos sólo llevará a la burla, el estigma y ser considerados “femeninos o afeminados” (p.6). En consecuencia, éstos tenderán a desarrollar y realizar comportamientos de riesgo, como por ejemplo es común que los varones adolescentes participen en peleas para no ser llamados “mariquitas” o que un hombre de edad madura encubra algún dolor físico para evitar ser visto como “blando” por otros hombres cercanos a él (Connell, 1987 en Sabo, 2000).

Así mismo, Connell (2015) agrega en años más recientes, que es “el género dominante el que tiene y utiliza los medios de violencia” (p.119), en este caso, los hombres son los que poseen tal “derecho”. De ahí que, la *violencia* sea “un elemento importante en la política de género entre los hombres. [...] La mayoría de los episodios de violencia grave (incluidos el combate militar, el homicidio y el asalto de violencia grave) son transacciones entre hombres. [...] La violencia puede convertirse en una forma de reclamar o asegurar la masculinidad...” (p.119).

Si nos adentramos en el ámbito de la salud, esta característica legítima de lo masculino puede ofrecernos una comprensión de cómo operan las relaciones de hombres y mujeres en el cuidado de su salud. Si por ejemplo, la definición patriarcal de la feminidad (dependencia, miedo, pasividad, entre otras) desarma a la mujer tanto físicamente como culturalmente (nivel simbólico), como dice la autora, es común encontrar que aunque las

mujeres puedan tomar decisiones sobre sí mismas, y por ende en su cuidado, “se consideran incompetentes”, lo que muestra una posible razón del por qué es el varón y no la mujer, el que toma la última palabra en cuestión de usar o no preservativo o puede hacer uso de la violencia, traducida en abuso verbal o manipulación, como se ejemplifica en el capítulo anterior con Arias (2014), cuando la pareja masculina acusa de infidelidad o “falta de amor” a su pareja femenina porque ésta exige el uso del preservativo.

Como resultado, Corsi (1995) menciona que el rol masculino tradicional involucra situaciones potencialmente peligrosas (p.ej. accidentes), promueve determinadas conductas nocivas para la salud (consumo excesivo de bebidas alcohólicas o tabaco) y hace que a los varones les resulte conflictivo el solicitar atención médica o asistir a consulta psicológica, pues el pedido de ayuda significa debilidad y poca capacidad de resolver sus problemas por sí mismos.

Hartigan (2001) destaca que, en varios estudios llevados a cabo en América Latina, es común que los hombres enfermos se resistan a acudir a los centros de atención primaria de salud, por considerarlos adecuados sólo para mujeres e infantes. Así mismo, la autora afirma que los varones tienden a cumplir o seguir menos las indicaciones médicas pues éstas se relacionan con la prohibición de comportamientos o actividades requisito para la expresión del género masculino, como el reducir el consumo de alcohol y tabaco.

3.3.3. Estudios sobre masculinidades y salud sexual

Distintos estudios relacionados con la construcción de la hombría y su relación con la salud sexual y reproductiva ponen de manifiesto cómo es que los varones toman decisiones y prácticas de riesgo en su salud y la de los otros (en su mayoría sus parejas femeninas) a partir de la adquisición y práctica de cierto ideal de masculinidad. Además, demuestran cómo la presencia del carácter relacional de género, con sus respectivas construcciones recíprocas de masculinidad y feminidad, constituye resultados de salud desfavorables para ambos sexos (Sabo, 2000).

Algunos estudios (Stern *et al.*, 2003; Charry & Torres, 2005) señalan que la adquisición de un modelo tradicional de masculinidad da como resultado que los varones

adolescentes y jóvenes mexicanos (de 15 a 24 años) dentro del ejercicio de su sexualidad, tengan un bajo uso de métodos anticonceptivos y pocas herramientas de comunicación e intimidad con sus parejas, lo cual contribuye a que un mayor riesgo de adquirir una ITS o ser padres a una temprana edad.

Por otro lado, la mayoría de estos jóvenes, practica su sexualidad a partir de fuentes informales basadas en experiencias personales (obtenidas especialmente dentro de la socialización con los pares y familiares), lo que, en suma, facilita la adquisición de ideas y mitos erróneos acerca del tema. Estos resultados, crean preocupación, pues se recurre poco a personas que poseen un conocimiento formal respecto a la sexualidad, como lo es el personal de salud o escolar, siendo este último reconocido como la principal fuente en brindar educación sexual.

En el caso del manejo de *métodos anticonceptivos*, se refiere que el método más utilizado es el preservativo o condón masculino; no obstante, su frecuencia de uso es baja con relación al número de varones que tiene una vida sexual activa⁷⁵. Stern *et al.* (2003) revela que su uso se ve determinado por factores como la inexperiencia sexual (información/práctica), el lugar donde se suscitan las relaciones sexuales, el tipo de pareja sexual y la iniciativa de ésta por requerir la protección (p. ej. es más común el que las prostitutas o “chicas fáciles” lo demanden y los varones las vean como un foco de riesgo -sin embargo, no se lleva a cabo la acción de protección ya que ese tipo de relaciones son las menos planeadas-. En cambio, con las parejas formales, es decir, las novias, se utilizan mayor número de métodos naturales como el *coitus interruptus*, pues en este tipo de relación se suscita la negociación de la virginidad, se tiene un mayor grado de confianza y “saben” que el otro es “limpio⁷⁶” [p.s39]), el grado de comunicación que poseen los varones en las relaciones de pareja (el cual, en su mayoría, es muy bajo -genera incomodidad y ansiedad- y, se presenta la problemática de que aún, es responsabilidad de la mujer el usar

⁷⁵ Dentro de los resultados de Charry y Torres (2005), en relación a los factores de riesgo en las relaciones sexuales, llama la atención el que, a pesar de que los jóvenes de ambos sectores reconozcan que el uso del preservativo evita la adquisición de una ITS, todavía existen quienes consideran que no es del todo cierto, lo que podría ser una de las tantas causas por las cuales prefieren no utilizarlo.

⁷⁶ Se tiene una idea vaga de la higiene, si se tiene *no corre riesgo*, si no se tiene, *si hay riesgo* (Stern *et al.*, 2003).

o no algún método anticonceptivo)⁷⁷ y, la creencia de que, “aunque se aprenda sobre los condones -en la escuela o medios de comunicación-, en la realidad, nadie los usa”.

Un aspecto interesante en el trabajo de Stern *et al.* (2003) es que los varones, aunque en conocimiento, relacionaban en mayor grado el uso del condón para evitar la concepción que una ITS⁷⁸, en la práctica no hacían uso de éste, pues argumentaban que un embarazo era *casi inevitable* y ocurría fuera de su control. Además, si éste ocurría, el asumir la responsabilidad de la *paternidad* no se tomaba como un conflicto, ya que es considerada por los varones como una parte constitutiva de la masculinidad, y en consecuencia, de sus proyectos de vida. De modo que, en relación con lo anterior, para lograr *ser un hombre, es necesario ejercer la sexualidad a plenitud y una consecuencia inminente, es el ser padre*⁷⁹.

En cuanto a la experiencia sexual, Charry & Torres (2005) indicaron que, dentro de las prácticas sexuales, el número de parejas sexuales recientes fue más numeroso en el sector marginal (hasta 5 parejas) que en el popular⁸⁰ (hasta 3 parejas); sin embargo, en ambos sectores sociales con grupos intermedios y mayores (15 a 19 años y mayores de 19 años) se reportó más de una pareja sexual al momento de la encuesta (9% para ambos grupos mayores y 8.4% y 8.5% en edad intermedia).

Así mismo, los autores reportan que con respecto a la postura tradicional de que es “el varón quien toma la iniciativa” de una relación erótica- afectiva, fueron los grupos más jóvenes (menos de 15 años) los que estaban de acuerdo con dicho mandato (sector marginal, 87.5% y sector popular, 94.1%); mientras que, al aumentar la edad, se presentaba

⁷⁷ “Lo disfrutamos; bueno, nos tenemos como pareja, pero ni quiero (ser padre); creo que igual ya ella sabrá...” [Grupo focal, popular, jóvenes] (Stern *et al.*, 2003, p.41).

⁷⁸ En el caso particular de Charry & Torres (2005), los datos obtenidos fueron a la inversa, donde se relacionaba más el uso del condón para evitar una ITS que un embarazo no deseado, aunque puede ser que, en ese punto, la información sobre su utilidad se haya encontrado más presente en los jóvenes por la difusión de más campañas de salud; sin embargo, ello no cambiaba los resultados de su uso minoritario en los varones.

⁷⁹ La responsabilidad es un término recurrente en los varones jóvenes cuando se habla de hombría y paternidad, y ello conlleva el mantener una familia y hacerse cargo de los hijos a través de un trabajo remunerado, lo que, a su vez, los mantiene “alejados de la calle y de comportamientos irresponsables o riesgosos” (Stern *et al.*, 2003, p. 38).

⁸⁰ En este sector en específico, en los jóvenes mayores de 19 años, llamó la atención el no reconocimiento de las prácticas promiscuas como factor de riesgo, pues uno de cada cuatro varones lo pensaban así (Charry & Torres, 2005). Lo anterior, resulta preocupante, ya que como se menciona en el capítulo dos de este trabajo, la multiplicidad de parejas conlleva un factor de riesgo clave en la adquisición del VPH y otras ITS.

un mayor desacuerdo con tal idea. De igual forma, se encontró la presencia de una actitud más positiva con la consigna de que “un varón puede relacionarse con compañeras que posean más experiencia sexual que él”; sin embargo, un poco más de la mitad (58.8%) de ambos sectores, manifestó su desacuerdo. Dado lo anterior, se puede sustentar lo que nos mencionaba Cubillas *et al.* (2016) sobre que, aún con ciertos avances hacia una convivencia de mayor equidad entre los géneros, la deconstrucción de algunos valores relacionados con la masculinidad, no han sufrido un cambio tan veloz como muchas otras creencias relacionadas al género.

Por otro lado, ambos trabajos (Stern *et al.*, 2003; Charry & Torres, 2005) mencionan que se presenta en los varones una fuerte vinculación entre el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, donde, a pesar de que se empiezan a observar manifestaciones con fin erótico (p. ej. con el objetivo de jugueteo como dar besos, caricias, abrazos, entre otros) aún reconocen la penetración como sinónimo de la relación sexual, por lo que las expresiones eróticas siguen minimizándose y excluyéndose de su definición de sexualidad.

En cuanto a la eficacia de las campañas de salud sexual y reproductiva y los programas escolares, Stern *et al.* (2003) indican que los varones poseen más información acerca de ITS, pubertad y métodos anticonceptivos, pero al escuchar los discursos se refleja cierto desconocimiento e imprecisión sobre los temas (p.ej. “el óvulo se derrite” o “la chica sólo se embaraza cuando está menstruando” [p.s40]) y, sin embargo, tal información, no alcanza a impactar las prácticas en el nivel de propiciar una cultura de la salud en el auto-control y auto-cuidado, lo que hace que en cierto punto, sus prácticas de “protección” sean los métodos naturales como el retiro y ritmo.

A este respecto, Herrera-Ortiz, Arriaga-Demeza, Conde-González, y Sánchez-Alemán (2013) realizaron una intervención que relacionó el nivel de información sobre el Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2) y el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la percepción de riesgo de contraer dichas enfermedades en 182 estudiantes (de ambos sexos y mayores de 18 años) de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ya que concuerdan con Stern *et al.* (2003) que las intervenciones a nivel salud, no han conseguido lograr un cambio en el comportamiento sexual, lo que resulta en la búsqueda de nuevas estrategias que permitan a los jóvenes tomar conciencia en sus comportamientos para lograr la prevención. Dentro de sus resultados, se encontró que, aunque aumentó de manera

significativa el conocimiento y la percepción de riesgo, no hubo cambios significativos en la disminución de conductas sexuales de riesgo, aludiendo que, una limitación de su trabajo fue debido al tamaño de la muestra de los estudiantes sexualmente activos y del relativamente corto tiempo en que se realizó la evaluación. No obstante, a partir de estos hallazgos cabría preguntarse si las intervenciones centradas de información y sensibilización son realmente la mejor opción para un cambio en el comportamiento sexual de las personas, contextualizando que es la estrategia más utilizada para la prevención de ITS y otras problemáticas de salud pública.

En lo que respecta al interés que poseen los jóvenes en asistir a cursos o talleres sobre sexualidad y salud reproductiva, Charry y Torres (2005) señalaron que los chicos menores de 15 años estaban menos interesados que los mayores. Al parecer, según los autores, conforme iba en aumento la edad de estos varones y se convertían en personas sexualmente activas, iban adquiriendo mayor conciencia en la necesidad de asistir a este tipo de eventos. En este sentido, los temas de interés cambiaban conforme al grupo de edad, por ejemplo, en los grupos más jóvenes –menores de 15 años- se tenía mayor inclinación por temáticas generales de sexualidad (62.1% y 45.5 % para el sector marginal y popular respectivamente), y en los dos grupos siguientes – de 15 a 19 años y mayores de 19 años- había más énfasis en la obtención de prevención de ITS (37.3% y 38.5% para los grupos del sector marginal y 44.0% y 52.8% para ambos grupos del sector popular).

Acerca del carácter relacional de los géneros relacionado a la salud, Sabo (2000) señala que las construcciones sociales de la masculinidad no sólo influyen en la salud de los hombres, sino también en la de las mujeres. A este respecto, el autor menciona que varios autores (Pivnick 1993; Wyatt y Dunn, 1991) hacen referencia que factores como la dependencia económica o la conservación de un estatus social de la mujer hacia una pareja masculina se asocia con una menor capacidad de negociación en el uso del condón, mientras que, en el mismo texto, otra autora (Amaro, 1995) agrega que la dependencia psicológica de la pareja masculina, como por ejemplo sentimientos de soledad o incapacidad, se asocia con la resistencia de la mujer a entablar un diálogo sobre prácticas de reducción de riesgos. De ahí que, el autor analice que esta misma “ventaja económica del hombre sobre su pareja y la supuesta superioridad masculina podrían conferir a aquel un

sentimiento de conocimiento sexual que impida la adopción de prácticas de sexo seguro” (p.12).

Por otro lado, adentrándonos un poco más al tema de las ITS, Hartigan (2001) hace relevancia que, aunque sea cierto que desde una perspectiva biológica son varias las razones por las que la mujer posee mayor riesgo a este tipo de infecciones, “la simple biología no explica ni la incidencia del VIH en las mujeres, ni la persistencia de la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por el VPH de la mujer” (p.20), y es ahí donde la perspectiva de género permitirá comprender mejor los mayores riesgos y experiencias de la enfermedad en este tipo de población. Así pues, la autora enfatiza en que algunos de los factores de género que agravan el riesgo de la mujer en agravar o adquirir una ITS en general son los siguientes:

- la tolerancia social hacia la promiscuidad masculina;
- la reiterada mayor valoración social a lo masculino;
- la búsqueda de una pasividad y abnegación femeninas;
- la ausencia de una comunicación sincera con la pareja (lo que otorga a la mujer la imposibilidad de preguntar a su compañero sobre sus hábitos sexuales, una baja asertividad al imponer el uso del preservativo o la asunción de una fidelidad unilateral, mujer-varón, y no bilateral, mujer-varón, varón-mujer);
- el rechazo del condón por parte del hombre;
- las prohibiciones en cuanto al acceso a una educación sexual integral y a los métodos anticonceptivos (incluido el preservativo) y;
- la importancia que se da a la fidelidad y la virginidad de las mujeres.

En nuestro país, un estudio realizado por Ariza y De Oliveira (2005), donde se analizó la adhesión de 8, 397 derechohabientes del IMSS (5, 405 mujeres y 2, 992 hombres) a las normas estereotipadas de la sexualidad correspondientes a las prácticas sexuales, mediante el uso de información proveniente de la Encuesta de Salud Reproductiva (ENSARE) de

1998, destacó que existía un fuerte respaldo por parte de la población mexicana (ambos sexos) a la tríada virginidad-fidelidad-monogamia⁸¹ como un aspecto de control sobre la sexualidad. Un aspecto relevante de estos resultados es que tal tríada era respaldada en su mayoría por la población femenina, lo que revela que las desigualdades de género necesitan de la participación de ambos sexos y no de uno, en la preservación de ciertos estereotipos de género. Por ejemplo, dentro de los porcentajes obtenidos respecto a la dimensión de virginidad, el 55.9% de los hombres y el 73.5% de las mujeres, condenaban a las mujeres jóvenes que pierden su virginidad antes del casamiento que a los mismos jóvenes varones, lo que refleja como el otorgamiento de la legitimidad a las relaciones sexuales antes del matrimonio pertenece íntimamente al género masculino y no al femenino.

Por otro lado, Hartigan (2001) refiere una situación alarmante para la salud de ambos sexos, ya que si una mujer sospecha o padece alguna ITS inmediatamente surge el estigma social en ella misma y en los otros, lo que ocasiona que muy probablemente no acuda al médico por tal situación. En cambio, la autora cita el trabajo de Zacarías (1998), donde se menciona que éste fenómeno de estigma no se extiende al varón, es más, se enfatiza que, si éste posee una ITS, ello se considera como un “signo de capacidad y masculinidad” (p.21).

En síntesis, lo anterior nos dice que, el que un hombre posea una ITS *tampoco merece la asistencia médica*, lo cual, en cierta medida, crea un ciclo de infección y reinfección en ambos sexos, y no permite la búsqueda de una buena salud sexual y reproductiva y, en general, de una salud global, pues como es el caso del VPH, puede contribuir a la mortalidad de una persona. Es aquí, cuando podemos hacer más visible y práctica la expresión de *varón como factor de riesgo*, introducida por (Keijzer, 2003 en Arias, 2014) “para aludir a aquellos aprendizajes sociales de los hombres que tienen e impactan en su propia salud y de quienes les rodean” (p.72).

Para concluir, es importante mencionar que la articulación de una masculinidad hegemónica no sólo afecta el comportamiento de los hombres a nivel privado, sino también

⁸¹ Ariza y De Oliveira (2005) indican que estos tres factores describen el comportamiento a seguir en tres momentos diferentes de la vida sexual: la *virginidad* como “conducta adecuada de las etapas tempranas de la vida en pareja” (p.26); la *fidelidad* para las fases de cortejo y noviazgo; y la monogamia “para la institucionalización social de esta relación marcada por el matrimonio (p.26).

a nivel institucional, y es que no es lo mismo la participación de los varones como agentes activos en la propagación de ITS y su participación profesional en el ámbito sanitario, donde tampoco se contribuya a detener esta problemática. A través de una investigación cualitativa realizada por Reartes (2007) cuyo objetivo fue analizar las características y dificultades vinculadas con la provisión de servicios médicos a varones diagnosticados con el VPH en una clínica de displasias de la ciudad de México (una de las pocas clínicas que dan atención a varones⁸²), se obtuvieron varios factores que obstaculizaban la atención médica dirigida a los varones.

Dentro de las entrevistas al equipo médico, se identificaron tres tipos de factores que obstaculizan la atención en los varones: conocimiento médico respecto al VPH, la práctica médica y organización de servicios.

Los factores concernientes al *conocimiento médico respecto al VPH*, se vieron vinculados al alto porcentaje de varones como portadores asintomáticos, las limitaciones existentes de métodos diagnósticos y de tratamiento (sólo en varones con lesiones visibles), la controversia en cuanto a que el tratamiento de la pareja realmente beneficie a las mujeres (ciertos profesionales sostienen que no existen diferencias significativas en cuanto a resultados de éxito o fracaso en las mujeres) y la poca frecuencia de cáncer de pene; en lo que respecta a la *práctica médica*, los factores referidos se vincularon con la falta de experiencia y entrenamiento profesional de las pruebas de detección en varones (particularmente ginecólogos), así como la presencia de prejuicios y reservas de los médicos para atender a una persona del mismo sexo⁸³ (varón-varón) y; por último, en cuanto a la *organización de servicios*, la ausencia de los varones en los espacios de atención del VPH, tiene su origen, según los entrevistados, en las grandes cargas de trabajo y la

⁸² Reartes (2007) revela que la citación o requerimiento de los varones al servicio médico en la clínica, se da una vez confirmado el diagnóstico de la infección en la mujer (su pareja), “aun a sabiendas de que no siempre se le va a encontrar la infección [...] si bien ésta debería ser la norma [...] en ocasiones ella ya ha recibido su primer tratamiento y su pareja, todavía, no ha sido requerida; es decir, el momento en que se cita al varón varía según el criterio personal del profesional. En la mayor parte de los casos, aunque la paciente haya sido tratada en otra institución, para la mayoría de los varones ésta es la primera vez que son citados para confirmar o descartar su infección ya que, [...] gran parte de los servicios públicos no los atienden” (p.792). A este último respecto, la autora señala que sólo se enfatiza la asistencia de los varones (sólo en relación estable) cuyas parejas presentan recurrencia o progresión de la infección a pesar del tratamiento y enfatiza que en términos generales, los profesionales reconocen que las estrategias para captar la atención de los varones con respecto a su salud y cuidado y el de su pareja son nulas, lo único que se realiza en ocasiones es escribir en la receta que se le entrega a la mujer, una nota donde se consigne que es importante que su pareja masculina asista.

⁸³ “[...] los médicos varones tampoco tocan directamente los genitales masculinos durante la revisión y es el paciente quien realiza los distintos movimientos, a partir de las indicaciones médicas” (Reartes, 2007, p.796).

incompatibilidad de éstos con los horarios de atención (predominantemente matutinos), además de la idea constante de que la salud sexual y reproductiva compete sólo a las mujeres.

De igual manera, otro motivo expuesto por los entrevistados se refería a los estereotipos que el personal médico tenía respecto a los varones mexicanos: “ [...] promiscuo, infiel, dado a tener múltiples parejas y recurrir a prostitutas [...] el varón que llega infectado por el papiloma virus es un varón que pertenece a un grupo de riesgo” (p.797), estereotipo que refuerza la creencia de que no es costeable invertir recursos en la atención masculina (diagnóstico, asistencia, prevención) por la irresponsabilidad que los caracteriza, pues como lo menciona un médico: “en minutos, días o semanas nuevamente va estar expuesto a contactos de riesgo [...] si ya se infectó una vez se va infectar otra vez, y para qué gasto esfuerzos y para qué gasto recursos [...]” (p.797).

Ahora bien, en el caso de los motivos por los cuáles los varones no asisten a las consultas médicas, Reartes (2007) señala que es por vergüenza ante la revisión genital y la posibilidad que se les considere responsables de una situación de infidelidad extramarital (se les culpe de la infección); otro obstáculo es que el varón no sigue las indicaciones de tratamiento, ya que por lo general, los médicos prescriben no mantener relaciones sexuales por lapsos largos de tiempo (p.ej. un mes, aunque esto depende del tratamiento como ya se vio en el primer capítulo), además de que se recomienda el uso del preservativo hasta que el profesional evalúa nuevamente la evolución de la infección. Así pues, los médicos entrevistados, mencionaban que, a diferencia de las mujeres, los varones presentaban más dificultades en cumplir con tales restricciones, ya que se tiene la creencia de que para ellos es más importante la necesidad de satisfacer sus deseos sexuales, lo que los imposibilita de cumplir los periodos de abstinencia sexual, creencias que siguen reforzando el estereotipo hegemónico masculino.

No obstante, la autora considera que la asistencia de los varones al servicio médico no sólo debe visualizarse en la detección y tratamiento, sino que debe propiciar una conciencia en la adopción de conductas de protección en cualquier relación sexual que realice, no sólo en el caso de parejas estables sino también ocasionales. Pongamos por caso, el testimonio de una de las entrevistadas (Reartes, 2007):

El hecho de ser revisados como que los concientiza: ‘Ay, caray, no era de tan fácil de nomás ir aquí y ya, ¿no?, incluso pues me han tocado comentarios de ellos, dicen: ‘Ay, ya no vuelvo, ya me voy a portar bien, yo no creí que pudiera pasar esto ...’, ya después de recibir un tratamiento ya no tan fácil van y se meten con cualquiera, ¿no?, ya lo piensan dos veces, se cuidan por lo menos... (p.794).

En particular, se destacan dos aspectos relevantes de dicha concientización, manifestados por dos varones entrevistados (Reartes, 2007, p.794): 1) promover la comunicación en la pareja, basada en la sinceridad como valor y, 2) favorecer la participación activa de los varones en los diferentes procesos de salud-enfermedad, en este caso los procesos gineco-obstétricos, donde no sólo está involucrado el cuerpo de la mujer, sino el de ambos, característica más presente en el caso de las ITS.

Por otra parte, Arias (2014) aboga a ver el *cuidado* como una actividad característica de cualquier ser humano y no sólo una característica “propia” de la feminidad, se debe comenzar a ver al varón como un ser capaz de cuidar de sí mismo y de brindar cuidados, puesto que así se evitará caer en el error de delegar toda la responsabilidad de ello a las mujeres. En el caso de la salud sexual y reproductiva, esta propuesta de acción empezaría a realizar cambios en la forma en que hombres y mujeres se relacionan, así como también propiciaría que los varones tomen parte en la responsabilidad de la prevención de una ITS o la prevención de un embarazo no deseado, así como evitar el ejercicio de la violencia como forma de control hacia los otros y hacia ellos mismos.

4. MÉTODO

4.1. Planteamiento del problema y justificación

A partir de lo presentado en los capítulos anteriores, se pudo dar cuenta, que la adquisición de una o más ITS, es una problemática en salud pública mundial, debido a sus consecuencias, graves y profundas, en la salud sexual y reproductiva de las personas, siendo uno de los cinco grupos de infecciones por las que los adultos buscan atención médica (OMS, 2016), en especial hombre y mujeres jóvenes con vida sexual activa (Álvarez *et al.*, 2014).

El presente trabajo hace alusión a una de las ITS más comunes y de máxima incidencia a nivel mundial: el VPH, considerada como una infección no curable, pero con oportunidad de tratamiento y control (OMS, 2016). En general, el VPH es adquirido tanto por hombres y mujeres, a los pocos años de haber iniciado vida sexual, aunque sólo se haya tenido una pareja sexual (CDC, 2016; OMS, 2016). La situación central, es que, a pesar de que en la mayoría de los casos la infección permanece latente y no ocasiona problemas de salud (CDC, 2016), existen tipos de VPH que poseen características oncogénicas, es decir, que pueden formar parte del desarrollo de algún tipo de cáncer, lo que causa gran mortalidad en la población, sobre todo en las mujeres, ocasionando CCU (Conzuelo, 2006).

El CCU es a nivel mundial el cuarto tipo de cáncer más frecuente en la mujer y, en regiones menos desarrolladas, ocupa el segundo lugar. En México, de acuerdo con el CNEGSR (2016) desde 2006, este tipo de cáncer representa la segunda causa de muerte en la mujer.

Un hecho interesante sobre la investigación y estrategias de prevención/ control del VPH en nuestro país, es que tanto las cifras como la intervención centran su atención en las mujeres (como por ejemplo, la aplicación inicial de vacunas sólo a niñas con cierto rango de edad y las campañas de prevención a nivel diagnóstico del virus), a razón de su característica como grupo vulnerable ante las consecuencias del virus en su salud.

Por otro lado, existe poca o nula información de las acciones llevadas a cabo en los varones, ya que éstos son los que presentan menor sintomatología de la infección. No obstante, en varios estudios realizados en México, se evidencia que existe, a diferencia de

otros países, un porcentaje alto (aproximadamente más de un 40%) de varones que tuvieron resultados positivos al VPH (Brebí *et al.*, 2013).

Así pues, se puede comprobar que “[...] tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH” (Lizano-Soberón *et al.* 2009, p.207) y, por lo tanto, es importante implementar intervenciones centradas en atacar la problemática desde ambos lados, y no de uno sólo.

Al mismo tiempo, el retomar una perspectiva de género en tales sugerencias de acción, podrían ayudar a obtener un panorama más claro e integral de cómo la construcción del género incide en la salud en general de hombres y mujeres (Hartigan, 2001; Estrada, 2009 en Arias, 2014; OMS, 2015b). En el caso de la construcción de la masculinidad, se puede argumentar que existen ciertos tipos de masculinidad, en especial, la conocida como tradicional o hegemónica, que guían a los varones al ejercicio de una sexualidad centrada en el riesgo, lo que afecta de manera directa la salud de las mujeres (Sabo, 2000; Hartigan, 2001).

A raíz de lo anterior, se hace necesario desarrollar instrumentos que permitan utilizar al género como unidad de análisis del impacto que estas construcciones tienen en el ejercicio de la sexualidad y de la salud sexual de los varones.

Dentro de la literatura, existen investigaciones acerca del conocimiento del VPH, conductas de riesgo (en especial las relacionadas al ámbito sexual) y masculinidades en el ámbito de salud que aportan información de gran utilidad para el presente trabajo; no obstante, cabe señalar que pocos de estos estudios abordan la interacción existente entre estas tres variables y por ende las acciones de control y prevención del VPH no se han aplicado de la forma más eficaz.

Considerando lo anterior, el presente trabajo se enfoca en el diseño inicial de tres instrumentos para identificar el conocimiento sobre el VPH, las conductas de riesgo y las creencias inherentes a la construcción y expresión de la masculinidad -relacionadas con el cuidado de la salud sexual- en varones universitarios.

4.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH), las conductas de riesgo y las creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades en varones universitarios?

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo general

Identificar los conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH), las conductas de riesgo y las creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades en varones universitarios.

4.3.2. Objetivos específicos

- Explorar el conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) en varones universitarios a través del diseño inicial de un instrumento de medición.
- Detectar las prácticas sexuales de riesgo, así como el consumo de tabaco, alcohol y drogas de los varones universitarios a través del diseño inicial de un instrumento de medición.
- Identificar las creencias sobre salud sexual ligadas a la masculinidad hegemónica que poseen los varones universitarios a través del diseño inicial de un instrumento de medición.
- Comparar las creencias sobre salud sexual ligadas a la masculinidad hegemónica entre el grupo de varones que han tenido relaciones sexuales y los que aún no han iniciado vida sexual.
- Establecer de manera cualitativa posibles relaciones entre el conocimiento sobre el VPH, las conductas de riesgo y las creencias sobre salud sexual ligadas a la masculinidad.

4.4. Hipótesis

- Los varones universitarios presentarán conocimientos inadecuados sobre el Virus del Papiloma Humano, lo que no les permitirá identificar los factores de riesgo biológicos-sociales que influyen en su adquisición y propagación, siendo un riesgo para su salud y la de sus parejas sexuales.
- Los varones universitarios no realizan prácticas de protección adecuadas para prevenir la adquisición de ITS, por lo cual el número de prácticas de riesgo se presenta con frecuencia.
- Persisten creencias ligadas a la masculinidad hegemónica que propician el descuido en la salud sexual y reproductiva de los varones universitarios.

4.5. Variables

En el presente trabajo de investigación, se consideraron tres variables, siendo el conocimiento sobre el VPH, las conductas de riesgo en salud sexual y creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades.

La definición de cada variable se conceptualizó a partir de la investigación documental realizada para la construcción de cada instrumentor.

4.5.1. Variables independientes

- **Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Definición conceptual: Conjunto de información biológico/social sobre aspectos relacionados al VPH.

Definición operacional: Identificación del VPH como parte del grupo de las ITS, sus diferentes formas de transmisión, población afectada, su sintomatología y signos, su desarrollo en diferentes tipos de cáncer, algunos factores de riesgo a nivel biológico y social que participan en la adquisición del virus, métodos anticonceptivos y

profilácticos que prevengan su adquisición y, pruebas diagnósticas médicas para su detección oportuna.

- **Creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidad hegemónica**

Definición conceptual: Conjunto de ideas preconcebidas a partir de las relaciones de género acerca de cómo son y cómo deben comportarse los hombres dentro de una determinada cultura o grupo, las cuales configuran las formas de interpretar, pensar y actuar de los varones ante determinadas circunstancias.

Definición operacional: Todas aquellas creencias que formulan comportamientos y actitudes hacia el ejercicio de la sexualidad y las posibilidades del actuar o no en el cuidado de la salud propia y la de los otros. Así pues, se habla de creencias sociales sobre aspectos como la paternidad, la invulnerabilidad y restricción emocional como elementos inherentes a la masculinidad hegemónica, el control de la sexualidad de los otros (otras) en aspectos relacionados a la virginidad, la fidelidad y el matrimonio, la conquista de la virilidad mediante la genitalidad, la asistencia y uso de los servicios de salud, así como los significados y prácticas en el uso y negociación de métodos anticonceptivos.

4.5.2. Variable dependiente

- **Conductas de riesgo: prácticas sexuales y consumo de sustancias**

Las conductas de riesgo, son aquellos comportamientos que pueden dañar la salud, el bienestar y el desarrollo de los individuos (Andrade & Betancourt, 2010).

Existen variedad de conductas de riesgo; sin embargo, dentro de este estudio, nos centraremos en las prácticas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas, ya que, como se ha señalado anteriormente, tales conductas son consideradas factores de riesgo para la adquisición del VPH y posible desarrollo de algún tipo de cáncer, en especial, el CCU.

Definición conceptual: Se entenderán como *prácticas sexuales de riesgo* a aquellos patrones de actividad sexual que aumenten la probabilidad de los individuos de presentar problemas de salud en el ámbito sexual y reproductivo, como por ejemplo la adquisición y transmisión de alguna ITS o la presencia de un embarazo no deseado.

El *consumo de sustancias* es aquel patrón de conducta relacionado al uso de tabaco, alcohol y drogas, el cual ha sido identificado como factor de riesgo en el proceso de adquisición y evolución del VPH al CCU.

Definición operacional: Las *prácticas sexuales de riesgo* refieren el inicio temprano de las relaciones sexuales; múltiples parejas sexuales; la no utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y en los últimos seis meses; el uso incorrecto de métodos anticonceptivos de protección binaria -como el preservativo o el condón de la mujer- (siendo los únicos que protegen de una ITS y/o una concepción) dentro de las relaciones de tipo sexual por coito vaginal, anal y contacto buco-genital; el uso y negociación del condón (conducta sexual de mayor presencia en los varones); la realización nula o mínima de pruebas de detección de ITS (servicio de atención médica preventiva) y; las razones por las cuáles no se dio la utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual y los últimos seis meses, así como las relacionadas a la no realización de pruebas de detección de ITS.

Por otro lado, en cuanto al *consumo de tabaco, alcohol y drogas*, se hace alusión a la presencia, frecuencia y cantidad de consumo a lo largo de la vida de los jóvenes.

4.6. Tipo y diseño de estudio

Se trata de un estudio exploratorio de tipo transversal.

Exploratorio, debido a que, en varones, el acercamiento hacia las temáticas sobre VPH, conductas de riesgo y creencias de salud sexual relacionadas a las construcciones de género no han sido abordadas como tal, ya que en el discurso biomédico el virus ha sido objeto privativo de las mujeres, por ser éstas las que presentan las mayores repercusiones a nivel de salud, con lo cual, la mayoría de los estudios en relación al VPH, ya sea de nivel médico-biológico, social o psicológico se han centrado en el estudio de este grupo selecto.

Así pues, el presente trabajo de investigación, trata de realizar un abordaje inicial en la exploración, descripción y análisis de este tipo de variables, tanto a nivel individual como en su conjunto.

El diseño transversal, refiere que la recolección de los datos se realizó en un momento específico de la investigación.

4.7. Tipo de muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se estimó que los individuos seleccionados eran representativos o típicos de la población a estudiar bajo los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- a) Varones que se encuentren cursando alguna carrera perteneciente al campus central de la universidad pública de la Ciudad de México seleccionada.
- b) Edad: entre los 17 años y 28 años⁸⁴.
- c) Haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.

4.8. Participantes

La muestra inicial estuvo conformada por 60 varones universitarios, sin embargo, 29 de estos no cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, con lo cual se conformaron dos grupos de exclusión: el primer grupo, por 17 varones, no había tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y, el segundo grupo, con 12 varones, no había iniciado su vida sexual. No obstante, los resultados de este último grupo se utilizaron para realizar comparaciones con el grupo que cumplió con todos los criterios de inclusión (31 varones) con fines cualitativos.

Teniendo en cuenta lo anterior, la muestra quedó integrada por 43 varones universitarios, con edades entre los 18 y 27 años, todos pertenecientes al nivel de

⁸⁴ El rango de edad se consideró a partir del Perfil de Egresados del año 2015, perteneciente al Portal de Estadística Universitaria (UNAM, 2017).

Licenciatura, con mayoría en el sistema escolarizado y en curso de los primeros años universitarios. Aunque dentro de la muestra, se presentaron las cuatro áreas de estudio impartidas por la universidad seleccionada⁸⁵, se identificó que el mayor número de varones pertenecía al área 1 CBQYS, donde predominaban las carreras de Medicina y Psicología.

4.9. Escenario

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo dentro de las áreas de recreación de las instalaciones del campus central de una universidad pública de la Ciudad de México.

4.10. Procedimiento para el diseño de los instrumentos

4.10.1. Primera etapa: investigación documental

Se llevó a cabo una búsqueda sistematizada en las bases de datos EBSCO, ELSEVIER, LIBRUNAM, PubMed, Redalyc, SERIUNAM, SciELO y TESIUNAM para la conformación del estado de cuestión. Para tales búsquedas se realizaron combinaciones de diferentes palabras clave que referían al objeto de estudio: virus del papiloma humano, mujeres, varones, universidad, creencias, género, prácticas sexuales, masculinidad, masculinidades, sexualidad, salud sexual, infecciones de transmisión sexual, estereotipos de género, hombres, campañas, cáncer cervicouterino, estadísticas, factores de riesgo, educación, repercusiones psicológicas, papiloma, prevención y salud.

Por otro lado, se exploraron páginas de las instituciones OMS, CONAPO, INEGI, CDC, American Cancer Society, CENSIDA, INCAN, INMUJERES, CNEGSR, NIH, CNDH, CeNSIA, etc. En consecuencia, a partir de la información recabada se llevó a cabo su organización generando el acervo bibliográfico del presente trabajo y, posteriormente, se dio el desarrollo del estado en cuestión para el desarrollo de los capítulos.

⁸⁵ Área 1 designada a las Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud (CBQYS), área 2 donde residen las Ciencias Físico - Matemáticas y de las Ingenierías (CFMI), área 3 centrada en las Ciencias sociales (CS) y, área 4 perteneciente a las Humanidades y las Artes (HAY).

4.10.2. Segunda etapa: diseño de instrumentos

Los instrumentos descritos a continuación, una vez elaborados en un primer borrador, fueron sometidos a jueceo para que sus ítems cumplieran la función de indicadores a nivel metodológico. En cada caso, se describirán los cambios realizados a partir de tal proceso.

La presentación del diseño de los instrumentos se presentará conforme al orden de aplicación (véase apartado 4.10.3).

4.10.2.1. Datos sociodemográficos

Se pidieron los siguientes datos: fecha, edad, sexo, nivel de estudios (Licenciatura/Posgrado), tipo de sistema de estudios (Escolarizado/No escolarizado), facultad de procedencia, carrera y número de semestre en curso (**ANEXO 1**). Así mismo, dentro de este mismo anexo, se incluyen en primera instancia las *instrucciones generales* dirigidas a los participantes, las cuáles mencionan el propósito general del estudio, las instrucciones breves y claras sobre la forma de responder en general, la cláusula de confidencialidad y el agradecimiento por su participación.

4.10.2.2. Escala de creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades

Se diseñaron una serie de ítems que exploran la postura que los jóvenes varones tienen acerca de estos estereotipos, en especial acerca de la masculinidad hegemónica y la salud sexual.

Se elaboraron ocho dimensiones representativas, y con base en estas, se diseñaron los ítems pertinentes a cada una de ellas (Véase Tabla 4.1)⁸⁶. En este sentido, las dos fuentes a las cuales pertenecen nueve ítems fueron:

- a) Encuesta de Salud Reproductiva (ENSARE, IMSS, 1998 en Ariza y De Oliveira, 2005)⁸⁷.

⁸⁶ Los ítems presentados en la Tabla 5 son los establecidos después del proceso de jueceo.

ÍTEMS RECOPIRADOS

1. Los hombres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.
2. Las mujeres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.
3. Los hombres casados pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.
4. Las mujeres casadas pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.

ÍTEMS ADAPTADOS⁸⁸

1. Un hombre soltero puede tener más de una pareja sexual.
2. Una mujer soltera puede tener más de una pareja sexual.

b) Escala de estereotipos de género (Cubillas *et al.*, 2016). Véase **ANEXO 2**.

Tabla 4.1

Ítems recopilados de la Escala de Estereotipos de Género.

Dimensión	Ítems
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none">○ La mujer debe llegar virgen al matrimonio.○ Los hombres son infieles por naturaleza.○ Por naturaleza, los hombres necesitan las relaciones sexuales más que las mujeres.

Nota: Elaboración propia.

Una vez establecida cada dimensión y su grupo correspondiente de ítems, fueron sometidos a jueceo para que cumplieran su función de indicadores a nivel metodológico en cada dimensión de pertenencia. De dicha evaluación, se obtuvieron correcciones a nivel de

⁸⁷ A pesar de la búsqueda exhaustiva de la encuesta original, no se pudo acceder a ésta, por lo cual se ajustó la redacción de los ítems a partir de los establecidos en el Cuadro 1 del trabajo de Ariza y De Oliveira (2005).

⁸⁸ Tales ítems serían el número 1 y 34 del instrumento final (Véase **ANEXO 3**).

contenido teórico y redacción en cuanto a las instrucciones específicas sobre la forma de responder el cuestionario y algunos ítems del instrumento.

A causa de lo anterior, se adaptaron dos ítems de la ENSARE (IMSS, 1998 en Ariza y De Oliveira, 2005) y se dio la eliminación de 5 ítems distribuidos en las dimensiones “Roles de maternidad/paternidad, Femenidad/masculinidad, Expresiones de emotividad/agresión” de la Escala de estereotipos de género de Cubillas *et al.* (2016), ya que su función no cumplía un dominio específico de contenido que midiera los roles de género en el ámbito de la salud sexual.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes, se constituyeron 35 ítems en total, distribuidos en las ocho dimensiones teóricas propuestas (Véase **ANEXO 2**), las cuales quedaron constituidas de uno a ocho ítems, número que varió al considerar la complejidad teórica de cada dimensión. Así mismo, para el proceso de elaboración final del instrumento, tales ítems fueron intercalados de manera aleatoria para evitar que se presentarán por dimensión establecida (Véase **ANEXO 3**).

Para las opciones de respuesta, se eligió la escala tipo Likert a cinco puntos, pues este tipo de escala permite la identificación del reflejo y/o expresión el nivel de acuerdo o desacuerdo de los participantes con cada una de las frases establecidas.

Por cuestiones de codificación, en las afirmaciones positivas se asignó el número mayor a la respuesta que calificó más favorablemente al objeto de actitud. Y, en las afirmaciones eran negativas, se asignó el número mayor a la respuesta que calificó más desfavorablemente al objeto de actitud.

4.10.2.3. Encuesta sobre conductas de riesgo

Para la exploración e identificación de las prácticas sexuales de riesgo, se consideraron marco teórico relacionado con los factores de riesgo biológico-sociales relacionados al VPH (American Cancer Society, 2014; Castellsagué *et al.*, 2002; CENSIDA, 2011; CONAPO, 2010, 2014; Conzuelo, 2006; De Guglielmo *et al.*, 2009; Di Cesare., 2007; ENADID, 2014; Hernández- Carreño *et al.*, 2012; IMJUVE, 2012; INEGI, 2015b y 2015c; Melo &

Waliszewski, 2009; Pagliusi *et al.*, 2007; Muñoz *et al.*, 2006; Sánchez-Domínguez *et al.*, 2010; *Secretaría de Seguridad Pública*, 2011), investigaciones académicas sobre prácticas de riesgo y género (Arias, 2014; Charry & Torres, 2005; Corsi, 1995; Hartigan, 2001; Herrera-Ortiz *et al.*, 2013; Andrade & Betancourt, 2010; Sabo, 2000; Stern *et al.*, 2003), así como instrumentos existentes sobre prácticas sexuales de riesgo (AIDS Healthcare Foundation [AHF] México, 2016; Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017; IMJUVE, 2012b) de lo cual se diseñaron preguntas cerradas y abiertas con sus respectivas opciones de respuesta.

Considerando lo anterior, para el diseño de ambos tipos de preguntas se eligieron una serie de temáticas, estas fueron:

- Inicio de relaciones sexuales.
- Edad de inicio de relaciones sexuales.
- Tipo y número de parejas sexuales.
- Uso de métodos anticonceptivos en la prevención de ITS.
- Negociación del preservativo.
- Realización de pruebas de detección de ITS.
- Conocimiento de pruebas diagnósticas de VPH.
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Como resultado, se establecieron 28 preguntas en total. Una vez establecido el proceso de jueceo, se obtuvieron correcciones a nivel de contenido y redacción en cuanto a las instrucciones específicas sobre la forma de responder el cuestionario y algunas preguntas del instrumento, a lo cual se hicieron los cambios pertinentes en las siguientes temáticas:

- **Tipo y número de parejas sexuales**, se agregó *pareja estable* y *pareja ocasional* en vez de sólo *pareja*.

- **Uso de métodos anticonceptivos en la prevención de ITS**, *al iniciar las relaciones sexuales por primera vez y dentro de los últimos 6 meses anteriores a la aplicación de la encuesta.*
- **Negociación del preservativo.**
- **Conocimiento de pruebas diagnósticas de VPH**, *se agregaron otras preguntas relacionadas a ITS a nivel general respecto a este tema.*
- **Realización de pruebas de detección de ITS a nivel general**, *pruebas de detección de ITS realizadas por los participantes y frecuencia de repetición de dichas pruebas.*
- **Información complementaria.** Las secciones B, C y relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas fueron ampliadas utilizando algunas preguntas del Cuestionario de Conductas de Riesgo realizado por Andrade y Betancourt (2010) correspondientes a las dimensiones: Consumo de tabaco (de la 8 a la 12), Consumo de alcohol (de la 13 a la 16) y Consumo de drogas (de la 18 a la 20). Conviene subrayar que fueron readaptadas en redacción respetando el contenido.

Una vez realizadas las correcciones anteriores y, revisadas por los jueces, el instrumento final quedó constituido en 41 ítems, de las cuales 25 corresponden a factores sexuales de riesgo y, 15 a conductas de riesgo relacionadas al consumo de tabaco, alcohol⁸⁹ y drogas (véase **ANEXO 4**).

La mayoría de las preguntas se responden a nivel nominal –en ocasiones con opción de respuesta abierta⁹⁰ (4, 10, 15, 17, 19, 22, y 23)-; otras, se responden a nivel ordinal (5, 11, 21, 30, 36, y 41) e intervalar (edad = 2, 28, 33, y 38; número de cigarrillos = 31).

⁸⁹ Para la pregunta número 33 y 36 de la sección C del instrumento (Véase ANEXO 3), con la finalidad de que los participantes conocieran el significado de una copa o bebida estándar, se agregó un apartado que explicaba su equivalencia en diferentes bebidas alcohólicas, información recabada del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, s.f.), y el Espacio Digital de Prevención de Adicciones perteneciente a la Facultad de Psicología, UNAM (2013).

⁹⁰ Las preguntas abiertas permiten recoger datos subjetivos de la persona.

En las respuestas de nivel nominal, se estableció la siguiente asignación binaria para la codificación de datos:

1. SI
2. NO

En las respuestas de tipo ordinales, para la codificación de datos, se asignó el número menor a la menor frecuencia y el mayor a la mayor frecuencia.

En las preguntas abiertas, el objetivo es realizar un código con base en las respuestas obtenidas de los participantes y, en las respuestas a nivel de razón, se captura la información tal y como la responde cada individuo.

4.10.2.4. Cuestionario sobre el virus del papiloma humano (VPH)

Para la obtención del nivel de conocimiento sobre el VPH, se consideró, a partir de la revisión documental presentada anteriormente, el marco teórico y empírico sobre el VPH presentado en el capítulo primero y segundo de este trabajo. Así pues, se diseñaron una serie de ítems que exploran de manera general la información de tipo biomédica y social sobre esta ITS, lo cual permitió la identificación y clasificación de éstas en ocho dimensiones teóricas (Véase **ANEXO 5**).

Por medio del proceso de jueceo, se obtuvieron algunas correcciones de redacción en las instrucciones específicas sobre la forma de responder el cuestionario y en algunos ítems del instrumento.

Después de realizadas las correcciones pertinentes, se constituyeron 40 ítems en total, distribuidos en las ocho dimensiones propuestas, las cuales quedaron constituidas de tres a ocho ítems, número que varió al considerar la complejidad teórica de cada dimensión. Así mismo, para el proceso de elaboración final del instrumento, tales ítems fueron intercalados de manera aleatoria para evitar que se presentarán por dimensión (véase **ANEXO 6**).

Se quiso explorar si los varones reconocían el tener o no tal conocimiento, por lo que se agregó una tercera opción de respuesta. Lo anterior, con la finalidad de evitar sesgos de respuestas dadas al azar con sólo dos opciones de respuesta.

Así, todos los ítems tienen tres opciones de respuesta a nivel nominal:

1. CIERTO
2. FALSO
3. NO SÉ

4.10.3. Aplicación de los instrumentos

Se realizó una sola aplicación de los instrumentos. Se utilizó una hoja general de inicio que presentaba las instrucciones generales y los datos sociodemográficos (Véase **ANEXO 1**). El orden de aplicación fue el siguiente:

- Instrucciones y datos generales.
- Cuestionario sobre el Virus del Papiloma Humano.
- Encuesta sobre el Ejercicio de la Vida Sexual.
- Escala de Creencias sobre Salud Sexual ligadas a las Masculinidades.

Es importante mencionar, que a los participantes sólo se les presentaba como título de cada instrumento **CUESTIONARIO # (X)** con la finalidad de evitar sesgos de respuesta.

En cada aplicación, se daba el acercamiento a los participantes con un saludo cordial y se les preguntaba si actualmente eran estudiantes de la universidad y pertenecían a ese campus, en caso afirmativo⁹¹, se les pedía su autorización para responder los instrumentos, explicándoles el propósito del estudio y asegurando la confidencialidad en el manejo de la información.

⁹¹ En el caso de resultar negativa su respuesta, se explicaba el objetivo del estudio y el criterio de inclusión de pertenecer al campus central, seguido de un agradecimiento respetuoso y la retirada de los aplicadores.

Una vez dada la información anterior, se procedía a preguntar si aún estaban dispuestos a participar en el estudio. En caso afirmativo⁹², se les entregaban los instrumentos y un lápiz con borrador. Cuando la aplicación se daba en grupos heterogéneos u homogéneos de jóvenes, se les comunicaba que la respuesta de los instrumentos era a nivel individual.

El tiempo aproximado de respuesta fue de 15 a 20 minutos.

4.10.4. Análisis de datos

El vaciado de datos se llevó a cabo en un archivo de Microsoft Excel, para luego ser traspasados, procesados y analizados con el software estadístico IBM SPSS Statistics 19. Se realizó un análisis descriptivo de todos los datos. En un primer momento, se obtuvo la distribución de frecuencias de los datos sociodemográficos, así como de cada uno de los ítems de los tres instrumentos.

En el caso del instrumento de conocimientos sobre VPH, se obtuvieron dos tipos de resultados: el primero, tuvo fines cualitativos al analizar la distribución de frecuencias de las variables de opción de respuesta originales (Cierto, Falso, No sé) para el reconocimiento propio de los varones acerca de tener o no tal conocimiento y, en el segundo caso, se hizo la recodificación de tales opciones de respuesta para identificar la presencia o ausencia de conocimiento (Correcto, Incorrecto).

La comparación de creencias entre el grupo de varones que habían tenido relaciones y los que no habían iniciado vida sexual, se analizó mediante tablas de contingencia.

⁹² En caso de el participante no aceptara responder el cuestionario, se le agradecía el tiempo de escucha y el aplicador se retiraba del lugar respetuosamente.

5. RESULTADOS

La aplicación de los instrumentos se realizó con una muestra no representativa, por lo que los resultados descritos a continuación no consiguen obtener validez; sin embargo, se obtuvieron frecuencias absolutas de ocurrencia de respuesta en cada uno de ellos, información de gran importancia para la realización de la discusión de los datos y la adecuación futura de los instrumentos correspondientes.

5.1. Datos sociodemográficos de los participantes

Con respecto a la edad, la muestra de varones oscilaba entre los 18 y 27 años. La *media* y la *mediana* de edad fueron los 20 años, mientras que la *moda* fue de 19 años. Es importante mencionar, que las edades de más frecuencia (además de los 19 años de edad) fueron los 18 (fre.8), 20 (fre.8) y 22 años [Figura 5.1].

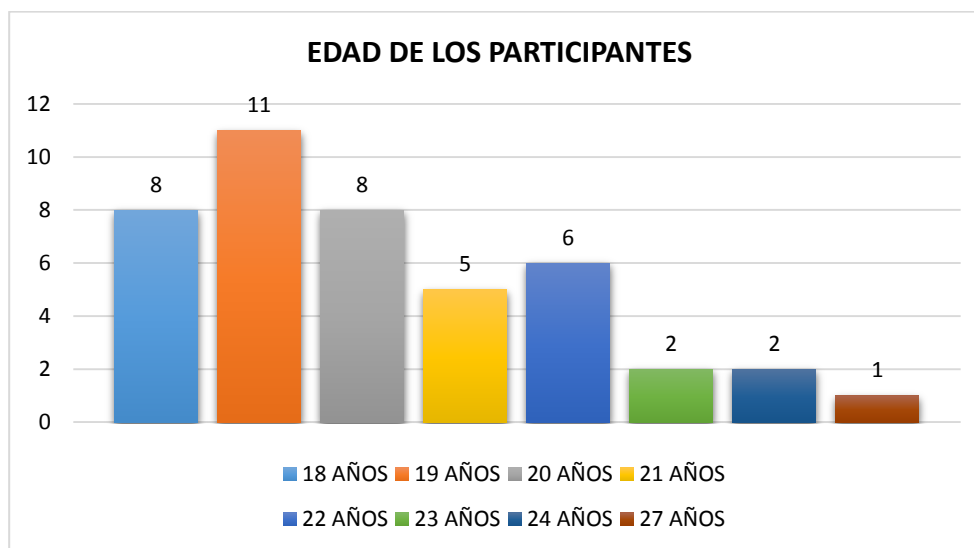


Figura 5.1. Distribución de la muestra por edad.

Con respecto al *nivel de estudios*, a pesar de tener dos opciones de respuesta (Licenciatura o Posgrado) dentro de los datos generales de los cuestionarios (Véase **ANEXO 1**), todos los varones pertenecían al nivel de Licenciatura, perteneciendo en su mayoría al sistema escolarizado. Sólo uno de ellos, cursaba el sistema no escolarizado.

En cuanto a las áreas de estudio a las que pertenecían los participantes, se presentaron las cuatro áreas de estudio impartidas por la universidad seleccionada (Figura 5.2). El área 1 designada a las Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud (CBQYS), fue la que obtuvo mayor frecuencia (17), seguida del área 3 centrada en las Ciencias sociales (CS) [fre.6]. Por otro lado, tanto el área 2, de las Ciencias Físico - Matemáticas y de las Ingenierías (CFMI), como el área 4, donde residen las Humanidades y las Artes (HYA) obtuvieron mismo número de frecuencia (5).

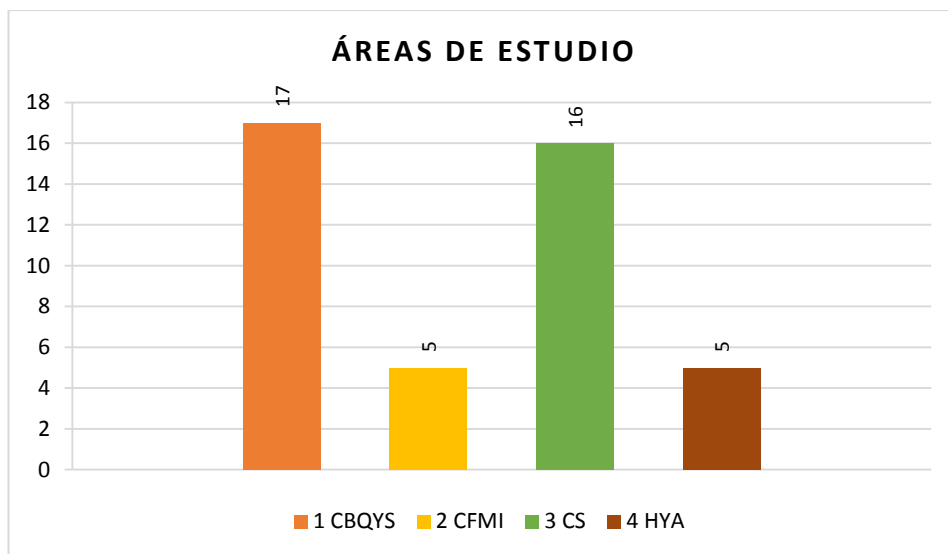


Figura 5.2. Distribución académica de la muestra.

Ahora bien, en el área 1 “CBQYS”, las carreras de mayor frecuencia (8) fueron Medicina y Psicología. En el área 2 “CFMI”, fue la facultad de Ingeniería (fre.2). En la 3 “CS”, la facultad de Derecho obtuvo la mayor frecuencia (11), tanto en el área de estudio como a nivel general. Y, en el área 4 “HYA”, fue la facultad de Filosofía y Letras la más señalada (fre.5) [Figuras 5.2 y 5.3].

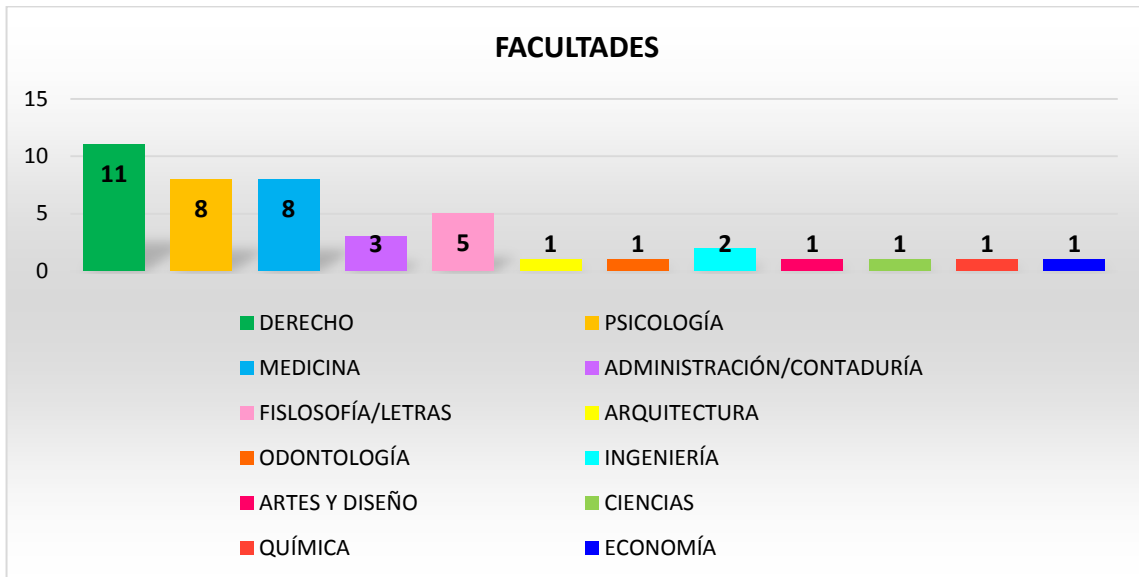


Figura 5.3. Distribución académica de la muestra por facultad.

Por último, en cuanto al semestre escolar en curso de los participantes, como puede observarse en la Tabla 5.1, el tercer semestre es el que posee mayor frecuencia (15), seguido del primer semestre (fre.11), lo que evidencia que más de la mitad de los varones se encontraba en el primer y segundo año universitario. En menores frecuencias, se encontraron el segundo y onceavo semestre (fre.1). En este caso, un participante no contestó este apartado.

Tabla 5.1

Semestre en curso al momento de la aplicación.

<i>N° Semestre</i>	<i>Frecuencias absolutas</i>
	<i>n=43</i>
1	11
2	1
3	15
5	8
7	4
9	2
11	1

5.2. Frecuencias absolutas del Cuestionario sobre el virus del papiloma humano (VPH)

Los datos presentados a continuación, fueron divididos por frecuencias absolutas de ocurrencia de opción de respuesta (*Cierto, Falso, No sé*) e identificación verídica del conocimiento (*Correcto e Incorrecto*). El primer caso, se hizo con la finalidad de realizar un análisis cualitativo de si los participantes reconocían o no, su falta de conocimiento. Y el segundo caso, para la facilitación de la descripción de resultados, la respuesta correcta es señalada con un asterisco (*) en cada una de las tablas de *opción de respuesta*.

En cada dimensión descrita, el número presentado de cada ítem pertenece al orden de aparición asignado dentro del instrumento que se utilizó para el proceso de aplicación (Véase **ANEXO 4**).

5.2.1. Primera dimensión. Identificación del VPH como una ITS: ¿qué es el VPH?

La dimensión se encuentra compuesta por tres ítems (6, 22, 31).

Como se puede observar en la Figura 5.4 y 5.5, la mayoría de los participantes reconoce al VPH como una ITS, por lo que en ambas se observa una frecuencia alta de respuesta (32), lo que evidencia que existe el conocimiento; sin embargo, aún se identifica una frecuencia alta en cuanto al desconocimiento en reconocer al virus como una infección urinaria (fre.18) y vaginal (fre.19).

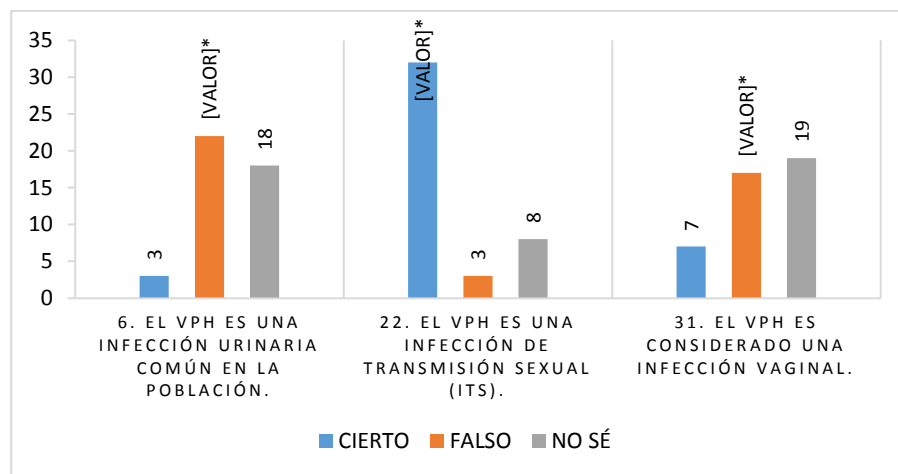


Figura 5.4. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

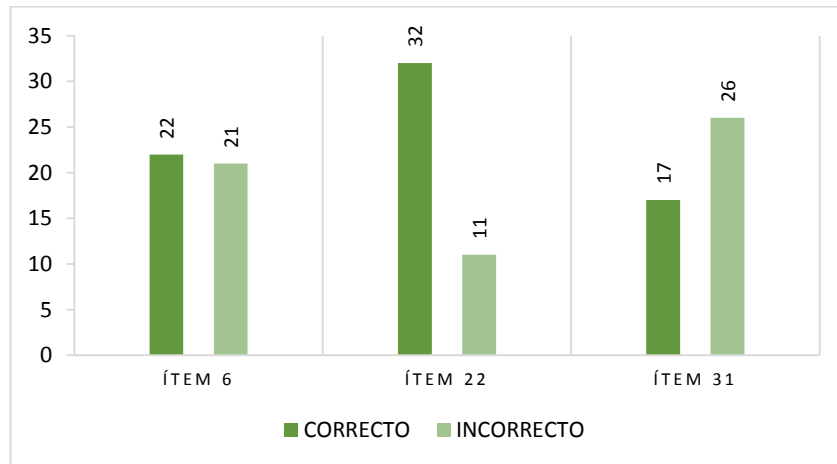


Figura 5.5. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.2. Segunda dimensión. Formas de transmisión

La dimensión se encuentra compuesta por ocho ítems (30, 4, 13, 21, 9, 39, 26, 34).

Las Figuras 5.6 y 5.7, dan cuenta de cómo los varones identifican como *Cierto* el que tanto la vía sexual (fre.32) así como el contacto genital sin coito (fre.25) sean una forma de transmisión del VPH, información verídica. Por otro lado, es posible observar que más de la mitad de éstos identifican como forma de transmisión del VPH, la sangre (fre.23), información totalmente falsa.

Así mismo, es importante mencionar que los participantes reconocen en mayor frecuencia su desconocimiento (*No sé*) acerca de que durante el embarazo (fre.20), el parto (fre.21), el uso de ropa interior de una persona que posee el VPH (fre.23), el uso de baños públicos (fre.21) y el uso de juguetes sexuales (fre.19) sean formas de transmisión del virus.

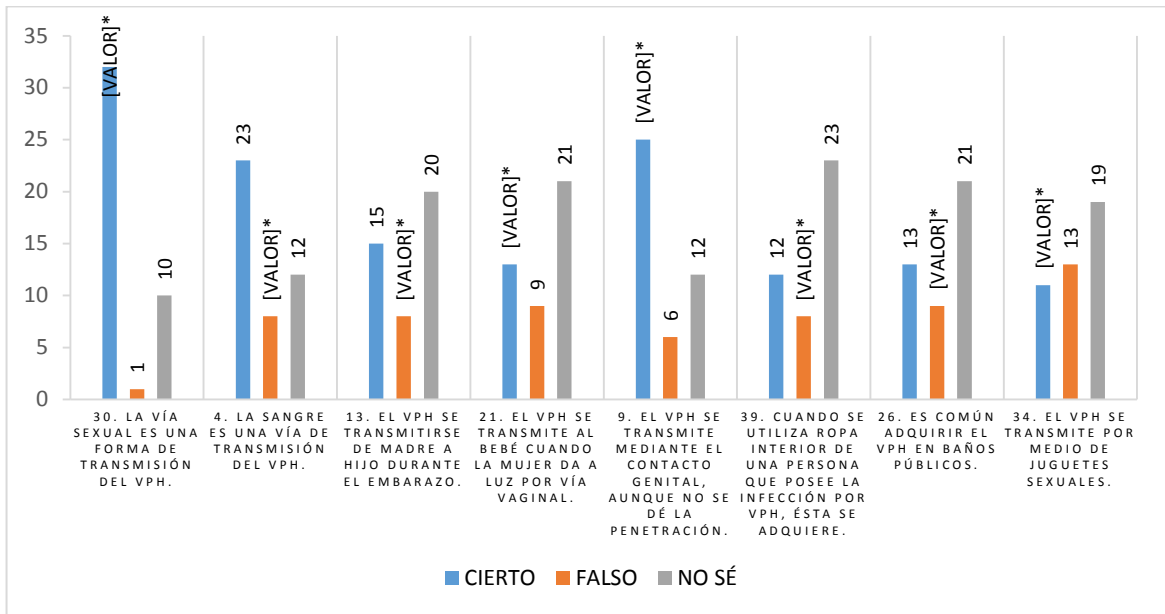


Figura 5.6. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

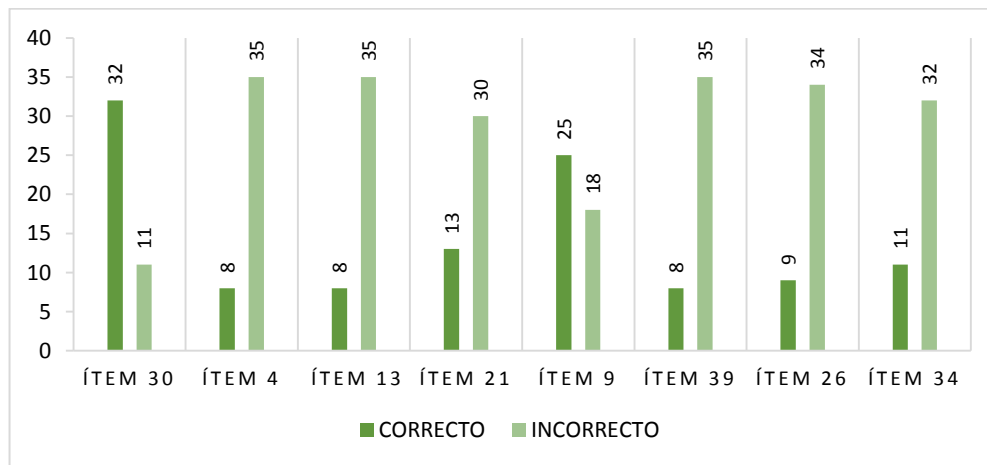


Figura 5.7. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.3. Tercera dimensión. Población afectada

La dimensión se encuentra compuesta por tres ítems (29, 36, 3).

Dentro de esta dimensión, la Figura 5.8 muestra una mayor frecuencia (29) de los varones que reconocen como *Cierto* que el VPH pueda afectar a hombres y mujeres por

igual, lo cual es *Correcto* (Figura 5.9). De ahí que, resulte como *Falso* un número alto de frecuencias el que el virus afecte sólo a mujeres (fre.24) y homosexuales (fre.38).

Aunque, existe un número similar de frecuencia, en que algunos participantes desconozcan (*No sé*) el que el VPH afecte a hombres y mujeres (10) o sólo a las mujeres (11).

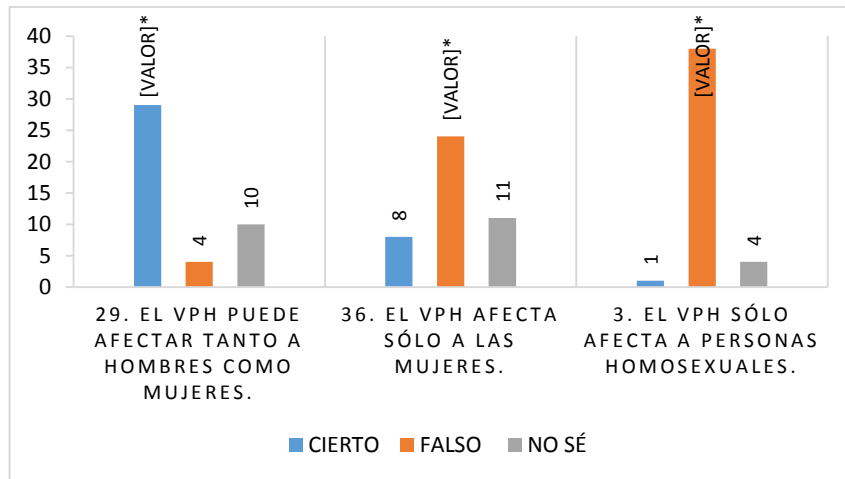


Figura 5.8. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

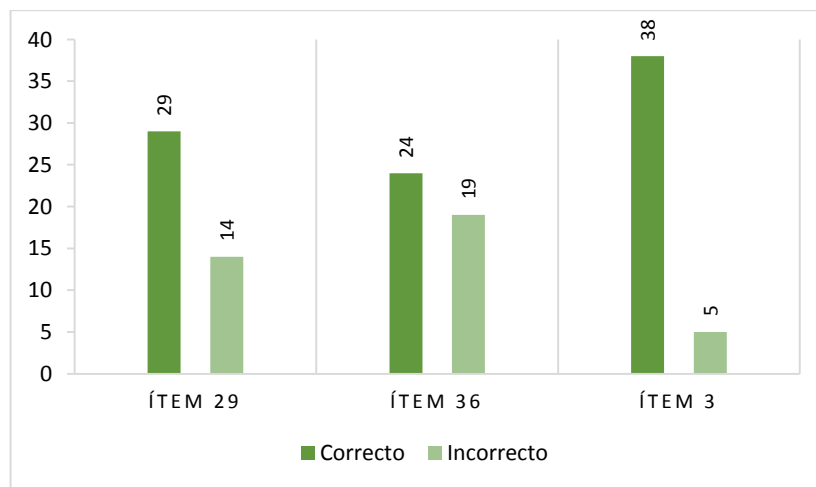


Figura 5.9. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.4. Cuarta dimensión. Sintomatología y signos

La dimensión se encuentra compuesta por tres ítems (18, 32, 25).

Las Figuras 5.10 y 5.11, señalan que los varones identifican en menor frecuencia (13) como *Cierto* que la infección por VPH es en general asintomática, información verídica de especial relevancia para su detección. No obstante, se observa un mayor conocimiento en relación con los signos, como las verrugas genitales (fre.18) y las áreas corporales de posible infección, como el ano (fre.20).

Aún con lo anterior, también es posible identificar que, un gran número de varones, reconoce su desconocimiento (*No sé*) al identificar como ciertas o falsas tales afirmaciones (Figura7).

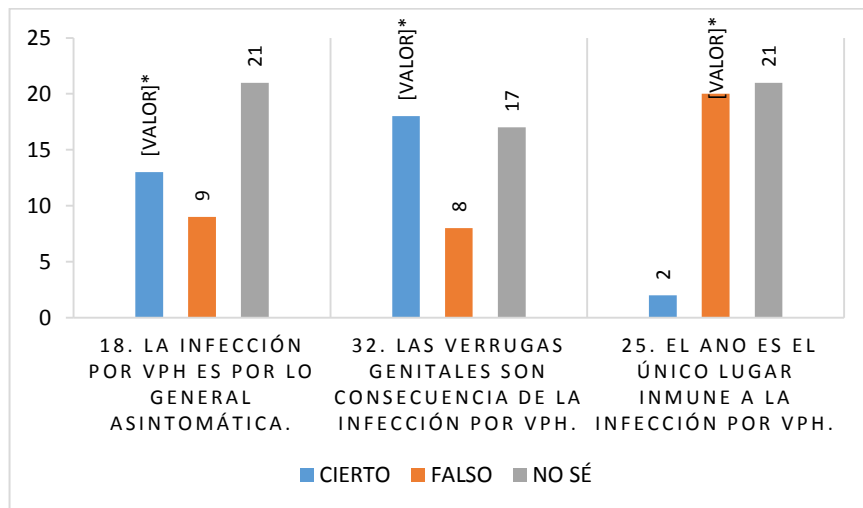


Figura 5.10. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

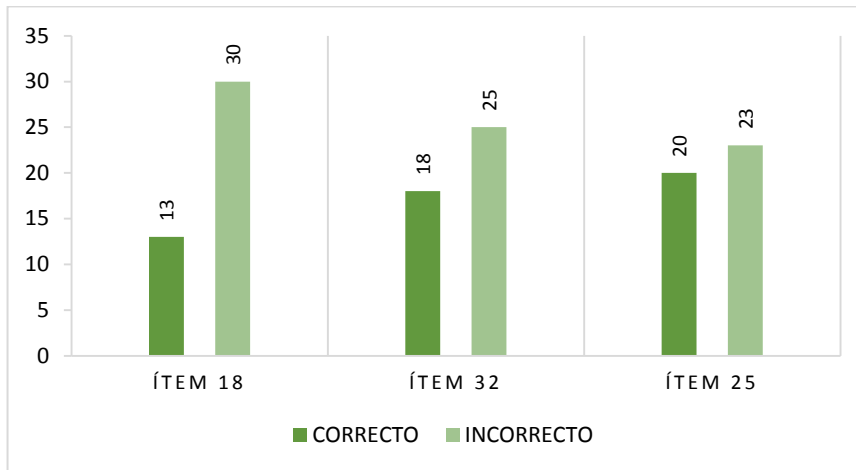


Figura 5.11. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.5. Quinta dimensión. Consecuencias a largo plazo: de VPH a cáncer

La dimensión se encuentra compuesta por cuatro afirmaciones (16, 7, 14, 38).

Como se puede observar en las Figuras 5.12 y 5.13, a lo largo de toda la dimensión, el mayor número de frecuencias se concentran en la opción de respuesta *No sé*, lo que evidencia que en general los varones no poseen un conocimiento verídico de lo que ocasiona el virus del VPH a largo plazo, es decir, algún tipo de cáncer en las zonas afectadas.

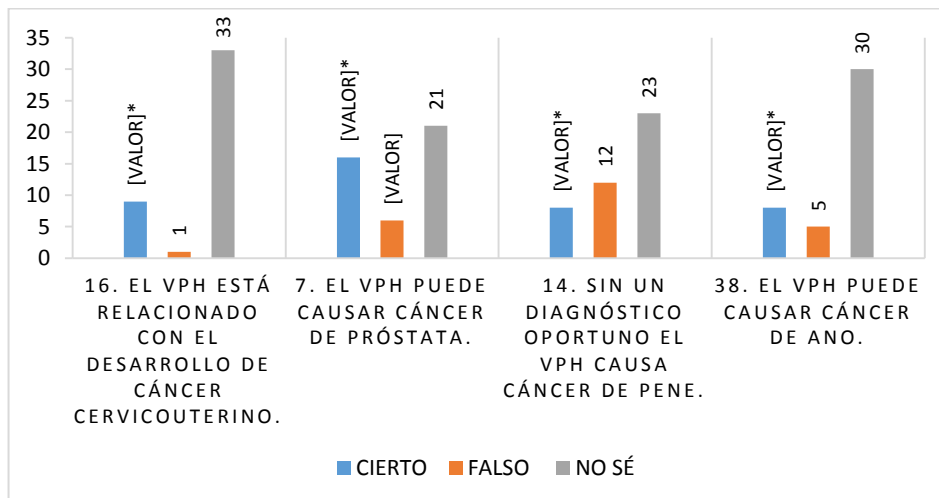


Figura 5.12. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

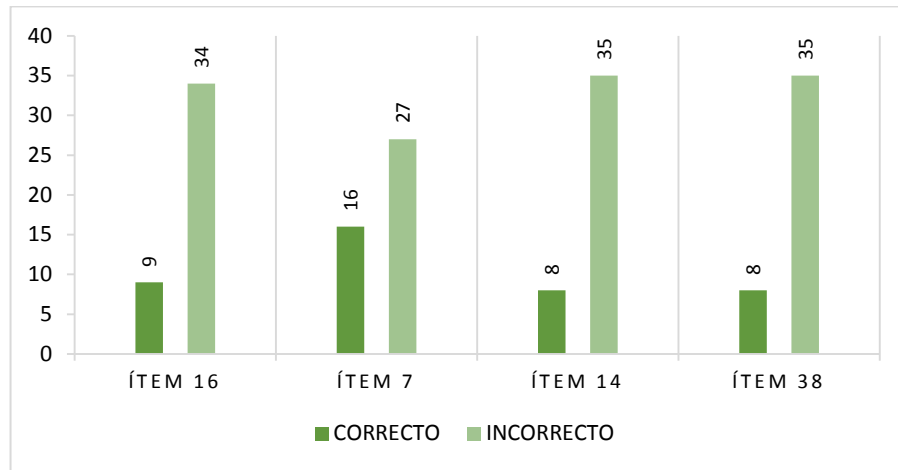


Figura 5.13. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.6. Sexta dimensión. Factores biológico-sociales de riesgo en la adquisición del VPH

La dimensión se encuentra compuesta por siete ítems (11, 8, 1, 20, 24, 17, 37).

Como se puede observar en las Figuras 5.14 y 5.15, las afirmaciones relacionadas con prácticas sexuales de riesgo (ítems 1 [fre.20] y 20 [fre.14]), así como algunas afirmaciones relacionadas con la vulnerabilidad biológica (ítems 11 [fre.24], 24 [fre.22] y 17 [fre.22]), son las que poseen un nivel alto de frecuencia, y se consideran información verídica. Con lo cual, se puede evidenciar que, dentro de esta dimensión, la mayoría de los participantes cuentan con este conocimiento.

Por otro lado, aunque poco más de un tercio de los varones respondió correctamente que el inicio temprano de la vida sexual es considerado un factor de riesgo en la adquisición del VPH (ítem 20 [fre.14]), dentro de esta afirmación, existen frecuencias similares en las tres opciones de respuesta (*Cierto, Falso, No sé*), lo que muestra que este factor de riesgo no se encuentra en el conocimiento de todos los participantes.

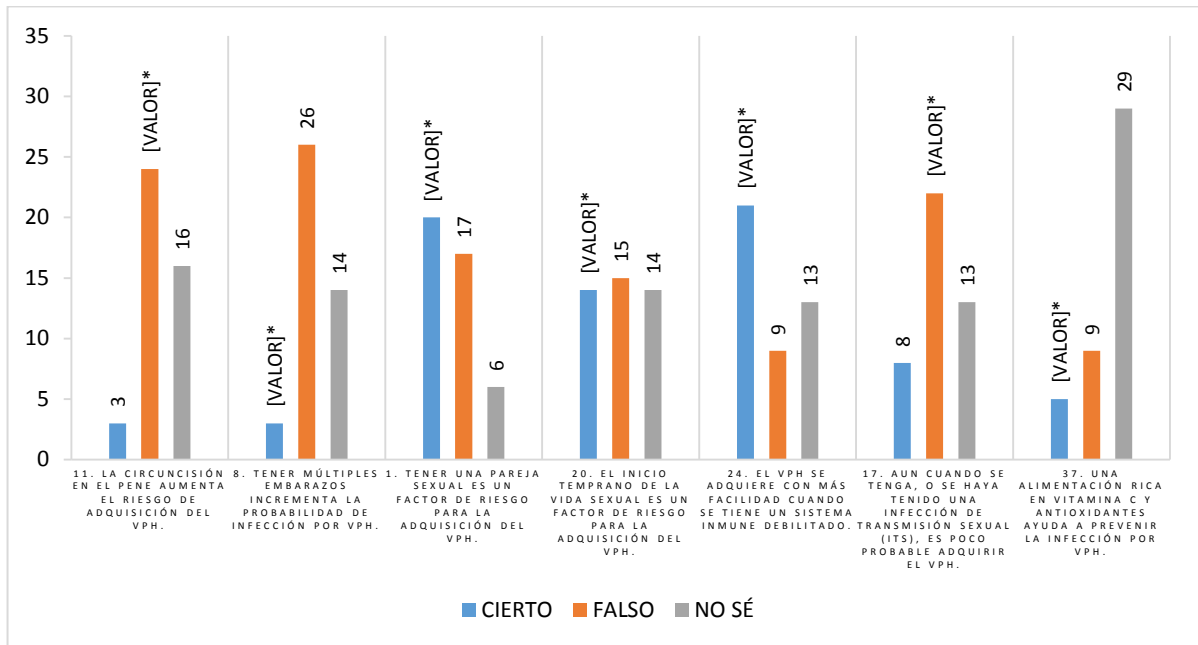


Figura 5.14. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

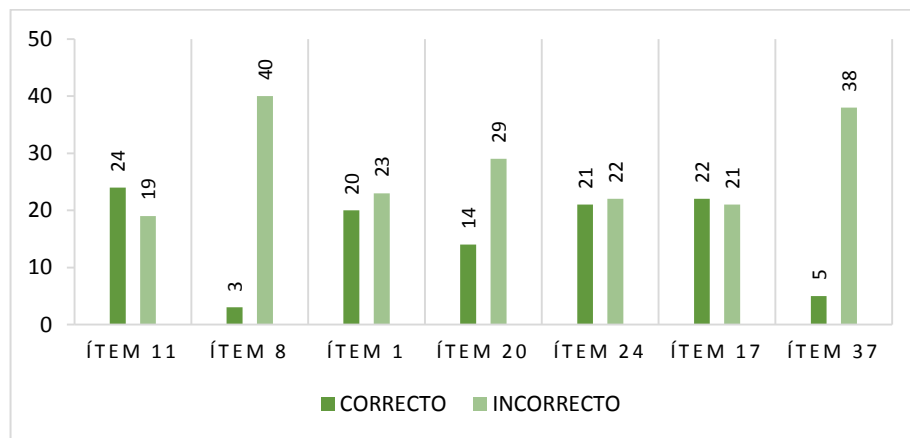


Figura 5.15. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.7. Séptima dimensión. Prevención en salud contra el VPH

La dimensión se encuentra compuesta por seis afirmaciones (12, 27, 5, 33, 23, 15). En el caso de esta dimensión, como lo señalan las Figuras 5.16 y 5.17, los varones poseen un número elevado de frecuencias en lo correspondiente al conocimiento sobre qué tipos de

métodos anticonceptivos previenen o no la adquisición del VPH, (ítems 12 [fre.24], 27 [fre.26], 5 [fre.20] y 33 [fre.29]), las cuales son de conocimiento *Correcto*.

Así mismo, las afirmaciones de menor conocimiento corresponden a información de tipo biomédica (ítems 23 y 15), lo cual alude que existe nulo conocimiento de prácticas generales de protección en salud.

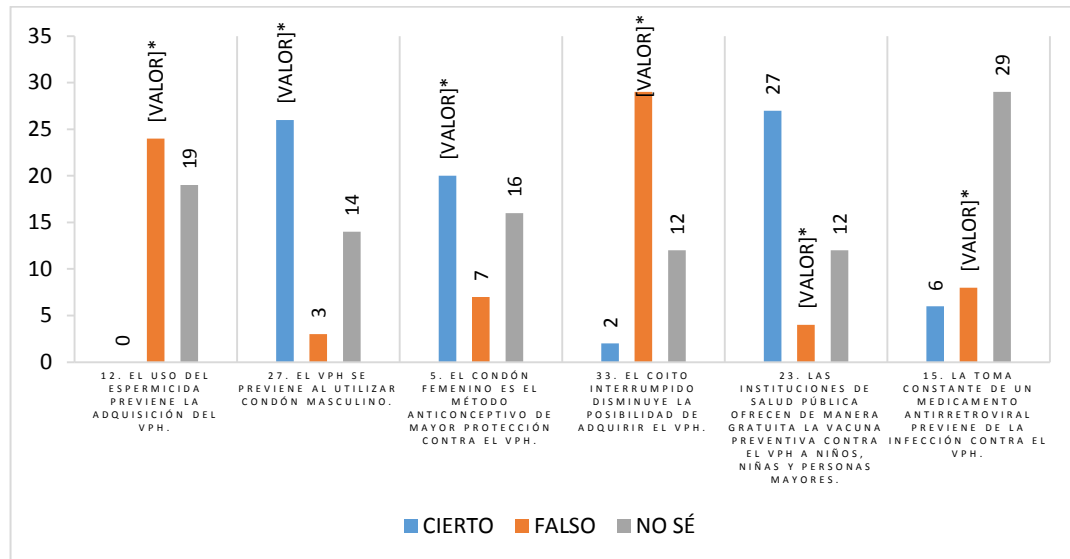


Figura 5.16. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

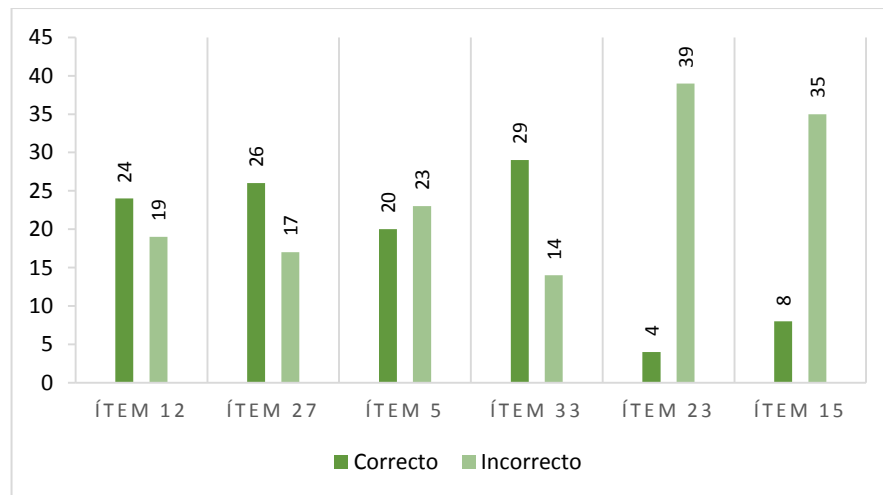


Figura 5.17. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.2.8. Octava dimensión. Pruebas diagnósticas de detección oportuna

La dimensión se encuentra compuesta por seis ítems (19, 10, 28, 2, 40, 35). Con respecto a las Figuras 5.18 y 5.19, las afirmaciones que se relacionan con prácticas preventivas recomendadas por las instituciones de salud en la realización de pruebas de detección de VPH (ítems 19 [fre.28] y 10 [fre.33]), así como el papanicolaou como prueba diagnóstica de prevención contra el VPH (ítem 2 [fre.22]), poseen mayor frecuencia de respuesta *Correcta*. Sin embargo, la otra mitad de las afirmaciones posee un mayor número de frecuencias en la opción de respuesta *No sé*, lo cual indica que los participantes tienen un menor conocimiento en el área diagnóstica del VPH.

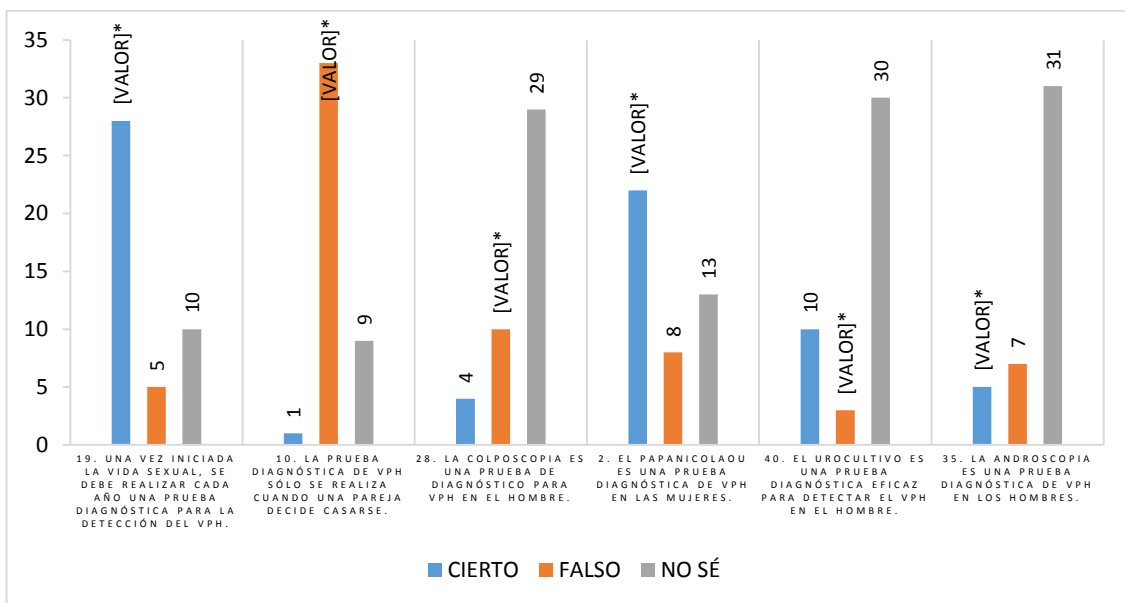


Figura 5.18. Distribución de frecuencias de los participantes por opción de respuesta.

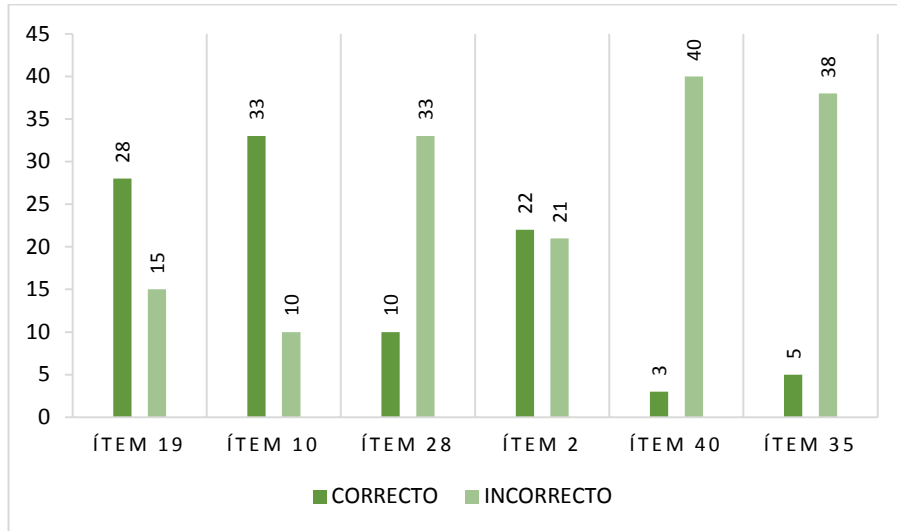


Figura 5.19. Distribución de frecuencias por identificación del conocimiento.

5.3. Frecuencias absolutas de la encuesta sobre conductas de riesgo: prácticas sexuales de riesgo y consumo de sustancias

5.3.1. Prácticas sexuales de riesgo

Como se hizo mención al inicio, se obtuvieron dos grupos de comparación. El primero (fre.31), donde los participantes habían dado inicio a su vida sexual y, el segundo (fre.12), con características contrarias en este respecto (Figura 5.20).

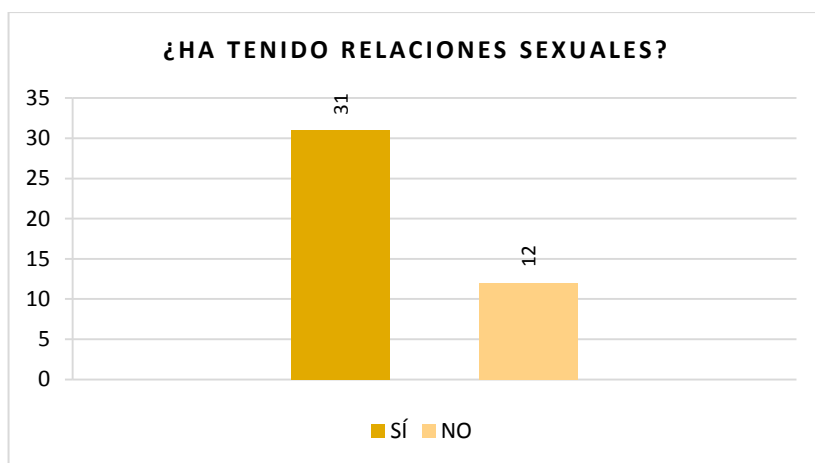


Figura 5.20. Distribución de la muestra por inicio de vida sexual.

Como consecuencia de lo anterior, los resultados relacionados con las prácticas sexuales de riesgo de los varones sólo hacen referencia a la información del primer grupo (fre.31).

5.3.2. Inicio de la vida sexual

Dentro de esta variable, los resultados se basaron en una muestra 30 varones, ya que uno de ellos no proporcionó la información correspondiente. La edad de inicio de la primera relación sexual oscila entre los 10 y los 19 años. La *media* son los 15 años y, la *mediana* y la *moda* los 16 años. De igual forma, como se muestra en la Figura 5.21, los 17 años son, al igual que los 16 años, la edad de mayor frecuencia para la primera relación sexual, lo que revela que la mayoría de los varones inició su vida sexual en la etapa de la adolescencia. Por otro lado, se observa una menor frecuencia de inicio de vida sexual conforme aumenta la edad de los varones.

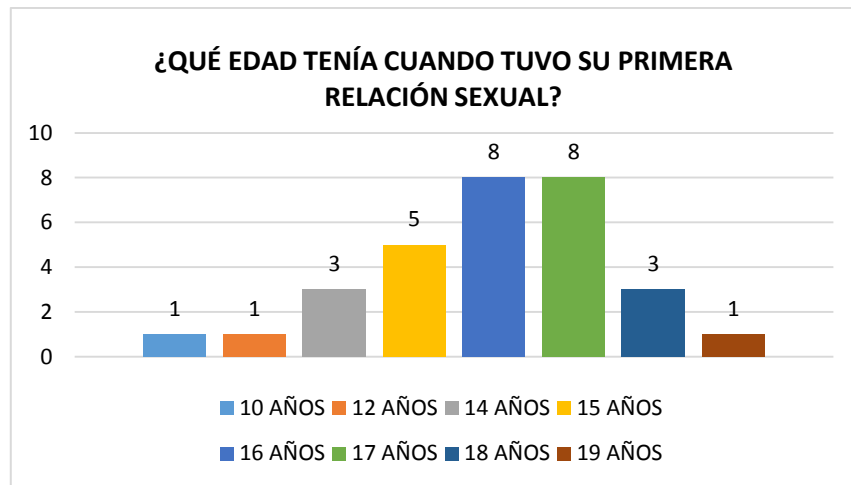


Figura 5.21. Edad de inicio de la vida sexual.

En general, la mayoría de los varones universitarios tuvo su primera relación sexual con una *pareja estable* (fre.14), un *amigo (a)* (fre.10) o una *pareja ocasional* (fre.5), siendo menos frecuente la relación sexual con un *sexoservidor (a)* o una *persona desconocida* (Figura 5.22).

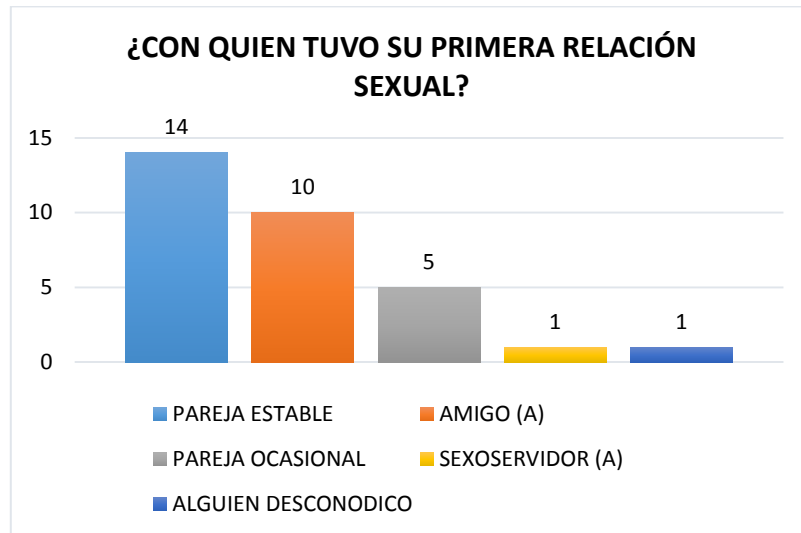


Figura 5.22. Tipo de pareja sexual respecto a la primera relación sexual.

Como se observa en la Tabla 5.2, dentro de la utilización de métodos anticonceptivos, se puede observar que todos los varones que mencionaron utilizar alguno en su primera relación sexual (fre.21) utilizan el *condón para hombre* como método anticonceptivo de primer orden. Mientras que sólo uno de los participantes mencionó que, además de tal método, utilizó un segundo: el *espermicida*.

Tabla 5.2

Uso y tipos de métodos anticonceptivos empleados en la primera relación sexual.

		Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas	
¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?		n=31	¿Cuáles?	n=21	
Sí		21	Condón para Hombre	21	
No		12			

Ahora bien, dentro de la muestra (fre.12) que mencionó *no* haber utilizado algún método anticonceptivo, los varones mencionaron en mayor frecuencia que fue por motivos de *falta de previsión* (fre.8), siendo la *confianza* y *otra* las respuestas con menor frecuencia. Dos varones no contestaron el motivo (Figura 5.23).

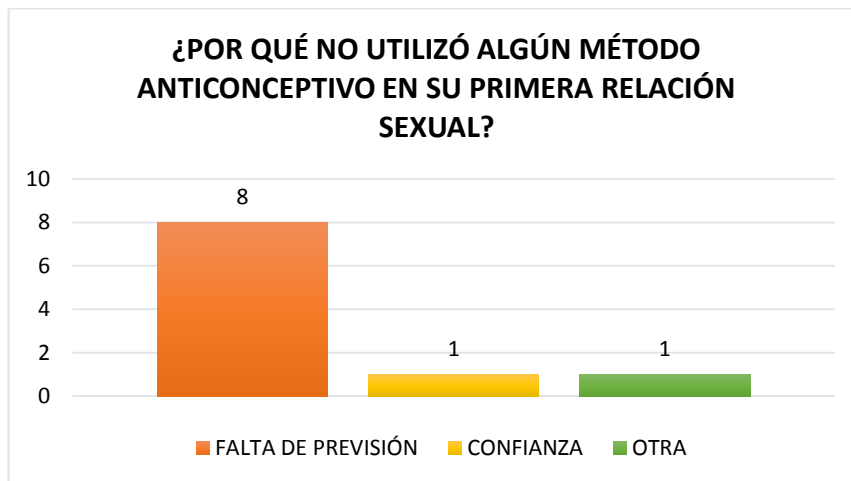


Figura 5.23. Razones por las cuales no se utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual⁹³.

5.3.3. Número de parejas sexuales, orientación sexual y relaciones con hombres, mujeres y/o hombres y mujeres

En el número de parejas sexuales, las frecuencias en las respuestas varían; sin embargo, el tener sólo una pareja sexual (fre.7) es la respuesta que más predomina, seguida por las respuestas de 1 a 3 (fre.6) y de 4 a 6 (fre.6) parejas sexuales. Después de éstas, se da un decremento en el número de parejas sexuales, aunque se puede observar que la respuesta de 13 parejas sexuales o más (fre.5) también predomina en cuanto a frecuencia (5) [Figura 5.24].

⁹³ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

a) **Falta de previsión** (calentura del momento, primera vez de ambos, no contaba con uno en el momento [2], pasó en el momento y no traía alguno en la mano, fue espontáneo, fue ocasional [no estaba planeado que sucediera], fue algo espontáneo en imprevisto y no lo llevaba en el momento).

b) **Confianza** (confianza).

c) **Otra** (por la edad que tenía).

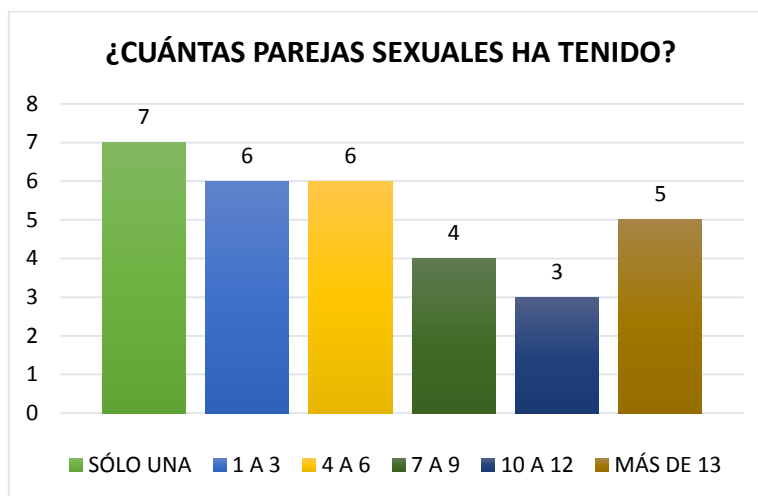


Figura 5.24. Número aproximado de parejas sexuales desde la primera relación sexual hasta el momento de aplicación del instrumento.

Con respecto a la orientación sexual de los varones (Tabla 5.3), la mayoría señala ser heterosexual (fre.25), aunque también hubo varones que se reconocieron dentro la orientación homosexual y bisexual.

Tabla 5.3

Orientación sexual de los varones que han iniciado vida sexual.

<i>Su orientación sexual es:</i>	Frecuencias absolutas
	<i>n=31</i>
Heterosexual	25
Homosexual	5
Bisexual	1

Ahora bien, si se observan las tablas 5.3 y 5.4, los varones que han sostenido relaciones sexuales con mujeres (fre.23), siguen representando más de la mitad de la muestra, lo cual corresponde con el tipo de orientación sexual que reconocen. El mismo fenómeno se identifica con la orientación homosexual (relaciones con hombres [fre.4]).

No obstante, es posible observar que algunos varones (fre.3) han tenido relaciones sexuales tanto con hombres como mujeres, lo que no corresponde al tipo de orientación sexual en la que ellos se reconocen

Tabla 5. 4

Distribución de los participantes por haber tenido relaciones con hombres, mujeres u hombres y mujeres, independientemente de la orientación sexual.

<i>Ha tenido relaciones sexuales con:</i>	<i>Frecuencias absolutas</i>
	<i>n=31</i>
Hombres	4
Mujeres	23
Hombres/mujeres	3
No contestó	1

5.3.4. Vida sexual activa en los últimos seis meses

En relación a la vida sexual de los varones en los últimos seis meses, el total del grupo de los que han iniciado vida sexual (fre.31), respondió afirmativamente a este tipo de práctica, siendo la pareja sexual de mayor frecuencia la *pareja estable* (fre.14), seguida de un *amigo (a)* [fre.11], resultados similares a los de la primera relación sexual (Figura 5.22). Aunque, en este caso, sólo se presentó un caso de relaciones sexuales con una persona *desconocida* y las relaciones sexuales con un *sexoservidor (a)* fueron nulas (Figura 5.25).

A este respecto, cabe mencionar que tres de los participantes mencionaron tener una segunda pareja sexual en ese periodo de tiempo. En un primer caso, se menciona que las relaciones sexuales se mantuvieron con una *pareja estable* y un *amigo (a)* y en el segundo y tercer caso, las relaciones se mantuvieron con *un amigo (a)* y una *pareja ocasional*.



Figura 5.25. Tipo de pareja sexual en los últimos seis meses.

Así mismo, el uso de métodos anticonceptivos (Tabla 5.5) en este periodo de tiempo, es en su mayoría es afirmativo (fre.26), mencionándose de nuevo el *condón para hombre* (fre.24) como método en uso de primer orden, aunque se señalan otros métodos (aunque en menor frecuencia) como el *DIU* y el *implante subdérmico*.

Por otra parte, cinco varones mencionaron que, además del *condón para hombre* hacían uso de un segundo método anticonceptivo, siendo el de mayor frecuencia el *PAE* (3) y en menor frecuencia el *espermicida* y el *condón para mujer* (fre.1 y 1, respectivamente).

Tabla 5.5

Uso y tipos de métodos anticonceptivos empleados en los últimos seis meses.

En los últimos seis meses, ¿ha utilizado algún método anticonceptivo?	Frecuencias absolutas n=31		Frecuencias absolutas n=26		Frecuencias absolutas n=5	
	¿Cuáles?	¿Cuáles?	Otro método anticonceptivo utilizado			
Sí	26	Condón para Hombre DIU Implante subdérmico	24	PAE Espermicida Condón para Mujer	3 1 1	
No	5					

En el caso de los varones que no utilizaron ningún método anticonceptivo (fre.5), las razones de *falta de previsión* y *confianza* fueron las respuestas de mayor frecuencia (fre.2), siendo el motivo del *placer* el menos mencionado [Figura 5.26].

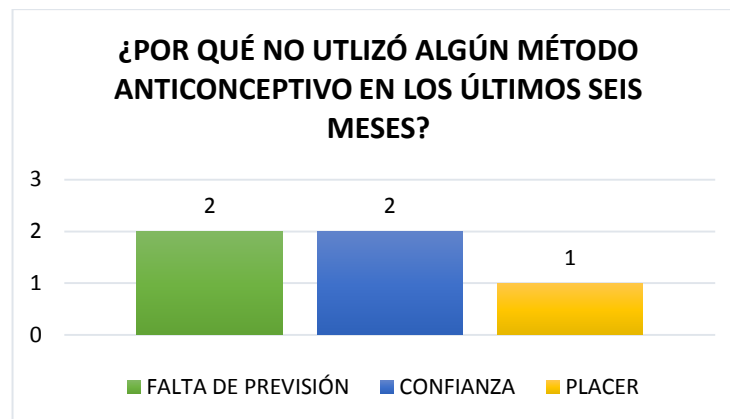


Figura 5.26. Razones por las cuales no se utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual⁹⁴.

5.3.5. Uso, negociación y acceso al condón masculino

Dentro de la frecuencia del uso del condón masculino y/o preservativo en los últimos seis meses, de los 24 varones que mencionan utilizarlo (Tabla 5.5), sólo la mitad de estos reportan que lo utilizan todas las ocasiones en que tienen relaciones sexuales (fre. 12, *siempre*). Los demás participantes hacen uso de este método con menor frecuencia (Figura 5.27).

⁹⁴ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- Falta de previsión** (no contaba con uno, paso en el momento y ninguna traía alguno en la mano)
- Confianza** (ya conocía a la persona, fue con mi pareja estable).
- Placer** (mayor placer en el contacto).

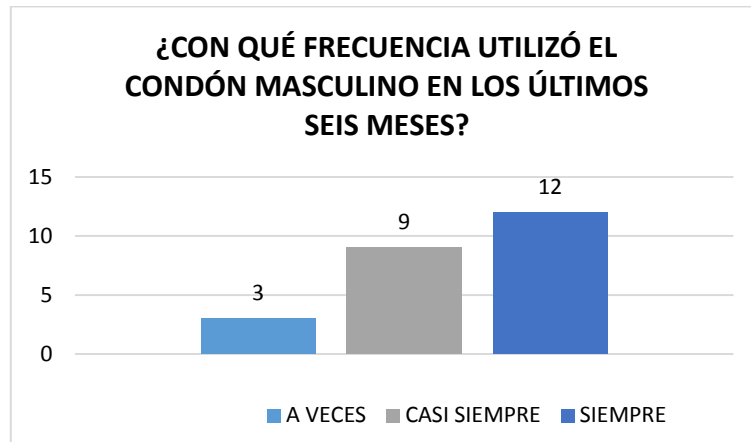


Figura 5.27. Frecuencias de la utilización del condón masculino o preservativo en los últimos seis meses.

En cuanto a la negociación del condón masculino, en su mayoría (fre.19) los varones que respondieron a esta práctica señalaron que tanto ellos como su pareja sexual habían tomado la iniciativa de utilizarlo dentro de la última relación sexual que tuvieron, mientras que otros mencionaban que ésta sólo la realizaban ellos (fre.10) [Figura 5.28].

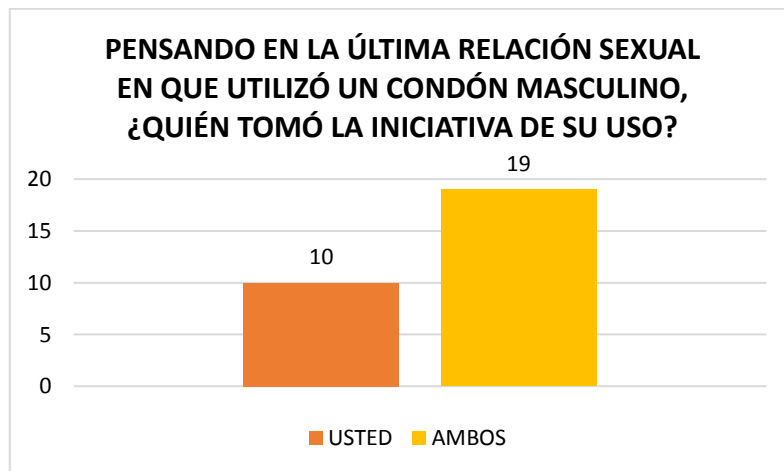


Figura 5.28. Frecuencias sobre prácticas de negociación con la pareja sexual en el uso del condón masculino.

Ahora bien, como se puede observar en la Figura 5.29, son los varones quienes más frecuentemente consiguen el condón para su uso durante el encuentro sexual (fre.22); en

contraste, la frecuencia con que este tipo de anticonceptivo es adquirido por la *pareja sexual* (fre.3) o *ambas partes* (fre.4) es menor.

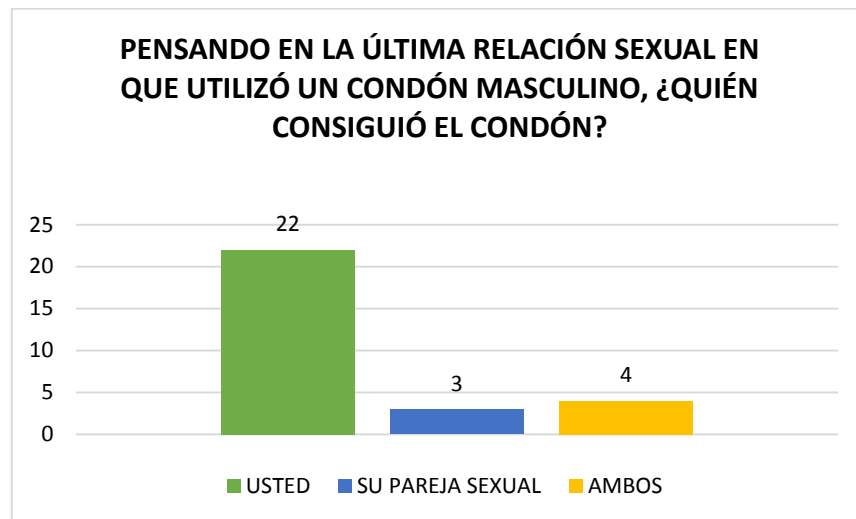


Figura 5.29. Frecuencias con respecto al acceso y uso del preservativo entre los varones y sus parejas sexuales.

5.3.6. Contacto buco-genital

Con respecto al *sexo oral*, más de la mitad de los varones la han realizado en alguna ocasión (fre.23). Sin embargo, ninguno de ellos hace uso de algún método anticonceptivo para su cuidado (Tabla 5.6).

En este sentido, los motivos de mayor frecuencia para explicar esta falta de uso son el *desconocimiento* y la *confianza* (ambos fre.6), seguidos por la *falta de previsión* (fre.4). Tres de los participantes no explicaron el porqué de esta práctica [Figura 5.30]. Por otro lado, cuatro participantes mencionaron más de un motivo, dentro de los cuales se encuentran la *invulnerabilidad* (fre.2), el *placer* (fre.1) y el *desconocimiento* (fre.1).

Tabla 5.6

Presencia de la práctica de sexo oral y uso de métodos anticonceptivos en los últimos seis meses.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>En los últimos seis meses, ¿ha practicado sexo oral?</i>	<i>n=31</i>	<i>¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?</i>	<i>n=23</i>
Sí	23	No	23
No	8		

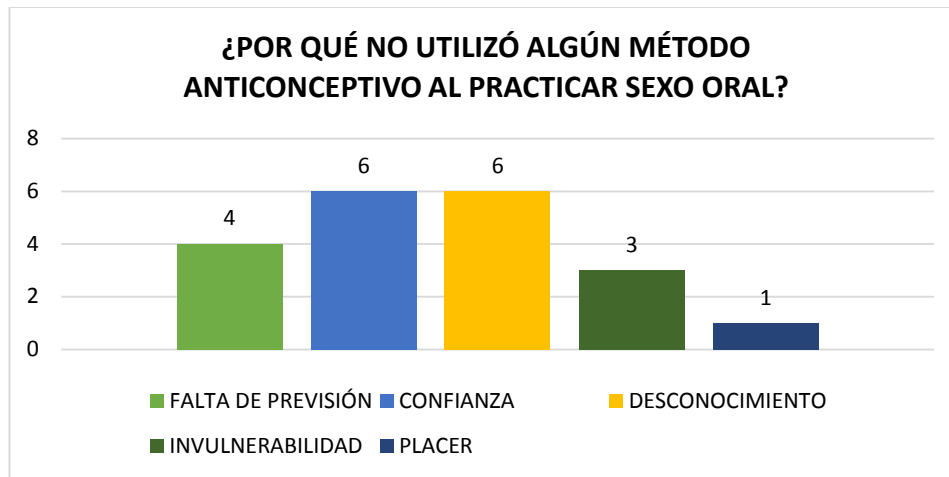


Figura 5.30. Razones por las cuales no se utilizó algún método anticonceptivo al practicar *sexo oral* en los últimos seis meses⁹⁵.

5.3.7. Contacto ano-genital

En cuanto a la práctica del *sexo anal*, si se compara con los resultados del *sexo oral* (Tabla 5.6), su frecuencia es mucho menor (fre.8), aunque, en este caso, la mitad de los varones que respondieron afirmativamente, sí utiliza algún tipo de método anticonceptivo (fre.4), es especial el *condón para hombre* (fre.4) [Tabla 5.7]. Ahora bien, los participantes que

⁹⁵ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- Falta de previsión** (no había, no contaba con uno, pasó en el momento y no traía ninguno, no lo compramos).
- Confianza** (por mi pareja estable, porque fue con mi pareja estable, ella es meticulosa con la higiene, porque confiaba en él, estaba con una persona de confianza, higiene).
- Desconocimiento** (desconocimiento, no sé de su existencia, pues no sé qué método pueda utilizar, me da pena, no tengo entendido de alguno, el realizar el acto sexual no es de importancia).
- Invulnerabilidad** (no me parece necesario, creo que no necesito de protección, desidia).
- Placer** (es mejor sin).

reportaron el nulo uso de algún método anticonceptivo, resaltan que la *confianza* (fre.2) y la *invulnerabilidad* (fre.1) son piezas claves para no utilizarlos. En este caso, un varón no señaló algún motivo (Figura 5.31).

Tabla 5.7

Presencia de la práctica de sexo anal y uso de métodos anticonceptivos en los últimos seis meses.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>En los últimos seis meses, ¿ha practicado sexo anal?</i>	<i>n=31</i>	<i>¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?</i>	<i>n=8</i>	<i>¿Cuáles?</i>	<i>n=4</i>
Sí	8	Sí	4	Condón para Hombre	4
No	23	No	4		

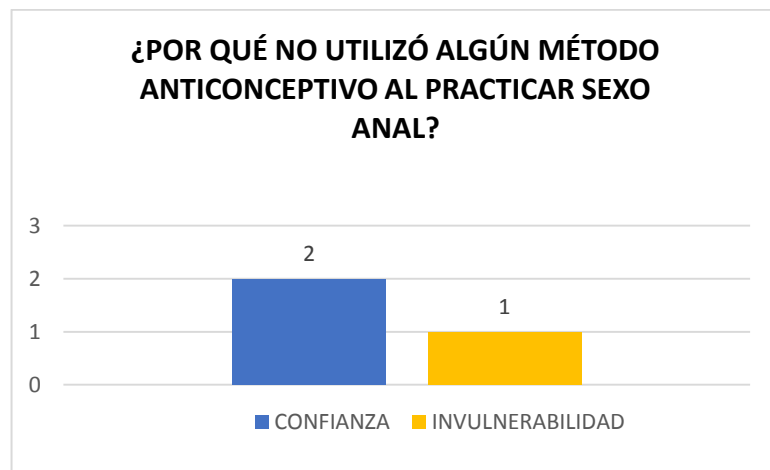


Figura 5.31. Razones por las cuales no se utilizó algún método anticonceptivo al practicar sexo anal en los últimos seis meses⁹⁶.

⁹⁶ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- a) **Confianza** (fue con mi pareja estable, lavamos un lavado antes de... para evitar cualquier riesgo).
- b) **Invulnerabilidad** (no lo considero necesario).
- c) **0=cero** (no contestó).

5.3.8. Información sobre el diagnóstico y pruebas de detección de ITS

En esta sección, los resultados descritos representan la muestra total del estudio (43 varones). Dicho lo anterior, como se observa en la Tabla 5.8, sólo un varón reportó haber adquirido una ITS -la cual fue el VPH-, mientras que los demás participantes señalaron lo contrario (fre.40).

Tabla 5.8

Presencia de alguna ITS en los participantes.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>¿Alguna vez ha presentado una ITS?</i>	<i>n=43</i>	<i>¿Para cuál (es) ITS?</i>	<i>n=1</i>
Sí	1	VPH	1
No	40		
No lo sé	2		

Cabe señalar, que a pesar de los datos anteriores, la Tabla 5.9 muestra, que a lo largo de su vida, muy pocos varones se han realizado una prueba de detección de ITS (fre.10), dentro de las cuales, la que más destaca es la prueba de VIH (fre.5). Se debe agregar, que sólo uno de ellos hizo mención de que, además de la prueba de VIH, se realizó una segunda para detectar Sífilis.

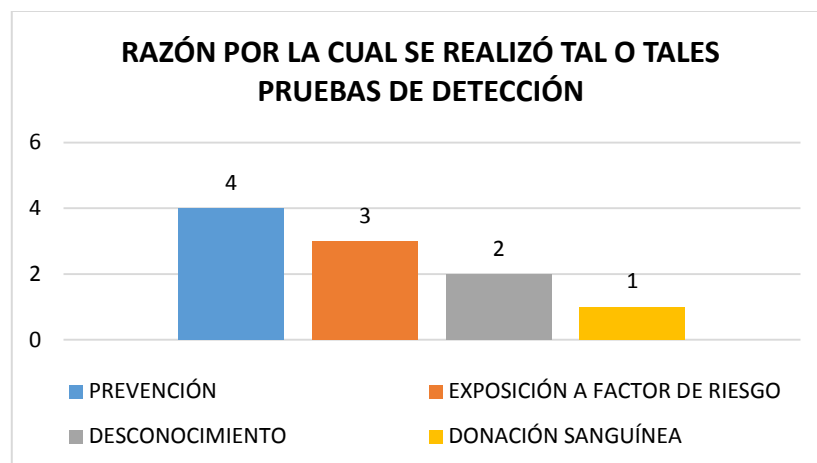
A su vez, en cuanto al tiempo aproximado en que se realizaron dichas pruebas, la mayoría de los varones menciona que fue en *menos de 6 meses* con respecto al tiempo de aplicación (fre.6), mientras que, los demás participantes señalaron que dichas pruebas tenían de 7 a 18 meses de realización (fre.4) [Tabla 5.9].

Tabla 5.9

Antecedentes de realización, tipos y tiempo aproximado de una o más pruebas diagnósticas de ITS.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>¿Alguna vez se ha realizado una o más pruebas para detectar una o varias ITS?</i>	<i>n=43</i>	<i>¿Para cuál (es) ITS? Mención de una sola prueba</i>	<i>n=10</i>	<i>Tiempo aproximado en que se realizaron dicha o dichas pruebas.</i>	<i>n=10</i>
Sí	10	VIH	5	Menos de 6 meses	6
No	33	No específico ⁹⁷	4	De 7 a 12 meses	2
		No contestó	1	De 13 a 18 meses	2

Simultáneamente, la principal razón por la cual los varones acudían a realizarse dichas pruebas fue la *prevención* (fre.4), seguida de la *exposición a un factor de riesgo* (fre.3). En este último motivo, destacaban las relaciones sexuales sin protección. Mientras que las razones de *desconocimiento* (fre.2) y la *donación sanguínea* (fre.1), son las de menor frecuencia (Figura 5.32).



⁹⁷ Las respuestas no codificadas pertenecientes a esta categoría son las siguientes: revisión general, todas, prueba de sangre y general.

Figura 5.32. Distribución de la muestra por razón expuesta al decidir realizarse una o varias pruebas de detección de ITS⁹⁸.

Por otra parte, en cuanto a la repetición de dicha o dichas pruebas, sólo 2 de los 10 varones volvieron a realizársela, uno de ellos en dos ocasiones y, el otro, tres veces más. En lo que respecta a los ocho varones restantes, la *falta de tiempo* fue principal motivo por el cual no volvieron a realizarse dicha o dichas pruebas (fre.4), quedando en segundo orden la *invulnerabilidad* y el *desconocimiento* (Figura 5.33).

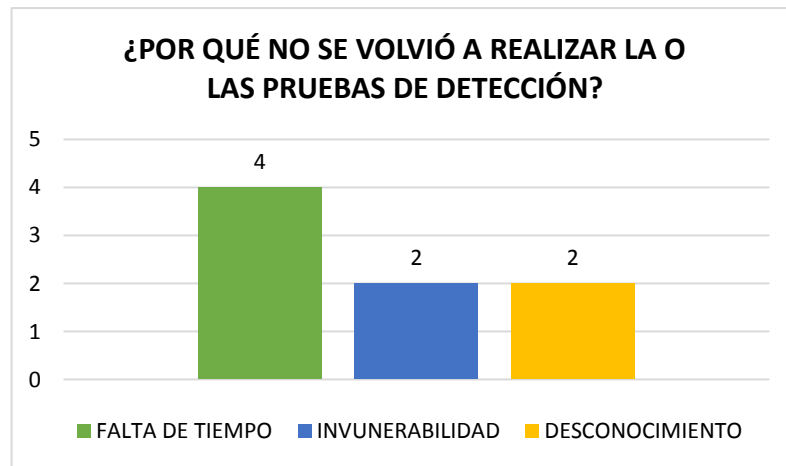


Figura 5.33. Frecuencias de motivos por los cuáles los varones no reincidieron en realizarse de nuevo dicha o dichas pruebas de detección⁹⁹.

En el tema sobre el conocimiento de ITS, más en específico del VPH, sólo tres varones reportaron conocer alguna prueba de detección para este tipo de ITS y, sólo dos de ellos mencionaron el nombre de dicha o dichas pruebas, siendo el Papanicolaou y la Colposcopia (Tabla 5.10). Es importante mencionar, que el participante que había reportado haber sido

⁹⁸ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- a) **Prevención** (prevención {2}, chequeo personal, revisión general...rutina cada seis meses).
- b) **Exposición a un Factor de Riesgo [FR]** (exposición aun factor de riesgo, relaciones sexuales sin protección, relaciones sin protección son alguien desconocido).
- c) **Desconocimiento** (curiosidad, falta de información).
- d) **Donación sanguínea** (por donación de sangre).

⁹⁹ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- a) **Falta de tiempo** (tiempo, tiempo, falta de tiempo, no he tenido tiempo).
- b) **Invulnerabilidad** (no es necesario, no lo considero como necesario).
- c) **Desconocimiento** (ya no tengo esas experiencias, no he tenido tantas parejas).

diagnosticado por VPH (Tabla 5.8), no hizo mención de una prueba específica de VPH, aunque señaló conocer alguna.

Tabla 5.10
Conocimiento y tipos de pruebas de detección del VPH.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>¿Conoce alguna prueba de detección del VPH?</i>	<i>n=43</i>	<i>¿Cuál (es)?</i>	<i>n=3</i>
Sí	3	Papanicolaou	1
No	40	Colposcopia	1
		No contestó	1

5.3.9. Realización de la circuncisión

Por último, en cuanto a la presencia del proceso médico llamado *circuncisión*, como lo muestra la Figura 5.34, en su mayoría, los varones reportan una respuesta afirmativa a tal procedimiento (fre.37).

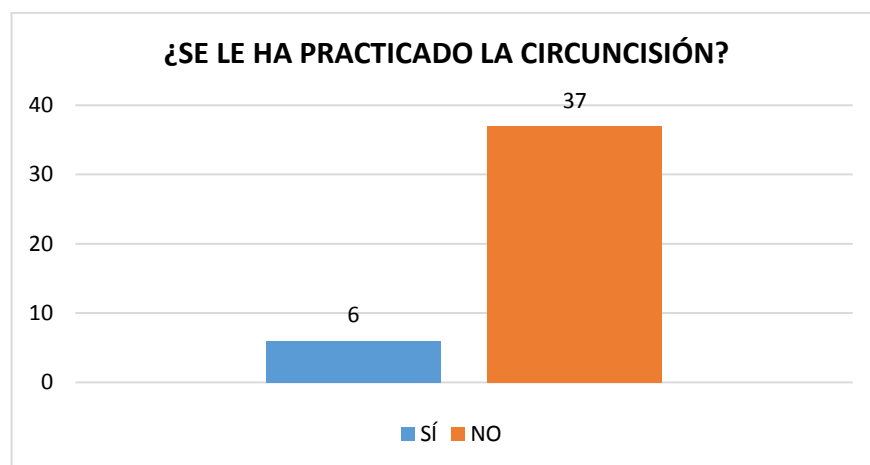


Figura 5.34. Distribución de la muestra presencia de circuncisión.

5.3.10. Consumo de sustancias: drogas legales e ilegales

Tabaco

Respecto al tabaco, se puede observar en la Figura 5.35, que en general gran parte de los varones (fre.30) mencionaron haberlo consumido alguna vez en su vida, siendo la edad *media* de inicio de consumo los 14.8 años.

En este sentido, las edades de mayor frecuencia fueron los 17 (fre.7) y 15 años (fre.6) y las edades de menor frecuencia fueron los 10, 11 y 14 y 19 años (todos con un varón reportado). Un participante no contestó tal información [Figura 5.36].

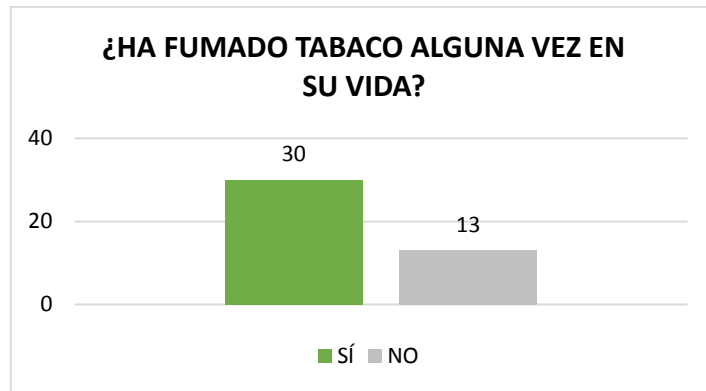


Figura 5.35. Distribución de la muestra que reporta haber consumido tabaco alguna vez en su vida.

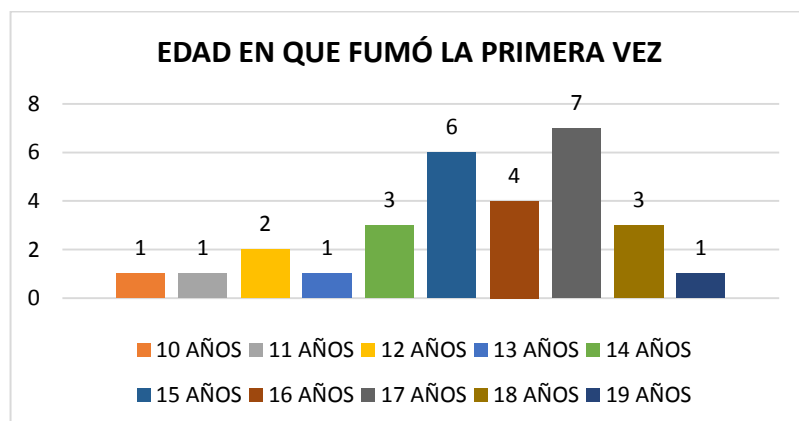


Figura 5.36. Distribución de la muestra por edad de inicio de consumo de tabaco.

En lo que corresponde a las frecuencias de cantidad de consumo, en el *último año*, la mayoría de los varones (fre.21) reportaron una respuesta afirmativa. Sin embargo, sólo 14 de ellos consumieron tabaco en el último mes (respecto a la fecha de aplicación), siendo el consumo de 1 a 5 días el de mayor frecuencia (10). A su vez, 6 varones mencionaron que consumen un cigarrillo al día -respuesta de mayor frecuencia-, seguida por el consumo de dos cigarrillos (Tabla 5.11).

Tabla 5.11

Consumo de tabaco en el último año, último mes y cantidad de consumo al día.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>Último año, ¿ha fumado tabaco?</i>	<i>n=30</i>	<i>Y, ¿en el último mes?</i>	<i>n=21</i>	<i>Aproximadamente, ¿cuántos cigarros fuma al día?</i>	<i>n=14</i>
Sí	21	Sí, de 1 a 5 días	10	1	6
		Sí, de 6 a 19 días	2	2	3
		Sí, de 20 a más días	2	5	1
				6	1
				No contestaron	3
No	9	No	7		

Alcohol

En cuanto al consumo de alcohol, 40 varones reportaron haber tomado alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida (Figura 5.37). En este caso, la edad *media* de inicio de consumo fueron los 15.5 años. Las edades de mayor frecuencia, además de los 15 años (fre.10), fueron los 17 (fre.9) y los 16 años (fre.8) y, las de menor frecuencia fueron los 10 y los 11 años (ambos fre.1) [Figura 5.38].



Figura 5.37. Distribución de la muestra que reporta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.

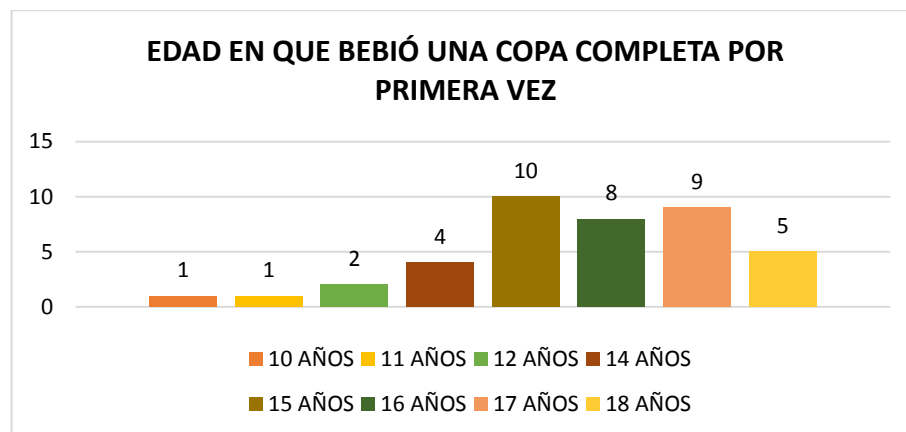


Figura 5.38. Distribución de la muestra por edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas.

Respecto al tipo de bebida alcohólica, como se observa en la Tabla 5.12, dentro del primer consumo de una copa completa, predominan tanto las bebidas fermentadas (fre.21) como las destiladas (fre.18).

Tabla 5.12*Tipo de bebidas alcohólicas consumidas en una copa completa por primera vez¹⁰⁰.*

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>Bebida alcohólica</i>	<i>n=40</i>	<i>Segunda bebida alcohólica</i>	<i>n=8</i>
Fermentadas	21	Fermentadas	2
Destiladas	18	Destiladas	5
No contestó	1	No contestó	1

Ahora bien, en la actualidad, los varones siguen presentando una mayor predilección por las bebidas fermentadas (fre.20) a comparación de las destiladas, en las cuáles se observó un descenso como elección de primer orden, aunque siguen presentes como segunda opción de consumo (Tabla 5.13).

Tabla 5.13*Tipo de bebidas alcohólicas que acostumbran beber los varones en la actualidad¹⁰¹.*

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>Bebida alcohólica</i>	<i>n=39</i>	<i>Segunda bebida alcohólica</i>	<i>n=22</i>
Fermentadas	20	Fermentadas	8
Destiladas	15	Destiladas	14
Ninguna	4		
No contestó	1		

¹⁰⁰ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- a) **Fermentadas** (cerveza, vino tinto).
- b) **Destiladas** (licor, tequila, whisky, vodka, mezcal, ron y bebida adulterada).

¹⁰¹ Respuestas no codificadas pertenecientes a cada categoría de respuesta:

- a) **Fermentadas** (cerveza, vino, pulque).
- b) **Destiladas** (tequila, whisky, vodka, mezcal, ron, brandy).

Así mismo, respecto al consumo de 5 copas o más en una sola ocasión, los varones reportaron que en general realizan este tipo de consumo *una vez cada seis meses* (fre.17) y, en menor medida lo realizan *una o más veces en la última semana* (fre.3), lo que evidencia que el abuso de bebidas alcohólicas no se presenta en periodos de tiempos cortos sino largos, que van de 6 meses a un año (Tabla 5.14).

Tabla 5.14

Consumo de 5 copas o más de algún tipo de bebida alcohólica en una sola ocasión.

Frecuencias absolutas	
<i>Consumo de 5 copas o más</i>	<i>n=40</i>
Nunca en el último año	5
Una vez al año	7
Una vez cada seis meses	17
De dos a tres veces cada mes	8
Una o más veces en la última semana	3

Drogas ilegales

Respecto al consumo de drogas ilegales, menos de la mitad de los varones (fre.18) reportaron que habían hecho uso de algún tipo de droga (Figura 5.39), siendo la edad *media* de inicio de consumo los 16.6 años, lo que evidencia que es entre la adolescencia temprana y tardía, donde se da un mayor comienzo en el consumo de este tipo de sustancias (Figura 5.40).

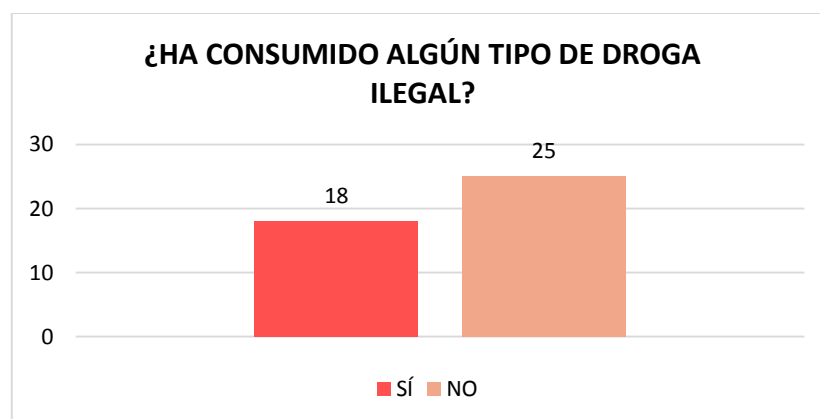


Figura 5.39. Distribución de la muestra que reporta haber consumido drogas ilegales alguna vez en su vida.

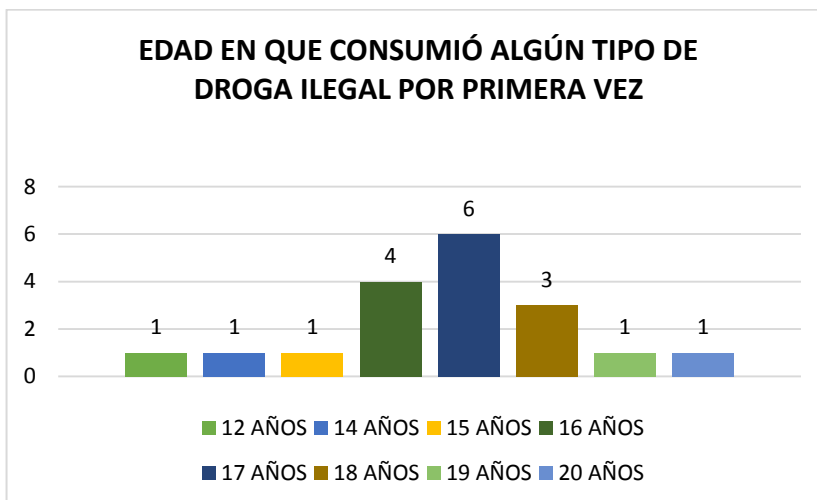


Figura 5.40. Distribución de la muestra por edad de inicio de consumo de drogas ilegales.

Con respecto, al tipo de droga de mayor frecuencia de consumo en estas edades, predomina la *marihuana* (fre.16). Sólo dos varones reportan el uso de otro tipo de droga como el LSD (Tabla 5.15).

Tabla 5.15

Tipo de drogas ilegales en relación con la edad de inicio de consumo.

Frecuencias absolutas	
Tipo de droga	n=18
Marihuana	16
Otra ¹⁰²	1
No contestó	1

Para concluir, respecto a las frecuencias en el consumo, es posible observar en la Tabla 5.16 que, en los últimos dos años, sólo 12 de los 18 varones que alguna vez consumieron una droga ilegal siguen consumiendo. De ellos, la mayor frecuencia de

¹⁰² Las respuestas no codificadas pertenecientes a esta categoría son las siguientes: LSD, cocaína, éxtasis, spice y cristal.

consumo se da *una vez al año* y *una vez cada seis meses* (ambos fre.4), siendo la opción de *dos a tres veces cada mes* (fre.1) la de menor frecuencia.

Tabla 5.16

Consumo de drogas ilegales en los últimos dos años.

	Frecuencias absolutas		Frecuencias absolutas
<i>¿En los últimos dos años ha consumido algún tipo de droga ilegal?</i>	<i>n=18</i>	<i>¿Con qué frecuencia la consume?</i>	<i>n=12</i>
Sí	12	Una vez al año	4
		Una vez cada seis meses	4
		Una vez al mes	3
		De dos a tres veces cada mes	1
No	6		

5.4. Frecuencias absolutas de la escala de creencias sobre salud sexual ligadas a la masculinidad hegemónica

Dentro de este apartado, se realizaron tablas de contingencia para la comparación de datos entre el inicio positivo o negativo de la vida sexual de los varones con respecto a la presencia de creencias ligadas al género masculino.

En cada dimensión descrita, el número presentado de cada ítem pertenece al orden de aparición asignado dentro instrumento que se utilizó para el proceso de aplicación (Véase **ANEXO 1A**).

5.4.1. Paternidad/papel del preñador

Respecto a la demostración de la capacidad de procrear como función primordial del hombre correspondiente al ítem 8, como se puede observar en la Tabla 5.17, ambos grupos de varones se encuentran *en desacuerdo* (fre.13) y *totalmente en desacuerdo* (fre.19) con dicha creencia.

Tabla 5. 17

Una función primordial del hombre es el demostrar que es capaz de procrear.

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 8	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	15	4	19
En desacuerdo	8	5	13
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	6	2	8
De acuerdo	2	1	3

5.4.2. Invulnerabilidad y masculinidad

La dimensión se encuentra compuesta por cuatro ítems (2, 23, 27, 33). La Tabla 5.18, muestra que en ambos grupos, la respuesta *en desacuerdo*, es la que tiene mayor número de frecuencia con respecto a que una mujer con un número elevado de parejas sexuales posea una ITS. Por otro lado, en el grupo de los varones que han iniciado su vida sexual, también se presenta una frecuencia relevante en la respuesta *totalmente en desacuerdo* (fre.9).

Tabla 5.18

Una mujer que ha tenido varias parejas sexuales es la que posee una Infección de Transmisión Sexual (ITS).

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 2	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	9	1	10
En desacuerdo	13	7	20
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	8	4	12
De acuerdo	1	0	1

En cuanto a que la presencia de una ITS represente que el hombre tenga una gran capacidad sexual, la Tabla 5.19 nos señala que casi todos los participantes (fre.41) opinan estar *en desacuerdo* y *totalmente en desacuerdo* con tal afirmación.

Tabla 5.19

El que un hombre presente una Infección de Transmisión Sexual (ITS) es una prueba de su virilidad.

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 23	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	20	8	28
En desacuerdo	10	3	13
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	1	2

Con los resultados de la Tabla 5.20, sucede algo similar a la tabla anterior, pues la mayoría de los participantes de ambos grupos (fre.40), señalan su *desacuerdo* con que las mujeres sean las únicas afectadas en gravedad por las ITS. Por otro lado, se observa que algunos varones que han iniciado su vida sexual se encuentran *de acuerdo* con dicha creencia (fre.2).

Tabla 5.20.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo provocan consecuencias graves de salud en las mujeres.

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 27	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	19	8	27
En desacuerdo	9	4	13
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	0	1
De acuerdo	2	0	2

En el caso de la creencia anterior, pero centrada en las personas homosexuales, casi todos los varones (fre.37) están *totalmente en desacuerdo* y en *desacuerdo*. Mientras que, de nuevo en el grupo de los que han iniciado su vida sexual, la respuesta *de acuerdo* se encuentra presente (fre.3) [Tabla 5.21].

Tabla 5.21

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo provocan consecuencias graves de salud en las personas homosexuales.

Ítem 33	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí n=31	No n=12	Total n=43
Opciones de respuesta			
Totalmente en desacuerdo	20	7	27
En desacuerdo	7	3	10
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	2	3
De acuerdo	3	0	3

5.4.3. Prevención en salud sexual y masculinidad

La dimensión se encuentra compuesta por siete ítems (7, 11, 15, 18, 20, 28, 35). Con respecto, a la creencia de si el solicitar o comprar condones resulta vergonzoso para los participantes y por ello, no los utilizan, se puede observar en la Tabla 5.22 que, la mayoría de los varones de ambos grupos, se encuentra *totalmente en desacuerdo* (fre.33), predominando tal afirmación en el grupo de los que han iniciado su vida sexual (fre.25). Por otra parte, en este mismo grupo, vuelve a presentarse una pequeña frecuencia (fre.1) que está *de acuerdo* con dicha creencia.

Tabla 5.22

Solicitar o comprar condones es vergonzoso, por tanto, es mejor no utilizarlos.

Ítem 7	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí n=31	No n=12	Total n=43
Opciones de respuesta			
Totalmente en desacuerdo	25	8	33
En desacuerdo	5	3	8
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	1	1
De acuerdo	1	0	1

Sobre la higiene genital, como práctica de protección de mayor efectividad para evitar la adquisición de una ITS, la Tabla 5.23 nos señala que ambos grupos (fre.27) se encuentran *en desacuerdo* y *muy en desacuerdo*. No obstante, el grupo que ha iniciado su vida sexual sigue presentando frecuencias en la respuesta *de acuerdo* (fre.2).

Tabla 5.23

La higiene genital es una forma de protección más efectiva contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que el condón.

Ítem 11	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí n=31	No n=12	Total n=43
Opciones de respuesta			
Totalmente en desacuerdo	11	4	15
En desacuerdo	9	3	12
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	2	11
De acuerdo	0	3	3
Totalmente de acuerdo	2	0	2

Ahora bien, como se puede observar en la Tabla 5.24, el grupo de participantes que ha iniciado su vida sexual posee la misma frecuencia (13) en estar en *desacuerdo* y *muy en desacuerdo* con la creencia de que la realización de una prueba diagnóstica de ITS sólo es necesaria cuando existen molestias en los genitales; sin embargo, tres varones del grupo se encuentran *de acuerdo*. Por otra parte, el grupo que aún no inició su vida sexual está en su mayor parte *en desacuerdo* (fre.7).

Tabla 5.24

La realización de un examen de detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo es necesaria si existe alguna molestia en los genitales.

Ítem 15	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	13	2	15
En desacuerdo	13	7	20
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	3	5
De acuerdo	3	0	3

En relación, con que el hombre no haga uso del condón cuando su pareja se encuentra embarazada, la Tabla 5.25 señala la mayor frecuencia de respuesta de los varones (17), en estar *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, lo que puede evidenciar un desconocimiento respecto a tal práctica. Es importante mencionar que la segunda frecuencia más alta en los grupos (11), está relacionada con la respuesta *de acuerdo*, y en el grupo que ha iniciado vida sexual, se observa que dos varones están *totalmente de acuerdo*.

Tabla 5.25

Es normal que el hombre no utilice condón cuando su pareja se encuentra embarazada.

Ítem 18	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	4	1	5
En desacuerdo	4	4	8
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	13	4	17
De acuerdo	8	3	11
Totalmente de acuerdo	2	0	2

Por lo que se refiere a tener relaciones sexuales cuando se posee una ITS y, además, la persona se encuentre en tratamiento médico, más de la mitad de los varones (fre.30) señalaron estar *totalmente en desacuerdo* y *en desacuerdo*, mientras algunos participantes con inicio de vida sexual, se encuentran *de acuerdo* (fre.5) y *totalmente de acuerdo* (fre.2) [Tabla 5.26].

Tabla 5.26

Se puede tener relaciones sexuales a pesar de estar en tratamiento por alguna infección genital.

Ítem 20	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	11	5	16
En desacuerdo	9	5	14
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	0	4
De acuerdo	5	2	7
Totalmente de acuerdo	2	0	2

Siguiendo el contexto biomédico, en especial con la asistencia en salud como exclusiva de mujeres y niños, la mayoría de los participantes (fre.31) están *totalmente en desacuerdo* (Tabla 5.27).

Tabla 5.27

La asistencia médica corresponde sólo a mujeres y niños (as), los hombres no la necesitan.

Ítem 28	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	23	8	31
En desacuerdo	8	4	12

Para concluir esta dimensión, en el caso de creer, que las revisiones médicas en los genitales son vergonzosas y desagradables para los varones y, por ello las evitan, en su mayoría los varones que han iniciado vida sexual están *totalmente en desacuerdo* (fre.21), mientras que el mayor porcentaje en el segundo grupo se concentró *en desacuerdo* (fre.7) [Tabla 5.28].

Tabla 5.28

Las revisiones genitales son vergonzosas y desagradables, por eso es conveniente evitarlas.

Ítem 35	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí n=31	No n=12	Total n=43
Opciones de respuesta			
Totalmente en desacuerdo	21	3	24
En desacuerdo	7	7	14
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	2	5

5.4.4. Uso y negociación de métodos anticonceptivos

La dimensión se encuentra compuesta por cinco ítems (3, 12, 19, 25, 31). Como señala la Tabla 5.29, el grupo que ha iniciado su vida sexual, en general se encuentra *totalmente en desacuerdo* (fre.18) con la creencia de que la negociación del condón con la pareja etiqueta al hombre como mandilón. Por otra parte, el segundo grupo, centra su mayor frecuencia (fre.5) en estar *en desacuerdo* donde además, un varón responde estar *de acuerdo*.

Tabla 5.29

Un hombre que negocia el uso del condón con su pareja es considerado mandilón.

Ítem 3	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	18	4	22
En desacuerdo	10	5	15
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	2	5
De acuerdo	0	1	1

Respecto, al hecho de ver como incomodidad el inicio de una conversación con la pareja sobre el uso métodos anticonceptivos, los datos de la Tabla 5.30 señalan resultados similares a la creencia anterior.

Tabla 5.30

En general, las personas no hablan con la pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos (p.ej. el condón) pues resulta una situación incómoda.

Ítem 12	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	12	2	14
En desacuerdo	10	6	16
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	2	7
De acuerdo	4	2	6

La Tabla 5.31 indica que ambos grupos concentran sus mayores frecuencias en la respuesta *en desacuerdo* (fre.18) respecto a la creencia de que el hombre utiliza condón sólo cuando la pareja se lo pide. A su vez, los varones que han iniciado vida sexual se encuentran *de acuerdo* (fre.5) y *totalmente de acuerdo* (fre.1) con tal afirmación.

Tabla 5.31

En general un hombre usa condón sólo si la pareja se lo pide.

Ítem 19	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	6	1	7
En desacuerdo	10	8	18
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	3	12
De acuerdo	5	0	5
Totalmente de acuerdo	1	0	1

Como se puede observar en la Tabla 5.32, en el grupo con inicio de vida sexual existe una mayor frecuencia en estar *totalmente en desacuerdo* (22) con que la responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos sea propia de las mujeres, mientras que el grupo contrario se encuentra en su mayoría *en desacuerdo* (fre.8).

Tabla 5.32

La utilización de métodos anticonceptivos es responsabilidad de las mujeres.

Ítem 25	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	22	3	25
En desacuerdo	6	8	14
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	1	4

Por último, se puede observar en la Tabla 5.33 que los varones que no han iniciado vida sexual señalan mayor frecuencia el estar *de acuerdo* (fre.6) con la nula negociación del uso del condón en relaciones no planeadas. Por otro lado, la respuesta *en desacuerdo*, se presenta en su mayoría en el grupo contrario (fre.11).

Tabla 5.33

En relaciones sexuales no planeadas, es común que no haya negociación del uso del condón.

Ítem 31	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	4	2	6
En desacuerdo	11	2	13
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	2	11
De acuerdo	6	6	12
Totalmente de acuerdo	1	0	1

5.4.5. Prácticas y significados en el uso del condón

La dimensión se encuentra compuesta por cuatro ítems (6, 14, 24, 29). La Tabla 5.34, muestra que, con respecto al uso del condón con parejas ocasionales, existen frecuencias similares en ambos grupos de varones, sobre todo en las respuestas *totalmente en desacuerdo* y *totalmente de acuerdo*. Aunque, en general, existe un mayor desacuerdo en los participantes que han tenido relaciones sexuales (fre.20).

Tabla 5.34

El condón se utiliza con parejas ocasionales.

Ítem 6	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	8	3	11
En desacuerdo	7	2	9
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	2	6
De acuerdo	4	2	6
Totalmente de acuerdo	8	3	11

En cuanto, a que el uso del condón disminuye el placer sexual, son los varones que han iniciado vida sexual los que están más *de acuerdo* (fre.12). Al mismo tiempo, ambos grupos presentan la misma cantidad de frecuencia (7) en la respuesta *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, aunque por número de muestra grupal, ésta predomina en los varones que no han tenido relaciones sexuales (Tabla 5.35).

Tabla 5.35

El condón disminuye el placer sexual.

Ítem 14	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí <i>n=31</i>	No <i>n=12</i>	Total <i>n=43</i>
Opciones de respuesta			
Totalmente en desacuerdo	3	0	3
En desacuerdo	8	3	11
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	7	14
De acuerdo	12	2	14
Totalmente de acuerdo	1	0	1

Acerca de la no utilización de algún método anticonceptivo en una relación estable, la Tabla 5.36 señala que, los varones que no han iniciado vida sexual están mayormente *en desacuerdo* (fre.5) y, los del grupo contrario, *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.9). Aunque, en general la mayoría de los participantes señalaron su *desacuerdo* (fre.19) con este respecto. A pesar de lo anterior, aún se observan ciertas frecuencias que se encuentran *de acuerdo* en ambos grupos.

Tabla 5.36

Cuando se tiene sexo dentro de una relación estable, no se utiliza protección ya que existe confianza de ambas partes.

Ítem 24	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	8	1	9
En desacuerdo	5	5	10
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	3	12
De acuerdo	6	3	9
Totalmente de acuerdo	3	0	3

En la Tabla 5.37, se puede observar que, más de la mitad de los varones pertenecientes al grupo que ha iniciado vida sexual están *totalmente en desacuerdo* (fre.16), con que el uso del condón haga que la relación sexual deje de ser espontánea. Por otra parte, el grupo contrario tiene misma frecuencia (5) en estar *en desacuerdo* y, *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*.

Tabla 5.37

Cuando se usa el condón, la relación sexual deja de ser espontánea.

Ítem 29	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	16	2	18
En desacuerdo	9	5	14
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	5	10
De acuerdo	1	0	1

5.4.6. Expresiones de emotividad

La dimensión se encuentra compuesta por el ítem 9. A este respecto, la mayor frecuencia en ambos grupos de varones se presenta en la respuesta *totalmente en desacuerdo* (fre.30) en que los hombres que se preocupan por su salud son débiles (Tabla 5.38).

Tabla 5.38

Los hombres que se preocupan por su salud son débiles.

Ítem 9	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí <i>n=31</i>	No <i>n=12</i>	Total <i>n=43</i>
Totalmente en desacuerdo	20	10	30
En desacuerdo	9	2	11
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	0	2

5.4.7. La genitalidad como demostración de la virilidad

La dimensión se encuentra compuesta por cinco ítems (4, 10, 17, 22, 32). En cuanto a la creencia, sobre si una mujer con experiencia sexual es la mejor opción para que un hombre inicie su vida sexual, la Tabla 5.39 señala la mayoría de los varones de ambos grupos se encuentran *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.17). No obstante, los participantes que han tenido relaciones sexuales también presentan mayor frecuencia en las respuestas *de acuerdo* (fre.10) y *en desacuerdo* (fre.8). Sólo tres varones de este grupo están *totalmente en desacuerdo*.

Tabla 5.39

Una mujer con experiencia sexual es un buen prospecto para que el hombre inicie su vida sexual.

Ítem 4	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	3	0	3
En desacuerdo	8	2	10
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	10	7	17
De acuerdo	10	3	13

Por otra parte, cuando es el varón el que posee la experiencia sexual, se puede observar en la Tabla 5.40, que existen resultados similares a la creencia anterior en cuanto a la respuesta *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.15). A su vez, los varones que han iniciado vida sexual están *totalmente en desacuerdo* (fre.9) y *de acuerdo* (fre.7) y, los participantes del grupo contrario presentan mayor desacuerdo con este tipo de suposición.

Tabla 5.40

Un hombre con experiencia sexual es un buen prospecto para que una mujer inicie su vida sexual.

Ítem 10	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	9	1	10
En desacuerdo	4	4	8
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	6	15
De acuerdo	7	1	8
Totalmente de acuerdo	2	0	2

Acerca de que el rendimiento físico y sexual del hombre tenga un papel relevante durante el acto sexual, la mayoría de frecuencias en ambos grupos están *en desacuerdo* (fre.17), seguida de la respuesta *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.14). Por su parte, los varones que han tenido relaciones sexuales refieren estar *de acuerdo* (fre.8) en mayor medida que los del grupo contrario (Tabla 5.41).

Tabla 5.41

En el sexo, lo importante es el rendimiento físico y sexual del hombre durante el acto.

Ítem 17	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	1	0	1
En desacuerdo	10	7	17
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	10	4	14
De acuerdo	8	1	9
Totalmente de acuerdo	2	0	2

Por lo que se refiere a, que le hombre reciba mayor reconocimiento de parte de otros hombres cuando tiene más de una pareja sexual, se puede observar en la Tabla 5.42 que los participantes que no han iniciado vida sexual están *de acuerdo* (fre.6) y (fre.3) *totalmente en desacuerdo*, mientras que los varones con inicio de vida sexual, señalan frecuencias similares en las respuestas *totalmente en desacuerdo* (fre.9), *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.7) y *de acuerdo* (fre.7).

Tabla 5.42

Cuando un hombre tiene múltiples parejas sexuales posee mayor reconocimiento por parte de otros hombres.

Ítem 22	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	9	3	12
En desacuerdo	5	2	7
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	1	8
De acuerdo	7	6	13
Totalmente de acuerdo	3	0	3

La tabla 5.43 señala que, en general los varones de ambos grupos están *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.16) con la creencia de que, por explicación biológica, los hombres necesitan más relaciones sexuales que las mujeres. Sin embargo, los participantes que han iniciado vida sexual tienen frecuencias similares en estar *totalmente en desacuerdo* (fre.6) y *totalmente de acuerdo* (fre.5). En cambio, el grupo de los que no han tenido relaciones sexuales, presenta mayoría en estar *en desacuerdo* (fre.4).

Tabla 5.43

Por naturaleza, los hombres necesitan las relaciones sexuales más que las mujeres.

Ítem 32	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí n=31	No n=12	Total n=43
Opciones de respuesta			
Totalmente en desacuerdo	6	2	8
En desacuerdo	6	4	10
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	11	5	16
De acuerdo	3	1	4
Totalmente de acuerdo	5	0	5

5.4.8. Control de la sexualidad de otros (as): virginidad, fidelidad, monogamia

La dimensión se encuentra compuesta por ocho ítems (1, 5, 13, 16, 21, 26, 30, 34). La Tabla 5.44 muestra, la mayoría de los varones de ambos grupos se encuentran *totalmente en desacuerdo* (fre.16) y *en desacuerdo* (fre.15) con que los hombres sean infieles por naturaleza. No obstante, algunos varones siguen avalando dicha creencia.

Tabla 5.44*Los hombres son infieles por naturaleza.*

Ítem 5	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	13	3	16
En desacuerdo	10	5	15
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	2	9
De acuerdo	1	0	1
Totalmente de acuerdo	0	2	2

Por otra parte, el que una mujer deba llegar virgen al matrimonio, el grupo de varones que han iniciado su vida sexual, se encuentra en mayoría *totalmente en desacuerdo* (fre.14) y *en desacuerdo* (fre.11), mientras que sólo algunos se encuentran *totalmente de acuerdo* (fre.3). Por su parte, más de la mitad de los participantes que no han iniciado vida sexual tienen mayor frecuencia en la respuesta *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* (fre.7) y, los demás, están en su mayoría, *en desacuerdo* (fre.3) [Tabla 5.45].

Tabla 5.45*La mujer debe llegar virgen al matrimonio.*

Ítem 30	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	14	2	16
En desacuerdo	11	3	14
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	7	10
De acuerdo	0	0	0
Totalmente de acuerdo	3	0	3

Ahora bien, respecto a que las mujeres puedan tener relaciones sexuales antes del matrimonio, la Tabla 5.46 muestra que, en general, ambos grupos tienen mayores frecuencias en estar *totalmente de acuerdo* (fre.21) y *de acuerdo* (fre.17) con dicha creencia. Sólo pocos varones que han tenido relaciones sexuales se encuentran *en desacuerdo* (fre.2). Por otro lado, en el caso de que sean los hombres los que pueden tener relaciones sexuales antes de casarse (Tabla 5.47), se presentan frecuencias similares de respuesta en los grupos; donde, de nuevo, algunos varones que han iniciado vida sexual avalan tal suposición.

Tabla 5.46

Las mujeres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.

Ítem 13	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
En desacuerdo	2	0	2
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	2	3
De acuerdo	11	6	17
Totalmente de acuerdo	17	4	21

Tabla 5.47

Los hombres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.

Ítem 16	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	1	0	1
En desacuerdo	2	0	2
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	2	4
De acuerdo	9	6	15
Totalmente de acuerdo	17	4	21

Hablando de fidelidad y monogamia, la tabla 5.48 muestra que la mayor frecuencia de ambos grupos corresponde a la respuesta *totalmente en desacuerdo* (16) con que un hombre dentro de una relación de noviazgo tenga más de una pareja sexual. Sin embargo, ciertos participantes que ya han iniciado vida sexual están *de acuerdo* (fre.3) y *totalmente de acuerdo* (fre.2).

Tabla 5.48

Un hombre en una relación de noviazgo puede tener más de una pareja sexual.

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 1	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	11	5	16
En desacuerdo	10	3	13
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	4	9
De acuerdo	3	0	3
Totalmente de acuerdo	2	0	2

Cabe señalar que en el caso de que una mujer dentro de una relación de noviazgo pueda tener más de una pareja sexual, existen resultados similares a los anteriores, sólo que, el número de frecuencias del grupo que ha tenido relaciones sexuales es un poco menor en las respuestas *de acuerdo* (fre.2) y *totalmente de acuerdo* (fre.1) [Tabla 5.49].

Tabla 5.49

Una mujer en una relación de noviazgo puede tener más de una pareja sexual.

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 34	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	17	5	22
En desacuerdo	8	2	10
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	5	8
De acuerdo	2	0	2
Totalmente de acuerdo	1	0	1

Por otra parte, las Tablas 5.50 y 5.51, señalan resultados parecidos a los obtenidos en las Tablas 5.48 y 5.49, sólo que en este caso, son creencias que se refieren a la aceptación de que tanto mujeres como hombres puedan tener, además de su pareja estable, otras parejas sexuales. Así, en su mayoría ambos grupos, muestran su rechazo a este tipo de creencia y, de igual manera, sólo unos cuantos varones señalan que se encuentran *de acuerdo y totalmente de acuerdo*.

Tabla 5.50

Las mujeres casadas pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.

Frecuencias absolutas			
¿Has tenido relaciones sexuales?			
Ítem 21	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	15	5	20
En desacuerdo	8	4	12
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	2	5
De acuerdo	3	0	3
Totalmente de acuerdo	2	1	3

Tabla 5.51

Los hombres casados pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.

Ítem 26	Frecuencias absolutas		
	¿Has tenido relaciones sexuales?		
	Sí	No	Total
Opciones de respuesta	n=31	n=12	n=43
Totalmente en desacuerdo	16	5	21
En desacuerdo	7	4	11
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	2	5
De acuerdo	4	0	4
Totalmente de acuerdo	1	1	2

En síntesis, a través de los resultados es posible identificar que las respuestas de mayor frecuencia y conocimiento sobre el VPH, corresponden a la identificación del VPH como una ITS, la población que afecta (hombres y mujeres), su principal vía de transmisión (la sexual), el signo médico más evidente (verrugas genitales), los factores biológicos-sociales en relación a las prácticas sexuales de riesgo, información sobre los métodos anticonceptivos que previenen o no la adquisición del VPH y el reconocimiento del Papanicolaou como prueba de detección del VPH en las mujeres.

Por otra parte, resulta relevante mencionar que existe un número elevado de frecuencias de respuesta en el desconocimiento sobre las consecuencias a largo plazo que ocasiona el VPH tanto en hombres como en mujeres y las pruebas de detección del virus dirigidas a los varones.

Ahora bien, en lo que respecta a las conductas de riesgo ejercidas por los varones, se tuvo un alto número de frecuencias dentro de las prácticas sexuales de riesgo, predominando el inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, la baja o nula utilización de algún método anticonceptivo en el contacto sexual de tipo ano-genital y buco-genital, la compra y acceso unilateral del condón, así como la menor realización de pruebas de detección de ITS, más en específico del VPH. En el consumo de sustancias, tanto el tabaco como el alcohol muestran mayores frecuencias en utilización a edades tempranas, cantidad y uso reiterado actual de consumo.

Para concluir, dentro de las creencias sobre salud sexual ligadas a la masculinidad hegemónica se puede observar que, en cada una de las dimensiones establecidas, existe una menor frecuencia de respuestas de calificación favorable hacia una masculinidad tradicional; no obstante, fue posible distinguir, un minoritario aunque presente, número de frecuencias de respuesta, donde los varones legitiman ciertas creencias relacionadas con la virginidad fidelidad y monogamia, las prácticas y significados del uso del condón, la restricción emocional en la negociación y uso de métodos anticonceptivos, así como la invulnerabilidad ante la enfermedad como característica inherente de ser varón.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue el identificar los conocimientos sobre el VPH, las conductas de riesgo y la presencia de creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades en varones universitarios, debido a que, es muy frecuente que, aunque en la actualidad los jóvenes poseen información sobre ITS, métodos anticonceptivos y conciencia sobre qué tipo de comportamientos se consideran de riesgo para su salud, aún se identifica que sigue existiendo desconocimiento y ambigüedad sobre ello (Charry & Torres, 2005; Herrera-Ortiz *et al.*, 2013; Stern *et al.*, 2003). Además de que, se ha reconocido que las construcciones de género tienen un papel transversal acerca de cómo, tanto hombres como mujeres actúan en relación a su salud (Arias, 2014; Hartigan, 2001; OMS, 2015b; Sabo, 2000).

En lo que respecta al *conocimiento sobre el VPH*, los resultados indican que, la mayoría de los varones identifican al VPH como una ITS, aunque en realidad no poseen un conocimiento sólido para poder diferenciar a esta infección de una infección genital de otro origen, como la vaginal o urinaria. Sin embargo, el que los participantes la relacionen como una *Infección de Trasmisión Sexual (ITS)*, hace que éstos posean mayor información relacionada al ámbito de tipo sexual dentro de otras dimensiones. Por ejemplo, identifican que la vía sexual y por ende, el contacto genital sin coito, son formas de transmisión del virus, que el ano no está exento de su adquisición, ya que al hablar de las relaciones sexuales, se involucran otros órganos genitales además del pene y la vagina o, que si se tiene o se tuvo una ITS es un factor de riesgo para adquirir otro tipo de infección.

De igual forma, los varones tienen el conocimiento de que ciertas prácticas sexuales como el tener sólo una pareja sexual, el inicio temprano de la vida sexual y la no realización de la circuncisión son consideradas como factores de riesgo y, que el uso del condón, es el único método que previene la adquisición del VPH, descartando la eficacia de otros métodos como, el coito interrumpido o el uso del espermicida.

Un dato preocupante, fue que los varones no tienen conocimiento de que el virus, una vez adquirido, en general es asintomático, concordando con Conzuelo (2006), respecto a que gran parte de la población desconoce esta característica, lo que contribuye a que las personas desconozcan ser portadoras y formen parte de su ciclo de propagación. Por el

contrario, en cuestión de signos, reconocían la relación entre el virus y las verrugas genitales, las cuáles como mencionan Melo y Waliszewski (2009), éstas son las lesiones más evidentes del VPH en los varones, lo que hace pensar que este tipo de información es la que reciben con más frecuencia en términos médicos.

De la mano con lo anterior, es importante resaltar que, tampoco reconocen una relación entre la adquisición del virus y su posible desarrollo a algún tipo de cáncer, en especial con el CCU, a pesar de que, desde el año 2006, es la segunda causa de muerte de mujeres en nuestro país (CNEGSR, 2016) y, como señalan Herrera- Ortiz *et al.* (2013), han surgido temáticas de prevención que involucran al VPH como factor importante en este tipo de cáncer y, también se ha dado una propagación masiva en los principales medios de comunicación, sobre la existencia de una vacuna para diferentes tipos de VPH. Siendo que, además, existen en mayor frecuencia, campañas de sensibilización respecto a este tipo de cáncer por parte de instituciones públicas de salud (CNEGSR, 2017).

En cambio, con relación a la identificación de que el virus atañe tanto a hombres como mujeres, así como el señalamiento sobre pruebas de detección oportuna, se obtuvieron resultados más alentadores. En este último, los varones tienen el conocimiento de que, una vez iniciada la vida sexual, se debe realizar mínimo una vez al año una prueba diagnóstica de detección del VPH. Además, mencionan que la prueba del Papanicolaou va dirigida a las mujeres y, que el hecho de que sólo se debe realizar una prueba de detección para un trámite oficial como el matrimonio, resulta totalmente falso.

Por otra parte, ciertos participantes reconocen su desconocimiento sobre el alcance del virus en hombres y mujeres o, que sólo afecta a estas últimas. De igual forma, sólo una mínima parte del total de los varones, pudieron identificar la Androscopia como prueba dirigida a su propio sexo, situación que resulta alarmante ya que, según el Senado de la República (2017) en su propuesta hacia la Secretaría de Salud para ampliar la vacuna del VPH a los niños, señala que los hombres son parte esencial del proceso de salud-enfermedad del CCU, ya que un gran porcentaje de varones, participan en la propagación de los tipos de VPH de alto riesgo que provocan este tipo de cáncer.

Dado lo anterior, resulta imposible comprender cómo es que tal institución de gobierno abogue por este tipo de acciones equitativas y no ponga en marcha propuestas de

salud que incluyan el que se inicien campañas de sensibilización y prevención del VPH en los varones, así como lo hacen con las mujeres. De nuevo, se logra observar y coincidir con varios autores (Arias,2014; Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010), en que la participación del varón dentro del proceso de la infección por VPH se sigue invisibilizando dentro del ámbito público, lo que conlleva que en el plano individual, sean los propios varones lo que no concienticen su papel y responsabilidad en la transmisión y propagación del virus, reforzando así, la *feminización* del virus en el ámbito médico y social.

Por último, se debe agregar que, a pesar de que los participantes lograron relacionar información esencial sobre el VPH (lo que es el VPH, a quien afecta, cuáles son las lesiones de piel mayormente conocidas y el conocimiento de prácticas de riesgo y protección relacionadas al ámbito sexual), se observó que un número importante de estos, señalaron cierto desconocimiento y duda sobre el virus a lo largo de todos los resultados, en especial con, la asintomatología general y lesiones evidentes, formas de transmisión, factores de riesgo y acciones preventivas de menor difusión (sobre vulnerabilidad biológica y origen social, como los mitos) y las repercusiones a largo plazo.

Con base en lo anterior, nuestros resultados resultan similares a los de Medina, Medina y Merino (2014), quienes resaltaron que, aunque a nivel superior se espera que los jóvenes posean un conocimiento adecuado sobre el VPH, aún, la mayoría de los estudiantes no tiene la información adecuada que les permita llevar a cabo conductas de protección por situarse en un rango de edad con mayor riesgo de adquirir la infección.

Con respecto a las *conductas de riesgo* dadas en los varones, en el ámbito de las *prácticas sexuales*, se pudo establecer en primera instancia, el inicio temprano de la vida sexual. Si se comparan las edades de mayor frecuencia de nuestros participantes, siendo los 15, 16 y 17 años, con las obtenidas dentro de la ENVAJ (IMJUVE, 2012), el rango de edad es muy parecido (de 15 a 19 años), lo que corrobora el inicio de la vida sexual en la adolescencia. a TRAVÉS DE ESTOS RESULTADOS SE CORROBORA QUE Empezar y mantener una vida sexual activa antes de los 20 años, incrementa el riesgo de exposición a diferentes tipos de VPH, en especial los de alto riesgo (CENSIDA, 2011; Melo & Waliszewski, 2009; Tirado-Gómez et al., 2005).

Aunado a lo anterior, aunque se reportó con mayor frecuencia el mantenimiento de relaciones sexuales con una pareja estable, se identificaron una gran variabilidad de tipos y número de parejas sexuales.

Ahora bien, tomando en cuenta la edad promedio de los participantes (20 años) y el inicio temprano de su vida sexual, se encontró que a esa edad ya han tenido mínimo dos parejas sexuales, lo que algunos autores (American Cancer Society, 2014; Pagliusi *et al.*, 2007) identifican como factor de riesgo pues es común que el VPH se adquiera en los primeros años de vida sexual y más si, se ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja. Por otro lado, aunque la mayoría de los varones tuvo una pareja sexual estable, la CDC (2016) señala que, el hecho de tener relaciones sexuales con una sola persona es una práctica suficiente para adquirir el virus.

Así mismo, el CENSIDA (2011) y Hernández-Carreño *et al.* (2012) señalan que, si se toma en cuenta la edad y el incremento de número de parejas sexuales, se da una mayor probabilidad de reinfecciones del VPH.

Pese a que los varones reportaron utilizar el condón como método anticonceptivo, tanto en su primera relación sexual, como en los últimos seis, éste no es del todo eficaz para prevenir la adquisición del VPH (De Guglielmo *et al.*, 2009). Sólo la utilización del condón para mujer es el método que disminuye el riesgo de adquirir y transmitir el virus; sin embargo, sólo un varón de nuestro estudio mencionó su uso y, no como primera opción de respuesta, lo que indica que casi todos los participantes se encuentran en riesgo de adquirir el virus. No obstante, Hernández-Carreño *et al.* (2012) explican que el uso de este tipo de método de protección, especialmente en nuestro país, es de alto costo, por lo que su uso es minoritario, razón por la cual es posible comprender por qué los varones y sus parejas sexuales, no hacen uso frecuente de este método.

Por otra parte, en cuanto a la compra y acceso del condón, son ellos los que en mayor frecuencia adquieren tal método, lo que indica que la responsabilidad de su uso sigue recayendo en los varones. En este sentido, tal práctica es considerada de riesgo, pues la otra parte o partes involucradas, no realizan el propio cuidado de su salud sexual y reproductiva, lo que debería hacerse, ya que ésta es individual.

Adicionalmente, se encontró que sólo la mitad de los varones reportaron utilizar el condón en todas sus relaciones sexuales, se puede observar que los demás sólo lo usan en ciertas ocasiones. Cabe señalar, que estas frecuencias de uso corresponden mayormente al sexo vaginal, mientras que en el anal y oral éste es casi inexistente, lo que evidencia un factor de riesgo mucho mayor ante las ITS (CENSIDA, 2011; Hernández-Carreño *et al.*, 2012)

Los resultados aquí obtenidos difieren con lo encontrado por diversos autores (Di Cesare, 2007; González *et al.*, 2005, en Hernández-Carreño, 2012; IMJUVE,2012), los cuales enfatizan que el aumento de la edad y años de estudio, reducen la probabilidad de que se realicen comportamientos sexuales de riesgo e incrementen los cuidados, ya que al contar con la información necesaria se incrementa la posibilidad de que el uso del condón vaya en aumento; sin embargo, aunque se pudo identificar una mayor frecuencia del uso de este método en los varones del estudio, este se da de forma incorrecta y no en todos los casos, lo cual se consideran como conductas que incrementan el riesgo de adquisición del virus, evidenciando así, que un nivel superior de escolaridad no siempre es un factor protector.

Respecto a los motivos que dan los participantes del por qué no hacen uso de algún método anticonceptivo dentro de sus prácticas sexuales, vuelve a destacar el desconocimiento respecto a qué tipo de prácticas se consideran de riesgo, la falta de previsión ante las relaciones sexuales, una baja percepción de riesgo a las ITS, la confianza, una pareja estable y/o la higiene. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en Stern *et al.* (2003).

En relación a pruebas de detección de ITS, sólo una cuarta parte de los varones señaló haberse realizado alguna, siendo la prueba de VIH la de mayor frecuencia, lo que puede deberse a que, en nuestro país sea más común que las estrategias de intervención vayan dirigidas a este tipo de virus (Herrera-Ortiz *et al.*, 2013).

Llama la atención que sólo un varón hizo mención de haber presentado una ITS (VPH), mientras que los demás señalaron la nula presencia de alguna. ¿Cómo puede ser eso posible si sólo una pequeña fracción de ellos se ha realizado una prueba de detección? Siendo que, además, no existe ninguno que se haya hecho pruebas para la mayoría de las

ITS, lo que lleva a analizar, qué tan creíble es la información que proporcionan, considerando así, que el no tener prácticas de detección oportuna, es un factor de riesgo.

Al mismo tiempo, fueron dos los varones que señalaron y nombraron una prueba de detección del VPH, destacando el Papanicolaou y la Colposcopia, estudios correspondientes a la mujer. Por otro lado, el varón que refirió haber sido diagnosticado con VPH, no hizo mención de alguna prueba relacionada a este, a pesar de afirmar que tenía el conocimiento, lográndose advertir el riesgo que los varones poseen, al no ser capaces de reconocer una prueba diagnóstica del virus para ellos mismos, lo que de nuevo, corrobora su *feminización* en el ámbito médico y social (Arias, 2014).

En el caso de la circuncisión, muy pocos varones afirmaron que la poseen, lo que resulta otro factor de riesgo para la adquisición del VPH y muchas otras ITS (CENSIDA, 2011).

La información descrita hasta este punto coincide con que el tipo de conocimiento sobre este virus es ineficiente para que los jóvenes puedan llevar a cabo conductas de mayor protección (Medina, Medina & Merino, 2014; Stern *et al.*, 2003), pues aunque en ciertos casos se tiene la percepción de riesgo y la disposición del cuidado, éste no está garantizado (Herrera- Ortiz *et al.*, 2013; Sánchez-Domínguez *et al.* 2010).

Dentro del *consumo de sustancias*, como factores de riesgo ambientales que influyen en la adquisición del VPH y el posible desarrollo de un cáncer (Hernández-Carreño, 2012; Melo & Waliszewski, 2009), se encontró que el consumo de tabaco y alcohol son los de mayor presencia y frecuencia en los varones, mientras que el consumo de drogas, aunque presente es menor. Al igual que el inicio de la vida sexual, su edad de inicio de consumo se encuentra en el periodo de la adolescencia, lo cual demuestra que, la mayoría de los varones que han iniciado vida sexual y consumen algún tipo de sustancias, tienen un incremento en la posibilidad de adquirir el VPH, transmitirlo con mayor facilidad a otra persona y poseer un mayor riesgo en el desarrollo de éste en algún tipo de cáncer.

En cuanto a las *creencias sobre salud sexual ligadas a las masculinidades*, la mayoría de los participantes señaló respuestas desfavorables hacia creencias relacionadas con una masculinidad de tipo más tradicional, donde se sostienen mandatos estrictos sobre el papel preñador del varón, la omnipotencia, las conductas de riesgo -promiscuidad sexual, bajo uso

del condón- y la falta de comportamientos de cuidado y afecto (Arias, 2014; Bonino 2002; Charry & Torres, 2005; Connell, 2015; Corsi, 1995; Courtenay, 2000 en Sabo, 2000; Gilmore, 1994; Kaufman, 1995; Kimmel, 1999 en Barrios, 2003; ; Matud, 2008; Stern *et al.*, 2003).

Este distanciamiento de las concepciones tradicionales de género –al menos en discurso- (Charry & Torres, 2005; Hartigan, 2001), puede deberse a que en la actualidad, las acciones y resultados constantes del movimiento feminista del siglo pasado, han determinado la visibilización de tal problemática y es cada vez más frecuente la presencia de campañas de promoción de equidad entre los sexos, poniendo especial relevancia a la poca valoración de la mujer en las sociedades tanto en el ámbito público como privado, lo que da como resultado que las generaciones de este milenio, en especial, los y las jóvenes, puedan aperturarse a nuevas formas de relacionarse, lo que también genera que, en el caso de los varones, se esté iniciando un proceso de construcción de nuevos modelos de masculinidad que les permitan poder hacer frente a este tipo de transformaciones sociales (Connell, 2015; Charry & Torres, 2005; Cubillas *et al.*, 2016; Hartigan, 2001).

A pesar de que los resultados indican este bajo arraigo hacia una masculinidad tradicional, es importante señalar que cierto número de varones respaldan ciertos mandatos relacionados a este tipo de masculinidad. Así pues, sigue predominando la alta estima al tipo de mujeres que practican una feminidad subrayada (Connell, 1987 en Sabo, 2000) donde las características de virginidad, fidelidad y monogamia son celebradas como ideal, sobre todo en las creencias donde se apoya el que una mujer deba llegar virgen al matrimonio y se reprueba el que una mujer en una relación de noviazgo pueda tener más de una pareja sexual.

Así pues, se coincide con los resultados obtenidos por Ariza y De Oliveira (2005), los cuales destacaron que dentro de la población mexicana, existía un respaldo por parte de hombres y mujeres hacia estos elementos de control de la sexualidad, en especial, si éste se encuentra como característica predominante en las mujeres, lo que posibilita que los varones posean mayor libertad en cuanto al inicio y mantenimiento de una vida sexual sin limitaciones, sobre todo respecto al número de parejas sexuales y experiencia sexual.

Así mismo, se puede evidenciar que aún existe una figura escindida de la mujer (Barrios, 2003; Szasz, 2000) , por un lado, se encuentra la que debe ser recatada, sublime, tierna, comprensiva y carente de sensualidad, la que recibe el papel de novia o esposa, la

que es conocida como *la pareja estable*; mientras que, existe otro tipo de mujer, la indecente, *la pareja ocasional, la amiga, la sexoservidora, la desconocida*, la cual representa lo prohibido, lo divertido, lo escandaloso, pero nunca será la mujer para el compromiso y el amor. Con lo anterior, es posible comprender por qué aún los varones tienen la creencia de que una mujer con múltiples parejas sexuales posee una ITS, es decir, la mujer erotizada.

A raíz de lo anterior, es posible comprender en los varones, la presencia de frecuencias favorables en las creencias donde ellos son infieles por naturaleza, que pueden tener relaciones sexuales antes de casarse e incluso, tener otras parejas sexuales durante el noviazgo y después del matrimonio, siendo que además, el uso del condón está mayormente relacionado con las parejas ocasionales, más no con las estables, pues con éstas (os) últimas (os), existe la confianza e higiene y no es preciso preocuparse por su salud, resultados que siguen respaldando los encontrados en el trabajo de Stern *et al.* (2003).

Al mismo tiempo, es importante señalar que la genitalidad sigue siendo el medio por el cual se sigue conquistando la virilidad, lo que, a su vez, se sigue aprobando por la mirada de otros varones, pues estos son los que legitiman tal logro (Corsi, 1995; Gilmore, 1994). Con lo anterior, es posible explicar el por qué algunos participantes poseen la creencia de que cuando un hombre posee múltiples parejas sexuales tiene reconocimiento por parte de otros varones; que respalden el hecho de que por naturaleza, ellos necesiten más relaciones sexuales que las mujeres y que, además, su rendimiento físico y sexual es uno de los elementos de mayor importancia durante el sexo. Varios autores (Charry & Torres, 2005; Stern *et al.*, 2003) mencionan que esto puede deberse al firme vínculo entre el ejercicio de la sexualidad y su fin reproductivo, donde la relación sexual se dirige al coito y no a otro tipo de manifestaciones eróticas como por ejemplo el jugueteo previo o posterior a tal práctica.

Por otro lado, se establece el dominio de la creencia de que el condón disminuye el placer; sin embargo, pudo establecerse que este, se relacionó con el placer físico, más que en su amplitud de concepto. No obstante, se pudo evidenciar que la genitalidad es un elemento importante para la reafirmación de la identidad masculina (Bleichmar, 1989), lo que puede explicar el por qué los varones no hacen uso de algún método anticonceptivo como se pudo ver en los resultados de conductas de riesgo.

Otro aspecto de relevancia fue la presencia de creencias donde existe una baja o nula comunicación e incomodidad y vergüenza de los varones con respecto a la negociación del uso del condón con sus parejas sexuales, lo que devela que no se realizan acuerdos que favorezcan el cuidado de la salud de ambos, dando pie a que éstos solo hagan el uso de este método cuando la pareja sexual se los pide, es decir, se utiliza sin un acuerdo preestablecido. Tales resultados coinciden con los encontrados en el trabajo de Stern *et al.* (2003), los cuales mencionan que los jóvenes no se encuentran preparados para los aspectos relacionales y emocionales de las relaciones íntimas.

El mandato de restricción emocional (Corsi, 1995; Kaufman, 1995) puede estar relacionado con este tipo de creencia, ya se impone la evasión de la intimidad con el otro al prohibir la manifestación de necesidades y emociones, lo que ocasiona que para los varones, resulte conflictivo establecer lazos de comunicación.

En el ámbito de las creencias sobre el cuidado de su salud sexual, se pudo reconocer que los varones siguen presentando creencias relacionadas a la omnipresencia e invulnerabilidad de la enfermedad, lo que sigue promoviendo que realicen prácticas de riesgo pues asumen que no necesitan llevar a cabo conductas de cuidado (Arias, 2014; Connell, 1987 en Sabo, 2000; Corsi, 1995; Good, Sherron & Dillon en Matud, 2008; Sabo, 2000).

Tales creencias, corresponden a que no se utiliza condón cuando la pareja se encuentra embarazada; el mantenimiento de relaciones sexuales aun cuando se esté en tratamiento médico por alguna infección genital; el realizarse un examen de detección solo cuando se tienen molestias en los genitales –lo que en ocasiones, tampoco llega a presentarse, ya que como mencionan algunos autores (Courtenay, 2000 en Sabo, 2000; Corsi; 1995) el pedir ayuda al otro es considerado una característica femenina, es decir, debilidad, lo que conlleva a que a los varones les resulte conflictivo solicitar atención médica, pues ellos deben ser capaces de solucionarlo por ellos mismos y, así encubren la enfermedad-; la higiene es una la forma de protección más efectiva contra ITS y; el solicitar o comprar condones es vergonzoso, por tanto es mejor no utilizarlos; así como el pensar que las ITS provocan más repercusiones graves en las mujeres y homosexuales que en ellos mismos.

Con respecto a la comparación de la presencia de creencias en los grupos de varones preestablecidos, se estableció la existencia de resultados similares en los ámbitos relacionados a las prácticas en salud sexual y masculinidad, el uso del condón y el control de la sexualidad. En cuanto a las diferencias identificadas, los varones que no han iniciado vida sexual, tienen mayor frecuencia en las creencias que tienen que ver con la baja comunicación y negociación de los métodos anticonceptivos, mientras que en el grupo contrario, se establece mayor arraigo a los mandatos que utilizan la sexualidad/genitalidad como demostración de la masculinidad y los que establecen la invulnerabilidad como una característica de protección contra la enfermedad.

A raíz de lo anterior, puede ser posible, que ciertas creencias relativas a la sexualidad, al estar ancladas con la construcción de la identidad masculina, se reafirman mediante la experiencia (Bleichmar, 1989; Kaufman, 1989), lo que podría explicar el por qué los varones que han tenido relaciones sexuales poseen más creencias relacionadas a prácticas que reafirman y constatan los privilegios que estas conllevan, mientras que el grupo contrario, se ve influenciado por creencias de mandatos sólidos y preestablecidos que no necesitan la práctica como tal, pues ya conforman la identidad masculina desde edades muy tempranas.

Por otra parte, las creencias de nula presencia en ambos grupos, fueron las relacionadas con el papel de preñador (paternidad) y la no expresión de las emociones, aunque en esta última se puede identificar una mayor incongruencia, ya que, si se compara con los resultados de la no negociación de métodos anticonceptivos o uso del condón, se puede detectar una clara evitación de la intimidad en los varones.

Como se pudo observar, los resultados de este estudio nos llevan a plantear que posiblemente la falta de información respecto al virus del VPH y, ciertas creencias relacionadas a una masculinidad de tipo más tradicional guían la conducta de los varones hacia un ámbito de riesgo, aunque esto debe ser tomado con reserva debido al tamaño de la muestra.

Por ejemplo, a pesar de que los participantes poseen la información mínima necesaria sobre el VPH y que, en ocasiones utilicen protección, se puede evidenciar que siguen llevando a cabo prácticas de riesgo, como tener una o más parejas sexuales, no utilizar el condón de manera adecuada (tanto en el sexo vaginal, oral y anal), seguir utilizando otros

métodos anticonceptivos que no protegen de ITS (DIU, PAE, implante subdérmico, espermicida) y, que su uso recae en las mujeres, lo que no concuerda con su alta frecuencia de desacuerdo con la creencia de que *la utilización de métodos anticonceptivos es responsabilidad de las mujeres*.

En este sentido, también se encontraron incongruencias en los resultados obtenidos en la dimensión de *salud sexual y masculinidad*, pues a pesar de que manifestaron estar en desacuerdo con las creencias relacionadas a: *la realización de un examen de detección de ITS, sólo es necesario si existe molestia en los genitales; se pueden tener relaciones sexuales a pesar de estar en tratamiento médico por alguna infección genital; las revisiones genitales son vergonzosas y desagradables, por eso es conveniente evitarlas y; la asistencia médica corresponde sólo a mujeres y niños, los hombres no la necesitan*; se pudo demostrar que no realizan prácticas que reflejen el cuidado de su salud.

Por tanto, aunque en las creencias, no se pudo identificar la presencia de los mandatos de omnipresencia, invulnerabilidad y déficit de comportamientos de cuidado, éstos podrían ser un factor clave del porqué los varones no se realizan una prueba de detección de ITS, no consideran necesario el uso de métodos anticonceptivos y llevan a cabo un consumo frecuente de tabaco, alcohol y drogas.

Otra situación similar, fue el desacuerdo sobre las creencias de que tanto hombres como mujeres pueden tener relaciones sexuales con otra pareja sexual, ya sea en el noviazgo o matrimonio, lo que pudo identificar en los varones un mayor favorecimiento a la equidad de género. En cambio, dentro de sus prácticas, fue común encontrar que tienen más de una pareja sexual, además de la pareja estable. Como resultado, es posible demostrar que los varones presentan una discrepancia entre lo que dicen y lo que hacen.

CONCLUSIONES

Los varones universitarios que participaron en esta investigación poseen un conocimiento inadecuado del VPH, lo que no les permite identificar de manera clara, los factores y prácticas de riesgo para su adquisición, siendo un factor muy importante el que ellos mismos participen de manera activa en el proceso de transmisión y propagación del virus pues, a través de las conductas de riesgo identificadas, es posible que adquieran el VPH con más facilidad, ya que no reconocen su característica asintomática ni logran visualizar sus consecuencias a largo plazo, además de que no realizan prácticas de prevención para detectarlo, lo cual aumenta la probabilidad de que su salud y la de sus parejas sexuales se encuentre en riesgo.

Lo anterior puede deberse a que las acciones de control del proceso salud/enfermedad contra el VPH se han enfocado de manera unilateral en los sistemas de salud, es decir, su campo de acción se reduce a las mujeres. Sin embargo, como se ha comprobado a lo largo del estudio, este tipo de intervenciones no pueden reducirse a una sola población, pues tanto hombres como mujeres pueden adquirir el virus, lo cual da pauta para la toma de medidas más integrales en el ámbito institucional, lo que en consecuencia, puede generar un cambio en el cuidado de la salud individual.

Al mismo tiempo, fue posible evidenciar, que los varones, a pesar de tener mayor contacto con campañas y eventos de salud sexual y reproductiva, en especial del cuidado de ITS y embarazos no deseados, siguen presentando conductas de riesgo relacionadas a prácticas sexuales y consumo de sustancias, las cuales inician desde la adolescencia y se mantienen a lo largo de sus años educativos superiores. Así, se puede advertir que las escasas prácticas sexuales protegidas que realizan para prevenir la adquisición de ITS, en especial el uso del condón, no son suficientemente eficaces para el cuidado de su salud y el de sus parejas sexuales.

Por otro lado, pese a que la mayoría de los varones mostraron un desarraigo hacia creencias relacionadas con una masculinidad tradicional, lo que podría explicarse a un mayor contacto con la promoción de prácticas más equitativas entre los sexos, se pudo detectar el arraigo a ciertas creencias. Estas se encuentran relacionadas con el control de la sexualidad de los otros (as) respecto a la virginidad, fidelidad y monogamia, el carácter

escindido de la mujer, la mayor libertad sexual de los varones, la genitalidad como elemento clave en la demostración de la virilidad y como vía de placer sexual, la restricción emocional dentro del uso y negociación de métodos anticonceptivos y la omnipresencia e invulnerabilidad como guía en el déficit de comportamientos de cuidado de la salud

Por consiguiente, es probable el reconocimiento de que tanto un conocimiento incorrecto sobre el VPH, y ciertas creencias sobre la masculinidad tradicional, promuevan la realización de conductas de riesgo en los varones universitarios, comprobando que no siempre un nivel educativo superior resulta ser un factor protector en salud. Así mismo, tales factores identificados contribuyen a que el varón sea considerado como un factor de riesgo en el incremento de la transmisión y propagación de ITS, en especial el VPH.

A raíz de lo anterior, se puede establecer la importancia del diseño y aplicación de cada uno de los instrumentos realizados para llevar a cabo el objetivo de este estudio, ya que se pudo lograr la obtención inicial de resultados tangibles de las variables a investigar. No obstante, durante el proceso de análisis de resultados, se pudo reconocer la existencia de equívocos en el proceso de elaboración, los cuales están relacionados a un número pequeño de ítems en algunas dimensiones del cuestionario de creencias (para fines estadísticos), la falta de especificidad en las respuestas del uso frecuente del condón (ya que pudieron sesgar los resultados en este ámbito), el orden de aparición de ítems del cuestionario de conductas de riesgo (lo que no permitió una obtención más completa sobre el tipo de orientación sexual de los varones que no habían iniciado vida sexual) y, la redacción de algunos conocimientos del VPH que englobaban información falsa/verdadera. En consecuencia, tales deben ser tomados en cuenta para la posterior validación de los instrumentos, así como también, el número de la muestra, pues fue al ser éste pequeño, se debe tomar con cautela con los resultados obtenidos, pues no poseen las características estadísticas claves, que permita generalizarlos.

De igual forma, es importante señalar que, para la mejora del instrumento de creencias ligadas a las masculinidades, se recomienda la realización de una investigación más amplia respecto al tema, tanto en marco teórico como práctico. En esta última, puede sugerirse, como estudio cualitativo, el desarrollo y ejecución de grupos de reflexión de varones que permitan identificar dentro en discurso, contenido y comportamiento, la

manifestación de creencias relacionadas a una masculinidad tradicional, así como la construcción de nuevas masculinidades.

Con respecto a la aportación que brinda el presente trabajo, se pueden establecer varias líneas de acción tanto en investigación como intervención dentro de ciertas problemáticas visibilizadas:

- A pesar de que el VPH afecta tanto a hombres como mujeres, la literatura respecto a este tipo de virus, centra su atención en las mujeres, por ser éste el grupo de mayor morbilidad y mortalidad respecto a una de las repercusiones más graves del virus, el CCU. No obstante, se ha podido evidenciar que el varón juega un papel importante dentro de este problema de salud. De manera que, resulta indispensable la inclusión del varón dentro de la epidemiología y control del virus, ya que no se puede combatir la infección si los esfuerzos por prevenirla se realizan de forma unilateral. Es decir, para evitar las reinfecciones del virus, es preciso atender a la mujer y al hombre por igual.
- En este sentido, es preciso que, además de campañas para prevenir el desarrollo del virus en algún cáncer, es conveniente combatir y evitar en lo posible la exposición y adquisición del virus mediante la implementación de estrategias de prevención primaria, donde la promoción de la salud sexual y reproductiva sea prioritaria, lo que a largo plazo puede disminuir en gran medida el presupuesto económico destinado al tratamiento de la enfermedad. No obstante, se reconoce que dentro de nuestras sociedades, la incorporación se vuelve compleja por la interacción de muchos otros factores, como por ejemplo, que la sexualidad -en concepto y práctica- sigue siendo tema tabú y, en consecuencia, no se habla de ello, lo que provoca un rechazo mayoritario a la inclusión de la educación sexual dentro del aula y más aún, en la sociedad en general, lo que incrementa el riesgo de que nuestras generaciones jóvenes sigan realizando prácticas sexuales de riesgo que tienen como consecuencia cifras alarmantes de adquisición de ITS y embarazos no deseados en nuestro país.
- A su vez, es preciso realizar mayores investigaciones que utilicen como unidad de análisis al género, ya que éste forma parte esencial dentro de la organización de nuestras sociedades en la manera de cómo hombres y mujeres actúan en relación con su papel y responsabilidades asignados, lo que propicia que, en el ámbito de la

salud, cada parte realice conductas que le faciliten o impidan el acceso a una salud integral. Así, será posible realizar un acercamiento que profundice no sólo el tipo de información que poseen los jóvenes varones al respecto, sino también procesos de mayor complejidad que guían su conducta, lo que permitirá la identificación de mandatos de género que podrían estar relacionados a dicha problemática y, así, disponer de mayores herramientas que permitan el diseño, implementación y evaluación de intervenciones que realicen, además de un cambio a nivel discursivo (cómo se pudo identificar en el presente trabajo), una modificación en el comportamiento.

REFERENCIAS

- AIDS Healthcare Foundation [AHF] México. (2016). Encuesta de Riesgos. Recuperada el 11 de septiembre del 2017, de: <https://pruebadevih.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Encuesta-de-Riesgos-M%C3%A9xico-2016-Mayo-20.-FINAL..pdf>
- Álvarez, M.M., De la Torre, N.L. & Domínguez, G.J. (2014). Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. En *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30 (3), pp. 343-353. Recuperado el 13 de septiembre del 2016 de: <http://eds.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=57032f8b-2f6d-491d-a63d-9c0fa7bb73db@sessionmgr4006&vid=2&hid=4211>
- American Cancer Society. (2014) *¿Cómo se contrae el VPH genital?* Recuperado el 3 de agosto del 2016 de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/infeccionesycancer/fragmentado/el-vph-y-las-pruebas-para-el-vph-how-do-you-get-hpv>
- American Cancer Society. (2016a). *El VPH y las pruebas para el VPH*. Recuperado el 8 de septiembre del 2016 de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-043358pdf.pdf>
- American Cancer Society. (2016b) *¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino?* Recuperado el 18 de septiembre del 2016 de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-causes-risk-factors>
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2010). Cuestionario de Conductas de Riesgo para Adolescentes. En Vallejo, A., Celis, B. & Osorno, R. (Comp.), *Prácticas Parentales, CESD-R y Conductas de Riesgo* (pp. 29-38). México: UNAM.
- Brebi, P., Hartley, R., G.Ili, C., Roa, J. & Sánchez, R. (2013). Infección por el virus del papiloma humano en el hombre y su relación con el cáncer: estado actual y perspectivas. En *Revista Internacional de Andrología*, 11(1), pp. 25-30. DOI: 10.1016/j.androl.2012.09.001

Recuperado el 13 de febrero del 2017, de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-infeccion-por-el-virus-del-S1698031X13000046>

Arellano Gálvez, M.C. & Castro Vásquez, M.C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. En *Estudios Sociales*, 21 (42), pp.260-278.

Arias García, N.Y. (2014). *Construcciones de género y autocuidado individual y en pareja en mujeres con VPH* (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.

Ariza, M. & De Oliveira, O. (2005). Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México. *Caderno CRH*, 18 (43), pp. 15-33. Recuperado el 30 de noviembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347632166002>

Barrios Martínez, David. (2003). *Resignificar lo Masculino* (1ª Ed.). México: Vila Editores.

Bleichmar, E. (1989). Género y Sexo: su diferenciación y lugar en el Complejo de Edipo. En E.D. Bleichmar. (1ª Ed). *El Feminismo Espontáneo de la Histeria* (pp.31-57). México: Fontamara.

Brebi, P., Hartley, R., G.lli, C., Roa, J. & Sánchez, R. (2013). Infección por el virus del papiloma humano en el hombre y su relación con el cáncer: estado actual y perspectivas. En *Revista Internacional de Andrología*, 11(1), pp. 25-30. DOI: 10.1016/j.androl.2012.09.001 Recuperado el 13 de febrero del 2017, de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-infeccion-por-el-virus-del-S1698031X13000046>

Castro-Vásquez, M.C. & Arellano-Gálvez, M.C. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 52(3), 207-212. Recuperado en 07 de febrero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300004&lng=es&tlng=es.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2016). *Cáncer de Cuello de Útero*. Recuperado el 19 de septiembre del 2016 de: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/CancerdeLaMujer/CaCu/introduccion.html

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2017). *Semana de Sensibilización del cáncer de cuello uterino 2017*. Recuperado el 18 de agosto del 2017 de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegrs/acciones-y-programas/semana-de-sensibilizacion-del-cancer-de-cuello-uterino-2017>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud*. Recuperado el 31 de agosto del 2016 de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia_its.pdf
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) (2014). *Cartilla Nacional de Salud del Adolescente (de 10 a 19 años)*. Recuperado el 13 de febrero del 2017, de: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/cartillas.html>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) (2015). *Esquema de Vacunación*. Recuperado el 13 de febrero del 2017, de: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/esquema.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2016). *Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Infección genital por VPH: Hoja informativa*. Recuperado el 29 de agosto del 2016 en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud*. Recuperado el 31 de agosto del 2016 de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia_its.pdf
- Cerón, S. (2010). Experiencia de México: Introducción de vacuna preventiva y prueba de detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) [diapositiva power point]. Programa de Cáncer Cérvico Uterino. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaria de Salud. Recuperado el 13 de febrero del 2017, de: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Susana_Ceron_Experiencia_Mexico.pdf
- Charry, C.I. & Torres, J.L. (2005). Masculinidad, sexualidad y salud reproductiva en los jóvenes de la ciudad de México. En R. Montesinos (Coord), *Masculinidades Emergentes* (pp.107-146), UAM Iztapalapa, México

- Ciudad de México [CDMX]. (2015). Por mí, por ti, por tod@s: Información vital para la salud sexual (3a Ed). México: Secretaría de Salud del Distrito Federal. Recuperado el 26 de abril del 2018, de: https://issuu.com/fundacionmexicovivo/docs/mx_por_mi__por_ti__por_tod_s
- Clínica Papiloma. (2016). *Androscopia*. Recuperado el 8 de septiembre del 2016: <http://www.clinicapapiloma.com.mx/androscopia/>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2005). *Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes (2005): "Hagamos un hecho nuestros derechos"*. México: CNDH.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (2ª ed.)*. México: CNDH. Recuperado el 20 de febrero del 2017, de: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Cartilla-Derechos-Sexuales-Adolescentes.pdf>
- Connell, R. (2015). La Organización Social de la Masculinidad. En R. Connell (*Autor*), *Masculinidades (2ª Ed., I. Artigas e I. Vericat, Trad.)*, (pp.101-122). México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género. (Obra original publicada en 1995).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2016). *Índice de Marginación por Entidad Federativa y Municipio, principales resultados 2015*. Recuperado el 2 de octubre del 2016 de: <http://www.gob.mx/conapo/documentos/indice-de-marginacion-por-entidad-federativa-y-municipio-principales-resultados-2015>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2010). La situación actual de los jóvenes en México: Serie de Documentos Técnicos. Recuperado el 24 de octubre del 2016, de: www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_3.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). *Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*: Recuperado el 28 de septiembre del 2016 de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_resultados_de_la_Encuesta_Nacional_de_la_Dinamica_Demografica_2014

— *Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, 2009 y 2014.*

— *Necesidad Insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos, 2009 y 2014.*

— *Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil unidas, 200 y 2014.*

— *Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas, 200 y 2014.*

Conzuelo, A.E. (2006). *PAPILOMAVIRUS: Los virus más viejos del mundo*. México: Trillas.

Corsi, J. (1995). Introducción. La construcción de la identidad masculina. Masculinidad y Violencia. En J. Corsi (Comp.), *Violencia masculina en la pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp.11-40). Buenos Aires: Paidós.

Cruz. A. (agosto del 2010). Jóvenes informados pero no precavidos, un Problema de Salud. *Crónica*. Recuperado de: http://www.cronica.com.mx/notas/2010/5_24347.html

Cruz Martínez, A. (septiembre del 2014). Vacunar contra papiloma a niñas de 9 y 10 años, más efectivo que a mayores edades, *La Jornada*, p.41. Recuperado el 21 de febrero del 2017, de: <http://www.jornada.unam.mx/2014/09/02/sociedad/041n1soc>

Cubillas, M.J., Abril, E., Domínguez, S.E., Román, R., Hernández, A., & Zapata, J. (2016). Creencias sobre estereotipos de género de jóvenes universitarios del norte de México. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 12 (2), pp. 217-230. Recuperado el 29 de marzo del 2017, de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n2/v12n2a05.pdf>

De Armas, Araceli (1993). Concepto de salud y su evolución. En M.A. González de Chávez (Comp.), *Cuerpo y subjetividad femenina: Salud y género* (1ª Ed.), (pp.1-43). España: Siglo XXI.

De Guglielmo, C.Z., Rodríguez, B.A., Ávila, H.M., Veitía, M.D., Fernandes, B.A., & Correnti, de P.M. (2009). Virus de Papiloma Humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. En *Revista Venezolana de Oncología*, 22 (1), pp. 32-38. Recuperado el 18 de septiembre del 2016 de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v22n1/art04.pdf>

- De Villiers, E.M., Fauquet, C., Broker, T.R., Bernard, H.U., zur Hausen, H. (2004). Classification of papillomaviruses. En *Virology*, 324 (1), pp. 17–27. DOI: 10.1016/j.virol.2004.03.033 Recuperado el 18 de julio del 2016 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15183049>
- Di Cesare, M. (2007). América Latina: patrones emergentes en la fecundidad y la salud sexual y reproductiva y sus vínculos con la reducción de la pobreza. En *Notas de Población*, 84, pp. 11-51. Recuperado el 28 de enero del 2017, de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37698-notas-poblacion-vol34-ndeg-84>
- Espacio Digital de Prevención de Adicciones, Facultad de Psicología, UNAM (2013). Drogas y sus Efectos: Alcohol. Recuperado el 10 de junio del 2017, de: <http://www.psicol.unam.mx/adicciones/efectos/alcohol.html>
- Espíndola, J., Morales-Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J., e Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco–obstétrica hospitalizada. En *Perinatología y Reproducción Humana*, 20 (4), pp. 112.122.
- Facultad de Estudios Superiores Acatlán (FES Acatlán). (2009). *Servicios Médicos. Sexualidad: Papiloma Humano*. Recuperado el 18 de septiembre del 2016 en: <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/sexualidad/12/>
- Fernández Sandí, M. & Soto Pérez, G.J. (2008). *Guía sobre el virus del papiloma humano* (3ª ed.). México: DEMAC.
- Fundación Nacional para el Cáncer Cervicouterino (FUNACC). (s.f). *Campañas Vacunación*. Recuperado el 13 de febrero del 2017, de: <http://www.funacc.org.mx/Campa%C3%B1as.html>
- Gámez Guillen, T. D. (2015). *El autocuidado, la actitud hacia la sexualidad y el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados y no escolarizados* (Tesis de Licenciatura). Universidad Insurgentes, México.
- García-Rojo, M. & Morillo-Castro, A. (1999). Técnicas de Biología Molecular en el Diagnóstico en Dermatología. En *Dermatología Peruana*, 9 (1), pp. 5-40.

Recuperado el 8 de septiembre del 2016 de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v09_sup1/tecnicas.htm

Ginecología y Obstetricia de Vanguardia. (2012). *Exámenes: Colposcopía, Penoscopía y Androscopía*. Recuperado el 8 de septiembre del 2016 de: <http://www.ginecobstetriciadevanguardia.com/examenes.htm>

Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre: Concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós Básica.

González, de C, M.A. (1993) Conformación de la subjetividad femenina. En M.A. González de Chávez (Comp.), *Cuerpo y subjetividad femenina: Salud y género* (1ª Ed.), (pp.71-122). España: Siglo XXI.

Gutiérrez Serrano, K.I. (2013). *Prácticas sexuales de mujeres con Virus del Papiloma Humano: experiencias y significados* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM, México.

Guzmán González, C.I. (junio del 2016). Responsabilidad social para abatir desigualdad en salud, *Grupo Milenio: Suplemento Mensual*, p. 22.

Hartigan, Pamela. (2001). *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Population and Development Studies (Publicación Ocasional N°7), pp 11-29.

Hernández, O.M. (2008). Debates y Aportes en los Estudios sobre Masculinidades en México. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 39 (116), pp. 231-253. Recuperado el 1 de mayo del 2017, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13711161008>.

Hernández-Carreño, L., Parrilla-Loredo, S., & Quintero-Soto, M.L. (2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus del Papiloma Humano. En *Revista Digital Universitaria*, 13 (9), pp. 1-16. Recuperado el 18 de septiembre del 2016 de: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/>

Herrera-Ortiz, A., Arriaga-Demeza C, R., Conde-González C, J., & Sánchez-Alemán M, A. (2013). Conocimiento sobre el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano,

y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios. *Gaceta Médica de México*. 149:16-26. Recuperado el 5 de abril del 2016 en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n1/GMM_149_2013_1_016-026.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). (2012). *Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012: Resultados Generales*. Recuperado el 24 de octubre del 2016, de: https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). (2012b). *Encuesta Nacional de Valores de la Juventud 2012*. Recuperado el 24 de octubre del 2016, de: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Cuestionario_Individual_ENVAJ_2012.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2016a). *Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia*. Recuperado el 14 de noviembre del 2016, de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2016b). *Vasectomía sin bisturí*. Recuperado el 14 de noviembre del 2016, de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/vasectomia>

Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2014). *Pruebas de Papanicolaou y del virus del papiloma humano (VPH)*. Recuperado el 8 de septiembre del 2016 de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph>.

Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2015). *Virus del papiloma humano y el cáncer*. Recuperado el 3 de agosto del 2016 de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph>

Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (s.f). *Cáncer de útero: Versión para pacientes*. Recuperado el 18 de septiembre del 2016 de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). INEbase: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Recuperada el 6 de junio del 2017, de: <http://www.ine.es/daco/daco42/sida/cuestionario.htm>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Principales Resultados*. Recuperado el 28 de septiembre del 2016, de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015b). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. ENADID 2014. Principales Resultados*. Recuperado el 28 de septiembre del 2016, de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015c). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos: Preferencias reproductivas, anticoncepción y sexualidad*. Recuperado el 28 de septiembre del 2016, de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33733>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015d). *Mortalidad: causas de defunción. Principales causas*. Recuperado el 13 de mayo del 2017, de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (junio del 2015). *ISSSTE, líder en América Latina en detección oportuna de VPH*. Recuperado el 20 de febrero del 2017, de: <http://www.gob.mx/issste/prensa/issste-lider-en-america-latina-en-deteccion-oportuna-de-vph>

Kaufman, M. (1989). *Hombres: placer, poder y cambio*. Santo Domingo: CIPAF.

Kaufman, M. (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En L.G., Araujo, M., León & M., Viveros (Comp.), *Género e Identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 123-146). Colombia: T.M.

- Lamas, Marta. (1998). Sexualidad y género: La voluntad del saber feminista. En I. Szasz & S. Lerner (Comp.), *Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (pp. 49-67). México: Colegio de México.
- Lizano-Soberón, M., Carrillo-García, A., & Contreras-Paredes, A. (2009). Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. En *Cancerología 4*, pp. 205-216. Recuperado el 16 de julio del 2016 de: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf>
- Lomelín, J., García, M., Braverman, A., & Barrientos, T. (abril del 2016). La vacuna VPH, un derecho de las niñas, *Grupo Milenio: Suplemento Mensual*, p. 17.
- Lugo Garfias, M.E. (2015). El derecho a la *salud* (1ª ed.). México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Recuperado el 20 de febrero del 2017, de: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll_DerSalud.pdf
- Melo, G. & Waliszewski, S. (2009). El virus del papiloma humano. En *Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana*, 22 (2), pp. 23-25. Recuperado el 28 de septiembre del 2016, de: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/virus/index.html>
- Meza, M., Carreño, J., Morales, F., Aranda, C., Sánchez, C., & Espíndola, J. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. En *Perinatología y Reproducción Humana*, 22 (3), pp. 168-173.
- Meza-Rodríguez, M., Mancilla-Ramírez, J., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., Pimentel-Nieto, D & Carreño- Meléndez, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. En *Perinatología y Reproducción Humana*, 25 (1), pp.17-22.
- Muñoz, N., Castellsagué, X., Berrington, de G.A., & Gissmann, L. (2006). Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. En *Vaccine 24S3*, S3/1–S3/10. Recuperado el 18 de septiembre del 2016 de: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/CAP%201%20-%20ETIO%20CANCER.pdf

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, s.f.). Material Educativo para los Pacientes: ¿Qué es una bebida estándar? Recuperado el 10 de junio del 2017, de: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/spanish/clinicians_guide13_p_mats.htm

Núñez Noriega, G. (2016). Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian? *Culturales*, 4 (1), pp. 9-31. Recuperado el 1 de mayo del 2017, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69445150001>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *El Cáncer Cervicouterino en las Américas*. Recuperado el 19 de septiembre del 2016 de: <file:///C:/Users/Coher/Downloads/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Cervicouterino-2014.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). *Género*. Recuperado el 20 de mayo del 2017, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino*. Recuperado el 10 de septiembre del 2016 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado el 14 de septiembre del 2016 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Pagliusi, S.R., Aguado, M.T., & Parkin, D. M. (2007). Possible Worldwide Impact of Prevention of Human Papillomavirus Infection. En R. Garcea & D. Dimairo (Eds), *The papillomavirus* (pp. 387-413). New York, USA: Springer.

Portal de Estadística Universitaria (UNAM). (2017). Perfil Alumnos Egresados de Licenciatura de la UNAM 2015. Recuperado el 4 de septiembre del 2017 de: <http://www.estadistica.unam.mx/perfiles/>

- *Edad de ingreso*. Todos los planteles y carreras.
- *Edad de egreso*. Todos los planteles y carreras.

- Real Academia Española (RAE). (2014a). Inóculo. En *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Recuperado el 26 de octubre del 2016, de: <http://dle.rae.es/?id=Lhgfo9d>
- Real Academia Española (RAE). (2014b). Inocular. En *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Recuperado el 26 de octubre del 2016, de: <http://dle.rae.es/?id=LhcnOen>
- Reartes, D. (2007). Características y dificultades en la atención de varones infectados por el virus del papiloma humano (VPH). La experiencia de un servicio de salud en la ciudad de México. *Estudios de Antropología Biológica*, 13 (2), pp. 787-803. Recuperado el 25 de noviembre del 2016, de: <http://www.journals.unam.mx/index.php/eab/article/view/26418>
- Ries, F., Campos, M., Del Castillo, A, & Castañeda, C. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. En *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (2), pp.9-16.
- Romero Perea, F.E. (2012) Taller basado en la TREC dirigido a padres de niñas entre 9 y 12 años para modificar actitudes con respecto a vacunar a sus hijas contra el Virus del Papiloma Humano (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
- Sabo, D. (2000). *Comprender la salud de los hombres: Un enfoque relacional y sensible al género*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Population and Development Studies (Publicación Ocasional N°4), pp. 1-20.
- Sánchez-Domínguez, M.S., Leyva-Flores, R., Caballero, G.M., & Infante, X, C. (2010). Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centroamérica. En *Migración y Desarrollo*, 7 (15), pp. 155-178.
- Secretaria de Salud (s.f.). *Lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la infección por virus del papiloma humano, en el sector privado*. Recuperado el 9 de febrero del 2017, de: <http://www.programassociales.org.mx/sustentos/Oaxaca518/archivos/LINEAMIENTOS%20DE%20VAC%20VPH.pdf>

- Senado de la República. (2017). Comisión de Salud. En *Diario de los Debates*, LXIII Legislatura, AÑO I, Primer Periodo Ordinario, Sesión Núm. 33 [3 de diciembre del 2015], pp. 780-789. Recuperado el 14 de febrero del 2017, de: <http://www.senado.gob.mx/index.php?watch=13&mn=1&id=2781&lg=63&anio=1#58439>
- Sin autor. (diciembre del 2015). El Senado solicita vacunar a varones contra el virus de papiloma humano. *Diario de Yucatán*. Recuperado el 14 de febrero del 2017, de: <http://yucatan.com.mx/salud/el-senado-solicita-vacunar-a-varones-contra-el-virus-de-papiloma-humano#sthash.3v8ejRlx.dpuf>
- Sin autor. (febrero del 2015). Prevención y detección oportuna del cáncer, retos del ISSSTE, *La Jornada San Luis*. Recuperado el 20 de febrero del 2017, de: <http://lajornadasanluis.com.mx/politica-y-sociedad/prevencion-y-deteccion-oportuna-del-cancer-retos-del-issste/>
- Sicom TV. (2016/10/02) Papiloma: Las mujeres tenemos que decidir [documental sobre la vacuna]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=8qKUHpRIA4w>
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L.R. & Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (Supl.1), s34-s43. Recuperado el 28 de marzo del 2017, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700007&lng=es&tlng=es.
- Szasz, I. (2000). Varones mexicanos: Género, Sexualidad y Salud reproductiva. *Estudios feministas*, 1(8), pp.186-199.
- Tirado-Gómez, L.L, Mohar-Betancourt, A., López-Cervantes, M., García-Carrancá, A., Franco-Marina, F., & Borges, G. (2005). Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. En *Salud Pública de México*, 47(5), pp. 342-350. Recuperado el 28 de septiembre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342005000500004&lng=es&tlng=es.

Villanueva, P. (junio del 2016). Va IMSS rezagado en prueba contra VPH, *Reforma*. Recuperado el 20 de febrero del 2017, de: <http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=889504&v=3&urlredirect=http://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=889504&v=3>

ANEXO 1

INSTRUCCIONES GENERALES

El objetivo principal de este estudio es la elaboración de una tesis profesional acerca de las ideologías, comportamientos y conocimientos relacionados con la salud sexual de los jóvenes, por lo que solicito su cooperación para responder los siguientes cuestionarios.

Por favor, atienda las siguientes instrucciones:

-Lea con atención y cuidado las indicaciones que se encuentran al inicio de cada cuestionario.

-Conteste de la manera más honesta posible ya que las RESPUESTAS que brinde serán ANÓNIMAS y CONFIDENCIALES.

-En caso de que surja alguna duda, pregunte a la persona responsable de la aplicación.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y BUEN DÍA!

DATOS GENERALES

Fecha: _____/_____/2017

Edad: _____

Sexo: Hombre [] Mujer []

Nivel de estudios: Licenciatura [] Posgrado []

Sistema: Escolarizado [] No Escolarizado []

Facultad: _____

Carrera: _____ Semestre: _____

ANEXO 2

Marco teórico utilizado para la generación de los ítems y dimensiones/categorías de la Escala de Creencias sobre Salud sexual ligadas a las Masculinidad Hegemónica.

Dimensiones/categorías: Ítems	Autores
<p>Paternidad/papel de preñador</p> <p>1. Una función primordial del hombre es el demostrar que es capaz de procrear.</p>	<p>Barrios, 2003</p> <p>Bonino, 2000</p> <p>Gilmore, 1994</p> <p>Stern <i>et al.</i>, 2003</p>
<p>Invulnerabilidad y masculinidad</p> <p>2. El que un hombre presente una Infección de Transmisión Sexual (ITS) es una prueba de su virilidad.</p> <p>3. Una mujer que ha tenido varias parejas sexuales es la que posee una Infección de Transmisión Sexual (ITS).</p> <p>4. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo provocan consecuencias graves de salud en las mujeres.</p> <p>5. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo provocan consecuencias graves de salud en las personas homosexuales.</p>	<p>Zacarías, 1998 en Hartigan, 2001</p> <p>Arias, 2014; Gutiérrez, 2013; Hartigan, 2001</p> <p>Arias, 2014; Conzuelo, 2010; CENSIDA, 2011</p>
<p>Prevención en salud sexual y masculinidad</p> <p>6. La realización de un examen de detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo es necesaria si existe alguna molestia en los genitales.</p> <p>7. La higiene genital es una forma de protección más efectiva contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que el condón.</p> <p>8. Solicitar o comprar condones es vergonzoso, por tanto, es mejor no utilizarlos.</p> <p>9. La asistencia médica corresponde sólo a mujeres y niños (as), los hombres no la necesitan.</p> <p>10. Es normal que el hombre no utilice condón cuando su pareja se encuentra embarazada.</p>	<p>Arias, 2014</p> <p>Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010</p> <p>CENSIDA, 2011</p> <p>Charry & Torres, 2005</p> <p>Corsi, 1995</p> <p>Gutiérrez, 2013</p> <p>Hartigan, 2001</p> <p>Reartes, 2007</p> <p>Stern <i>et al.</i>, 2003</p>

<p>11. Las revisiones genitales son vergonzosas y desagradables, por eso es conveniente evitarlas.</p> <p>12. Se puede tener relaciones sexuales a pesar de estar en tratamiento por alguna infección genital.</p>	
<p>Uso y negociación de métodos anticonceptivos</p> <p>13. La utilización de métodos anticonceptivos es responsabilidad de las mujeres.</p> <p>14. Un hombre que negocia el uso del condón con su pareja es considerado mandilón.</p> <p>15. En general, las personas no hablan con la pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos (p.ej. el condón) pues resulta una situación incómoda.</p> <p>16. En general un hombre usa condón sólo si la pareja se lo pide.</p> <p>17. En relaciones sexuales no planeadas, es común que no haya negociación del uso del condón.</p>	<p>Arias, 2014</p> <p>Charry & Torres, 2005</p> <p>Connell, 2015</p> <p>Corsi, 1995</p> <p>Hartigan, 2001</p> <p>Kaufman, 1995</p> <p>Sabo, 2000</p> <p>Stern <i>et al.</i>, 2003</p> <p>Szasz, 2000</p>
<p>Prácticas y significados en el uso del condón</p> <p>18. El condón disminuye el placer sexual.</p> <p>19. Cuando se usa el condón, la relación sexual deja de ser espontánea.</p> <p>20. El condón se utiliza con parejas ocasionales.</p> <p>21. Cuando se tiene sexo dentro de una relación estable, no se utiliza protección ya que existe confianza de ambas partes.</p>	<p>Barrios, 2003</p> <p>Charry & Torres, 2005</p> <p>Hartigan, 2001</p> <p>Reartes, 2007</p> <p>Stern <i>et al.</i>, 2003</p> <p>Szasz, 2000</p>
<p>Expresiones de emotividad</p> <p>22. Los hombres que se preocupan por su salud son débiles.</p>	<p>Corsi, 1995</p> <p>Courtenay, 2000 en Sabo, 2000</p> <p>Gilmore, 1994</p> <p>Kaufman, 1995</p>

<p>Genitalidad como demostración de la virilidad</p> <p>23. ^{**103} Por naturaleza, los hombres necesitan las relaciones sexuales más que las mujeres.</p> <p>24. Una mujer con experiencia sexual es un buen prospecto para que el hombre inicie su vida sexual.</p> <p>25. Un hombre con experiencia sexual es un buen prospecto para que una mujer inicie su vida sexual.</p> <p>26. Cuando un hombre tiene múltiples parejas sexuales posee mayor reconocimiento por parte de otros hombres.</p> <p>27. En el sexo, lo importante es el rendimiento físico y sexual del hombre durante el acto.</p>	<p>Ariza y De Oliveira, 2005</p> <p>Barrios, 2003</p> <p>Charry & Torres, 2005</p> <p>^{**}Cubillas <i>et al</i>, 2016</p> <p>Gilmore, 1994</p> <p>Hartigan, 2001</p> <p>Reartes, 2007</p> <p>Stern <i>et al.</i>, 2003</p>
<p>Control de la sexualidad de otros (as): virginidad, fidelidad, monogamia</p> <p>28. ^{**} Los hombres son infieles por naturaleza.</p> <p>29. ^{**} La mujer debe llegar virgen al matrimonio.</p> <p>30. ^{*104} Los hombres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.</p> <p>31. [*] Las mujeres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.</p> <p>32. Un hombre en una relación de noviazgo puede tener más de una pareja sexual.</p> <p>33. Una mujer en una relación de noviazgo puede tener más de una pareja sexual.</p> <p>34. [*] Los hombres casados pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.</p> <p>35. Las mujeres casadas pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.</p>	<p>[*]ENSARE, IMSS 1998 en Ariza y De Oliveira, 2005</p> <p>Barrios, 2003</p> <p>Charry & Torres, 2005</p> <p>^{**}Cubillas <i>et al</i>, 2016</p> <p>Gilmore, 1994</p> <p>Hartigan, 2001</p> <p>Reartes, 2007</p> <p>Szasz, 2000</p>

¹⁰³ ^{**} Ítems pertenecientes a la Escala de estereotipos de género de Cubillas *et al*, 2016.

¹⁰⁴ ^{*} Ítems pertenecientes a la Encuesta de Salud Reproductiva (ENSARE, IMSS, 1998 en Ariza y De Oliveira, 2005).

ANEXO 3. ESCALA DE CREENCIAS SOBRE SALUD SEXUAL LIGADAS A LAS MASCULINIDADES

CUESTIONARIO #1

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan frases acerca de la salud y la sexualidad. **Marque con una "X"** la opción de respuesta con la que mejor se identifique.

FRASES	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Un hombre en una relación de noviazgo puede tener más de una pareja sexual.					
2. Una mujer que ha tenido varias parejas sexuales es la que posee una Infección de Transmisión Sexual (ITS).					
3. Un hombre que negocia el uso del condón con su pareja es considerado mandilón.					
4. Una mujer con experiencia sexual es un buen prospecto para que un hombre inicie su vida sexual.					
5. Los hombres son infieles por naturaleza.					
6. El condón se utiliza con parejas ocasionales.					
7. Solicitar o comprar condones es vergonzoso, por tanto, es mejor no utilizarlos.					
8. Una función primordial del hombre es el demostrar que es capaz de procrear.					
9. Los hombres que se preocupan por su salud son débiles.					
10. Un hombre con experiencia sexual es un buen prospecto para que una mujer inicie su vida sexual.					
11. La higiene genital es una forma de protección más efectiva contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que el condón.					

12. En general, las personas no hablan con su pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos (p.ej. el condón) pues resulta una situación incómoda.					
FRASES	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
13. Las mujeres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.					
14. El condón disminuye el placer sexual.					
15. La realización de un examen de detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo es necesaria si existe alguna molestia en los genitales.					
16. Los hombres pueden tener relaciones sexuales antes de casarse.					
17. En el sexo, lo importante es el rendimiento físico y sexual del hombre durante el acto.					
18. Es normal que el hombre no utilice condón cuando su pareja se encuentra embarazada.					
19. En general un hombre usa condón sólo si la pareja se lo pide.					
20. Se puede tener relaciones sexuales a pesar de estar en tratamiento por alguna infección genital.					
21. Las mujeres casadas pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.					
22. Cuando un hombre tiene múltiples parejas sexuales posee mayor reconocimiento por parte de otros hombres.					
23. El que un hombre presente una Infección de Transmisión Sexual (ITS) es una prueba de su virilidad.					
24. Cuando se tiene sexo dentro de una relación estable, no se utiliza protección ya que existe confianza de ambas partes.					
25. La utilización de métodos anticonceptivos es responsabilidad de las mujeres.					

26. Los hombres casados pueden tener relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja.					
FRASES	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
27. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo provocan consecuencias graves de salud en las mujeres.					
28. La asistencia médica corresponde sólo a mujeres y niños (as), los hombres no la necesitan.					
29. Cuando se usa el condón, la relación sexual deja de ser espontánea.					
30. La mujer debe llegar virgen al matrimonio.					
31. En relaciones sexuales no planeadas, es común que no haya negociación del uso del condón.					
32. Por naturaleza, los hombres necesitan las relaciones sexuales más que las mujeres.					
33. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) sólo provocan consecuencias graves de salud en las personas homosexuales.					
34. Una mujer en una relación de noviazgo puede tener más de una pareja sexual.					
35. Las revisiones genitales son vergonzosas y desagradables, por eso es conveniente evitarlas.					

ANEXO 4. ENCUESTA SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO

CUESTIONARIO #2

INSTRUCCIONES

Este cuestionario pretende recabar información sobre estilos de vida relacionados a la experiencia sexual de la población juvenil.

Se han diseñado dos tipos de preguntas. En las de opción múltiple, **marque con una "X"** la respuesta que considere describe mejor cómo ha sido su experiencia sexual. En las preguntas abiertas, **proporcione detalladamente la información requerida.**

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Sí () No ()

**Si su respuesta fue No, pase a la pregunta 18.*

2. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual? _____ años

3. ¿Con quién tuvo su primera relación sexual?

Pareja estable () Amigo(a) () Pareja ocasional ()
Sexoservidor(a) () Alguien desconocido () Otro, ¿quién? _____

4. ¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera experiencia sexual?

Sí () ¿Cuál (es)? _____

No () ¿Por qué? _____

5. Desde su primera relación sexual hasta este momento, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?

Sólo una () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 a 12 () 13 o más ()

6. Su orientación sexual es:

Heterosexual () Homosexual () Bisexual () Otra, ¿cuál? _____

7. Independientemente de su orientación sexual, ha tenido relaciones sexuales con:

Hombres () Mujeres () Hombres y mujeres ()

8. En los últimos seis meses, ¿ha tenido relaciones sexuales? Sí () No ()

**Si su respuesta fue No, pase a la pregunta 14.*

9. En ese periodo de tiempo, ¿con quién ha tenido relaciones sexuales? Puede marcar más de una opción, si así lo requiere.

Pareja estable () Amigo(a) () Pareja ocasionales ()
Sexoservidor(a) () Alguien desconocido () Otro, ¿quién? _____

10. En los últimos seis meses, ¿ha utilizado algún método anticonceptivo?

Sí () ¿Cuál (es)? _____

No () ¿Por qué? _____

11. En caso de haber utilizado el *condón masculino* o *preservativo* como respuesta en la pregunta anterior, mencione la *frecuencia* con que lo utilizó en los últimos seis meses:

Siempre [] Casi siempre [] A veces [] Casi nunca []

12. Pensando en la última relación sexual en que utilizó un *condón masculino*, ¿quién tomó la iniciativa de su uso?

Usted [] Su pareja sexual [] Ambos []

13. Pensando en la última relación sexual en que utilizó un *condón masculino*, ¿quién consiguió el condón?

Usted [] Su pareja sexual [] Ambos []

14. En los últimos seis meses, ¿ha practicado *sexo oral*? Sí [] No []

**Si su respuesta fue No, pase a la pregunta 16.*

15. En ese periodo de tiempo, ¿utilizó algún método de protección al practicar *sexo oral*?

Sí [] ¿Cuál (es)? _____

No [] ¿Por qué? _____

16. En los últimos seis meses, ¿ha practicado *sexo anal*? Sí [] No []

**Si su respuesta fue No, pase a la pregunta 18.*

17. En ese periodo de tiempo, ¿utilizó algún método de protección al practicar *sexo anal*?

Sí [] ¿Cuál (es)? _____

No [] ¿Por qué? _____

18. ¿Alguna vez ha presentado una *Infección de Transmisión Sexual (ITS)*?

Sí [] ¿Cuál (es)? _____ No [] No lo sé []

19. ¿Alguna vez se ha realizado una o más pruebas para detectar una o varias *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*?

Sí [] ¿Para cuál(es) ITS? _____

No []

**Si su respuesta fue No, pase a la pregunta 23.*

20. Exponga la razón por la cual se realizó tal o tales pruebas de detección:

21. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó dicha o dichas pruebas?

Menos de 6 meses [] De 7 a 12 meses [] De 13 a 18 meses [] Más de 18 meses []

22. ¿Se has realizado dicha o dichas pruebas de nuevo?

Sí (), aproximadamente, ¿cuántas veces? _____

No () ¿Por qué? _____

23. ¿Conoce alguna prueba de detección del Virus del Papiloma Humano (VPH)?

Sí () ¿Cuál (es)? _____

No ()

Información complementaria

SECCIÓN A

Sólo varones. ¿Se le ha practicado la circuncisión? Sí () No ()

Sólo mujeres. ¿Ha estado embarazada? Sí () No ()

Número de embarazos: _____

SECCIÓN B

¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida? Sí () No ()

**Si su respuesta fue No, pase a la sección C.*

Edad en que fumó por primera vez: _____ años

En el último año ¿ha fumado tabaco? Sí () No ()

**Si su respuesta fue No, pase a la sección C.*

En el último mes ¿ha fumado tabaco?

Sí, de 1 a 5 días () Sí, de 6 a 19 días () Sí, de 20 a más días () No ()

Aproximadamente, ¿cuántos cigarros fuma al día? _____

SECCIÓN C

¿Ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida? Sí () No ()

**Si su respuesta fue No, pase a la sección D.*

Edad en que bebió una copa** completa por primera vez: _____ años

****Una copa o bebida estándar, equivale a una cerveza de 330 ml, una copa de vino de 140 ml o en el caso de los destilados [ron, vodka, tequila, brandy, etc.] la medida es un caballito de tequila.**

¿Qué tipo de bebida (s) alcohólica (s) ingirió en ese momento?

Actualmente, ¿qué bebidas alcohólicas acostumbra tomar?

¿Con qué frecuencia consume 5 copas o más de algún tipo de bebida alcohólica en una sola ocasión?

Nunca en el último año { } Una vez al año { } Una vez cada seis meses { }

De dos a tres veces cada mes { } Una o más veces en la última semana { }

SECCIÓN D

¿Ha consumido algún tipo de droga ilegal? Sí { } No { }

Edad en que consumió algún tipo de droga la primera vez: _____ años

¿Qué tipo de droga (s) consumió en ese momento?

¿En los últimos dos años ha consumido algún tipo de droga ilegal? Sí { } No { }

¿Con qué frecuencia la consume?

Una vez al año { } Una vez cada seis meses { } Una vez al mes { }

De dos a tres veces cada mes { } Una o más veces en la última semana { }

ANEXO 5

Marco teórico utilizado para la generación de los ítems y dimensiones del Cuestionario sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Dimensiones/categorías: Ítems	Respuestas correctas	Autores
<p>Identificación del VPH como una ITS:</p> <p>¿Qué es el VPH?</p> <p>1. El VPH es una infección urinaria común en la población.</p> <p>2. El VPH es una Infección de Transmisión Sexual (ITS).</p> <p>3. El VPH es considerado una infección vaginal.</p>	<p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p>	<p>OMS, 2016.</p>
<p>Formas de transmisión</p> <p>4. La vía sexual es una forma de transmisión del VPH.</p> <p>5. La sangre es una vía de transmisión del VPH.</p> <p>6. El VPH se transmite de madre a hijo durante el embarazo.</p> <p>7. El VPH se transmite al bebé cuando la mujer da a luz por vía vaginal.</p> <p>8. El VPH se transmite mediante el contacto genital, aunque no se dé la penetración.</p> <p>9. Cuando se utiliza ropa interior de una persona que posee la infección por VPH, ésta se adquiere.</p> <p>10. Es común adquirir el VPH en baños públicos.</p> <p>11. El VPH se transmite por medio de juguetes sexuales.</p>	<p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p>	<p>OMS, 2016</p> <p>American Cancer Society, 2014</p> <p>Fernández & Soto, 2008</p> <p>American Cancer Society, 2014</p> <p>Fernández & Soto, 2008</p> <p>American Cancer Society, 2014</p>
<p>Población afectada</p> <p>12. El VPH puede afectar tanto a hombres como mujeres.</p>	<p>Cierto</p>	<p>CDC, 2016</p>

<p>13. El VPH afecta sólo a las mujeres.</p> <p>14. El VPH sólo afecta a las personas homosexuales.</p>	<p>Falso</p> <p>Falso</p>	<p>Lizano-Soberón, Carrillo-García & Contreras-Paredes, 2009</p> <p>OMS,2016</p>
<p>Sintomatología y signos</p> <p>15. La infección por VPH es por lo general asintomática.</p> <p>16. Las verrugas genitales son consecuencia de la infección por VPH.</p> <p>17. El ano es el único lugar inmune a la infección por VPH.</p>	<p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p>	<p>Conzuelo, 2006; Facultad de Estudios Superiores Acatlán, 2009; Fernández y Soto, 2008</p> <p>American Cancer Society, 2014; Pagliusi <i>et al.</i>, 2007; CDC, 2016</p> <p>American Cancer Society, 2014; CDC, 2016</p>
<p>¿Qué puede causar a largo plazo?:</p> <p>De VPH a Cáncer</p> <p>18. El VPH está relacionado con el desarrollo de Cáncer Cervicouterino.</p> <p>19. El VPH puede causar Cáncer de Próstata.</p> <p>20. Sin un diagnóstico oportuno el VPH causa Cáncer de Pene.</p> <p>21. El VPH puede causar Cáncer de Ano.</p>	<p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p>	<p>Brebi <i>et al.</i>, 2013</p> <p>CDC, 2016</p> <p>Conzuelo, 2006</p> <p>Fernández y Soto, 2008</p> <p>Lizano-Soberón <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Pagliusi <i>et al.</i>, 2007</p>

<p>Factores biológico-sociales de riesgo en la adquisición del VPH</p> <p>22. La circuncisión en el pene aumenta el riesgo de adquisición del VPH.</p> <p>23. Tener múltiples embarazos incrementa la probabilidad de infección por VPH.</p> <p>24. Tener una pareja sexual es un factor de riesgo para la adquisición del VPH.</p> <p>25. El inicio temprano de la vida sexual es un factor de riesgo para la adquisición del VPH.</p> <p>26. El VPH se adquiere con más facilidad cuando se tiene un sistema inmune debilitado.</p> <p>27. Aun cuando se tenga o se haya tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS) es poco probable adquirir el VPH.</p> <p>28. Una alimentación rica en vitamina C y antioxidantes ayuda a prevenir la infección por VPH.</p>	<p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p>	<p>CENSIDA, 2011; Hernández-Carreño <i>et al.</i>, 2012 Muñoz <i>et al.</i>, 2006; Tirado-Gómez <i>et al.</i>, 2005</p> <p>American Cancer Society, 2014; CENSIDA, 2011; Melo y Waliszewski, 2009; Pagliusi <i>et al.</i>, 2007</p> <p>CENSIDA, 2011; Melo & Waliszewski, 2009</p> <p>NIH, 2015</p> <p>CENSIDA, 2011; CNEGSR, 2016; De Guglielmo <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Tamayo y Varona, 2006 en Hernández-Carreño, Parrilla-Loredo & Quintero-Soto, 2012</p>
<p>Métodos anticonceptivos y profilácticos para la prevención el VPH</p> <p>29. El uso del espermicida previene la adquisición del VPH.</p> <p>30. El VPH se previene al utilizar condón masculino.</p> <p>31. El condón femenino es el método anticonceptivo de mayor protección contra el VPH.</p> <p>32. El coito interrumpido disminuye la posibilidad de adquirir el VPH.</p> <p>33. Las instituciones de salud pública ofrecen de manera gratuita la vacuna preventiva contra el VPH a niños, niñas y personas mayores.</p> <p>34. La toma constante de un medicamento antirretroviral previene de la infección contra el</p>	<p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p>	<p>American Cancer Society, 2014 Castellsagué <i>et al.</i>, 2002; Zhang <i>et al.</i>, 2005 citados por De Guglielmo <i>et al.</i>, 2009</p> <p><u>Conzuelo, 2006</u></p> <p>Hernández-Carreño <i>et al.</i>, 2012</p> <p>Lomelín <i>et al.</i>, 2016</p> <p>OMS, 2015a</p> <p>Pagliusi <i>et al.</i>, 2007</p> <p>Romero, 2012</p> <p>Sin autor, 2015</p> <p>Senado de la República, 2017</p>

VPH.		
<p>Pruebas diagnósticas de detección oportuna</p> <p>35. Una vez iniciada la vida sexual, se debe realizar cada año una prueba diagnóstica para la detección del VPH.</p> <p>36. La prueba diagnóstica de VPH sólo se realiza cuando una pareja decide casarse.</p> <p>37. La Colposcopia es una prueba de diagnóstico para VPH en el hombre.</p> <p>38. El Papanicolaou es una prueba diagnóstica de VPH en las mujeres.</p> <p>39. El Urocultivo es una prueba diagnóstica eficaz para detectar el VPH en el hombre.</p> <p>40. La Androscopia es una prueba diagnóstica de VPH en los hombres.</p>	<p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p>	<p>American Cancer Society, 2016a</p> <p>Clínica Papiloma, 2016</p> <p>Conzuelo, 2006</p> <p>Fernández y Soto, 2008</p> <p>García-Rojo y Morillo-Castro, 1999</p> <p>Ginecología y Obstetricia de Vanguardia, 2012</p> <p>Hernández-Carreño <i>et al.</i>, 2012</p> <p>ISSSTE, 2015</p>

ANEXO 6. CUESTIONARIO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

CUESTIONARIO # 3

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario busca conocer la información que la población joven tiene sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH).

A continuación, se presentan una serie de oraciones. Por favor, lea con atención cada una y **marque con una "X" la opción de respuesta** en cada caso.

ORACIONES		Cierto	Falso	No sé
1.	Tener una pareja sexual es un factor de riesgo para la adquisición del VPH.			
2.	El Papanicolaou es una prueba diagnóstica de VPH en las mujeres.			
3.	El VPH sólo afecta a personas homosexuales.			
4.	La sangre es una vía de transmisión del VPH.			
5.	El condón femenino es el método anticonceptivo de mayor protección contra el VPH.			
6.	El VPH es una infección urinaria común en la población.			
7.	El VPH puede causar Cáncer de Próstata.			
8.	Tener múltiples embarazos incrementa la probabilidad de infección por VPH.			
9.	El VPH se transmite mediante el contacto genital, aunque no se dé la penetración.			
10.	La prueba diagnóstica de VPH sólo se realiza cuando una pareja decide casarse.			
11.	La circuncisión en el pene aumenta el riesgo de adquisición del VPH.			
12.	El uso del espermicida previene la adquisición del VPH.			
13.	El VPH se transmite de madre a hijo durante el embarazo.			
14.	Sin un diagnóstico oportuno el VPH causa Cáncer de Pene.			
15.	La toma constante de un medicamento antirretroviral previene de la infección contra el VPH.			

16.	El VPH está relacionado con el desarrollo de Cáncer Cervicouterino.			
ORACIONES		Cierto	Falso	No sé
17.	Aun cuando se tenga, o se haya tenido una infección de transmisión sexual (ITS), es poco probable adquirir el VPH.			
18.	La infección por VPH es por lo general asintomática.			
19.	Una vez iniciada la vida sexual, se debe realizar cada año una prueba diagnóstica para la detección del VPH.			
20.	El inicio temprano de la vida sexual es un factor de riesgo para la adquisición del VPH.			
21.	El VPH se transmite al bebé cuando la mujer da a luz por vía vaginal.			
22.	El VPH es una Infección de Transmisión Sexual (ITS).			
23.	Las instituciones de salud pública ofrecen de manera gratuita la vacuna preventiva contra el VPH a niños, niñas y personas mayores.			
24.	El VPH se adquiere con más facilidad cuando se tiene un sistema inmune debilitado.			
25.	El ano es el único lugar inmune a la infección por VPH.			
26.	Es común adquirir el VPH en baños públicos.			
27.	El VPH se previene al utilizar condón masculino.			
28.	La Colposcopia es una prueba de diagnóstico para VPH en el hombre.			
29.	El VPH puede afectar tanto a hombres como mujeres.			
30.	La vía sexual es una forma de transmisión del VPH.			
31.	El VPH es considerado una infección vaginal.			
32.	Las verrugas genitales son consecuencia de la infección por VPH.			
33.	El coito interrumpido disminuye la posibilidad de adquirir el VPH.			
34.	El VPH se transmite por medio de juguetes sexuales.			
35.	La Androscopia es una prueba diagnóstica de VPH en los hombres.			
36.	El VPH afecta sólo a las mujeres.			
37.	Una alimentación rica en vitamina C y antioxidantes ayuda a prevenir la infección por VPH.			

ORACIONES		Cierto	Falso	No sé
38.	El VPH puede causar Cáncer de Ano.			
39.	Cuando se utiliza ropa interior de una persona que posee la infección por VPH, ésta se adquiere.			
40.	El Urocultivo es una prueba diagnóstica eficaz para detectar el VPH en el hombre.			

ANEXO 5

Marco teórico utilizado para la generación de los ítems y dimensiones del Cuestionario sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Dimensiones/categorías: Ítems	Respuestas correctas	Autores
<p>Identificación del VPH como una ITS:</p> <p>¿Qué es el VPH?</p> <p>41. El VPH es una infección urinaria común en la población.</p> <p>42. El VPH es una Infección de Transmisión Sexual (ITS).</p> <p>43. El VPH es considerado una infección vaginal.</p>	<p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p>	<p>OMS, 2016.</p>
<p>Formas de transmisión</p> <p>44. La vía sexual es una forma de transmisión del VPH.</p> <p>45. La sangre es una vía de transmisión del VPH.</p> <p>46. El VPH se transmite de madre a hijo durante el embarazo.</p> <p>47. El VPH se transmite al bebé cuando la mujer da a luz por vía vaginal.</p> <p>48. El VPH se transmite mediante el contacto genital, aunque no se dé la penetración.</p> <p>49. Cuando se utiliza ropa interior de una persona que posee la infección por VPH, ésta se adquiere.</p> <p>50. Es común adquirir el VPH en baños públicos.</p> <p>51. El VPH se transmite por medio de juguetes sexuales.</p>	<p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p>	<p>OMS, 2016</p> <p>American Cancer Society, 2014</p> <p>Fernández & Soto, 2008</p> <p>American Cancer Society, 2014</p> <p>Fernández & Soto, 2008</p> <p>American Cancer Society, 2014</p>
<p>Población afectada</p> <p>52. El VPH puede afectar tanto a hombres como mujeres.</p>	<p>Cierto</p>	<p>CDC, 2016</p>

<p>53. El VPH afecta sólo a las mujeres.</p> <p>54. El VPH sólo afecta a las personas homosexuales.</p>	<p>Falso</p> <p>Falso</p>	<p>Lizano-Soberón, Carrillo-García & Contreras-Paredes, 2009</p> <p>OMS,2016</p>
<p>Sintomatología y signos</p> <p>55. La infección por VPH es por lo general asintomática.</p> <p>56. Las verrugas genitales son consecuencia de la infección por VPH.</p> <p>57. El ano es el único lugar inmune a la infección por VPH.</p>	<p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p>	<p>Conzuelo, 2006; Facultad de Estudios Superiores Acatlán, 2009; Fernández y Soto, 2008</p> <p>American Cancer Society, 2014; Pagliusi <i>et al.</i>, 2007; CDC, 2016</p> <p>American Cancer Society, 2014; CDC, 2016</p>
<p>¿Qué puede causar a largo plazo?:</p> <p>De VPH a Cáncer</p> <p>58. El VPH está relacionado con el desarrollo de Cáncer Cervicouterino.</p> <p>59. El VPH puede causar Cáncer de Próstata.</p> <p>60. Sin un diagnóstico oportuno el VPH causa Cáncer de Pene.</p> <p>61. El VPH puede causar Cáncer de Ano.</p>	<p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p>	<p>Brebi <i>et al.</i>, 2013</p> <p>CDC, 2016</p> <p>Conzuelo, 2006</p> <p>Fernández y Soto, 2008</p> <p>Lizano-Soberón <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Pagliusi <i>et al.</i>, 2007</p>

<p>Factores biológico-sociales de riesgo en la adquisición del VPH</p> <p>62. La circuncisión en el pene aumenta el riesgo de adquisición del VPH.</p> <p>63. Tener múltiples embarazos incrementa la probabilidad de infección por VPH.</p> <p>64. Tener una pareja sexual es un factor de riesgo para la adquisición del VPH.</p> <p>65. El inicio temprano de la vida sexual es un factor de riesgo para la adquisición del VPH.</p> <p>66. El VPH se adquiere con más facilidad cuando se tiene un sistema inmune debilitado.</p> <p>67. Aun cuando se tenga o se haya tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS) es poco probable adquirir el VPH.</p> <p>68. Una alimentación rica en vitamina C y antioxidantes ayuda a prevenir la infección por VPH.</p>	<p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p>	<p>CENSIDA, 2011; Hernández-Carreño <i>et al.</i>, 2012 Muñoz <i>et al.</i>, 2006; Tirado-Gómez <i>et al.</i>, 2005</p> <p>American Cancer Society, 2014; CENSIDA, 2011; Melo y Waliszewski, 2009; Pagliusi <i>et al.</i>, 2007</p> <p>CENSIDA, 2011; Melo & Waliszewski, 2009</p> <p>NIH, 2015</p> <p>CENSIDA, 2011; CNEGSR, 2016; De Guglielmo <i>et al.</i>, 2009</p> <p>Tamayo y Varona, 2006 en Hernández-Carreño, Parrilla-Loredo & Quintero-Soto, 2012</p>
<p>Métodos anticonceptivos y profilácticos para la prevención el VPH</p> <p>69. El uso del espermicida previene la adquisición del VPH.</p> <p>70. El VPH se previene al utilizar condón masculino.</p> <p>71. El condón femenino es el método anticonceptivo de mayor protección contra el VPH.</p> <p>72. El coito interrumpido disminuye la posibilidad de adquirir el VPH.</p> <p>73. Las instituciones de salud pública ofrecen de manera gratuita la vacuna preventiva contra el VPH a niños, niñas y personas mayores.</p> <p>74. La toma constante de un medicamento antirretroviral previene de la infección contra el</p>	<p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p>	<p>American Cancer Society, 2014 Castellsagué <i>et al.</i>, 2002; Zhang <i>et al.</i>, 2005 citados por De Guglielmo <i>et al.</i>, 2009</p> <p><u>Conzuelo, 2006</u></p> <p>Hernández-Carreño <i>et al.</i>, 2012</p> <p>Lomelín <i>et al.</i>, 2016</p> <p>OMS, 2015a</p> <p>Pagliusi <i>et al.</i>, 2007</p> <p>Romero, 2012</p> <p>Sin autor, 2015</p> <p>Senado de la República, 2017</p>

VPH.		
<p>Pruebas diagnósticas de detección oportuna</p> <p>75. Una vez iniciada la vida sexual, se debe realizar cada año una prueba diagnóstica para la detección del VPH.</p> <p>76. La prueba diagnóstica de VPH sólo se realiza cuando una pareja decide casarse.</p> <p>77. La Colposcopia es una prueba de diagnóstico para VPH en el hombre.</p> <p>78. El Papanicolaou es una prueba diagnóstica de VPH en las mujeres.</p> <p>79. El Urocultivo es una prueba diagnóstica eficaz para detectar el VPH en el hombre.</p> <p>80. La Androscopia es una prueba diagnóstica de VPH en los hombres.</p>	<p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p> <p>Falso</p> <p>Cierto</p>	<p>American Cancer Society, 2016a</p> <p>Clínica Papiloma, 2016</p> <p>Conzuelo, 2006</p> <p>Fernández y Soto, 2008</p> <p>García-Rojo y Morillo-Castro, 1999</p> <p>Ginecología y Obstetricia de Vanguardia, 2012</p> <p>Hernández-Carreño <i>et al.</i>, 2012</p> <p>ISSSTE, 2015</p>

