



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Vivir con VPH. Análisis de las trayectorias de vida de cuatro mujeres"

T E S I S   
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA   
P R E S E N T A (N)

**Teresita de Jesús Ramírez García**

Directora:  Lic.  Karen Bartolo Estrada  
Dictaminadores: Dra.  Irma de Lourdes Alarcón Delgado  
Lic.  Dinah María Rochín Virués

*Vo. Bo.  
Lic. Karen Bartolo Estrada  
Karen B  
Be*





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 mis motivaciones personificadas:

Lo que empezó como una desmitificación del VPH, terminó siendo una pequeña introducción al mundo femenino, tan delicado como fuerte, tan sutil como presente, tan dulce como amargo, una mezcla de emociones que inundaron las conversaciones necesarias para el presente escrito, razón por la que agradezco a todas las mujeres tras esta investigación, que de alguna manera aportaron a través de:

- Sus conocimientos (gracias principalmente a mis asesoras, quienes encaminaron este proyecto hasta la conclusión de éste)
- Sus vivencias (gracias a las mujeres que me permitieron conocerlas y mostrarme la cara desconocida del VPH, esa que no se aborda en el ámbito hospitalario e investigaciones científicas)
- Sus opiniones (gracias en especial a mi madre, quien a través de sus observaciones me permitió redactar y exponer de la manera más precisa lo que quería transmitir, a fin de facilitar la comprensión del estimado lector)

Agradezco a todas las personas que creyeron en el alcance de este proyecto, mismo que promueve la libertad sexual y la toma de decisiones desde el conocimiento, erradicando toda culpa, tabú y estigma y en su lugar fomentar la responsabilización, reconocimiento, empoderamiento y cuidado del cuerpo como una forma manifiesta de amor propio.

## Índice

Introducción.....	1
Objetivos del proyecto.....	2
1. Antecedentes del Virus del Papiloma Humano.....	4
1.1. Definición del VPH:.....	4
1.2. Sintomatología.....	4
1.3. Historia del VPH.....	5
1.4. Transmisión del VPH.....	7
1.5. Detección.....	7
1.6. Prevención y Tratamiento.....	9
2. Factores de riesgo.....	13
2.1. Población vulnerable.....	13
3. Análisis del abordaje de la sexualidad en distintas esferas sociales.....	17
3.1. Religión y educación sexual.....	19
3.2. Consideraciones en los entendimientos de la educación sexual.....	19
3.3. Hablar de la sexualidad en la familia.....	20
3.4. Parejas y normalización de la violencia sexual.....	21
4. Aportes de la psicología sociocultural.....	23
5. Metodología.....	27
5.1. Procedimiento:.....	28
5.2. Datos generales de las participantes al momento de las entrevistas.....	30
6. Análisis Narrativo.....	31
6.1. Mena.....	32
6.2. Karla.....	60
6.3. Xiomara.....	77
6.4. Adriana.....	96
7. Análisis de contenido.....	115
7.1. Información previa de ETS.....	115
7.1.1. <i>Escolar</i> .....	115
7.1.2. <i>Familiar</i> .....	117
7.1.3. <i>Otros</i> .....	118
7.2. Métodos de barrera.....	120
7.3. Edad en la que se conoce el diagnóstico.....	121
7.4. Ocupación y situación económica en el momento del diagnóstico.....	122
7.5. Percepción de la enfermedad.....	123
7.5.1. <i>Detección</i> .....	123
7.5.2. <i>Diagnóstico</i> .....	124
7.5.3. <i>Resignificación</i> .....	126

<b>7.6. Relación paciente-personal hospitalario</b> .....	128
<b>7.6.1. Mal diagnóstico</b> .....	128
<b>7.6.2. Meta-mensaje y violencia en la comunicación</b> .....	129
<b>7.6.3. Atención despersonalizada</b> .....	131
<b>7.7. Tratamiento médico alternativo</b> .....	134
<b>7.8. Redes de apoyo</b> .....	136
<b>7.8.1. Familiares</b> .....	136
<b>7.8.2. Redes de apoyo ajenas al entorno familiar</b> .....	137
<b>7.9. Culpabilidad</b> .....	139
<b>7.10. Expectativas de la vida en pareja</b> .....	141
<b>Conclusiones</b> .....	145
<b>Referencias</b> .....	152
<b>Anexos</b> .....	170

## Introducción

La labor del psicólogo es muy extensa, se aprecia en cualquier lugar o situación en donde exista una interacción entre personas. Éste desarrolla sus actividades en distintas áreas, entre ellas están la educativa, laboral, organizacional, la investigación y la clínica, ésta última se caracteriza por brindar atención a las personas en los diversos niveles de salud. Sin embargo ¿Cómo actuaría el psicólogo ante una enfermedad de la cual hay diversos mitos y prejuicios, pero poca información?

Vygotsky (1934) define el término de *vivencia* como la experiencia de un individuo en la que se ve involucrado el entorno y la persona. La persona le atribuye significado a la situación que se está presentando, por lo tanto, en esta investigación se retoman las vivencias de mujeres que viven con el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Un concepto clave para recuperar las maneras en las que las mujeres viven con VPH, es el término *trayectoria de vida* (Dreier, 1999), el cual hace referencia al desarrollo de la configuración de significados por medio de su participación en diversas prácticas sociales a través del tiempo. Asimismo, el término incluye los procesos reflexivos, construcción y negociación de preocupaciones personales. En la presente investigación se hizo énfasis en el momento previo a la enfermedad, la notificación del diagnóstico, durante el tratamiento y su vida actual. Este proyecto estuvo sustentado bajo la psicología sociocultural.

Esta investigación estuvo enfocada en las mujeres, sus testimonios y su manera de vivir con VPH, puntualizando en el impacto emocional que les produjo toda la experiencia, desde haber sido diagnosticadas hasta el momento en que fueron entrevistadas, si siguieron un tratamiento, si lo concluyeron o no, el papel que tienen los allegados, la sociedad en general y cómo lo han vivido en su trayectoria de vida.

De acuerdo con Meza y colaboradores (2011), se identifica que el estado emocional de las mujeres portadoras de VPH es un aspecto que influye

significativamente en el curso de la enfermedad, puesto que las mujeres con este diagnóstico tienden a presentar depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, es probable que lleguen a manifestar conductas contraproducentes en el cuidado de su salud, además de que se ha demostrado que las paciente inmunodeprimidas muestran un progreso en las lesiones que caracterizan al VPH, pudiendo inclusive llegar a desarrollar cáncer cervicouterino.

No obstante, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), no sólo representan un problema de salud pública, sino que la salud mental y estado emocional de quienes la contraen se ven afectadas de manera considerable. Aranda y colaboradores (2008) identificaron que las mujeres portadoras presentan niveles altos de ansiedad, tristeza, enojo y culpa, además de ser más propensas a manifestar rasgos depresivos debido a que perciben su situación médica como delicada, lo que genera una preocupación constante desde que se diagnostica la enfermedad hasta la implementación del tratamiento y la resolución de ésta.

Para este trabajo fue requerida la participación voluntaria de mujeres diagnosticadas con VPH. Siendo una investigación empírica y cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron analizadas por contenido y organizadas por categorías.

### **Objetivos del proyecto**

El objetivo del presente trabajo fue indagar en las trayectorias de vida de mujeres diagnosticadas con VPH y con base en los testimonios, analizar los recursos psicológicos y sociales que desarrollaron para afrontar dicho padecimiento e identificar la reestructuración y resignificación que van experimentando conforme al proceso natural de la enfermedad y lo que implica vivir con el diagnóstico del VPH, además de sensibilizar a la población general sobre la importancia de la difusión de información y prevención de ésta y otras patologías, así como sus afectaciones físicas y psicológicas.

En cuanto al acompañamiento psicológico y médico de personas diagnosticadas con alguna ETS, se podrían identificar aspectos relevantes que permitan realizar un análisis para generar propuestas y estrategias durante el manejo y tratamiento de estos casos, posibilitando la concientización en la población abierta.

Las bases del presente trabajo podrían alentar a futuras investigaciones que consideren incluir a la población masculina.

## **1. Antecedentes del Virus del Papiloma Humano**

Para poder profundizar sobre el impacto que tiene el virus del papiloma humano en la población femenina, es necesario conocer la naturaleza de éste, las manifestaciones, las consecuencias a corto y a largo plazo.

A continuación, se presentan los antecedentes históricos detrás del descubrimiento del Virus del Papiloma Humano, qué es, qué conlleva y qué implicaciones puede tener, cómo se diagnostica y los diversos tratamientos para erradicar las lesiones y evitar que el virus evolucione.

### **1.1. Definición del VPH**

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), que había pasado desapercibida por mucho tiempo por ser asintomática. Sin embargo, poco a poco fue dándose a conocer la naturaleza de este padecimiento que es de los más comunes.

Existen aproximadamente 200 cepas del citado virus, sin embargo, no todos afectan de la misma manera, se estima que cerca de 40 cepas afectan directamente en los genitales, manifestándose a través de verrugas. Por otro lado, hay algunas cepas que se consideran de alto riesgo, las cuales pueden desencadenar en lesiones precancerosas y de no ser tratadas oportunamente, a largo plazo pueden evolucionar a cáncer.

### **1.2. Sintomatología**

A diferencia de otras ETS, el virus es sumamente contagioso, puede adquirirse por contacto con la zona del cuerpo afectada y en muchos casos puede no presentar sintomatología por meses e incluso años, por lo que una persona puede estar infectada sin tener conocimiento de ello. Los signos y síntomas que

se podrían presentar son verrugas cutáneas, condilomas genitales, lesiones malignas y neoplasias intraepiteliales cervicales<sup>1</sup>.

Actualmente se conoce la existencia de aproximadamente 200 cepas del VPH, de las cuales 40 de éstas infectan el tracto anogenital. Las cepas 26, 30, 34, 53, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 82, 85 y 97 se consideran como posibles causantes de carcinomas<sup>2</sup>. Las cepas 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59 entran en carcinógenos tipo I<sup>3</sup>. A nivel mundial los más comunes son el 16, 18 y 45. Sin embargo, los tipos del VPH más frecuentes varían conforme a su localización geográfica. Centrándolo a la situación de la población mexicana se ha identificado la prevalencia de los tipos 16, 18, 31, 45 y 58 (Flores, et. Al., 2015). Según cifras del INEGI (2018), en México el cáncer de mama fue la primera causa de muerte en la población femenina en el año 2006, antes de dicho año el cáncer cervicouterino encabezaba la lista.

Con base en lo anterior mencionado y recapitulando, no todas las cepas de VPH generan verrugas y pueden permanecer asintomáticas, por lo que una persona puede estar infectada y transmitirlo a sus parejas sin saberlo. De igual manera, se ha demostrado que hay una relación directa entre el estado inmunológico de la persona, el progreso de las lesiones y de la enfermedad misma. Puesto que se ha identificado que hay recaídas o reactivaciones del virus, las cuales se han presentado en personas inmunodeprimidas.

### **1.3. Historia del VPH**

Antes de que se conociera la existencia del VPH, el cáncer cervicouterino era foco de interés entre el personal médico, por lo que se indagó a profundidad para conocer las posibles razones de esta enfermedad que tiene altos índices de mortalidad.

---

<sup>1</sup> *Cervical Intraepithelial Neoplasia* (CIN) la cual hace referencia a los grados de lesiones precancerosas del cérvix (cuello del útero). Dichos grados pueden ser del uno al tres y representan el nivel de cambios celulares

<sup>2</sup> Los carcinomas son un conjunto de células anormales que pueden derivar en Cáncer.

<sup>3</sup> Carcinógeno tipo 1 hace referencia a que es precursor de Cáncer.

Se creía que el cáncer cervicouterino tenía origen viral. En 1842, Rigoni-Stern descubrió que los casos de cáncer cervical se presentaban en personas con actividad sexual frecuente o recurrente, poniendo como ejemplo a las sexoservidoras, mientras que las mujeres que no habían iniciado una vida sexual no adquirían la enfermedad, esto los llevó a la conclusión de que se transmitía sexualmente y a relacionar la actividad sexual con el cáncer cervical. En la actualidad se consideran como factores de riesgo el inicio de la vida sexual a temprana edad y el tener múltiples parejas sexuales.

López y Lizano (2006) indagaron en la historia del cáncer cervicouterino, mismo que estaba relacionado con las verrugas y que éstas eran consecuencia de enfermedades venéreas como la gonorrea y la sífilis, señalando que fue a través de varios experimentos realizados en pacientes con condilomas y la reproducción de éstos que, hasta el año de 1917, se puso en duda esta hipótesis.

Por su parte, Apgar, Brotzman y Spitzer (2003) mencionaron que la primera vez que se observó una verruga en el microscopio electrónico a causa del papilomavirus fue en 1949, sin embargo, fue hasta 1970, que se estableció una asociación entre las verrugas genitales y el papilomavirus.

A pesar de lo anteriormente mencionado y las especulaciones detrás del VPH, uno de los pioneros en indagar el misterio detrás de los condilomas fue el doctor Shope, quien en 1933 realizó sus investigaciones en conejos y determinó que el virus que se recolectaba de papilomas generaba verrugas, las que a su vez terminaban evolucionando en carcinomas, siendo el primero en relacionar el virus con el cáncer.

Existiendo propuestas que sugerían la existencia de una relación entre virus y cáncer, fue hasta 1985, que Harald Zur Hausen descubrió que principalmente los tipos 16 y 18 de papilomavirus son precursores del cáncer cervical. Trabajo que, en el año 2008, lo hizo merecedor al premio Nobel.

#### **1.4. Transmisión del VPH**

Es importante mencionar que a pesar de la relación que se tiene del VPH con la actividad sexual, hay otras formas de transmisión del virus, ya sea por objetos, juguetes sexuales, por el uso de instrumental mal esterilizado o al pasar por el canal de parto, éste último puede manifestarse en la zona de la faringe (Hernández et. Al., 2006)

Lo preocupante de esta enfermedad, es que se cuenta con limitada información científica y alguna de ésta es errónea, lo que se evidencia por lo difundido por los medios de comunicación, quienes promueven el uso del preservativo como método efectivo contra las enfermedades de transmisión sexual, lo cual incluye al VPH. Siendo el preservativo el método anticonceptivo más conocido y utilizado por eficacia, costo, disponibilidad, no presenta efectos secundarios y protege contra enfermedades de transmisión sexual, no cubre completamente los genitales, por lo que algunas zonas afectadas por el VPH pueden quedar expuestas e incrementar considerablemente el riesgo de contagio.

#### **1.5. Detección**

A pesar de estar vacunadas, las mujeres deben realizarse periódicamente sus pruebas de papanicolaou<sup>4</sup> una vez iniciada su vida sexual, puesto que las vacunas no protegen contra todas las cepas de VPH.

Las formas de diagnóstico en las mujeres son las pruebas de papanicolaou, conocido también como citología cervical, la cual identifica anormalidades, pero no detecta lesiones endometriales<sup>5</sup>. Lazcano (2007) afirmó que realizarse un solo papanicolaou no asegura un diagnóstico, se debe realizar de manera periódica.

Si los resultados del papanicolaou presentan anormalidades epiteliales, se solicita realizar pruebas colposcópicas, las cuales consisten en observar a través de un microscopio los genitales y el cuello uterino de la paciente, aplicando ácido

---

<sup>4</sup> El papanicolaou es una prueba que detecta cambios y anormalidades celulares. Se coloca un espejo vaginal para obtener una muestra de células del cuello uterino con ayuda un cepillo o espátula de plástico, misma que se coloca en una laminilla para ser examinada en el laboratorio.

<sup>5</sup> Lesiones o anomalías en el interior del útero, más específicamente en el endometrio que es una ligera capa de tejido que cubre internamente al útero.

acético para identificar cambios o lesiones. Si el médico identifica que presenta algún cambio o tiene un aspecto anormal, se le hace toma de biopsia<sup>6</sup>, la cual se lleva a cabo extrayendo un fragmento de lo que aparenta ser una lesión y se envía al laboratorio para analizarlo posteriormente.

En el caso de presentar verrugas y neoplasias intraepiteliales cervicales, Consuelo (2002) menciona que el tratamiento es a base de tópicos, principalmente el ácido acético y cirugías, ya sea la tradicional, criocirugía o con láser<sup>7</sup>.

Con respecto a los hombres con VPH, Reartes (2007) afirma que pueden presentar verrugas o lesiones en el prepucio, glande, pene, ano, boca, faringe y uretra. Sin embargo, cabe la posibilidad de ser portadores y no mostrar ninguna señal de serlo. Los procedimientos para identificar y diagnosticar el VPH en la población masculina son la penescopía<sup>8</sup>, la Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)<sup>9</sup> y la citología uretral<sup>10</sup>. Si se presenta alguna anomalía se pueden eliminar las lesiones a base de tópicos, pero eso no evita ni garantiza que no surjan nuevas lesiones en un futuro. A su vez menciona que lo esperado sería que, en el caso de las parejas estables, si se tiene sospecha o ya un diagnóstico definitivo por parte de alguno, se realice un tratamiento conjunto, con la finalidad de evitar reinfecciones. A pesar de esto, se considera que los factores que dificultan un diagnóstico o tratamiento oportuno en varones es que la mayoría son asintomáticos, los estudios y procedimientos económicamente no son accesibles a

---

<sup>6</sup> La biopsia es una extracción de fragmento de tejido de alguna parte del cuerpo que es analizada por medio de microscopio.

<sup>7</sup> Entre las formas para tratar las lesiones causadas por VPH está la Crioterapia, que consiste en aplicar nitrógeno líquido en las zonas afectadas, congelándolas y eliminándolas. El ácido acético genera una coagulación y destrucción del ADN viral. Las cirugías tradicionales y con láser consisten en la extirpación de las lesiones o la zona afectada, sin perjudicar las áreas sanas, lo que las diferencian es la manera de realizarse. La cirugía tradicional se lleva a cabo con bisturí, mientras que, en la cirugía con láser, se vaporizan las células anormales.

<sup>8</sup> Es un procedimiento que se realiza para detectar lesiones en genitales masculinos. Se aplica ácido acético y con ayuda de un microscopio se examina el pene.

<sup>9</sup> Es una prueba que detecta la presencia de VPH en el ADN de la persona. La forma de realizarse es parecida a la del papanicolaou en el caso de las mujeres. En el caso de los hombres la muestra se toma por un cepillado genital y uretral.

<sup>10</sup> Es un procedimiento que consiste en la recolección de células, con ayuda de un cepillado por el canal uretral para su examinación.

todo público y la baja incidencia de cáncer de pene genera despreocupación por no representar una amenaza a la salud.

Así mismo, Reartes (2007) continúa señalando que culturalmente al hombre mexicano se le ha atribuido el estereotipo de ser promiscuo, solicitar servicios de sexoservidoras, no utilizar protección en sus relaciones sexuales, etc. lo que implica un riesgo exponencial para su pareja estable u ocasional, principalmente si se es asintomático o se desconoce si es portador de alguna ETS.

Por lo mencionado anteriormente, a nivel de salud pública, la inversión en la atención, diagnóstico y tratamiento es baja, por no decir nula, por ser una población que constantemente se pone en riesgo de contagio. Además, existen varios motivos que influyen para que un hombre no solicite atención médica, entre ellos está el que, si no se ven afectados o que la enfermedad los limite para realizar sus actividades diarias, no consideran necesario asistir al médico, los prejuicios homofóbicos que no permiten que una persona del mismo sexo tenga contacto con sus genitales o las indicaciones médicas como abstinencia sexual por determinado tiempo. Por lo regular los hombres llegan solicitando servicios de salud a petición de la pareja, no por iniciativa propia.

### **1.6. Prevención y Tratamiento**

Al tener conocimiento de las consecuencias que conlleva el virus, la atención se dirigió hacia la prevención y al diagnóstico temprano.

Siendo un tema relativamente nuevo, es de vital importancia concientizar a la población sobre el impacto del virus e inculcar la cultura de la prevención, considerando que cualquier persona sexualmente activa podría contraerlo. Promover la detección temprana, realizarse el papanicolaou periódicamente y de ser necesario buscar ayuda profesional especializada.

Como medida de prevención se implementó la aplicación de la vacuna. Diestro, Serrano y Gómez (2007) señalaron que las vacunas consisten en la producción de partículas parecidas al virus, con la finalidad de que el sistema inmunológico celular de la persona responda y genere inmunidad ante los tipos de

cepas 16 y 18, mismos que son los relacionados con el cáncer cervicouterino. En el caso de que la persona ya haya presentado manifestación tisular<sup>11</sup>, lograr revertir el daño y de esta manera evitar que se desarrolle en cáncer. La propuesta inicial para introducir la vacuna al público fue en el año 2007, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lo cual llevó al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) De la Secretaría de Salud a incorporar la vacuna en México, ese mismo año, se llevó a cabo la prueba piloto, siendo las jóvenes de 12 años las que deberán recibirla. Actividad que se continúa llevando a cabo, sin que aún se tengan resultados concluyentes.

Actualmente las vacunas que existen son la Cervarix (Bivalente) que protege contra los tipos 16 y 18, Gardasil (Tetraivalente) contra los tipos 6, 11, 16 y 18, por último, Gardasil 9 (Nonavalente) la cual incluye los tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45 y 58, ésta última se implementó en 2017 como vacuna única en Estados Unidos, mientras que en otros países como México se sigue aplicando la bivalente y la tetraivalente.

La bivalente ha demostrado que brinda una protección cruzada frente a otras cepas del VPH que no están incluidas en la vacuna como el tipo 31 que está asociado con el 16. Tanto la bivalente como la tetraivalente protegen ante las infecciones anales y orales. La tetraivalente protege contra las verrugas genitales. Ambas vacunas son seguras, según los estudios realizados. Lo recomendable es aplicarla antes de que se inicien las relaciones sexuales, puesto que se ha demostrado que las vacunas son efectivas como medida de prevención a comparación de la aplicación por tratamiento o en personas que han estado en contacto con algún tipo del VPH, lo que no mostró resultados significativamente positivos.

En algunos países europeos, Estados Unidos y Australia se obtuvieron datos favorables cuatro años después de la implementación de la vacuna, mostrándose una disminución en los diagnósticos de verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres menores de 30 años. Los estudios realizados sobre la

---

<sup>11</sup> Tisular hace referencia al tejido y a lo relacionado con éste.

efectividad de las vacunas demuestran que las tres vacunas protegen casi al 100% contra las lesiones cervicales y enfermedades relacionadas con los tipos del VPH que incluyen las vacunas (Instituto Nacional de Cáncer, 2018).

Bruni y colaboradores (2015) afirmaron que no se obtendrán resultados poblacionales concluyentes sobre el impacto de la vacuna en cánceres asociados al VPH, sino hasta dentro de 30 a 50 años después de haberse implementado la vacuna.

Por su parte, la secretaría de salud no reporta un estimado del costo de inversión en los tratamientos para esta patología, sin embargo, se ha visto que estos se realizan de manera institucional en hospitales de tercer nivel y en la práctica privada, misma que es costosa.

Anualmente en México se lleva a cabo un programa preventivo que contempla las Semanas Nacionales de Salud. En 2018 se realizó del 28 de mayo al 1/o. de junio, en donde se aplicó la vacuna tetravalente contra el VPH a niñas cursantes del 5° grado de primaria o con edad de 11 años, además de suministrarles otras vacunas, mismas que no afectan el grado de protección que brindan las vacunas coadministradas. Las actividades de la campaña concluyen con la ministración de sobres de *Vida Suero Oral* el cual está indicado como medida para evitar la deshidratación.

Contextualizándolo a la situación de México, los programas de prevención y el tratamiento son costosos y no están al alcance de toda la población. Lo cual es un aspecto crítico, puesto que el INEGI (2016) reportó un incremento en la tasa de mortalidad de mujeres de 30 a 50 años por cáncer en órganos genitales, incluido el cáncer cervicouterino. Siendo la segunda causa de muerte por tumores malignos, alcanzando la cifra de tres de cada 10 decesos.

A diferencia de las mujeres, en el caso de los hombres no existe un seguimiento tan exhaustivo, observándose reportes aislados, siendo el más reciente el del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, mismo que en el año 2003, reportó 346 casos de cáncer de órganos genitales (pene) en México,

con una incidencia de 0.91 por 100,000 varones, que representó el 0.31% del total de neoplasias malignas<sup>12</sup> de ese mismo año.

Por ahora, lo que se puede asegurar es que la vacuna protege por lo menos de 8 a 10 años que es el tiempo que se lleva aplicando, pero todavía no se tienen resultados sobre si será necesario un refuerzo o si la vacuna protege durante toda la vida sexual activa de la persona. Necesita pasar más tiempo para analizar los resultados a largo plazo.

Sotelo y colaboradores (2015) afirmaron que los tratamientos al no ser gratuitos tienden a ser inaccesibles para la población mexicana, debido a que los ingresos en la mayoría de ésta sólo permiten cubrir los gastos básicos y en el peor de los casos, el desempleo y la ignorancia limitan la atención médica.

El proceso del diagnóstico y el tratamiento conllevan procedimientos que podrían resultar traumáticos no sólo a nivel físico, sino también emocional, lo que constituye un cambio radical y el o la paciente tiene que asimilar la nueva situación en la que se ve implicado o implicada. Es por ello, que como medida de prevención y de informar al lector, se deben mencionar algunas consideraciones y medidas al respecto, sin ignorar que es una enfermedad que cualquier persona podría contraer en algún momento de su vida, erradicando así la culpa y los prejuicios alrededor de quienes la padecen.

---

<sup>12</sup> Multiplicación descontrolada de células anormales que destruyen los tejidos del organismo.

## **2. Factores de riesgo**

Siendo que el VPH es una de las ETS más comunes que afecta a hombres y mujeres, a su vez, puede tener implicaciones adversas que comprometerían considerablemente la salud de la persona que lo porta, por lo que es necesario mencionar algunas de éstas.

### **2.1. Población vulnerable**

Rodríguez y colaboradores (2012) afirmaron que a nivel global entre el 50% al 80% de mujeres sexualmente activas han contraído VPH alguna vez en su vida. Estos autores realizaron una investigación con mujeres portadoras del VPH, con la finalidad de identificar características y patrones que pudieran propiciar el contagio. Para dicho trabajo solicitaron el apoyo de sexoservidoras y determinaron que es 14 veces más frecuente que presenten este diagnóstico en comparación a la población general, lo cual lleva a relacionar la conducta sexual y la cantidad de parejas sexuales con un incremento en la probabilidad de contraer alguna ETS.

Por su parte, Hernández-Girón y colaboradores (2005) mencionaron que hay que considerar otros aspectos como el nivel socioeconómico. De igual manera, Gutiérrez y colaboradores (2006) concordaron con que el nivel socioeconómico está relacionado con la incidencia de VPH, principalmente por la desinformación sexual. La población de mayor nivel educativo tenía más conocimiento sobre ETS, el manejo y el uso de preservativos, mientras que los de menor nivel educativo eran más susceptibles a contraer una ETS por no contar con información sobre prevención y salud sexual.

No obstante, a pesar de las investigaciones de Gutiérrez y colaboradores, hay otros autores que afirmaron demostrar que la población más vulnerable al contagio de VPH es precisamente la que desconoce el tema, aspecto que se presenta en cualquier sector y nivel socioeconómico. Bustamante-Ramos y colaboradores (2015) enfocaron su atención hacia la población universitaria del estado de Oaxaca, que es uno de los estados con mayor índice de cáncer cervicouterino a causa de VPH. Identificaron que los estudiantes conocían la

enfermedad, pero no la sintomatología, tratamiento y prevención. Identificándose que lo realmente preocupante es que aparentemente no había un interés en informarse al respecto, no contemplaban como necesaria una plática de educación sexual, de la misma manera, los hombres tenían menos conocimiento del impacto que podría generar el VPH en la población masculina, al grado de considerarse menos propensos a la infección o en su defecto ser inmunes, puesto que la poca información que conocen es dirigida hacia las mujeres, haciendo suponer que solamente les afecta a ellas.

Aunque los hombres y las mujeres sean infectados con los mismos tipos de virus, la manera en la que afecta a ambos es diferente. Los hombres por lo general presentan condilomas, mientras que en las mujeres es más común el surgimiento de displasias cervicales o lesiones en el cuello uterino.

Rocha y colaboradores (2012) mencionaron que es más alta la incidencia de VPH al inicio de la vida sexual, ya que se ha observado con mayor frecuencia en la población de 15 a 25 años de edad, esto se debe a que el comportamiento y conductas sexuales en esta etapa son motivadas por la curiosidad e inexperiencia, aunado a la desinformación que existe sobre la salud sexual y reproductiva, lo que no les permite dimensionar las posibles repercusiones que se podrían desencadenar al presentar alguna ETS, además de que en esta edad todavía hay inmadurez en cérvix, haciéndolas más propensas a adquirir una infección. Lira, Ortiz de la Peña y Sam (2011) concuerdan en este punto, afirmando que las adolescentes pueden resultar más vulnerables por los cambios físicos y emocionales que presentan, sin embargo, las medidas de tratamiento para mujeres infectadas van dirigidas a pacientes de 25 años en adelante, por lo que si una adolescente inicia su vida sexual a temprana edad o fue víctima de violación y contrae VPH, podría evolucionar con mayor rapidez por la inmadurez biológica y que no se encuentra dentro del rango de edad estimada para someterse a un procedimiento para erradicar lesiones cutáneas o intraepiteliales.

Por otra parte, Rodríguez y colaboradores (2012) identificaron que entre los 25 a 40 años, las personas buscan una estabilidad en el ámbito sexual, lo que

promueve la realización de actividades sexuales de riesgo, motivadas por la confianza y el compromiso que existe dentro de la pareja.

Otro factor por considerar es la multiparidad, pues se ha identificado una relación entre ésta y el desarrollo de neoplasias cervicales por VPH, debido a que en el embarazo existe una inmunodepresión, misma que facilitaría la evolución de lesiones precancerosas, además de que en cada embarazo el cérvix sufre cambios, lo cual aumenta el riesgo de aparición de células precancerosas en el cuello uterino (Sarduy, 2008; citado por Rodríguez, et. Al., 2012.).

Realizarse el papanicolaou anual como forma preventiva ayuda a tener control y cuidado de la salud sexual, ya que el no realizarse este estudio y no conocer su estado de salud, podría favorecer el desarrollo de la enfermedad, debido a que no se tendría un tratamiento oportuno en caso de ser portadora y no tener conocimiento de ello. Otro método preventivo es la vacuna del VPH, que brinda protección contra algunas cepas de alto riesgo. Sin embargo, no proporciona inmunidad, por lo que, a pesar de contar con la vacuna, el realizarse estudios rutinarios (papanicolaou principalmente) es la mejor manera para tener mayor control del cuidado de la salud.

La vacuna contra el VPH se administra desde el año 2012, por el sector salud, dirigida principalmente a la población que no ha iniciado una vida sexual, es decir, niñas de 8 a 10 años. Sin embargo, sigue habiendo dudas, temores y ciertas creencias que podrían llevar a que no sea aplicada. Anzaldo, Godoy y Zonana (2013) entrevistaron a las madres sobre la decisión de vacunar o no a sus hijas. De una muestra de 250 madres, sólo 38 vacunaron a sus hijas, mientras que el resto afirmaba estar dispuesta a que se les vacunara y si aún no lo hacían era principalmente porque querían recibir información adicional, así como tener certeza en la seguridad y eficacia de ésta. Por otro lado, hubo 24 mujeres que no aceptaban la vacuna por no considerarla necesaria, debido a que sus hijas no se encontraban en riesgo de contraer el VPH, no tener suficiente conocimiento de éste y temer a los posibles efectos secundarios que podría generar la vacuna.

En un intento por proteger a sus hijas, podrían ponerlas en riesgo latente, por lo que hay que incentivar a los padres de familia a que consideren la aplicación de la vacuna como una forma de prevenir contra una infección que podría comprometer considerablemente la salud, informar sobre los beneficios de la vacuna, sus alcances, así como sus implicaciones, para realizar una decisión informada y consciente. De igual manera con la población masculina, puesto que no están exentos de contraerla y que, a pesar de no haber mucha promoción para este sector, la vacuna también se aplica y protege a los hombres.

A pesar de que el VPH sigue siendo un problema de salud pública, no se debe perder de vista que cualquier persona puede ser portadora, independientemente de las prácticas sexuales que realice, sin embargo, por tratarse de una enfermedad estrechamente relacionada al ejercicio de la sexualidad, se considera un tema censurado y quienes lo padecen son personas duramente juzgadas y rechazadas por una sociedad que no ha normalizado la educación sexual. En el siguiente capítulo se retoman estos conceptos para indagar en el impacto político, económico, social y cultural hacia quienes padecen alguna ETS.

### **3. Análisis del abordaje de la sexualidad en distintas esferas sociales**

Desde tiempos pasados el embarazo adolescente y las ETS han representado una problemática social, situación que en los últimos años se ha agudizado, siendo un riesgo para los implicados tanto en cuestión física, psicológica, social y económica, debido a la ignorancia sobre las consecuencias y responsabilidades que conllevan el ejercicio de la sexualidad, lo cual también contempla el cuidado y conocimiento de sí misma, así como la validación de sus derechos para tener una sexualidad plena y placentera.

Uno de los grandes problemas que tienen que enfrentar las organizaciones gubernamentales es la impartición de la educación sexual y lo que respecta a ella, por lo que algunas decisiones han llegado a generar controversia, debido a que la población o algunos grupos conservadores tienden a oponerse.

La educación sexual en México se ha visto influenciada primordialmente por la institución religiosa católica. Fue hasta 1934, cuando se implementó la educación sexual en las escuelas primarias, sin embargo, a pesar de esta propuesta revolucionaria hubo quienes quisieron censurarla por considerarla inmoral. Durante los décadas de 1980 y 1990 hubo varias críticas sobre el material propuesto para impartir las pláticas de salud en la población escolar, entre lo más destacable se encuentra la satanización de la masturbación considerando su práctica como una razón de locura, así como censurar imágenes en libros por considerarlas pornográficas, mientras que en el área científica, específicamente en el campo de la medicina y salud mental se había catalogado a la homosexualidad como una enfermedad, atribuyéndole un carácter patológico a lo que escapaba de las normas socialmente aceptadas y que atentaban contra la moral pudorosa que sobrevaloraba la castidad, misma que determinaba la calidad moral de la persona, observándose un franco rechazo a los métodos anticonceptivos.

Es en el año de 1982, cuando se tiene conocimiento del inicio de la epidemia del VIH/SIDA, la educación sexual se enfocó en la prevención y el uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativo principalmente), para evitar la propagación del virus. Se estima que, en el año de 1994, se inició la

implementación de temáticas más allá de la prevención y la cópula, contemplándose temas como la diversidad sexual, los derechos sexuales y de género, sin embargo, Escamilla y Guzmán (2017) mencionaron que a pesar de que se tenía intención de abordar esa parte de la sexualidad humana, hasta la fecha no se ha llevado a cabo de manera satisfactoria.

Por su parte, en la comunidad ginecológica existía cierta inconformidad con la información y la temática que se manejaba al impartir pláticas o talleres de educación sexual, considerándolas como deficientes y limitadas al uso de anticonceptivos, menstruación y ETS, lo cual no es ni la mitad de todo lo que integra la sexualidad humana (Rejón, 2019.).

Uno de los problemas más comunes entre la población está constituido por los mitos, mismos que se van transmitiendo generacionalmente porque no se suelen erradicar al momento de brindar la información, misma que no debe centrarse únicamente al área médica de la sexualidad, sino también abordar los aspectos emocionales, identitarios y culturales alrededor de ésta, restándole importancia al placer propio y con la pareja, así como al conocimiento y exploración personal, atribuyéndole un enfoque falocentrista a la sexualidad entendida como sinónimo de coito.

En el caso del VPH, el Instituto Nacional de Salud Pública de México reveló que gran parte de la población femenina menor de 30 años, ha presentado VPH. Sin embargo, el sistema inmunológico de la persona define el transcurso de la enfermedad, por lo general tiende a erradicarla, de no ser así, puede desencadenar en cáncer temprano.

En 2019, se le cuestionó a Andrés Manuel López Obrador, presidente actual de México, sobre la manera en la que se impartirá la educación sexual y afirmó que será información laica, científica y no dogmática, manejada por pedagogos, sin embargo, es un tema que no se aborda.

### **3.1. Religión y educación sexual**

México es un país en el que gran parte de su población es practicante o creyente de la religión católica. El catolicismo se rige bajo ciertos valores y moral que influyen directamente en la manera en cómo se vive y percibe la sexualidad humana, observándose que esta situación puede llegar a generar presión sobre quienes imparten las pláticas de educación sexual, el contenido de éstas, la manera en la que se llevan a cabo, lo que moralmente se considera correcto o no. En caso de que no se coincida con las creencias o se vulneren de alguna manera los valores de los padres de familia, será considerado incorrecto, llegando a limitar el conocimiento en la población y fomentando la divulgación de estigmas o prejuicios sobre la sexualidad, eliminando y censurando lo que se considere inmoral.

También se abarca la censura de exposiciones culturales, históricas, líricas y artísticas por considerarlas impúdicas o que incitan a la locura y lujuria, lo que favorece una renuncia a la decencia. Observándose que no hay libertad de expresión. No obstante, la iglesia se mantiene firme con su postura de que no está en contra de informar, sino de que se oriente a través de promover el pudor y la castidad hasta el matrimonio.

Para la década de 1990 la iglesia seguía en constante conflicto con ciertas prácticas sexuales, la homosexualidad, la masturbación, el aborto y la anticoncepción, así como la planificación familiar, puesto que consideraba que la única manera en la que una familia podía controlar el número de hijos era mediante abstinencias periódicas, debido a que los anticonceptivos hormonales o de barrera causaban en la persona efectos secundarios a nivel físico y psicológico. Además de considerarlos antinaturales por desviar el fin natural de la mujer que es la concepción, cuyo objetivo es preservar la especie humana.

### **3.2. Consideraciones en los entendimientos de la educación sexual**

Este análisis estructural es importante porque genera presión a nivel político y puede llegar a elevar la influencia o el impacto en lo que se considera políticamente correcto, lo que debe ser permitido y lo que no, quedándose en

propuestas o aspectos a considerar, hasta implementarse normas que no dañen la integridad moral de la iglesia, afectando la calidad de la educación sexual en el país. Considerándose que no hay neutralidad. Quitándole a la población en general la libertad sobre su conocimiento y la toma de decisiones familiares y personales.

### **3.3. Hablar de la sexualidad en la familia**

Rejón (2019) entrevistó a una mujer, quien expuso que en su hogar no se abordaron los temas relacionados a la salud y a la educación sexual, lo que considera que es una de las razones por la que sus familiares manejaron la situación de esa manera, fue el miedo a que ella explorara su sexualidad.

Actualmente a pesar de que se generen propuestas para un plan informativo integral en las escuelas, la opinión de los padres de familia influye de manera significativa. Escamilla y Guzmán (2017) afirmaron que el problema que tiene la familia en el abordaje de este tema en particular es que se enfoca en métodos anticonceptivos y ETS, sin promover la abstinencia y toma de decisiones con madurez. Además de considerar que se está atentando contra su derecho de educar y formar a sus hijos como ellos consideren más apropiado.

Lo anteriormente mencionado puede ser contraproducente en la labor de educar para prevenir y gozar de una salud sexual, pues se evidencia en la ignorancia que se tiene sobre sexualidad humana, al tener acceso únicamente a información prejuiciosa por parte de su familia e iglesia; siendo integral pero con restricciones por parte de las instituciones escolares y de salud; el internet en donde muchos sitios no son verídicos y no cuentan con fundamento científico, lo que convierte a sus pares como principal fuente de información por la confianza que les inspiran, los cuales en ocasiones también reproducen mitos e información errónea.

Escamilla y Guzmán (2017), propusieron que se fomente mayor comunicación entre padres e hijos. Romper tabúes y crear un ambiente de confianza para que externen sus dudas e inquietudes, así como abordar las distintas áreas de la sexualidad e inculcarles los valores que ellos consideren.

Todo esto tiene la finalidad de que, en conjunto con la educación recibida en la escuela, se pueda generar conciencia en la población y en las nuevas generaciones para evitar que pongan en peligro su vida y salud.

### **3.4. Parejas y normalización de la violencia sexual**

Otro aspecto por considerar es la manera en que se relacionan las parejas mexicanas, se ha identificado que hay diversos tipos de violencia contra la mujer, entre los que destacan: emocional, física, económica y sexual, siendo ésta última la menos frecuente, pero no por ello menos relevante (INEGI, 2003).

Es probable que estas cifras difieran con la realidad, debido al concepto cultural que se tiene sobre la relación sexual dentro de un vínculo marital o afectivo, es el de la reproducción, llegando a representar una obligación conyugal, lo que recae en la omisión del consentimiento de la mujer, posicionándolas como un ser sumiso y al hombre como el dominante.

La sexualidad femenina representa algo prohibido y que es controlado a través de la censura, lo que fomenta una sobrevaloración a la mujer que no ha iniciado su vida sexual y a la monogamia. Al contrario de la sexualidad masculina que es aceptada e impulsada desde edades tempranas. Este desequilibrio en las parejas induce a la práctica de conductas sexuales violentas, en las que se ve por el placer y satisfacción de uno contra la voluntad del otro, hecho que llega a influir en la conceptualización y percepción de la convivencia en pareja a grado de normalizarlo.

Sin mencionar la invisibilidad lésbica, en donde, desde la heterosexualidad obligatoria se legitima la heterosexualidad como la forma adecuada, “*normal*” de ejercer el amor y la sexualidad (Vergara, 2018). De tal manera, que no son consideradas en las políticas de salud pública, incluso menos que la población homosexual masculina, lo que las hace igual de propensas a contraer el VPH.

Rodríguez (2020) identificó que en la población lésbica hay un alto índice de contagio de diversas ETS, entre las que se destaca el VPH, hecho que se le atribuye a la poca o nula información proporcionada por las campañas públicas y

programas de educación sexual. Lo mismo sucede con la atención médica, la cual es limitada o negada por no considerarlas aptas para una revisión ginecológica por no haber tenido relaciones sexuales con hombres, lo que las vulnera debido a que no se les fomenta el hábito de realizarse papanicolaou y las hace propensas a ser portadoras sin tener conocimiento de ello. A nivel social y político, se resta valor e importancia a las necesidades de las mujeres lesbianas, lo que nos permite identificar que esta poca o nula consideración es reflejo del estigma e ignorancia que existe sobre las mujeres homosexuales y su sexualidad.

#### **4. Aportes de la psicología sociocultural**

A lo largo del presente trabajo se utilizó constantemente el concepto de *vivencias* de acuerdo con lo propuesto por Vygotsky (1934) quien menciona que son experiencias que son interpretadas según los valores y la realidad, mismos que determinan el impacto que genera en la persona. Las vivencias permiten una construcción de identidad, la cual se verá reflejada en el sentido actual y en las experiencias y vivencias posteriores. Aunado a esto, Dreier (1999) aseguró que la forma en cómo se percibe la persona en un contexto, va a depender de sus experiencias y su conducción en la vida cotidiana, así como puede variar o sufrir modificaciones conforme a su interacción y participación en distintos contextos.

Con base en lo anterior mencionado, ahondar en el testimonio de una persona resulta una tarea ambiciosa, debido a que tienen una historia de vida ajena a la nuestra, al respecto, Guitar (2009) considera que los estímulos y experiencias que vive el individuo no son hechos aislados, sino que son interpretados según los recursos y bases con los que se cuenta. Otros autores como Bruner (2003) sostienen la importancia del discurso de la persona, ya que ésta permite la construcción del suceso y el lugar que ocupan u ocuparon las personas involucradas, lo que además permite que quien escuche la historia identifique el valor y significado que se le da a cada acto y acción realizada, así como los valores y creencias de acuerdo con su historia de vida y la cultura en la que se sitúa. Lo que quiere decir que la narrativa nos brinda la posibilidad de identificar la interpretación de un evento, es decir, considerando todo lo que rodea al individuo y lo que lo conforma, se contemplaron las diversas áreas en las que se desenvuelve, las creencias y valores inculcados por su entorno social, cultural y familiar y demás contextos en donde participa.

Al respecto, Bruner (2003) afirma que no hay relato neutro, debido a que cada persona tiene una postura y rol diferente en la misma historia, así como interpretación y percepción distinta. De igual manera, la narrativa es una representación en la identidad de las personas, debido a que al exponerlo o verbalizarlo, obliga a que un evento adquiera estructura continua y coherente al

ser una vivencia, es una construcción autobiográfica de los acontecimientos y percepción de su entorno. Cuando una persona comparte una anécdota, ésta no sólo incluye una serie de hechos, sino que también la justificación de éstos, así como sus pensamientos y emociones, desde los cuales, se hace una exploración de lo que acontecía en su entorno, dando así un contexto más próximo al que manifiestan haber tenido.

Continuando con las aportaciones de Bruner (2003), la manera en que se le da significado e interpretación a los acontecimientos permite una visión general de la cultura, debido a que los valores y pensamientos son resultado de ésta, sin ser unidireccionales, es decir, la persona y el entorno están estrechamente unidos, aportando y abstrayendo algo uno del otro. Las costumbres, creencias, tradiciones, mitos, etc. son manifestaciones parciales de construcciones sociales y culturales, por lo que no hay una cultura universal (Cubero y Santamaria, 2005).

La participación del individuo en los diversos contextos culturales implica un desarrollo de habilidades, de igual manera, los significados de las experiencias se reconfiguran (Bruner, 2003). Lo que Lave y Wenger (1991) refieren como identidad, que es el sentirse parte de una comunidad. La identidad es resultado de diversas vivencias, mismas que se llevan a cabo en distintos contextos de práctica en donde su conducción es diferente, así como su identidad dentro de una comunidad o práctica que le da sentido de pertenencia, posturas personales y significados a los hechos, las cuales se construyen y reconstruyen con el tiempo. Al respecto, Guzmán y Saucedo (2015) sostienen que el desenvolvimiento de las personas en distintos contextos es un proceso en el que el individuo abstrae lo exterior, lo internaliza y lo hace propio desde su percepción y subjetividad.

Las experiencias tienen un carácter reflexivo, debido a que no son eventos aislados, esto es aplicable tanto para el narrador o protagonista de la historia como para el que escucha, ya que ambos se desarrollan en contextos e historias de vida diferentes, las cuales le dan sentido a las nuevas vivencias ajenas o propias. De acuerdo con Guzmán y Saucedo (2015) cuando una persona se refiere a un acontecimiento como *el acontecimiento*, es porque sale de su

cotidianidad, debido a que tienen una carga emocional, algo que impacta en la persona, marcando un antes y un después, sin embargo, están situadas en cierto espacio, tiempo, contexto y cultura, mismas que al presentarse bajo ciertas condiciones, las posibilidades de acción están moduladas por el espacio y el tiempo (Mélích, 2002).

Conforme una persona se apropia de la cultura, el lenguaje y sus prácticas, se evidencian en su discurso y percepción de una experiencia, también le permite identificar sus prioridades. Estas prioridades, intereses y preocupaciones pueden variar según los sucesos que se estén presentando o el rol asumido en éstos.

Al respecto, Dreier (1999) considera que, al estar inmersos en diversos contextos, se desempeñan roles y labores diferentes, por lo que hay una modulación y regulación de las acciones y maneras de conducirlas, según el contexto en el que se encuentre.

De igual manera, el proceso cognitivo no es más que la interpretación y comprensión del mundo, mientras que la verbalización fomenta la construcción de significado, que acompañado de un meta-mensaje que Goffman (2006) considera como signos que permiten que la audiencia o escucha lo interprete. Bordieu (1999) y Kvale (2007) afirmaron que las personas identificamos que hay un orden en el mundo y según el lugar que ocupemos en esta organización social es como nos vamos a conducir.

Es importante considerar todo lo anteriormente mencionado, debido a las diferencias existentes entre el lector, el entrevistador y las participantes, por lo que resulta necesario contemplar la totalidad de la persona, las condiciones en las que se encontraba antes de la enfermedad, durante y actualmente. Esto permitirá una mejor comprensión del testimonio y las decisiones asumidas por las participantes con base en su realidad y contexto.

Los aspectos anteriormente señalados, permitieron dirigir el objetivo de la presente investigación, el cual fue analizar las vivencias de mujeres diagnosticadas con VPH y con base en el análisis de los testimonios, identificar la

reestructuración y resignificación que fueron experimentando conforme al proceso natural de la enfermedad y lo que implica vivir con el diagnóstico del VPH, además de sensibilizar a la población general sobre la importancia de la información y prevención de esta y otras enfermedades, así como sus implicaciones físicas y psicológicas. Esperando que la información aquí expuesta promueva el interés hacia la realización de futuras investigaciones que contemplen a la población masculina y fomente la creación de estrategias para el manejo y tratamiento de estos casos en el área médica.

Con base en lo anteriormente mencionado, el presente trabajo fue abordado desde la perspectiva de la psicología cultural a fin de entender y profundizar en las vivencias de las mujeres diagnosticadas con VPH.

## 5. Metodología

Es importante mencionar que las mujeres diagnosticadas con alguna ETS se enfrentan a la estigmatización y rechazo de la sociedad que censura y reprime la sexualidad femenina, generando en ellas una serie de emociones y cambios en diferentes contextos de sus vidas, hecho que ha sido tema de interés entre investigadores, quienes han realizado encuestas para cuantificar el estado emocional en el que se encuentran a raíz de saberse portadoras. Al respecto, Goffman (2006), menciona que en cada cultura existen ciertos patrones o rituales los cuales son entendidos por personas que se encuentran inmersas en la misma cultura, la cual forma parte de su identidad. Situándolos en la población mexicana, el estigma que se tiene sobre las personas con ETS afecta considerablemente a cada sector poblacional, desde los altos mandos en el sector salud y sus políticas de salud, hasta la población general, quienes juzgan y dictaminan la calidad humana de quien padece alguna ETS. El abordaje de temas relacionados con la vida sexual del individuo sigue siendo deficiente o prejuiciosa con suposiciones que incitan al rechazo, odio y desaprobación de los portadores de alguna ETS.

Con base en lo anterior, Castro (1999) afirma que, en investigaciones cualitativas, la comprensión del lector se logra a través del abordaje preciso de las condiciones, contextos y situaciones en torno al participante y no intentar explicar una realidad que no nos pertenece. Por lo que, para la interpretación y análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas, se realizó un análisis narrativo y de contenido, debido a que éstos permiten una apreciación más contextualizada sobre las vivencias de las participantes sin modificar su contenido y esencia, por tal motivo en el presente trabajo se optó por un trato más directo y personal de quienes vivieron y viven con VPH.

La presente investigación fue empírica, cualitativa y descriptiva, para la cual fue necesaria la participación de 4 mujeres, por lo que no se considera un trabajo probabilístico.

Para poder ser incluidas en la presente investigación, se consideró como requisito el haber sido diagnosticadas con VPH en algún momento de su vida y

brindar su autorización por medio de un consentimiento informado para grabar las entrevistas en las que se contemplan temas relacionados con la sexualidad y su historia de vida, además del uso de su testimonio con fines de investigación. En caso de no contar con el consentimiento y autorización de la solicitante, ésta queda excluida de la investigación.

NOTA: Para la presente investigación no fue considerada la edad, raza, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil ni orientación sexual.

Instrumentos:

- Consentimiento informado (Ver anexo 1).
- Guía de entrevista semiestructurada (Ver anexo 2).
- Grabadora de voz
- Notas de campo

### **5.1. Procedimiento**

Al inicio del trabajo de campo, fue necesaria la identificación de los puntos más destacables de la investigación, de manera que se pudieran transmitir de forma sintetizada, clara y objetiva para plasmarlo a través de una convocatoria que captara la atención de las mujeres dispuestas a colaborar proporcionando su testimonio (Ver anexo 3).

Una vez redactado el mensaje de la convocatoria, se publicó la misma por diversas redes sociales (Facebook y WhatsApp) solicitando además el apoyo de los usuarios para darle difusión. Con la finalidad de llegar a la mayor cantidad de personas y acelerar dicho proceso de difusión, se publicó en grupos de Facebook que están dirigidos a la población con VPH. En cuestión de horas, se recibió respuesta de algunas mujeres, quienes finalmente decidieron no participar, primordialmente al saber que sus testimonios serían grabados.

En caso de haber aceptado las condiciones de la investigación, se procedió a agendar un encuentro para llevar a cabo la primera entrevista.

En la primera sesión con la participante, se le dio a conocer la naturaleza del trabajo, sus derechos, se resolvieron dudas y se le entregó un consentimiento informado.

Una vez obtenido su consentimiento y autorización para participar en la presente investigación, se les solicitó a las participantes que contaran su experiencia con el VPH, desde donde quisieran y de la manera más cómoda para ellas.

El número de entrevistas y la duración de estas variaba según la disponibilidad de tiempo de las participantes. Con Mena se realizaron tres sesiones, las cuales duraron dos horas a dos horas y media; con Karla se tuvo una sesión, la cual duró hora y media; con Xiomara se tuvo una sesión de dos horas y media y con Adriana se realizaron dos sesiones de dos horas aproximadamente. Se realizaron en total 7 entrevistas, las cuales fueron grabadas con la finalidad de respetar el testimonio y presentarlo de la manera más cercana a la realidad de acuerdo con lo expuesto por ellas, dichas grabaciones sumaron un total de 15 horas.

Posteriormente, se transcribieron las entrevistas, en las cuales fue necesario cambiar los nombres de las participantes y de las personas mencionadas en sus relatos, para preservar su identidad y confidencialidad.

Se procedió a realizar el análisis de los datos recabados, para ello fue necesario retomar los conceptos proporcionados por autores de la psicología sociocultural y de diversas investigaciones en temas de ETS y del impacto social que tiene en los portadores y su entorno, favoreciendo la comprensión e interpretación de la información proporcionada por las participantes. Para la presentación de los resultados obtenidos se seleccionaron como estrategias analíticas el análisis de contenido y narrativo.

A manera de introducción, se presentan los datos generales de las participantes para contextualizar su situación a través de su relato.

## 5.2. Datos generales de las participantes al momento de las entrevistas

(Los nombres aquí presentados son pseudónimos escogidos por ellas para proteger su identidad)

- *Participante 1: Mena*

Edad: 21 años

Ocupación: Estudiante de periodismo

Estado civil: Soltera

No. De hijos: 0

- *Participante 2: Karla*

Edad: 25 años

Ocupación: Estudiante de psicología

Estado civil: Soltera

No. Hijos: 0

- *Participante 3: Xiomara*

Edad: 33 años

Ocupación: Cocinera en restaurante

Estado civil: Divorciada

No. Hijos: 1

- *Participante 4: Adriana*

Edad: 65 años

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

No. Hijos: 4

## 6. Análisis Narrativo

El análisis narrativo se centra en la lingüística y el significado que tiene el contenido del relato, en este caso contado en primera persona por sus protagonistas. Asimismo, se consideran los aspectos culturales, temporales y sociales en los cuales la historia se desarrolla, es importante mencionar que este análisis está basado en las narrativas, mismas que pueden contener más de un relato, siempre y cuando haya coherencia y relación entre ellos, construyendo una entrevista rica en detalle y completa en contenido disponible a analizar (Kvale, 2008).

A continuación, se presentan las trayectorias de vida de las mujeres, ubicando sus relatos desde la educación sexual que recibieron por parte de su familia, sus instituciones académicas, sus pares e información recibida por medios ajenos a los anteriormente mencionados, como lo es el internet, propagandas y diversas vías de difusión.

## 6.1. Mena

Mena es una mujer nacida en la CDMX, tenía 21 años cuando fue entrevistada, es soltera, estudiaba la carrera de periodismo en la UNAM. Proviene de una familia conformada por su madre, padre y una hermana mayor, radica en la alcaldía de Azcapotzalco, CDMX. La razón principal por la que Mena decidió participar fue porque consideró que hay mucha desinformación sobre el VPH y poca o nula empatía hacia los portadores, aunado a la necesidad de compartir su testimonio para evitar que alguien pase por una experiencia similar a la de ella.

*“Me siento con mucha responsabilidad al poder hablar contigo o con cualquier otra persona de algo que me pasó para que alguien más pueda evitarlo, pero también la responsabilidad de cuidar a las demás personas que estén conmigo, cuidarme a mí para que esto no pase a mayores”*

Recuperando lo señalado por Bruner (2003), la narración siempre tiene una intención, es por ello que Mena encuentra un sentido de responsabilidad para las demás mujeres, enfatizando que su experiencia puede ser un recurso que les permita a las demás personas identificar algunas señales en la adquisición del virus, pero también, para mostrar que vivir con el VPH no se reduce a los síntomas, sino a un conjunto de experiencias vividas a lo largo del tiempo y a través de distintos contextos de práctica (Dreier, 1999)

Mena proviene de una familia católica, menciona que durante su infancia vivían con su abuela paterna, tía, primos, mamá, papá y hermana, con quienes tenía buena relación. Mientras ella cursaba 4to año de primaria y su hermana entraba a secundaria se mudaron con sus padres a un departamento separado de la familia extensa, lo que favoreció la creación de un vínculo estrecho con su hermana.

Mencionó que se le inculcaron valores como la honestidad y el respeto a sí misma y a los demás, lo cual representa un conflicto para ella, debido a que no se le enseñó a establecer límites con los otros como forma de respeto hacia sí

misma, llegando a priorizar el respeto ajeno. Al respecto, Lagarde (2005) afirma que la postura pasiva y sumisa de las mujeres hacia otras personas, genera una constante incertidumbre por sentirse limitables en ciertas situaciones.

Dreier (2008) afirmó que parte de la conducción de la vida de la persona está estrechamente influenciada por las vivencias y contextos en los que se desenvuelve, en el caso de Mena, dentro de su círculo familiar se fomentan ciertas normas y valores que ella tiene presentes en sus relaciones interpersonales.

*“Es algo que realmente nunca he entendido y es como una lucha que tengo todavía... ‘date a respetar’. (...) Me manejaron siempre el que el hombre llega hasta donde la mujer lo permite, (...) ¿Cómo me doy a respetar?, esas son cosas que traigo que a final de cuentas se hilan con lo mismo de dejar de sentirme culpable porque si lo uno es tal vez en cierto punto, porque yo no me di a respetar o no sé”*

Las normas rígidas del género implican una serie de mandatos, cuyos cuerpos sexuados hombres o mujeres, deberán acatar o bien, podrían tener repercusiones en el escrutinio social. Tal como lo señala Mena, el ser una mujer que *“se de a respetar”* es un mandato atribuido a ellas, en el cual se les culpa si alguien abusa de la confianza o se violenta. A pesar del rol que Mena asume como mujer, las creencias de su familia y la percepción que tienen de ella, Mena empatiza con los portadores del VPH, puesto que viéndose envuelta en la misma situación se percata de que al igual que ella, hay otras personas que independientemente de la educación que hayan recibido, sus hábitos o prácticas sexuales, nadie está exento a esta enfermedad.

*“Bueno los valores que se dan como de buena niña de casa, no tienen nada que ver con que es un tema que estamos expuestas todas las personas, o sea no, no quiere decir que si eres de casa o eres promiscua va a ser diferente, (...) estás en el mismo riesgo.”*

En primer lugar, podemos observar en este fragmento comparado con el anterior, una contradicción, en la que Mena indica que ser portadora de VPH no tiene que ver con los valores inculcados en casa, sin embargo, en la cita anterior manifiesta sentirse culpable por haber recibido buena educación y aun así ser portadora, al respecto, Dreier (1999) afirma que a lo largo de la trayectoria de vida del individuo, éste se ve constantemente en conflicto, debido a que existen contradicciones entre distintas prácticas sociales y en consecuencia, cada experiencia lo lleva a reestructurar sus valores y creencias.

De igual manera, Lave y Wenger (1991) consideran a la identidad del individuo como un aspecto que se va construyendo a largo plazo, principalmente por la posición que adquiere la persona en su comunidad de práctica y su participación en ésta. El impacto que genera la percepción que tiene su familia de ella recae en cómo se posiciona y se conduce en ese contexto en particular.

En este sentido, Dreier (1999) asegura que el cómo se percibe una persona en un contexto va a depender de sus experiencias y su conducción en su vida cotidiana, así como puede variar o sufrir modificaciones conforme a su interacción y participación en distintos contextos. Sin embargo, en la familia de Mena se han referido a ella desde su infancia hasta la actualidad como una *niña de casa*, postura que ha apropiado con los años. Además, Mena consideró que los valores y creencias de su familia tuvieron un impacto en su toma de decisiones y la manera de percibir su sexualidad, contemplando el hecho de que no se abordaba el tema, porque ello implicaría dar el consentimiento para iniciar su vida sexual.

*“Nunca hablamos realmente de las enfermedades, siempre fue un tema tabú, (...) Son muy... conservadores mis papás en ese sentido, entonces era de ‘sí, sí va a pasar, todavía no dan permiso de hacer nada’.”*

Es importante señalar que las familias mexicanas, las madres y padres realmente no tienen nociones de cuál sería la forma “*más apropiada*” de hablar de sexualidad con sus hijos, especialmente con sus hijas.

Por otra parte, durante su trayectoria escolar, recibió pláticas informativas sobre sexualidad, sin embargo, éstas no cumplieron su objetivo.

*“las pláticas de educación sexual siento que son las peores, bueno por lo menos las que yo he recibido.”*

Al mismo tiempo, en esos mismos espacios, se fomentaba la creencia de que el preservativo evita el contagio de ETS.

*“(…) y era de (Mena cita las palabras del quien impartió la plática informativa) ‘usen condón siempre, nunca les va a pasar nada’.”*

Además, Mena mencionó que mientras cursaba la primaria y secundaria no se le aplicó la vacuna del VPH, ni recibió información sobre ella en la campaña de vacunación.

*“Cuando me la aplico, ya tenía el virus, tampoco me lo explicaron, digo a lo mejor era ya en un sector salud, ya no tenían la delicadeza de mandar a una enfermera a la escuela a que te explicara, pero tampoco me dijeron ahí ni nada.”*

El recuento de la experiencia que Mena tuvo respecto a su educación sexual es una realidad que viven otras mujeres, a las que se brinda información, pero de manera parcial o no adecuada a sus formas de comprensión.

Al término de la infancia, Mena comenzó a percibir cambios en su cuerpo, propios de la adolescencia, lo cual comunicó a su madre, quien le planteó que era un proceso normal.

Los procesos de maduración biológica tales como el ensanchamiento de caderas, aumento de senos y la menarquia representaron un reto para Mena, debido a la contradicción entre sus acciones y el concepto que sus padres tienen de ella, aunado con las creencias religiosas que interferían en la exploración de su sexualidad.

*“Nunca me dieron esa confianza (...) o sea, para mis papás pues todo era como la niña de casa... normal, tranquila y que de un momento a otro iba a cambiar esa imagen y digo, sigo siendo niña, bueno me considero niña de casa, niña tranquila pero que vive su sexualidad... distinta a la cuestión de la niña de casa que ellos creían”*

Al respecto, Dreier (2008) menciona que, en distintos contextos, el individuo se desenvuelve de manera diferente, así como sus motivaciones y preocupaciones son distintas. En el caso de Mena, se aprecia que, efectivamente, en su entorno familiar, es percibida de una manera que ella misma asume, la cual es socialmente aceptada, sin embargo, esta percepción puede cambiar considerando la realidad que ella vivía fuera de dicho entorno en el que no sólo no se abordaba o consideraba el tema de la sexualidad y la educación sexual, sino que inclusive llegó a la omisión y prohibición.

*“(...) La primera vez que me masturbé tuve muchísima pena, de verdad, fue la peor sensación de la vida, o sea obviamente estaba yo sola, pero fue horrible, o sea fue como de ‘no, es que Diosito me está viendo’.”*

Cuando Mena empezó a descubrir e interesarse por la exploración de su cuerpo y de su placer, los pensamientos y emociones que experimentaba le generaron pena y rechazo hacia dicha acción. Además, afirmó que los valores inculcados por sus padres influyeron en la manera en la que ella percibe su sexualidad. Lagarde (2005) considera que la sexualidad de la mujer, así como la exploración de ella, es un tema tabú, por lo que evitan realizar prácticas relacionadas con el placer sexual como lo es la masturbación, no obstante, en caso de que lo lleven a cabo se considera confidencial, por su parte, en el caso de los hombres esta exploración o inicio de conductas sexuales no es penado y muchas veces es promovido y reforzado.

*“Realmente nunca me manejaron ‘el placer femenino es malo’, nunca, o sea ni siquiera lo llegaron a mencionar o sea no era como ... No era una opción para mí”*

No es necesaria la explicitación de reglas morales para que las personas comprendamos que hay ciertas prácticas como -en este caso- la masturbación, que están prohibidas para las mujeres, las normas de tipo implícitas, la falta de visibilización y de información plena, ayudan a legitimar esta prohibición. Lagarde (2005) menciona que la educación sexual femenina va direccionada hacia la represión del goce y de la culminación de sus deseos, por lo que no hay un conocimiento personal real. El silencio por parte del entorno familiar y de los educadores crean un tabú alrededor de la sexualidad femenina, siendo ésta, *intocable*.

A los 19 años, Mena mantuvo una relación de 6 meses con un joven, con quien decidió iniciar su vida sexual por motivos sentimentales, de ahí en adelante ella refiere utilizar preservativo en cada relación sexual.

*“Hasta con mi ex que fue quien despertó mi instinto. (...) era alguien con quien quería hacerlo...”*

Socialmente hay una sobrevaloración de la virginidad por lo que, al momento de iniciar una vida sexual consensuada, se considera una experiencia única y de gran valor para compartirla con alguien especial. Lagarde (2005) aborda la influencia que tienen los modelos educativos, manejando el aspecto erótico de la mujer como algo pecaminoso, esto aunado a la relación que las mujeres conciben entre el amor y la entrega total, creando un mensaje contradictorio que pone en tela de juicio sus decisiones y actos.

*“No me arrepiento de la persona con la que fue, es una persona que quiero o quise mucho y me valoró, es una persona que valió la pena y valió el cariño y valió todo.”*

Mena expuso abiertamente su percepción en la actualidad, sobre lo que implicó iniciar su vida sexual. Bruner (1991) afirma que la narrativa de vida de las

personas es una construcción mediada por las experiencias que va adquiriendo con el tiempo, lo cual se puede apreciar en este fragmento en el que Mena manifestó que el involucrarse con su pareja fue una vivencia que asumió como un momento único que no cambiaría y que, a su vez, esa *entrega* de la virginidad fue un momento valioso y consecuente al amor que sentía por él. Como mencionó anteriormente, esto se podría explicar por el concepto que tiene del sexo y su relación con el amor, así como sus implicaciones desde su formación en el entorno familiar.

Sin embargo, el valor y concepto que tiene Mena sobre la virginidad es distinto al de su familia, lo que, de acuerdo con Dreier (2008) se aprecia en el desenvolvimiento de una persona dentro de distintos contextos, que influyen, construyen y reconstruyen una identidad. En este caso se puede identificar que los valores y pensamientos de Mena se reconstruyen.

*“Ellos sí le dan un valor muy importante a la virginidad, en específico de la mujer, le dan un valor bastante grande que no puedes, repito, no puedes saber hasta con quien te ibas a casar y yo en ese momento no tenía una pareja estable”*

Lagarde (2005) señala que, de manera implícita, se inculca el mensaje de que la mujer debe mantenerse virgen hasta que se case o esté en planes de tener hijos, atribuyéndole un fin meramente reproductivo y socialmente aceptado al legalizar la relación. Mena, por su parte, considera que la virginidad no le atribuye un valor como persona, tampoco define quién eres.

*“Es algo que vas a recordar siempre, es más como ese sentido de ¿a quién quieres recordar por el resto de tu vida? Porque de ahí en fuera no lo veo como que una mujer valga más o valga menos por ser o no ser virgen, creo que el valor viene por muchas otras cosas.”*

Dando un salto en el tiempo y en su trayectoria de vida, cuando finalizó su relación, comenzó a involucrarse sexualmente con otras personas sin crear un vínculo emocional con éstas.

*“Me afectó muchísimo el terminar con él, por lo mismo yo no regreso a una relación sentimental, pero sí comienzo como a tener encuentros con otras personas y fue como empecé a tener parejas sexuales”*

La interpretación de Mena sobre la ruptura de la relación está vinculada directamente con sus expectativas, motivaciones y preocupaciones. En esta cita, expone el impacto que generó en su concepto del sexo, el cómo conducir su sexualidad, además de revalorar la correlación amor-sexo como términos distintos y no necesariamente entrelazados y exclusivos de una relación afectiva.

Observándose que el sexo es un constructo tanto cultural como de salud, se aprecia que ella tenía claridad sobre las implicaciones emocionales de éste, sin embargo, no sucedía lo mismo en cuanto a la cuestión orgánica que implica conocer su organismo y su cuidado, sobre todo en el sistema reproductivo, dado que carecía de información ginecológica al iniciar su vida sexual, en consecuencia, Mena mencionó no haber recibido dicha atención especializada. Narró que en una ocasión fue a su centro de salud, sin embargo, por estar presente su madre, afirmó ser *sexualmente inactiva*, por lo que la ginecóloga no pudo hacer una exploración ginecológica. La respuesta de Mena a esta interrogante puede deberse a que, en su entorno familiar, Mena era percibida como una niña, misma a la que se le cerraba la posibilidad de tratar temas acordes a su edad por el peso moral que implicaba y lo que conlleva tener cierto tipo de información, censurando todo lo que pudiera perjudicarla moralmente.

Esta primera consulta tuvo un resultado inesperado para Mena, pues mencionó haber confiado en que la ginecóloga la abordaría de manera individual porque leyó en un libro que así eran las consultas, hecho que evidentemente no ocurrió. Al respecto, Brown y colaboradores (2007) indagaron en las experiencias de las mujeres que acuden por primera vez al ginecólogo, estas citas se llevaron a cabo entre la menarca y el inicio de vida sexual. Identificando que el motivo más común para solicitar la atención es recibir orientación sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar. Otro aspecto importante es si optan por ir solas o acompañadas a su consulta, en el caso de mujeres adultas la mayoría

prefiere la compañía de un par, ya sea amiga, hermana, prima, etc. Sin embargo, también se dan los casos en los que quien las acompaña es la pareja o la madre. En este caso, la asistencia de la figura materna es más común en menores de edad, puesto que es ella la que solicita atención para su hija, esto a su vez puede ser un tipo de inserción en una práctica propia de mujeres. No obstante, la experiencia de Mena no cumplió sus expectativas, pues no se generó un ambiente de confianza para externar sus inquietudes y crear una relación médico-paciente que fomentara el mayor aprovechamiento de la consulta.

Aunado a lo anteriormente mencionado, en la labor del médico, pueden existir repercusiones legales que atentarían contra su carrera, generando que su atención se base exclusivamente en la cuestión técnica. Siendo las consultas ginecológicas un área sensible de la medicina, el generar confianza y comodidad en la paciente es una habilidad particular del doctor o doctora, misma que se puede desarrollar y perfeccionar a lo largo de su trayectoria, pero esa será decisión personal del especialista.

En el caso de las consultas ginecológicas, las pacientes pueden llegar a experimentar miedo e incertidumbre en el primer encuentro con un ginecólogo, debido a que son más perceptivas a la comunicación no verbal, lo que Tannen (1999) refiere como meta-mensaje que es el que le da sentido a lo que se quiere expresar y está implícito, se presenta en la manera de hablar, el tono, gestos, señas o movimientos que realiza la persona, mismos que comunican de igual o mayor manera. Estos complementos le dan significado al mensaje transmitido por el médico, lo que les genera temor a ser juzgadas, encontrándose vulnerables dentro del consultorio.

Mena no volvió a acudir a un consultorio ginecológico, hasta que, a la edad de 21 años, descubre verrugas en sus genitales, lo que en primera instancia le resulta poco estético, pero al investigar sobre ello en internet, los resultados de su búsqueda indicaban que estas verrugas eran un signo de algún diagnóstico poco esperanzador que podrían culminar en cáncer, situación que le generó preocupación, por lo que optó por buscar atención médica especializada. De

acuerdo con Hundeide (2015) la manera en la que el individuo realiza una toma de decisiones está altamente influenciada y determinada por la percepción de la situación que se le presenta, las opciones con las que cuenta, los medios y los recursos para llevarlo a cabo. En este sentido, Mena era estudiante no tenía un ingreso económico propio que le permitiera solventar los costos de la atención médica requerida, ya que dependía de lo que le proporcionaban sus papás, tampoco tenía la suficiente confianza ni los recursos financieros para solicitar orientación profesional privada. Desde su postura motivada por su preocupación optó por buscar información en internet, más adelante ella narra cómo sus opciones fueron reduciéndose al grado de implementar su última opción, misma que había estado evitando desde el principio.

En la primera cita que tuvo en su centro de salud, la doctora le recetó metronidazol<sup>13</sup> y óvulos, además de mandarle a hacer estudios de ETS en los que salió negativa, por ende, la canalizó a dermatología, debido a que acudió por presentar lesiones en la piel. Una vez ahí, trataron las verrugas con un medicamento llamado podofilina<sup>14</sup>, también le recetaron medicamentos orales, que resultaron tener efectos adversos en Mena, quien presentó malestar estomacal.

En la siguiente cita, Mena le expuso a la ginecóloga, las reacciones que había tenido al medicamento, a lo que la doctora respondió que había olvidado comentarle que podría tener efectos secundarios.

*“Mi estomago estaba fatal (risas) me lo estuve tomando y cuando regresé a la siguiente consulta con ella le dije que el estómago ya no lo aguantaba y dijo ‘¿Ah, sí! ¡Se me olvidó decirte que eso podía pasar!’.”*

Aunque esto parezca un ligero descuido por parte de la ginecóloga, dicho acto es considerado negligencia médica, por no haber realizado adecuadamente una entrevista a la paciente para identificar posibles alergias o características que le impidieran la ingesta de ciertos fármacos. Al respecto, Fernández y Rizo (2018)

---

<sup>13</sup> Antibiótico que requiere receta médica y se utiliza para tratar infecciones bacterianas.

<sup>14</sup> Medicamento utilizado en el tratamiento de verrugas genitales.

indagaron en las quejas más frecuentes en el área de ginecología y obstetricia en México en el periodo de 2001 a 2015, entre las que se encuentran los diagnósticos errados y la administración equívoca de medicamento. Increíblemente es más común de lo que se esperaría y Mena fue víctima de estas fallas en el sistema de salud mexicano.

En este punto, todo lo que le aconteció a Mena iba generando una reconstrucción, un replanteamiento sobre sus prioridades y con ellas nuevas preocupaciones que fueron determinando su toma de decisiones. De acuerdo con Dreier (2008) los cambios sociohistóricos del individuo demandan un ajuste en su estructura. Habiendo recurrido a las opciones que tenía contempladas y no obtener un resultado esperado o que por lo menos le resolviera sus inquietudes sobre lo que le sucedía, Mena decide realizarse su primer papanicolaou, acudiendo sin compañía. Esta decisión resulta poco común según Brown y colaboradores (2007) quienes mencionan que cuando las mujeres asisten por primera vez a una consulta ginecológica prefieren ir en compañía de una persona que les genere seguridad y confianza, sin embargo, a pesar de que no fue la primera consulta de Mena, sí fue la primera vez que se sometía a este tipo de estudio.

Al finalizar la toma de muestra en el papanicolaou le comentaron que en caso de que existieran anomalías en los resultados se comunicarían con ella a la brevedad, lo cual no ocurrió. Al recibir sus resultados dos meses después, fue con la doctora y no expuso sus dudas sobre el diagnóstico, puesto que en el momento fue algo difícil de procesar.

*“Quedé como ‘shockeada’ (risas) de hecho también se quedó, así como que ella esperaba que yo le dijera de ‘dime algo’ ¿no? Y no dije nada.”*

En esta cita se puede apreciar que Mena no pudo identificar lo que le generaba saberse portadora de VPH, ya sea por ignorancia sobre el tema, por no saber siquiera qué preguntas hacerle a la ginecóloga, estar en una situación que no contemplaba o que haya esperado que la ginecóloga tomara iniciativa en la

interpretación conjunta del diagnóstico y es que la notificación de ser portadora de una enfermedad que no conocía y que era ajena a lo que ella había aprendido en diferentes contextos convirtió dicha experiencia en algo difícil de comprender (Bruner, 2003). Brown y colaboradores (2007) afirmaron que las consultas ginecológicas son diferentes a las de cualquier otra especialidad, principalmente por lo que abarca, que es la intimidad de la paciente, la cual se ve envuelta en muchos tabúes, prejuicios y aspectos morales que de alguna manera vulneran a la mujer, considerando que lo esperado sería que el ginecólogo en turno intente empatizar con la paciente y que cree la atmósfera ideal para inspirar la confianza necesaria que le permita ahondar en sus dudas e inquietudes, sin embargo, esto no siempre ocurre, pues varias mujeres mencionan haber recibido tratos *distantes*, principalmente si el ginecólogo es hombre, quien al intentar apegarse a su ética profesional reproducen conductas y actitudes que podrían generar desconfianza o incomodidad en la paciente.

Siendo insatisfactoria su experiencia en su centro de salud, optó por buscar atención médica en instituciones privadas. Era la opción que le brindaba mayor tranquilidad y seguridad, sin embargo, desde su postura de estudiante que únicamente contaba con el dinero que sus padres le proporcionaban, implicaba obtener los recursos económicos de alguna manera. Dreier (2008) afirma que el individuo experimenta una reorganización en su estructura de vida, para alcanzar sus objetivos, lo cual le ocurrió a Mena, quien tuvo que cambiar ciertos aspectos de su vida cotidiana para reunir la mayor cantidad de dinero que le permitiera iniciar un tratamiento según las características de su caso.

*“Algunos estudios que me realice por fuera, pues no comía y pagaba los estudios.”*

A pesar de los esfuerzos de Mena por poder llevar a cabo un tratamiento seguro y de calidad sin el conocimiento de nadie, llegó un punto en el que se vio en la necesidad de recurrir a la última opción que le quedaba, que era recibir apoyo económico por parte de sus padres y para ello tendría que comunicarles su diagnóstico. De igual manera, se puede apreciar cómo sus prioridades cambiaron conforme a las situaciones que se le presentaban, en este caso, se aprecia que

hay un intercambio de intereses, de evitar a toda costa las represalias familiares que podría haber, a la recuperación de la salud, aunque para ello tuviera que enfrentarse a uno de sus mayores temores, que era el conflicto con sus padres y consigo misma.

*“Algo me decía que tenía que hacer algo. Pero también buscaba por fuera (atención médica particular), en ese tiempo mi mamá no sabía y pues era como de ‘y yo ¿cómo voy a pagar todo?’.”*

Por otra parte, Mena recordó que una amiga de su hermana tenía VPH, por lo que se sintió en confianza de decirle (a dicha amiga) que también era portadora, con la finalidad de recibir más orientación al respecto y de que pudiera comprender la situación que ella estaba viviendo.

*“También me incliné a ella porque era enfermera, entonces pues era como...pero creo que la veía más en el sentido médico que en el sentido de un apoyo para mí.”*

Sin embargo, no recibió la empatía ni el apoyo emocional que ella esperaba, puesto que la información que le proporcionaba la alertaba más.

*“Me asustó más, lo que te decía como que la veía en ese sentido médico (...) ella era ... no sé cómo se vuelven tan directos de decir ‘ok, esto te va a pasar, esto y esto y esto’ y yo “siento que sí me hubiera gustado tener ese tipo de apoyo de ‘todo va a estar bien’.”*

Durante el tiempo en que Mena estuvo realizándose estudios, refirió no haber recibido en ningún aspecto el apoyo que ella esperaba y necesitaba, identificándose que, en esos momentos, en el ámbito escolar tenía conflictos con sus compañeros y en general no tenía a quien recurrir y su familia al no tener conocimiento de su situación, no la apoyaban emocionalmente. Toda esta conjunción de situaciones, la llevó a sentirse sola y afirmó que fue el periodo más difícil para ella.

*“Justo en ese momento tuve un problema con las personas de la facultad, me dejaron de hablar, me alejé de todas las personas, no hablaba con nadie en la escuela, entonces era aún un poquito más complicado.”*

Mena estaba viviendo una serie de eventos que impactaron en su estado emocional. Tras su diagnóstico, éste se intensificó, aunado a que señaló que su entorno no le aportó el apoyo que ella consideró necesitar en ese momento. Meza y colaboradores (2008) identificaron que las mujeres al saberse portadoras de VPH tienden al aislamiento fomentado por emociones de tristeza y culpa, lo cual corresponde a lo que experimentó Mena, aunado a los conflictos que tenía con sus compañeros de escuela, su situación académica y familiar, la hacían sentir sola.

*“Antes cuando iba al seguro y mi mamá salía y me compraba mis churros y un jugo y en ese momento que yo no sabía qué estaba pasando y aparte o sea salir y... Nadie. Esa creo fue la parte en la que más me daba para abajo, en donde no podía contárselo a nadie”*

En esta cita, Mena narró cómo era la relación con su madre, en especial el apoyo y compañía que le brindó durante las consultas médicas de rutina, mismas que normalmente pueden llegar a ser estresantes para algunas personas. Este breve relato nos permite identificar las referencias y expectativas que tenía Mena sobre la experiencia de acudir al doctor, así como reconocer el contraste con las citas posteriores a las que asistió sin compañía. Retomando a Brown y colaboradores (2007) las consultas ginecológicas tienen un contexto mucho más complejo, puesto que implica confiarle su intimidad a un extraño, lo que en una sociedad como la mexicana, en la que la sexualidad femenina todavía es censurada por cuestiones principalmente morales y religiosas, hacen que la paciente se encuentre aún más vulnerable que en un consultorio de otra especialidad, por lo que la ausencia de quien siempre la acompañaba en situaciones potencialmente estresantes o incómodas, no estuviera cuando ella lo necesitaba, generó en ella un sentimiento de melancolía y añoranza que la llevó a imaginar un escenario en el que hubiera tenido confianza de hablar con sus

padres sobre una situación en la que estaba envuelta por involucrarse en prácticas prohibidas y mal vistas por su entorno familiar.

Carreño y colaboradores (2008) identificaron que las formas de afrontamiento de las mujeres diagnosticadas con el VPH dependen en gran parte de sus redes de apoyo, así como de sus recursos emocionales, medios con los que Mena no contó al ser diagnosticada en un momento en el que más de uno de sus contextos sociales colapsaron, lo que fomentó que no se lo comunicara a nadie por el miedo hacia las posibles repercusiones en su hogar y la vergüenza que le generaba saberse portadora del VPH por su percepción de la enfermedad.

*“... (Mena sentía) Miedo al regaño de mis papás, o sea era como de que realmente lo primero que me preocupó, después era miedo a que sí pudiera ser como un tipo de cáncer, pero a la vez me daba pena porque ‘nunca te faltó nada, o sea tuviste clases, tuviste la oportunidad, el apoyo, todo’, entonces sí me daba pena en ese sentido, que tenía la universidad y que estuviera pasando por una enfermedad de este tipo.”*

En esta cita podemos identificar cómo las prioridades y preocupaciones de Mena cambiaron conforme más se involucraba en el tratamiento y cuidado de su salud, además de que la información que iba adquiriendo para estar familiarizada con su diagnóstico le daban una perspectiva más realista sobre las consecuencias implícitas de tener el VPH.

Por otra parte, también es evidente la manera en que relacionó el nivel educativo o informativo con las posibilidades de contraer ETS. Como se puede apreciar, existen ciertos prejuicios sobre las ETS y los portadores, mismos que los interiorizan en mayor o menor medida, asumiéndolos y generando cierta culpa o una crítica personal negativa al conocer su diagnóstico.

El malestar que Mena tuvo consigo misma se debió en parte a que consideró haber contado con la información básica e indispensable sobre la prevención de las ETS, por lo que no contempló la posibilidad de estar en dicha

situación de salud. Korol (2007) hace una reflexión sobre la educación sexual e información adquirida en el ámbito institucional, familiar y sobre todo social, misma que se caracteriza por imponer el pudor en la mujer, la censura personal que trae consigo una crítica hacia ella misma, este *no hablar de lo que no se habla* genera un impacto en cómo las mujeres se perciben a sí mismas y en el caso de Mena afectó de manera negativa su amor propio.

En el momento de su diagnóstico, Mena no tenía una pareja estable, lo que generó en ella culpa y una necesidad de comunicar su situación con la última persona con la que había intimado y con la única con la que no había usado protección. Fue a través de mensajes de texto en WhatsApp como le compartió su diagnóstico, con el objetivo de prevenirlo a él y a su actual pareja como parte de la responsabilidad social que sentía recaía en ella.

*“Creo que esa parte me correspondía, el decírselo, tal vez como sanar mi culpa o algo así. Me alivió un poquito porque tenía mucha culpa y luego el saber que él estaba con otra persona, dije ‘no y así se va a ir por toda la vida’ y probablemente lo siga haciendo, Que vaya así por la vida sin cuidarse, pero ya no quedó en mí. Intenté ayudar a mi género.”*

En su proceso de reflexión, Mena consideró las posibilidades que tenía para afrontar la situación y actuar de acuerdo con sus valores y principios morales, en este sentido, podemos identificar la importancia que le dio al cuidado de los otros a través de advertir y prevenir con su diagnóstico, de igual manera, esta acción le generaría bienestar, pues desde su postura, alerta a los que al igual que ella están en riesgo de ser portadores y no tener conocimiento de ello. En relación con lo que experimentó Mena, Hundeide (2005) afirmó que, a través de la vida, el individuo se enfrenta a varias situaciones que le hacen contemplar las diversas opciones que podría llevar a cabo y son estas decisiones las que conducen a la construcción de identidad.

De acuerdo con Dreier (2008) las personas ajustan o regulan la manera de conducirse según el lugar en el que se encuentran y la postura que tienen en

dicho contexto, esto se aprecia cuando Mena empezó a identificarse como portadora del VPH, lo que le hizo actuar conforme al rol que acaba de asumir.

A pesar de las intenciones de Mena por evitar más contagios, la reacción del joven fue negar toda responsabilidad argumentando que ninguna de sus parejas anteriores con las que no había usado protección le había referido haber manifestado lesiones o alguna ETS. Sin embargo, esto no representó un problema para Mena, ya que considera que intentó ayudar en la medida de sus posibilidades.

No obstante, Mena no sabía cuál era el impacto del VPH en los hombres, ya que no se abordó en ninguna de las pláticas de educación sexual que recibió, por lo que optó por indagar en internet. Este acto motivado por la preocupación de la salud sexual evidencia la responsabilidad implícita depositada en las mujeres cuando de control natal y cuidado sexual se refiere, pues se le ha encasillado como la encargada del cuidado de los demás. Korol (2007) explica que este fenómeno surge por los roles y deberes que se le han impuesto a la mujer y que ella misma ha adquirido y es un modelo que de manera colectiva se sigue reproduciendo.

Durante su proceso de tratamiento médico, Mena se vio perjudicada principalmente en su salud física y psicológica.

*“Me abandoné totalmente, entonces también trajo problemas sobre mi salud, ya no aguanto tanto corriendo (risas), un medicamento me destruyó el estómago, toda la flora me deshizo, entonces sí me afectó en todos los sentidos.”*

Es interesante observar en la cita previa la manera en la que Mena va haciendo una evaluación del impacto que el diagnóstico y el vivir con VPH tuvo en su vida, ya que, podemos entender las reflexiones y significaciones que va otorgando a la enfermedad. De igual manera, la percepción de sí misma se vio afectada, al grado de interferir en su cotidianidad, situación límite que la llevó a solicitar atención psicológica.

*“Me sentía tonta, me sentía hasta no sé, como sucia, me sentía sucia y pues sí porque obviamente todos los días verme era como ... No.”*

En esta cita se evidencia el impacto negativo que tienen las lesiones de VPH en la percepción que Mena tiene de sí misma, lo cual coincide con las aportaciones de Carreño y colaboradores (2008) quienes identificaron que algunas mujeres diagnosticadas con VPH refieren cambios en la percepción que tienen de sí mismas, llegando al grado de tener rechazo hacia sí mismas y hacia su cuerpo por los cambios que van presentando al inicio de la enfermedad y durante el tratamiento.

Este proceso de reconocer su cuerpo por los distintos cambios que fue presentando a lo largo del tratamiento también implica una reestructuración de sí misma como mujer. En el caso de Mena, se pudo identificar la necesidad de lograr esa estabilidad en la que no experimentara inseguridad. Manifestó que, en esta búsqueda, recurrió a ciertas acciones y actividades para lograr la aceptación de los demás y propia, ya que no contaba con ellas en ese momento.

*“Era de ‘es que trata de arreglarte porque si no te gustas a ti, no le vas a gustar a nadie’, no le voy a gustar a nadie porque yo tampoco me gusto y por eso fue el ya ir con el psicólogo”*

En esta cita se aprecia la importancia que le da a la aprobación del otro, aún por encima de su propia aceptación, convirtiéndose ésta última en un puente para lograr ser apreciada por los demás. Como se ha mencionado, en el discurso de Mena, se puede identificar que reconoce que hay una idea colectiva que rechaza a los portadores de una ETS, misma que ella asume, lo que encamina a un rechazo personal que conforme más se documenta sobre la naturaleza del VPH, más alimenta sus miedos e inseguridades, lo que le hace solicitar acompañamiento psicológico.

Con relación a la apreciación de Mena, Lagarde (2005) se percata de que este aspecto en particular es reproducido en la educación femenina, en la

preparación para ser mujer, en el que se inculca la constante preocupación por ser de cierta manera y el deber estético que tiene como finalidad agradar al otro y proveer de deleite y placer, pasando desapercibida la opinión y decisión personal de la mujer sobre esta práctica.

*“Yo ya no controlaba mis emociones, o sea era muy explosiva, pero era por lo mismo de todo lo que estaba pasando, y que no sabía cómo controlarlo, me podía enojar muy rápido.”*

Otra razón por la que Mena solicitó el apoyo psicológico fue que empezaba a experimentar emociones que consideraba salían de su control, lo que le afectaba en su interacción con los otros. En la cita siguiente, se aprecian los pensamientos que Mena presentaba, los cuales podrían explicar la constante irritabilidad.

*“(…) A las personas buenas les va bien y a las personas malas les va mal, entonces en una enfermedad que es crónica ¿por qué? ¿por qué a mí? Si yo no soy mala persona, o sea no voy a misa ... pero tampoco hago cosas malas. Entonces sí empecé con esa culpa, y por eso que no me acerque a la iglesia en ese momento, no recurrí a ningún santito para que me hiciera el milagro, o sea, al contrario, yo les echaba la culpa.”*

En este punto, Mena narra desde su perspectiva cómo fue asimilando la situación y creando una reflexión a través de la culpa ¿La culpa la tengo yo? ¿La culpa la tiene Dios? ¿La culpa la tiene el destino? Es una constante búsqueda de explicación y atribución de responsabilidad a algo o a alguien, en este caso por momentos se aprecia cómo se flagela atribuyéndose toda la responsabilidad y en otros momentos se deslinda de la culpa por medio de instancias abstractas de las cuales no posee control y manifiesta su descontento con ello.

*“En cuestión de ciencia y toda esta parte sí estuve como informada y así o más o menos (risas) estaba medio informada (risas) pero en cuestión espiritual, como persona, no, estaba mal.”*

Mena identificó que lo que le faltaba era soporte emocional, ya que a pesar de tener conocimiento y haber proveniendo de un entorno religioso, no encontró un apoyo de esta índole.

Tras su experiencia en el sector público y las emociones que le generó sentirse sola en una situación que no podía compartir con nadie, Mena empezó a considerar recurrir a clínicas privadas para llevar a cabo un tratamiento. En ese momento se percató de que necesitaría el apoyo económico de sus padres, lo cual no fue fácil para ella.

*“Mi mamá al inicio no me dijo nada. O sea, cuando se lo dije... es que se lo dije estando borracha. Necesitaba valor. Le dije y le empecé a sacar las recetas, los estudios, el medicamento, todo y se quedó así, no dijo nada ... (En otro momento Mena le cuenta a su papá) ... Cuando le dije mi papá, él sí reacciona mal, se enoja, me dice que por qué... (risas) ahí estaba sobria.”*

En esta cita, Mena narró el acontecimiento que había estado evitando, que fue la confrontación con sus padres, quienes no sólo iban a conocer su situación de salud, sino que además, el diagnóstico, mismo que implicaba que ella ya no era *la niña de casa*, sino una mujer sexualmente activa, lo que desencadenó una serie de interrogantes por parte del padre, quién exigía saber los hábitos de su hija, sin embargo, Mena recalcó que la prioridad era el tratamiento de la enfermedad, no los prejuicios que podría generar ser portadora de una ETS.

*“(su papá le dijo) ‘¿Por qué estás así? ¿Ya iniciaste una vida sexual?’ y yo de ‘Sí, papá’ (risas) te aviso que esto se puede contagiar así... ‘Es que no tienes novio’ y ahí fue cuando empezó a preguntar ‘¿Con cuántas personas has estado?’ ‘no te voy a decir’ ‘pero ¿por qué? Tengo derecho de saberlo’ ‘no, no tienes derecho de saberlo, tienes el derecho de saber que estoy enferma’.”*

Mena se mantuvo firme sobre los límites que marcó con su familia y la intervención en su vida personal. Sin embargo, los comentarios que le hacían incrementaron su culpa y malestar por ser portadora de una ETS.

*“(Su padre le decía) ‘Pero es que es tu culpa por no cuidarte. Es que si no tenías certeza de con quién estabas ¿Por qué te metiste?’.”*

El padre de Mena fomentaba de manera implícita la culpabilidad que ella tenía al relacionarse sexualmente, suponiendo que el ser humano actúa de manera calculada y tras haber realizado un ejercicio de reflexión, lo que fomentó la culpabilidad de Mena, al cuestionarse los planteamientos que le hizo su padre y no la responsabilidad, que son términos diferentes. Por su parte, Mena asumió su responsabilidad y actuó conforme a lo que consideró adecuado.

Por su parte, la madre de Mena mediante comentarios manifestó su opinión y postura que asegura que su hija cuenta con poca o nula capacidad para cuidar de sí misma, considerándola como la razón de que ella se encuentre en dicha situación, por lo que señala que lo mejor es que siga bajo el cuidado de ellos en todo momento y así evitar que consiga más conflictos o que la situación se agrave.

*“Le dije (mamá) que me quería ir a vivir cerca de la universidad y así y me dijo ‘no, porque si tú viviendo en la casa, mira cómo estás, imagínate que te vas a vivir sola, con cuántas personas te vas a meter’... Me dolió muchísimo y más que mi mamá me lo dijera.”*

Mena manifestó el malestar que le generó recibir dichos comentarios por parte de sus padres, los cuales intensificaron su culpabilidad y corroboraban el prejuicio interiorizado que tenía sobre las ETS y los portadores. Sin embargo, por momentos su padre contradecía sus argumentos, mostrando empatía y apoyo hacia su hija, lo que llegó a confundir a Mena sobre la postura de sus padres ante la enfermedad.

*“Me ha afectado, el que se contradiga tanto en ‘todos tenemos un pasado y lo vamos a aceptar’ a un ‘mira cómo puedes terminar’.”*

A pesar de que sus comentarios y actitudes contribuyeron a que Mena se sintiera culpable y juzgada, es importante considerar que, durante su proceso de

recuperación, de alguna manera contó con el apoyo de su familia quienes la acompañaron en su tratamiento.

*“No me ha faltado el apoyo y creo que es algo que agradezco, porque pues mientras... cuando estuve haciendo lo de la clínica.”*

Siendo del conocimiento de sus padres y contando con apoyo económico, optó por acudir con un ginecólogo particular, debido a la falta de atención en su centro de salud. La especialista que la atendió le recomendó una clínica para llevar a cabo su tratamiento de manera más accesible, en la que posteriormente le fue realizada una electrocirugía.

*“Me fueron haciendo una toma de híbridos, la colposcopia.... Creo que la toma de híbridos solamente estaba en \$1,100. Llevo dos colposcopias, cada colposcopia cuesta como \$400, creo. Y bueno la cirugía en donde estoy, en la clínica a la que voy a ir está en \$450.”*

Mencionó haber estado nerviosa y con temor, por su parte, la doctora empezaba a platicar con ella para que todo fuera más ameno. Sin embargo, hubo una complicación en la cirugía por lo que fue requerida más anestesia, puesto que Mena sentía dolor durante el procedimiento, lo que desencadenó en una disminución en su presión arterial. Posterior al tratamiento la canalizaron a otro espacio en la que guardó reposo por unos minutos.

*“Me estaba doliendo mucho, literal me estaba quemando (risas) y fue de ‘no puedo’ y después de la cirugía, estaba toda nerviosa y por eso se me bajó la presión, porque desde que estaba ahí yo estaba super pálida y la enfermera de ‘no, tranquilízate’.”*

Esta narración permite conocer los aspectos que conlleva un procedimiento de esta especialidad, como se ha mencionado previamente, las citas ginecológicas generan en las mujeres una sensación de vulnerabilidad, debido a la sobreexposición con una persona desconocida, por lo que el trato y calidez del médico tratante y del equipo de salud pueden hacer una diferencia significativa

sobre cómo se percibe y se vive dicha experiencia. Asimismo, este testimonio brinda una visión detallada de lo que se puede experimentar física y emocionalmente durante la cirugía, permitiendo dimensionar el impacto de ésta sobre la paciente.

Al finalizar la cirugía le dieron a Mena indicaciones postoperatorias que debía seguir.

*“No podía hacer esfuerzo, ejercicio ni relaciones sexuales durante dos meses y ya básicamente, o sea eran como los términos generales”*

Le agendaron una cita tras haber transcurrido dos semanas, en las cuales, Mena refirió haber tenido flujo abundante, lo que en primera instancia le generó preocupación.

*“Me dijeron que es normal que es como la misma quemadura y que empieza a salir todo... Lo que hay entre la piel y la costra, entonces eso fue eso lo que está saliendo ‘Y luego vas a empezar a sangrar, vas a sangrar muchísimo’ y sí, o sea, de verdad, mi periodo me duró 17 días seguidos.”*

Evidentemente hay desinformación sobre los desórdenes menstruales y hormonales que se pueden presentar, sobre todo la alteración que puede surgir tras haberse sometido a este procedimiento. Después del tratamiento, le recetaron vitamina A, para reforzar su sistema inmunológico. En la cita que tuvo lugar 15 días después de la cirugía le dijeron que todo progresaba de manera satisfactoria.

De esta experiencia, Mena rescató que, desde su percepción y experiencia, el género del ginecólogo puede afectar al momento de ser atendida, debido a que el conocimiento que tienen sobre las implicaciones que tiene ser mujer se limitan al aspecto teórico, mismo que no se compara con saberse, sentirse y vivir como mujer, lo que aunado con que no todos los doctores (hombres y mujeres) se preocupan por brindar un servicio cálido y que resulte menos traumático independientemente del procedimiento a realizar, lleva a la idea de que la atención

que brindan no cuenta con la sensibilidad y empatía con la que lo haría una ginecóloga.

*“A excepción de la electrocirugía todo me lo hizo un doctor, era como de... No sé (risas) porque a la vez era como que me costaba trabajo que un doctor me revisara y no tanto como por el pudor ni nada, sino como que no sé, no tienen tacto.”*

Para el momento de la última entrevista, Mena estaba en tratamiento psicológico para reforzar aspectos de su vida que se vieron afectados por su experiencia con el VPH, en los que destacan las expectativas de pareja, límites en sus relaciones, autoestima y conocimiento personal.

*“Realmente sentía que era mi culpa que yo era la única que lo había buscado, me sentía mal, en ese momento todavía no trataba las lesiones y fue como de ‘así nadie me va a querer’ pero en ese momento era como, si alguien se entera, va a pensar lo peor de mí, yo no valgo nada, por meterme con no sé quién.”*

Nuevamente, Mena expuso su temor a ser rechazada, originando sentimientos de culpabilidad por hallarse en dicha situación de salud. Al respecto Mizrahi (2003) hace un recuento del papel de la culpa en la población femenina, siendo la que caracteriza nuestra existencia, ya que si una mujer sale de lo esperado por el sistema patriarcal, sus acciones la hacen acreedora de ser culpable y asumirse como tal, se nace, se crece y se muere en una sociedad que constantemente señala a la mujer, Mena expone su temor de no ser aceptada por salirse de lo *socialmente esperado* considerándolo la razón de su enfermedad y por ende todo lo que le aconteció en ese momento.

*“Pues de qué tipo de relación es la que quiero, cómo me desenvuelvo, con qué personas trato y que yo presentara esto de que llegara a tener una relación poliamorosa, pues tuvo que ser en un contexto donde las personas puedan hacerlo así, no salió de mi casa porque en mi casa no tengo ese modelo, entonces estamos trabajando un poquito con mi autoestima”*

Este cambio de pensamientos y aspiraciones que Mena identificó haber experimentado, es explicado por Dreier (2008) quien afirma que la interacción del individuo con sus distintos contextos o entornos en los que se desenvuelven, inevitablemente, generará un intercambio de puntos de vista o ideologías entre los miembros, por lo que hay aspectos que el individuo adopta o adquiere como propios. Mena identifica la influencia de otros sobre su percepción del amor y las relaciones sexo afectivas. Sin embargo, en esta búsqueda de crear una postura propia acepta la intervención profesional que la acompañe en su proceso de reconstrucción

*“Llevé mucho tiempo en la negación, en aceptarlo y de la mano del psicólogo y una parte creo es la fuerza que yo he tenido, es importante, sino tuviera la fuerza para seguir, para seguir adelante.”*

En cuanto a sus expectativas hacia el futuro, Mena mencionó no tener un plan de vida como tal. Sin embargo, sí habló sobre lo que espera a futuro de una relación y su deseo de formar una familia. De acuerdo con García, García y González (2018) quienes exploraron las implicaciones que llevan al individuo a tener conflictos y preocupaciones existenciales, determinaron que es el contexto social y cultural los que contribuyen a esta crisis, por lo que la cultura espera de sus miembros. Retomando a Korol (2007) a las mujeres se les asignan roles específicos, entre ellos está el maternal, el cuidar y estar al servicio de los demás y realizar su objetivo biológico, esto se resume a ver por otros antes que por sí mismas y cualquier mujer que vaya en contra de esta regla será percibida como un ser egoísta, lo que puede llegar a influir en su perspectiva, decisiones y deseo genuino de maternidad ¿Realmente se quiere ser madre o es lo que tengo que hacer?

*“A mí sí me gustaría tener un hijo y hasta en ese sentido cambie, porque obviamente todos deberíamos tener la planificación familiar, pero, en ese sentido por lo menos no en los próximos tres años, dos años y que tengo que hacer mi vida distinta haciendo las cosas bien, pero a la vez no sé o sea sí cuidándome en extremo porque esta vez... No sé, para las próximas veces puede ser algo aún peor.”*

Mena manifestó estar segura sobre sus deseos maternales a futuro, señaló que hay varias áreas en las que se tiene que desarrollar antes de ser madre, consideró también las implicaciones que conlleva tener un hijo. Al respecto, Fernández (1993) identificó el impacto que tiene la cultura en la percepción que tiene la mujer sobre la maternidad, llegando a ser considerada como parte de su realización personal por tratarse de un proceso natural.

Por otro lado, durante el tiempo empleado entre las entrevistas, se dieron a conocer los avances en la cura del VPH en el IPN<sup>15</sup> y señaló estar emocionada, ya que esto cambió sus expectativas de vida.

*“Sabía que iba a seguir con los virus y ya, ahora ya no (Risas) y eso me hace feliz va a ser muy complicado para que llegue a los centros de salud y es que en México no se apoya tanto ese tipo de tratamientos. Pero, ya existe y falta menos para que salga al público.”*

Tras saber esto, las posibilidades de llevar una vida con menos preocupaciones a causa de ser portadora de una enfermedad que hasta hace poco tiempo se consideraba incurable aumentaron. Mena manifestó que esto generó un cambio en su perspectiva de calidad de vida a largo plazo, viendo un escenario mucho más esperanzador, además de quitarse la etiqueta de *enferma*, con la que se había hecho a la idea de portar siempre.

---

<sup>15</sup> Cebrián, C. (2019). Eliminan al 100% el virus del papiloma humano con terapia fotodinámica. *Insanidad*. Recuperado de: <https://isanidad.com/132987/eliminan-al-100-el-virus-del-papiloma-humano-con-terapia-fotodinamica/>

Como observación, Mena comentó que no tenía conocimiento del VPH hasta que se le diagnosticó, ya que estando en esa situación, recabó información que consideró estar disponible para todo público, pero pocos la consultan por el desinterés social en estos temas. Hundeide (2005) explica esto como parte de las trayectorias de vida de las personas, no se puede considerar como posibilidad u opción algo que es invisible para ellas, algo que desconocen. Los rumbos que transitan las personas serán mediados por su posición en el contexto en el que se encuentran, en este caso, Mena no tenía interés de indagar sobre el tema del VPH, hasta que se supo portadora del virus, es decir, pasó a formar parte de la comunidad con una característica médica en particular, razón por la que decidió informarse al respecto, haciendo visible la opción de investigar sobre este tema en específico en virtud de la necesidad que tenía en ese momento, hubo una configuración en su aprendizaje a través de su experiencia. Actualmente su conocimiento sobre el tema es mayor al de la mayoría de sus pares, en función de su experiencia y lo que ésta le ha aportado.

*“Me puse a investigar del sida y la diferencia entre VIH y Sida y todo eso, pero era porque me interesaba, si no te interesa si no lo estás pasando, ni siquiera si lo estás pasando porque a la mejor puede haber personas que les está pasando y no les interesa realmente.”*

Al respecto, Bruner (2003) abordó las narrativas de vida de los individuos desde su postura, así como la manera autobiográfica que por lo general trae consigo una moraleja implícita, sobre cómo el protagonista logra salir de esa situación y cómo concluye, así como la participación de los personajes implicados, todo esto para llegar a una reflexión, *yo antes, yo después*. Es un discurso que propicia una construcción bilateral en la que la persona va construyendo su realidad, experimentando variaciones en su relato conforme va conociendo y explorando los diferentes aspectos y detalles de la historia, apropiándose de ella y haciéndolo evidente la próxima vez que tenga la oportunidad de compartirla.

Desde su experiencia, Mena dejó un mensaje para el público en general.

*“No nos dejemos guiar por los prejuicios, porque es horrible la carga psicológica, creo que aún más que la enfermedad, porque ahorita ya sabíamos que hay una cura o es un tratamiento, pero eso es nada a comparación de lo que se puede decir de que eres promiscua. Dejemos esos pensamientos de que la mujer no vale lo mismo por tener una enfermedad o iniciar su vida sexual a corta edad, no necesita que la estén juzgando más de lo que ya se está juzgando a sí misma.”*

## 6.2. Karla

Karla es una mujer nacida en CDMX, tenía 25 años cuando fue entrevistada, mencionó estar en una relación sin compromisos, estudiaba la carrera de psicología en la UNAM. Proviene de una familia conformada por ella y su madre, radica en Satélite, Estado de México.

Karla comenta que los valores que le inculcaron a lo largo de su vida fueron principalmente:

*“Ser una buena chica que se da su lugar, alguien que se da a respetar, respetar, cuidarme... Eso es lo que recuerdo”*

Mizrahi (2003) identifica cómo son percibidas las mujeres y con ello, la manera en la que son tratadas, empezando por la infancia, en la que son seres postergados con una educación en la que rigen frases como *no debes, no hagas, no puedes*, limitando sus posibilidades de explotar y explorar sus más profundos deseos, deseos de los que, de hacerlos realidad, las transportan a un sentimiento de culpa consigo mismas por haber salido de la regla esperada e impuesta por la sociedad. Se puede apreciar cómo este modelo moral femenino es tan común que es una característica que las participantes de este estudio comparten.

A pesar de recibir esa educación por parte de su familia, ella afirma que hay cosas con las que no está de acuerdo, pero que las llevaba a la práctica por estar en una sociedad que piensa de tal manera.

*“Considero que te ayudan a sobrevivir como mujer en una sociedad machista y eso a la vez te trae paz. Aunque hay cosas en las que no estoy de acuerdo, como los roles... El papel sumiso de la mujer mexicana o demás”*

Karla se hace consciente de su rol en la sociedad, esto puede ser producto de la naturaleza de la carrera que estudia (Psicología) o por su trayectoria de vida a nivel general lo que la condujo a la reflexión de identificación de un problema social y de su lugar en éste.

En el aspecto de pareja, Karla refirió que con sus parejas sexuales existía una relación estable, así mismo les pedía que se realizaran estudios, para descartar cualquier ETS. Hierro (2003) aborda la sexualidad femenina, identificando la poca consideración que se les tiene a las mujeres en el ámbito sexual, atribuyéndole únicamente el papel de progenitora. Sin embargo, señala que cuando éste se logra quebrantar y se le da pie al goce, erotismo y al amor, permite que haya un desarrollo y una conciencia moral. Karla tenía definido que quería tener el control sobre su cuerpo y sobre los momentos de intimidad con el otro, así como discriminar aquello que ella considera que pudiera atentar contra su salud, siendo ésta su prioridad, así como su bienestar en general, de manera que teniendo ese compromiso consigo misma, hace que sus encuentros sexuales sean gratificantes y placenteros. No obstante, hubo una persona a la que no le pidió tal requisito, pero asegura que todas sus relaciones sexuales han sido con preservativo.

*“siempre me cuidé, jamás tuve relaciones a pelo (risas) ¡Jamás! Nunca estuve sin condón con alguien y en ese sentido soy muy especial y ‘asquerosa’ (risas) en el sentido de que me asquea todo y la idea de la higiene y la posibilidad de adquirir una ETS.”*

Es evidente el impacto que generó en Karla el saberse portadora, ya que menciona haber extremado los cuidados en cada encuentro sexual, por lo que su reacción ante el diagnóstico fue de incredulidad y negación.

*“Fui contagiada aun usando condón (risas) Cualquiera que me escuche no me creería nada, de hecho, ni mi ginecólogo me creyó.”*

Karla permanecía firme sobre su cuidado personal, por su parte, el ginecólogo que la atendió no daba credibilidad a la versión en la que ella había utilizado preservativos todo el tiempo, porque de ser así, no se habría contagiado, lo que nos lleva a cuestionar ¿El condón realmente protege contra el VPH? ¿Será que se le tiene en un concepto glorificado? El condón ha sido uno de los métodos anticonceptivos y de barrera más utilizados por su alta eficacia contra algunas

infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de embarazo y fácil acceso al público, no obstante, depositar toda la responsabilidad y confianza a un condón fomenta que las personas no contemplen otros aspectos importantes en el cuidado personal, como lo son las citas periódicas con urólogos, ginecólogos o médicos generales y la comunicación y negociación para establecer relaciones sexuales como una manera de practicar una sexualidad plena y sana.

En el caso de Karla se pudo identificar que los preservativos no protegen al 100% de todas las ITS y ETS, debido a que pudiera haber áreas que estén infectadas y no ser cubiertas en su totalidad, otro factor que se debe considerar sobre los métodos de barrera es que no siempre se hace un uso adecuado del condón por parte del usuario, lo que se traduce en una disminución en la eficacia para los fines que fue diseñado, lo cual nos permite cuestionarnos sobre cuántas *excepciones a la regla* son ignoradas o subestimadas por el personal hospitalario y en consecuencia, no advierten sobre las deficiencias que podrían presentar los métodos anticonceptivos y de barrera.

Además de la sobrevaloración al uso de preservativos, Castro y Juárez (2009) mencionaron que hay propuestas sobre una *romantización* del condón atribuyéndole valores de responsabilidad, amor, compromiso y cuidado para sí mismo y la pareja, fomentando el uso de éste y la prevención de las ETS, sin embargo, hay quienes asocian el uso del condón con infidelidad y promiscuidad, por lo que esta alternativa no garantiza que pueda ser efectiva.

Se ha demostrado que tanto por parte del sector salud, como de los alumnos, la principal razón por la que se promueve el uso del preservativo es para proteger contra el VIH, posicionando otras ETS en segundo plano, existiendo así una sobreinformación de una enfermedad en particular e ignorancia sobre el impacto que tienen otras ETS que pueden comprometer considerablemente la salud. Lo cual hace que Karla se cuestione sobre estas afirmaciones, debido a que su experiencia confirma que no hay método anticonceptivo y preventivo que sea perfecto y que el ser portador de VPH no significa que haya habido poco o nulo cuidado de la salud.

*“El condón no te protege de todo, no te hace inmune y como prueba estoy yo y está mi amigo que nunca estuvo conmigo sin protección.”*

Además del cuidado que tenía en sus encuentros sexuales, Karla refirió efectuarse su papanicolaou periódicamente en su centro de salud, junto con su madre, a excepción de un año en el que no se lo realizó. Sus resultados siempre salían normales, por lo que no se preocupaba al respecto. Es evidente que el que ella considerara ser minuciosa con sus cuidados siguiendo las recomendaciones preventivas contra las ETS, generó en Karla una respuesta sorpresiva y de incredulidad cuando se le notificó su diagnóstico, ya que no lo contemplaba como posibilidad.

*“En realidad, luego yo olvido que me hago estudios (Risas) porque siempre salía bien, no es algo de lo que esté al pendiente.”*

En ese momento, Karla tenía planeado un viaje al extranjero y le emocionaba la idea de conocer personas nuevas y relacionarse con ellas, teniendo la oportunidad y posibilidad de explorar otros contextos que eran desconocidos para ella, representando parte de su crecimiento y construcción de vida e identidad.

*“... En ese momento tenía la estúpida idea de hacer y deshacer como si no hubiera un mañana y... Justo cuando voy tomando vuelo es cuando me cae la noticia del diagnóstico.”*

Karla tuvo la necesidad de realizar un cambio repentino en sus planes, por lo menos a mediano plazo, debido a que tenía nuevas preocupaciones que requerían mayor atención en ese momento, como lo fue la pérdida de la salud. Hundeide (2015) afirma que las conducciones en la vida se ven determinadas por los intereses y preocupaciones del individuo, en el caso de Karla este punto de inflexión generó una modificación y reorganización de sus prioridades, en las que su salud estaba por encima de un viaje que deseaba realizar.

Karla mencionó que emocionalmente estaba pasando por un periodo en el que estaba afectada por la ruptura con su ex pareja, por lo que evitaba relacionarse seriamente con alguien, optando por encuentros casuales como estrategia para superar la pérdida de su anterior relación.

*“Yo no superaba a mi ex... Entonces no me sentía como lista para empezar algo con alguien y hasta la fecha, o sea me siento muy bien estando soltera.”*

Esta separación fue un punto trascendental en la vida de Karla. De acuerdo con Dreier (2003) cuando un individuo experimenta modificaciones en alguno de sus contextos, trae consigo una revaloración y reflexión que le lleva a la reestructuración en la conducción de su vida cotidiana en ese contexto o en otros de manera directa o indirecta. En el caso de Karla se aprecia su inserción en nuevas prácticas e interacciones con otros.

A pesar de haber adquirido esta nueva postura con respecto a su interacción con los otros, Karla mantuvo una relación ocasional con un muchacho que conocía su situación y la acompañó en todo el proceso.

*“Yo salía con mi amigo en ese momento y siempre estuvo ahí a pesar de todo, de mis berrinches, de mis malos ratos, de mi trauma con el ex... O sea, es alguien que quiero y sinceramente el hecho de que haya sido virgen al estar conmigo y que por mi culpa estuvo en esa situación...”*

En esta cita se puede apreciar la culpabilidad que desarrolló Karla al contagiar a alguien que no se había involucrado sexualmente con otra persona y que, a su vez, la apoyó de manera que ella consideraba incondicional al acompañarla en su proceso de recuperación.

La manera en que Karla fue informada de su diagnóstico, fue a través de su madre, quien recogió los resultados en esa ocasión y acto seguido agendó una cita para Karla en colposcopia. Al notificarle, Karla refirió haber tenido varias emociones y pensamientos catastróficos relacionados con la muerte.

*“Fue una ola de emociones, yo me solté a llorar cañón, me puse súper mal, súper loca, le dije que no le creía y me mostró la hoja de resultados. La leí una y otra vez y empecé a gritar ‘¡Me voy a morir!’.”*

Al respecto de lo que Karla comenta, Giddens (1992) menciona que, a partir del surgimiento del SIDA, las personas empiezan a relacionar la actividad sexual con la muerte, hecho que sucedió con Karla al saberse portadora de una ETS que se ha relacionado con consecuencias más graves. Antes de su diagnóstico, Karla no tenía mucha información sobre el VPH, la educación sexual que recibió hacía énfasis en las ETS que podrían desencadenar en la muerte del portador. Carreño y colaboradores (2010) identificaron este patrón en varias portadoras de VPH, quienes refirieron haber manifestado pensamientos ligados a la muerte, así como la relación entre el VPH y el cáncer cervicouterino que en un principio eran considerados sinónimos por las portadoras.

*“Es como lo que más te meten en la cabeza, que si tienes VIH puede desencadenar en SIDA y puedes morir, o la hepatitis, pero... En realidad, pasé por alto el VPH...Recordaba que era de esas enfermedades que no se quitan, o sea es como... Bueno, yo lo vi casi como un VIH, algo que se puede controlar y que si no cuidas puede ser tu sentencia de muerte...”*

Valdría la pena cuestionarse ¿Por qué inculcar pánico en la educación sexual? Si bien es evidente que hay contradicciones en el modelo de prevención social impartido por el sector salud que promueve el uso de métodos de barrera que brindan protección garantizada ante las ETS, pero a su vez se encarga de sembrar miedo en quienes llevan a cabo prácticas sexuales de cualquier tipo, implementando un mensaje de precaución que puede alterar y preocupar considerablemente a la sociedad. Korol (2007) profundiza este punto abordando los modelos de educación que contienen de manera implícita un trasfondo opresor, excluyendo o limitando el desarrollo de la mujer en diversas áreas, principalmente en la forma en que vive su sexualidad, creando mitos y estigmas que regulan su comportamiento, así como sus deseos y anhelos posicionándolos por debajo de los demás.

Además de haber pensado que iba a morir o que su vida estaba en riesgo, sintió enojo hacia sus parejas sexuales y sobre quién pudo haberla contagiado. Para ello, Karla investigó sobre los periodos de incubación y la naturaleza de la enfermedad y fue así como consideró que probablemente su ex fue quien la pudo haber contagiado años atrás. Conforme iba procesando su diagnóstico, Karla tuvo momentos de reflexión sobre lo que implicaba tener VPH, así como la relación entre sus prácticas sexo-afectivas y los partícipes en éstas. Su nueva preocupación era encontrar una explicación o un responsable de ese escenario que nunca se imaginó por el cuidado personal minucioso que ella llevaba a cabo. A lo largo de las trayectorias de vida se asumen ciertas decisiones con base en las situaciones que se van presentando en la cotidianidad, en este caso, la necesidad de indagar sobre el origen de su malestar incrementó su interés de informarse al respecto (Hundeide, 2005.).

*“Empecé a sentirme molesta con los que había estado, más con uno en particular...El encuentro con la persona que también consideré como el posible ‘culpable’ (Risas) fue dos meses y medio o algo así antes de mi papanicolaou. Por lo que yo investigué, lo más rápido que se podía propagar es en un periodo de 3-4 meses y cuando me hice los estudios, ya tenía hasta el cuello infectado... Mi teoría es que ya lo tenía y que se manifestó hasta después debido a que me encontraba inmunodeprimida cuando terminé con mi ex, ya no comía, entre a trabajar, dejé el gimnasio, empecé a tomar en mis tiempos libres, no dormía y emocionalmente estaba mal.”*

En esta cita se evidencia el conocimiento que Karla iba adquiriendo a través de una investigación motivada por la búsqueda de explicación a su situación, debido a que era algo que ella consideraba poco probable por ser una persona que está al pendiente del cuidado de su salud. Al asumirse como portadora, Karla actuó según sus creencias y patrones de comportamiento, mismos que al igual que cuando se sabía sana, se inclinaban hacia una postura preventiva ¿Qué falló? ¿Qué salió mal? ¿Será esta búsqueda del fallo una manera de prevenir a los otros

o a sí misma en futuras relaciones? Estos momentos de reflexión son los que hacen que la actitud hacia la enfermedad cambie conforme la evolución de ésta.

*“Nunca tendré la certeza de quién fue, por cómo pasaron las cosas y el tiempo entre los encuentros y el diagnóstico... Claro, en un principio intentas buscar culpables, pero, aunque los encuentres, eso no ayuda en nada, no te trae ningún tipo de paz o satisfacción. “*

Una vez encontrada la explicación que estaba buscando, Karla afirmó no lograr la paz que ella pensaba que iba a experimentar, ya que estando informada y teniendo el sustento teórico y médico, no consideró el impacto psicológico y trabajar en ello, lo mismo sucedió con Mena, quien, al investigar y acercarse a un profesional de la salud, no encontró lo que después identificó que necesitaba, que era un apoyo emocional que le brindara tranquilidad y soporte.

*“Pensé en mi pareja en ese entonces (...) Este chico era virgen, sólo había estado conmigo hasta el momento y me sentí mal ¿sabes? Soy la primera chica en su vida y ¡BOOM! Infectado (risas). Sentí que no era algo que se mereciera.”*

Entre las preocupaciones de Karla, estaba la posibilidad de que su pareja pudiera haberse contagiado, por lo que consideró comunicarle la situación por la que estaba pasando, con la finalidad de que se realizara estudios para corroborar si él también era portador.

*“Pues realmente no quería decirlo, pensaba ocultarlo porque sabía que podía salir adelante sola, pero a veces pensaba que tenía derecho a saber porque era con quien estaba de esa manera en ese momento”*

Al respecto, Lagarde (2005) identificó un patrón peculiar en las mujeres, inculcado desde la infancia y es la preocupación por los demás y en ocasiones posicionar sus necesidades por encima de las propias, en este caso, Karla tenía presente hacer lo que consideraba correcto, aunque dudó en hacerlo porque era una problemática personal, sin embargo, alertar al otro fue prioritario.

*“Mi madre en primera instancia me dijo que mejor no se lo dijera, que podía pasar desapercibido, no era algo tan grave y que lo pensara muy bien porque los hombres ya no te ven de la misma manera, te empiezan a tratar como alguien promiscuo”*

Al igual que ella, su madre siendo su apoyo principal identificó la posición vulnerable en la que se pondría Karla de ser descubierta y percibida como persona *defectuosa* por una sociedad que rechaza a los portadores de una ETS.

Con base a lo anterior, Goffman (2006) expone la naturaleza del estigma y su impacto en la sociedad y sobre todo en los estigmatizados, quienes son segregados o catalogados como indeseables o defectuosos, llegando a crear en ellos una necesidad por esconderse de la sociedad que los juzga o intentar modificar aquello que los hace diferentes, lo cual termina conformando parte de la identidad social de la persona.

*“Afortunadamente este chico no es así, por lo menos hasta el día de hoy (Risas) y me apoyó en todo este proceso (...) era alguien que debía saberlo y que estando los dos en esta situación, debíamos tomar tratamiento, tal vez ya no para estar juntos, sino para estar bien cada quien.”*

Para Karla el cuidado personal resulta primordial, ya que optó por ocultar su diagnóstico y no correr el riesgo de ser rechazada o confiarle información íntima y personal a alguien para preservar su integridad.

En relación a lo citado anteriormente, Hierro (2003) menciona que la formación educativa en la población femenina, sobre todo en el rubro de la sexualidad, las posiciona como seres que deben ser intachables, lo que genera en ellas un malestar constante al ir en contra de lo establecido y la manera en la que se puede compensar es llegando a una autonomía, un empoderamiento de su propio cuerpo, así como la libertad y la manera de lograrlo es lidiando con el temor que genera estar realizando conductas socialmente inaceptables, su propio goce, su propio placer, llegando a una satisfacción moral consigo misma. Habiendo

hecho un proceso de reflexión, Karla no quería ser objeto de rechazo y humillación, por lo que optó por no compartir su diagnóstico con otras personas.

*“Los otros chicos, son promiscuos, el que se los dijera, no hubiera hecho ninguna diferencia, seguirían en la promiscuidad y yo pasaría a una categoría como de ‘apestada’. O sea, en lugar de que yo tenga una buena acción para con ellos y sus futuras parejas... Lo único que generaría es ponerme en riesgo, a que hablen y digan.”*

Para asumir una decisión, Karla tuvo que evaluar las prácticas que podrían poner en riesgo de contagio a sus parejas, por lo que consideró innecesario o poco útil comunicar su diagnóstico, ya que no cree que generaría un acto de conciencia en sus ex parejas, además de colocarse en una postura vulnerable al ser parte de una población estigmatizada por la naturaleza de la enfermedad que presentaba, lo cual permite identificar las formas en las que ella se protege ante los posibles actos de violencia. Como consecuencia de los sucesos que iban surgiendo en su proceso de recuperación, Karla pasó a priorizar su salud por encima de las relaciones de pareja y el sexo.

*“En ese momento no pensaba en volver a tener contacto con nadie. No pensaba ‘¡Ay! Nadie me va a pelar, nadie va a estar conmigo’ No, en realidad no tenía deseos o ganas de estar con alguien, sólo pensaba en mi salud y en que había hecho algo mal...”*

Al respecto, Carreño y colaboradores (2008) indagaron en las emociones que presentaban las mujeres al saberse portadoras y entre los pensamientos más comunes se destaca el temor a relacionarse sexualmente con alguien, por no querer pasar por los procedimientos del tratamiento contra el VPH de nuevo.

*“Me daba asco la idea de volver a pasar por lo mismo, volver a ser infectada por algo y el hecho de que había estado con más y que básicamente es un promiscuo... No volvería a ponerme en riesgo otra vez.”*

Quiroz y colaboradores (2013) refirieron que la percepción personal de las mujeres diagnosticadas con el VPH cambia drásticamente, llegando a experimentar culpa, asumiendo un castigo por no haber cumplido con las expectativas de una sexualidad femenina casi pulcra, catalogando las ETS como consecuencia de una vida promiscua, aunado a la relación que se tiene del VPH con el Cáncer Cervicouterino

A la semana de recibir su diagnóstico, acudió a su centro de salud a la cita que tenía en colposcopia en compañía de su madre. Comenta que su experiencia fue totalmente desagradable por haber varias personas del cuerpo hospitalario en su consulta, así como impertinencias por parte de una enfermera y las intervenciones de los médicos pasantes.

*“En total como 6 personas viéndome la vagina... (risas) ¿Sabes lo incómodo que fue para mí? En ese momento no podía ni reaccionar, me sentía como fenómeno de laboratorio (risas) todos viéndome, usando términos médicos, ejemplificando lo que se ve en la literatura...”*

Al respecto, Medina (2013) realizó una recopilación sobre las quejas más comunes en el ámbito obstétrico, pero que también ocurren en el área ginecológica y entre ellas se encuentra la sobre-exploración del cuerpo de una paciente que no fue notificada de ello. Karla fue víctima de esta situación, que, aunque en el momento de la entrevista no manifestó incomodidad al hablar de su experiencia, esa poca consideración por parte del personal médico es violencia ginecológica, que lamentablemente es normalizada o callada por las mujeres atendidas, quienes ya se encuentran en una postura vulnerable al confiarle su intimidad a un desconocido.

*“Me vieron por el microscopio ese y vi cómo estaba mi cuello... Bromeé un poco con el doctor porque se veía como un huevo estrellado (risas). Sabía que no era normal, tenía que verse rosita y liso... pero no, mi cuello se veía blanco y no sé... sí, como un huevo frito.”*

En esta cita se puede apreciar que, siendo una experiencia incómoda para Karla, la actitud que asumió en ese momento se puede interpretar como una forma de contrarrestar el ambiente de tensión que percibía por el número de personas que la observaban, así como las aportaciones e intervenciones de tipo académico que realizaron.

Karla refiere que se le efectuó una biopsia y que le darían resultados en su siguiente cita. Cuando llegó el día de su cita, prefirió acudir sin compañía y le dieron su diagnóstico de NIC II<sup>16</sup>, esto fue devastador para Karla, puesto que en ese momento se le indicó que firmara un documento para la realización del procedimiento correspondiente al diagnóstico, siendo una noticia impactante para Karla y solicitó la presencia de su madre para ello.

*“Yo estaba aterrada, me dijeron que tenía lesión de alto grado y NIC II. Me puse a llorar muchísimo... Yo bien asustada y demás, el doctor me preguntó que qué decidía y le dije que prefería hablarle a mi madre, a lo que me dijeron que no era necesario, ya que yo era mayor de edad y tenía que decidir ya.”*

Karla narró todo el proceso desde antes de su diagnóstico y nos brinda un panorama sobre lo que implicaba una revisión ginecológica en el pasado a cuando le informaron que sus estudios presentaban anormalidades.

A raíz de su diagnóstico, Karla se enfrentó a una responsabilidad que no había asumido, dado que existía una relación sumamente estrecha con su madre, en donde había un acompañamiento continuo y permanente.

Recibiendo un trato que experimentó por primera vez y que la posicionaba como mujer adulta e independiente. Considerando que lo que era una situación rutinaria de la cual ya tenía dominio, se convirtió en una experiencia atemorizante que relacionaba con enfermedad y dolor. Al ser algo que ella no contemplaba como posibilidad, requirió de apoyo por parte de su entorno inmediato, en este caso su madre.

*“Yo iba a una revisión normal según yo y que me digan que mis resultados salieron mal y que me van a tener que hacer cirugía... Me asusté y más porque las hojas que me daban a firmar decían algo así, como que, en caso de complicaciones, transfusión de sangre y las consecuencias o efectos a corto y largo plazo”*

Entre las cosas que alertaron a Karla en esta consulta en particular, se destacan las diversas complicaciones que podrían presentarse durante y después de la cirugía, pues el documento brinda una perspectiva más amplia y realista sobre el procedimiento y sus implicaciones, los cuales deben ser notificados y contemplados por la paciente al momento de firmar, esto comprende asumir y aceptar lo expuesto en el papel, mismo que no sonaba alentador en ningún aspecto.

Durante el procedimiento, Karla tenía sentimientos negativos hacia ella misma y sus parejas, además de que manifestó abiertamente no querer estar sola en la cirugía.

*“Me sentí molesta conmigo misma y con mis parejas anteriores...Me sentí avergonzada...Porque me metí en esto y siendo adulta, llamé a mi madre y tener comportamientos infantiles como pedir la presencia de mi mamá y llorar y demás cuando en realidad esto me pasó haciendo cosas de adulto ¿sabes? (risas). Muy adulta para copular, pero muy niña para afrontar los problemas...”*

Este suceso generó en Karla ciertos conflictos, que al igual que ella, experimentan muchas mujeres, debido a las normativas sociales de ser niña, pero no sobre la transición hacia la adultez, no obstante, estas interrogantes y preocupaciones permiten la reestructuración sobre la percepción de sí mismas y su conducción en su vida.

Con base en lo anterior, Dreier (2008) afirma que el significado que se le atribuye a las experiencias en distintas prácticas sociales fomenta una

---

<sup>16</sup> Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina o por sus siglas NIC, son lesiones premalignas, las cuales

reestructuración en la percepción de sí mismas, trayendo consigo modificaciones en su conducción y desenvolvimiento en distintos contextos. En el caso de Karla se generó culpa, misma que se intensificó con las vivencias que la hacían sentir incómoda y vulnerable, si bien asumió su responsabilidad, es importante señalar que esta situación afecta a muchas mujeres, convirtiéndose en un problema de salud pública y de valores sociales.

A pesar de que la cirugía estaba mostrándose en una pantalla que ella podía ver, afirma que no podía hacerlo por el aspecto desagradable que presentaba.

*“No vi en realidad la cirugía. Los doctores vieron que me volteaba y dijeron ‘Mejor apagamos la pantalla’ y les dije ‘No, no la apaguen por favor’, porque sabía que mi mamá la estaba viendo y quería que ella me dijera qué había pasado...”*

Se puede apreciar el nivel de confianza entre Karla y su madre, pero también se evidencia la necesidad de apoyo que tenía Karla. Por otro lado, visualizar a través del monitor su cirugía era fundamental para asegurarse de alguna manera que se llevara a cabo, sin embargo, por la naturaleza del procedimiento, siendo éste agresivo para el cuerpo femenino, no contaba con el valor de constatarlo por sí misma, por lo que la presencia de su madre podría interpretarse como una transferencia al ceder su capacidad de observar paso a paso su tratamiento, dicho de otra manera: *ve lo que yo no quiero ni puedo ver.*

*“Vi que se veía como... Todo rojo y en parte era por el yodo o no sé qué me pusieron, pero se veía aparatoso el resultado, me dijeron que era normal por la manipulación y que básicamente removieron tejido. Sentí un gran alivio cuando salí de ahí.”*

Al salir de cirugía, citaron a Karla unos meses después porque presentó verrugas en la zona perianal.

*“Presenté verrugas en la zona perianal. Entonces, era algo que tenía que tratarme también. Me salieron justo después de mi primera cita, es decir ya tenía el diagnóstico y ya estaba en tratamiento.”*

A pesar de estar en tratamiento, Karla decidió buscar una segunda opinión y acudió con una doctora particular, por las dudas que le generaba el haber sido diagnosticada con NIC II, lo que le reafirmó la idea que tenía sobre quien la pudo haber contagiado.

*“Me dijo que aparentemente avanzaba muy rápido, que para esos resultados yo debía estar expuesta al virus hace más de un año, lo cual te digo que me hizo pensar que pudo haber sido mi ex. Mientras estuve con él sólo me hice un papanicolaou y ese salió bien y que no entendía si podía pasar que saliera limpio, me dijo que podría ser que lo tuviera, pero que no se manifestaba porque yo llevaba una vida muy saludable, entonces como que pudo permanecer dormido.”*

Además, la doctora le comentó que realizaba penoscopías y tratamientos de VPH en hombres. Para ese momento, la postura de Karla cambió, observándose que de ser algo confidencial a optar por compartir su diagnóstico con su pareja y además proporcionarle el contacto para realizarse los estudios y tratamientos correspondientes para erradicar las lesiones que le detectaron posteriormente. Con base en lo anterior, Dreier (2008) afirma que las posturas que proyecta el individuo no son permanentes.

*“Se hizo una penoscopía y ahí le detectaron dos pequeñas verrugas y se las retiraron con... Con un tipo laser o algo así (risas) no sé, no recuerdo, pero me dijo que no fue nada agradable.”*

Durante unos meses, Karla no pudo ser examinada por completo porque estaba en recuperación y todavía no podía apreciarse el resultado final de la cirugía. Sin embargo, las lesiones que presentaba en la zona perianal fueron tratadas con ácido acético.

Karla estuvo en seguimiento por un poco más de un año, hasta el día de la entrevista, ella ya estaba dada de alta.

*“Después de la conización, tuve como 2 citas más hasta que me dijeron que las citas serían cada 6 meses y ya con papanicolaou, es decir que me realicé papanicolaou 2 veces al año, uno cada 6 meses y en mi cita debía presentar mi resultado, afortunadamente esos dos paps salieron bien y apenas este mes me dieron de alta.”*

Karla afirmó haber estado vulnerable emocionalmente por la ruptura con su ex pareja en el momento de su diagnóstico. Consideró que su experiencia con el VPH fue una llamada de atención, debido a que en ese momento no se encontraba en óptimas condiciones para asumir decisiones acordes a sus valores y principios, así como las condiciones para involucrarse sexualmente con alguien.

*“Cuando me entero de que él bien feliz de la vida, saliendo y metiéndose con otras chicas... Me sentí estúpida, quise romper con mis principios y vivir la vida como él, quería sentirme bien y divertirme de la manera más insana posible. Pero casualmente cuando voy tomando vuelo, pasa mi diagnóstico y lo interpreté como una llamada de atención del destino o algo así (risas)...Si bien no me metí con muchas personas, sí dejé de lado mi prevención en ese sentido, no exigí estudios.”*

Al momento de la entrevista, Karla manifestó ya no estar interesada en la posible culpabilidad de sus parejas, asumió su experiencia como algo positivo que la ayudó a crecer.

*“Fue bueno que pasara, no estaba bien que siguiera ese camino de buscarme problemas solamente para superar a alguien viviendo todo y de todo a lo estúpido.”*

Lave y Wenger (2007) mencionan que cada aprendizaje que la persona adquiere en su trayectoria de vida forma parte de su construcción de identidad, misma que se puede ver en la narración de Karla, quien expone su historia como

algo pasado que impactó significativamente en ella al grado de generar una reconstrucción de su punto de vista y por ende una redirección en su conducción de vida.

*“Lo asimilas y piensas que... Igual y más adelante hubiera adquirido algo peor o me hubiera puesto más en riesgo o yo qué sé... Pero definitivamente valoré mi vida y mi salud.”*

### 6.3. Xiomara

Xiomara es una mujer nacida en CDMX, tenía 33 años cuando fue entrevistada, afirmó haber cursado la preparatoria. Mencionó vivir con su familia de origen, conformada por 20 personas en una propiedad amplia, con patio común y habitaciones separadas. Entre los miembros de la familia se organizan y reparten las tareas del hogar. Xiomara es divorciada, tiene una hija de 12 años, trabaja y radica en Santa Fe, CDMX.

Xiomara no conoció a su padre biológico, después de su nacimiento, su mamá inició una nueva relación sentimental en la que engendró dos hijas más, por lo que la pareja de su madre fue su figura paterna.

*“Después de tantos años, me dijo ‘no, tu papá se fue con otra, se casó con otra y no quiso saber nada de ti’ y me acuerdo vagamente de que mi mamá iba a visitar a una señora a la cárcel (Posible referencia al padre de Xiomara en prisión), pero pues nunca me pasó por la cabeza”*

Xiomara refiere haber tenido una infancia difícil en la que hubo presencia de abusos y maltratos por parte de su padrastro, además de una evidente distinción entre las hermanas.

*“La persona a la que yo llamo mi papá, pues es mi padrastro, de él tuve mucho maltrato, a mí no me dejaban salir, me pegaba mucho, a mis hermanas no y... incluso llegó a pues sí, a abusar de mí varias veces y no, nunca le dije nada a nadie.”*

Durante su adolescencia, Xiomara tuvo que responsabilizarse de sus hermanas menores y realizar labores del hogar, de tal manera que se vio en la necesidad de abandonar sus estudios. Al respecto, Dechand (2016) afirma que las expectativas maternas puestas en las mujeres son altas, ignorando completamente sus deseos o intereses personales, asignándoles tareas exclusivas de carácter maternal, aun sin tener hijos, se les confiere la tarea de cuidar al otro.

*“Ya no estaba estudiando, ya me hacía cargo, pues de la casa se podría decir, porque ya trabajaba, era la que hacía de comer, le daba de comer a mi hermana, la apuraba para que se fuera a la secundaria, la más chica.”*

Con base a lo anterior, Lagarde (2005) afirmó que desde que la mujer nace, empieza a ser entrenada para las actividades que le corresponden en la cotidianidad, como las labores gastronómicas y de limpieza en el hogar, sin embargo, en algunos casos también se le empieza a instruir desde muy temprana edad al cuidado del otro, al cuidado de los menores, es decir, niñas con tareas maternas. Esto puede ser simbólico en el juego, con muñecas o en el día a día si se tiene hermanos menores, en el caso de Xiomara es evidente el cambio de rumbo de su vida para dedicarse exclusivamente a responsabilidades asignadas a las mujeres.

Previo a dejar su preparación académica, en la secundaria conoció a quien sería su esposo y la primera persona con la que tuvo un acercamiento físico. Ella ya no siguió estudiando, mientras que su pareja continuó estudiando hasta el nivel medio superior.

*“Se puede decir que él fue el que me enseñó a besar, porque pues no, yo no sabía, yo era muy ñoña, muy así de que todavía jugaba con muñecas y con él fue.”*

Tuvieron una relación y se casó a los 19 años, posteriormente quedó embarazada a los 20 años. Al nacer su hija, se dedicó a su hogar, pero más adelante empezó a trabajar, mientras su esposo trabajaba de taxista.

*“... yo ya no trabajé hasta que mi hija tenía 3 años, yo trabajé 7 meses y ya después me dediqué otra vez a mi hija. Y cuando ella ya iba a la primaria, fue cuando entre a trabajar aquí. Necesitábamos dinero, fui yo por mi propia voluntad”*

En esta cita de Xiomara se observa que, aunque señala que la decisión de trabajar fue propia, la realidad es que fue orillada por la necesidad económica que

tenían. Xiomara comenta que, en este tiempo, su esposo comenzó a violentarla físicamente.

*“Se portaba muy agresivo, a veces sí me llegó a aventar y sí me fui a estampar con un mueble, incluso iban policías a que yo les firmara de que no se me podía acercar. Ya de ahí la que agredía era yo. Pero tenía mucho enojo, no sé si fue tras engaño y engaño.”*

Xiomara mencionó que la relación con su pareja se tornó violenta, hasta que llegó un punto en el que ambos se agredían. Sin embargo, Xiomara identificó que el saberse traicionada y engañada pudo desencadenar en ella cierto resentimiento y coraje que se manifestaba a través de la violencia, por lo que el vivir con resentimiento fue resultado de la tolerancia a estas situaciones.

De acuerdo con lo anterior, Lagarde (2005) mencionó que las relaciones entre hombres y mujeres adquieren un carácter agresivo, principalmente del hombre hacia la mujer, puesto que a las mujeres no se les ha inculcado responder con violencia, no obstante, Xiomara refirió que durante su matrimonio hubo agresiones por ambas partes, aspecto que hizo que solicitara apoyo psicológico en el Centro de Apoyo a la Violencia Intrafamiliar (CAVI).

*“En el CAVI, mi hermana me llevó porque las cosas ya tomaban un curso muy feo y fui con una psicóloga a contarle mi caso y me dijo ‘¿requiere que se le brinde alguna carta, para que la cuiden, ya no se le acerque y eso?’ Y dije ‘no, en verdad no la necesito’ ‘bueno, pero sí le vamos a mandar vigilancia’. Después de que yo fui al CAVI, nos separamos”*

Transcurridos tres años de matrimonio, su esposo empezó a tener encuentros con otras mujeres, lo que desencadenó problemas y discusiones en la relación, misma que terminó en divorcio 7 años después, cuando ella tenía 30 años, es decir, tres años antes de la entrevista. Respecto al vínculo de su exesposo con su hija, Xiomara narró que tenía actitudes que incomodaban a la niña, razón por la que su separación tuvo un impacto positivo en ella.

*“Al principio fue sorpresa y alivio, porque él era muy tosco con ella, incluso al hacer tarea le pegaba mucho en su cabeza y le jalaba sus orejas y sí me enojaba. Incluso mi mamá me decía ‘la veo más feliz, más contenta, más activa’.”*

El divorcio fue complicado para Xiomara, ya que trajo consigo repercusiones en su vida. Con base en lo anterior, Lagarde (2005) aborda los tabúes que rodean a la mujer divorciada, desde ser alguien necesitado de una figura masculina que la satisfaga eróticamente, hasta ser mujer exclusiva de dicho hombre, sin embargo, lo que más destaca es la manera en la que se perciben, que por lo general acompaña un pensamiento derrotista hacia su propósito como mujer casada previamente, representa fracaso y abandono. No obstante, aunque se tenga independencia personal y se cuente con los medios para mantener a sus hijos, la sensación de carencia sigue latente.

*“Cuando recién me divorcié no dormía, si acaso 3 horas, pero me levantaba y había veces en las que no dormía toda la noche y así me iba a trabajar.”*

En esta cita, Xiomara nos brinda una perspectiva sobre lo que estaba viviendo en ese momento, sin embargo, hay que considerar que estas modificaciones en su cotidianidad fueron producto de la tristeza que conlleva la ruptura, y de la necesidad económica que tenía al ya no contar con la aportación monetaria de su esposo o una combinación de ambas.

Durante todo el tiempo que estuvo casada, Xiomara refirió haberse realizado papanicolaous anualmente, mismos que arrojaban resultados normales o nada que comprometiera su salud, a excepción de un año en el que no se lo realizó. Ronquillo (2019) menciona que las lesiones producidas por el VPH pueden surgir semanas después de haber estado en contacto con el virus o presentarse años después de haberlo contraído, todo dependerá del estado inmunológico de la persona, razón por la que se puede ser portador y no tener conocimiento de ello al no presentar sintomatología aparente.

*“Sólo un año fue el que no me lo hice y salían normales, con una pequeña inflamación.”*

Un año antes de la entrevista, Xiomara identificó una verruga en sus genitales mientras se duchaba.

*“...Un día así bañándome, yo me descubrí una pequeña verruga y sí me espanté”*

Además de la lesión, Xiomara presentaba comezón, por lo que fue con su ginecóloga de cabecera, en compañía de su hermana. La ginecóloga le dio remedios caseros para tratar las molestias, pero Xiomara no se sentía segura con ello. Concha (2007) hace énfasis en la importancia que tiene tratar las lesiones producidas por el VPH de manera quirúrgica, química o tópica según la gravedad de la lesión y las características del paciente, por lo que sugieren que sea un profesional en el área, que considere el caso para crear un plan de tratamiento.

*“Le comenté a la ginecóloga que pues tenía mucha picazón ¿no? Y me dijo ‘Pues lávate con vinagre o con carbonato’ y yo, así como de ‘¿qué?’ (cara de sorpresa) ¿Cómo crees? ¿Con carbonato?”*

Con respecto a lo anterior citado, Bartlett (1932) afirmó que las personas recibimos y procesamos información en función de nuestras vivencias y experiencias, lo que se evidencia cuando Xiomara duda sobre los métodos caseros que sugería su ginecóloga, ya que no le resultaba coherentes con una recomendación proveniente de un profesional de la salud. Por otra parte, también le sugirió que se sometiera a más estudios, sin embargo, por cuestiones económicas decidió acudir a su centro de salud.

*“Fui con una ginecóloga, me revisó y me mandó a hacer una prueba de varias ETS más una biopsia, pero pues sí me salían caras y le comenté a mi amiga con la que estaba trabajando en ese entonces y me dijo ‘vete al seguro’ y pues ahí voy...”*

Cuando solicitó atención médica, Xiomara se percató de que no contaba con los recursos económicos para solventar un tratamiento, aunado a que en ese momento ya estaba divorciada, por lo que la posibilidad de recibir apoyo económico y emocional por parte de su ex esposo era poca o nula, lo que la hizo considerar una opción que entrara en sus posibilidades.

De esta manera fue como conoció la fundación Luis Pasteur, a la que acudió en compañía de su hermana, quien le brindó la información de ésta, así como su apoyo y acompañamiento en los programas de atención integral a mujeres de escasos recursos. En esta institución le realizaron colposcopia, papanicolaou y la prueba de Schiller<sup>17</sup> a un costo más accesible.

*“La fundación Luis Pasteur de que era el paquete de colposcopia, papanicolaou, la prueba de Schiller y... ahí son cuatro estudios y salían en \$250 y pues ahí mi hermana dijo ‘vamos’ y pues sí, ese día nos fuimos temprano, ella pagó”*

En esta cita, se aprecia la relación de Xiomara con su hermana, quien la acompañó en todo momento, haciendo más ameno un proceso que puede resultar traumático para algunas personas. A su vez, es importante destacar el papel que asumió su hermana tras el divorcio de Xiomara, quien socialmente se percibe como una mujer sola que tiene que lidiar con una enfermedad de transmisión sexual, no obstante, existe cierta empatía y solidaridad entre mujeres que se manifiesta a través de su compañía incondicional para contrarrestar o erradicar la imagen de que su hermana estuviera sola en ese momento.

Sin embargo, Xiomara, afirmó que su experiencia no fue satisfactoria, puesto que tuvo que realizarse dos biopsias con la finalidad de identificar la magnitud de la lesión.

*“Para ver qué tipo de virus tenía, cuán grande era la lesión, la lesión no era tan grande, o sea apenas y se veía en el cuello”*

---

<sup>17</sup> La prueba de Schiller tiene como objetivo identificar las zonas anormales y de las que se podría tomar una muestra para analizarla posteriormente en un laboratorio. Dicho procedimiento se logra por medio de la aplicación de yodo en el cuello uterino.

Con base en lo anterior, Acosta y colaboradores (2009) mencionaron que, en los estudios ginecológicos preventivos no se les menciona a las pacientes abiertamente el margen de error que puede existir, mismo que afectaría el resultado de la prueba, sin considerar las fallas humanas que se pudieran presentar en la toma e interpretación de la muestra, lo que generaría preocupación en la paciente ante un resultado erróneo, así como la necesidad de someterse a más pruebas para reafirmar o refutar su diagnóstico.

Con un diagnóstico confirmado por parte de la fundación Luis Pasteur, Xiomara acude a su centro de salud, donde afirmó no haber sido atendida por cuestiones técnicas y por ende sus citas eran pospuestas de manera recurrente.

*“Me traían vuelta y vuelta y nada porque se descompuso el aparato con el que hacían la crioterapia y me dieron dentro de tres meses y luego fui para que me hicieran papanicolaou, no me lo hicieron, me dieron cita dentro de otro mes.”*

Podemos apreciar una gran problemática en el sector público de salud, que es la falta de recursos. Siendo un servicio solicitado por muchas personas que cuentan con el seguro médico que les garantiza tener derecho a atención médica de calidad.

*“Le mandé mensaje al doctor ‘soy paciente tal, con número de expediente tal, me hicieron la crioterapia, pero no me revisaron ni nada’ y me dieron cita dentro de 5 meses, o sea después de traerme mes y mes en citas me tardaron 3 meses para volver a ir y luego otro mes más.”*

Esta falta de infraestructura o de recursos humanos por parte del sector público de salud, podría poner en riesgo la vida de personas que acuden con un diagnóstico que requiere atención inmediata.

*“Me hicieron un papanicolaou y me traían de mes en mes y apenas hace como 20 días me hicieron la crioterapia después de tantos meses”*

Además, refiere haber recibido tratamientos innecesarios y sin una exploración previa. Almonte (2016) identificó la incidencia de este tipo de conductas por parte del personal hospitalario, que lamentablemente no cesan y podrían poner en riesgo a la paciente, sin contar el impacto emocional que recae sobre ellas, pues la omisión de la información sobre los procedimientos a realizar y las actitudes durante la consulta forman parte de lo que se considera violencia ginecológica.

*“Fui al seguro el día que tuve la cita y pues da la casualidad de que pues ni me revisaron para ver si tenía lesiones o no me la hicieron, la crioterapia me la hicieron sin haberme revisado ni nada.”*

Retomando a Almonte (2016) una de las grandes problemáticas en la atención brindada en los centros de salud pública es precisamente la nula repercusión que existe, pues es de las instituciones que más número de quejas y sugerencias recibe y, aun así, el personal que opera sigue estando vigente, así como la calidad en su trato, servicio y protocolos. Al respecto, Xiomara refirió que en el seguro la forma en que el ginecólogo en turno la abordó no fue la más apropiada.

*“...Y todavía me dijo la doctora ¿cuántas parejas has tenido? Y yo, así como de (cara de sorpresa) ¿Has practicado sexo oral, sexo anal ...? Pues sí, ¿no? La verdad es que sí. Ok, pues no debes tener relaciones y si las tienes usa condón porque tienes virus de... pues bastante contagioso”*

De acuerdo con Arellano y Castro (2013) el impacto que genera en las mujeres la manera en la que reciben un diagnóstico positivo del VPH, la atención recibida y la entrevista inicial, podría hacer que se sientan avergonzadas y juzgadas en el proceso, siendo que la consulta debería estar orientada hacia la información del padecimiento, la resiliencia, el pronóstico y las posibles formas de tratar el problema. Hasta ese momento, Xiomara mencionó no haber tenido información sobre el VPH previo a su diagnóstico, por lo que tuvo pensamientos catastróficos al respecto y se los compartió a su madre.

*“hasta le dije a mi mamá que ya se me había acabado el mundo ¿no? Porque pues en sí jamás había leído, o sea jamás, a pesar de que estuve en la prepa e hice un trabajo de las enfermedades”*

A raíz del diagnóstico, Xiomara empezó a presentar cambios de humor que afectaban considerablemente su vida diaria.

*“Un ratito estaba bien y al otro me enojaba así... Gritaba y les contestaba.”*

Al igual que en el caso de Mena, Xiomara refirió tener poca tolerancia hacia su entorno. Respecto a lo anterior, Ronquillo (2019) identificó que entre las emociones que presentaban las mujeres tras ser diagnosticadas con VPH, se destacan la ansiedad y la depresión. Sin embargo, también había quienes manifestaron agresividad como en el caso de Xiomara, quien además empezó a experimentar dificultades para conciliar el sueño, lo que impactó en el desempeño de sus actividades, por lo que solicitó apoyo psicológico.

*“Fui al psicólogo y me dijo que tenía una depresión leve y me recetó unas pastillas para dormir que no me las compré porque sí causan como adicción. Siento que no duermo nada ¿3-4 horas? Y ya tengo sueño, no aguanto mucho tiempo estar en una actividad, tan sólo en el transcurso de ir a dejar a mi hija a la escuela, yo me voy muriendo de sueño y eso hasta la fecha.”*

Otro de los aspectos que trató en psicoterapia fue la preocupación respecto al futuro de su hija al saberse portadora del VPH. Lagarde (2005) afirma que la mujer ha asumido el rol de protectora de otros, razón por la que ve por su familia antes que por sí misma y si llega a tener atenciones hacia su persona es para estar en condiciones de dar una buena atención al otro. En el caso de Xiomara, se destaca que su mayor preocupación era no dejar sola a su hija, por lo que tenía contemplada la posibilidad de tener otro hijo a pesar de no querer entablar una relación de pareja, desinterés que surge tras su divorcio y actuales sentimientos por su ex esposo.

Conociendo un poco la historia de vida de Xiomara, se puede identificar que durante su infancia señaló haber sufrido abuso y un permanente sentimiento de soledad por la marcada distinción existente entre ella y sus hermanas, ya que, siendo la hija mayor y producto de una relación anterior (de su madre), el trato fue diferente, llegando inclusive a responsabilizársele de situaciones que no le correspondían. Además de lo que le acontecía en su vida adulta, su matrimonio colapsó y terminó, agudizando emociones e ideas negativas respecto a la soledad.

Al respecto, Xiomara refiere no estar interesada en tener una relación sexo-afectiva nuevamente. Sin embargo, sí quiere tener otro hijo para que su hija no esté sola.

*“...Y sí, me pongo a pensar y... incluso hasta digo, pues sí, quitándote la matriz se soluciona el problema, pues lo voy a hacer, pero por otro lado pues tampoco quiero dejar a mi hija, así como sola”*

Es evidente la preocupación de Xiomara sobre el futuro y las posibles consecuencias de su diagnóstico, no obstante, valdría la pena cuestionarse si este temor está relacionado al hecho de no contar con su ex pareja, con quien criaba a su hija. En la siguiente cita, Xiomara expuso una de las opciones que le proporcionó su psicóloga para darle solución a su inquietud.

*“La psicóloga me dijo ‘Yo te voy a ayudar a que tengas un bebé y ¿qué crees que va a pasar después? te quitas la matriz y se acabó el problema, ya vas a estar viendo por ti y por tu hija y si llegas a tener un bebé, pero, ya no estás incluyendo a alguien a tu lado’.”*

El desinterés que tiene Xiomara sobre entablar otra relación a futuro podría deberse a que todavía presenta sentimientos afectivos hacía quien fue su esposo por 10 años con quien, de alguna manera, tiene la esperanza de retomar la relación, aunque, por otro lado, también valdría la pena considerar el impacto que tuvo el diagnóstico de VPH en la percepción de sí misma y su interacción con los demás en un contexto de pareja.

*“(Refiriéndose a su ex) Lo sigo queriendo, me sigue gustando y he conocido a muchos... muchos hombres, pero no encuentro lo que él tiene, o sea, no sé, no es como sentirme cómoda con alguien más. O sea, no, no encuentro aquello que tenía con él, o sea no, ni conexión ni nada.”*

Retomando a Lagarde (2005) la mujer divorciada puede adquirir socialmente o asumir por sí misma que le pertenece a la ex pareja, de cierta manera le sigue otorgando exclusividad física y emocional, lo que se aprecia en la siguiente cita.

*“Ya me acostumbré a estar sola, ya no es tener que dar explicaciones a alguien o sea como que no, ya no. Contacté amigos y salí con ellos, pero no...No sé, era como si estuviera traicionando.”*

A pesar de estar preocupada por su salud, Xiomara sintió alivio porque estando casada durante 10 años y sin pareja los últimos cuatro años de divorciada, cuenta con la certeza de quién pudo haberla contagiado.

*“Me sentí tranquila, porque dije...pues, porque duré con el papá de mi hija 10 años y después, esos cuatro años yo no tuve una pareja, así, me dediqué al trabajo, trabajo, trabajo...”*

Entre las emociones que experimentó Xiomara, está el malestar de sentir que no contaba con un apoyo genuino por parte de su familia, así como la percepción que ellos tenían de ella al saberla portadora del VPH. Mizrahi (2003) afirma que las mujeres estamos sometidas a una moral demandante en la que quien vaya en contra de lo socialmente esperado o correcto será rechazada y juzgada por su entorno, razón por la que las que padecen una ETS son catalogadas como promiscuas, por ende, escapan del estereotipo de mujer sumisa y monógama, no obstante, en el caso de Xiomara, se identificó que la razón de su diagnóstico no se debió a conductas *inapropiadas* o *indeseables* en una mujer.

*“Incluso le dije a mi familia, porque ellos también pensaron que por andar de... ajá... Desafortunadamente, apoyo de ellos, no tengo, bueno yo que voy al doctor, veo luego a las chicas o con su pareja o con su mamá y pues en este caso pues... aquí no (llanto) porque para mi familia la culpable soy yo porque yo me lo busqué.”*

Retomando a Mizrahi (2003), la presión y el rechazo social en la mujer que no cumple con lo establecido es una característica otorgada a quienes padecen un ETS, mismas que manifiestan sensaciones desagradables para ellas mismas y su entorno, como irritabilidad, depresión, ansiedad y frustración generalizada. Xiomara narró que presentó cambios de humor constantes a raíz del diagnóstico, por lo que consideró necesario que su hija conociera su situación de salud.

*“Le dije ‘tengo esto y esto’ e incluso le dije ‘creo que tu papá fue el que me contagió’ y mi hija se preocupó, me veía que un ratito estaba bien, me veía y ya estaba llorando y al otro me veía y ya estaba enojada. Eran muchos estados en los que me encontraba”*

También contactó a su ex esposo para notificarle su situación de salud, quien reaccionó afirmando que Xiomara se había involucrado con otras personas, pero que la iba a apoyar, hecho que sólo ocurrió una vez.

*“Primero me dijo ‘tranquila, no pasa nada, a lo mejor es otra cosa, le vamos a echar ganas, en lo que te pueda ayudar’ me dijo ‘ten \$1,000.00 para que te los vayas a hacer y ya échale ganas’.”*

Sin embargo, este apoyo económico no volvió a presentarse. Por otra parte, la respuesta de la ex pareja de Xiomara parece indicar que de alguna manera no asumió la responsabilidad al respecto, atribuyéndole ésta a Xiomara, a quien culpó por su estado de salud.

*“El día que me enteré le platicué y de entrada me dijo ‘¿Y ya le dijiste a la persona con la que te metiste?’ y me le quedé viendo y le dije ‘sí, ya le dije’ y dice ‘porque yo ya salí raspado’. Él dijo que me iba a apoyar y es fecha que no”*

A pesar de ello, Xiomara buscó el apoyo en amistades y compañeros de trabajo quienes, a diferencia de su familia, le brindaron su ayuda emocional y económica en su proceso de recuperación.

*“tengo dos amigas que sí les platico. Incluso hasta un cocinero con el que trabajé me dijo ‘para eso, madre, hay cura. Si en algún momento necesitas algún medicamento, yo te lo puedo conseguir, pero no te preocupes’ e incluso me dijo ‘Si necesitas dinero yo lo junto, le digo a los muchachos y te lo damos’ y dije ¿cómo es posible que gente que no es de tu familia...(pausa)? (...) El tratamiento me costó \$9,000.00, esos \$9,000.00 me los prestó mi jefa.”*

Esta reflexión que hizo Xiomara parece indicar que, aunque en un principio manifestó haber contado con la asistencia y apoyo de familiares, es factible que la actitud de ellos hacia la enfermedad y por ende hacia ella como portadora, haya generado que no se sintiera apoyada en su totalidad o puede que se haya referido a ciertas personas y no al entorno familiar en su totalidad. De acuerdo con Lagarde (2005) la dependencia y vulnerabilidad son consideradas como una cualidad o virtud femenina, en la que la sociedad espera que la mujer se apropie de una postura pasiva esperando todo del otro, es decir que la ingenuidad de la mujer la obliga a esperar el apoyo o salvación por parte de un tercero, una característica reproducida en la cultura latina que termina siendo opresiva por no permitir que exploren su capacidades físicas e intelectuales.

Otra persona que brindó su apoyo a Xiomara fue una veterinaria con quien tiene relación desde que era infante. La doctora le recetó vitaminas para fortalecer su sistema inmunológico.

*“Incluso fui con una veterinaria (Risas) me conoce desde niña. Y me platicó sobre un... es que son como ... Vitaminas... Ácido ascórbico y eran 5 ampolletas que te ponía por \$500 y dijo ‘eso te va a ayudar mucho’ y sí, fui sólo una vez a ponérmela, era el suero, las 5 ampolletas, grandes las ampolletas y las 5 me las puso esa vez y ya estuve tomando ácido fólico”*

Tras su diagnóstico, Xiomara solicitó ayuda y apoyo de varias personas de distintas profesiones, quienes le beneficiaron de diversas maneras, además de buscar la información necesaria para estar familiarizada con su diagnóstico, encontrando en Facebook una página dirigida a personas con el VPH, en la que se comparten experiencias, artículos sobre el tema, remedios naturistas y referencias de doctores. Este grupo tiene como administrador al doctor Briseño, conocido en la comunidad por ser especialista en el tratamiento del VPH, además leyó comentarios positivos de las personas que habían tomado consulta con él y siendo poco satisfactorias las atenciones recibidas hasta ese momento, decidió recurrir a él.

Al asumirse como mujer con VPH, Xiomara recurrió a esta herramienta tecnológica en la que se le permitió conocer información y testimonios provenientes de una comunidad con un diagnóstico en común, Dreier (2008) afirma que la inclusión hacia nuevos contextos y por ende su desenvolvimiento en éstos, impacta en la percepción del individuo, quien a su vez forma y se apropia de una identidad, Xiomara no aporta activamente al foro, pero sí recibió información que le brindó una nueva visión sobre sí misma y sobre la enfermedad como tal.

Brown y colaboradores (2007) consideraron importantes las expectativas que tienen las mujeres ante la atención ginecológica, las que por lo general no son cubiertas y, por el contrario, pueden llegar a ser desagradables como en el caso de Xiomara, quien optó por garantizar una atención amena y de calidad.

*“Encontré una publicación exactamente ahí de una chica que hablaba de un doctor que se llama Carlos Briseño y busqué un video de él que explicaba sobre el virus del papiloma y pensé 3 meses, para poder sacar una cita e ir con él... estuve leyendo porque sí soy como un poquito desconfiada entonces sí estuve buscando, estuve leyendo por comentarios.”*

Al llegar el día de su cita, su madre la acompañó porque ella conocía el lugar en donde se encontraba el consultorio. En esta primera consulta, le

realizaron papanicolaou, una prueba de sangre y una revisión física, en la que se determinó que la lesión que presentaba no había sido por contacto sexual. Alfaro y Fournier (2013) abordaron las formas de contagio del VPH e identificaron que la manera en que se transmite es estando en contacto con fluidos o con tejido infectado, no obstante, mencionaron que las formas de transmisión no sexuales en personas sexualmente activas son por el uso de tampones o mala esterilización de materiales ginecológicos, lo cual sucede en pocas ocasiones.

*“Dijo que pudo haber sido en un baño, en una bañera, algo así, por el tipo de lesión que tienes, pero no fue sexual, no fue por contacto sexual.”*

A pesar de que Xiomara refirió no haberse contagiado por vía sexual, no se ha encontrado información científica que respalde esta versión. Al respecto, Concha, Urrutia y Riquelme (2012) aseguraron que el VPH está relacionado directamente con prácticas sexuales a temprana edad y conductas de riesgo, lo que genera que el VPH esté rodeado de estigmas, propiciando temor y rechazo entre la población que la padece, no obstante, es pertinente considerar que no es la única manera de contraerlo, pese a ello, en la bibliografía recabada no se han mencionado las causas del VPH que refiere Xiomara, sin embargo es posible identificar que el hecho de que un profesional de la salud le afirmara que sus lesiones no tenían un origen sexual, le generó bienestar y seguridad.

*“Cuando me enteré dije ‘él anduvo con una y con otra y con otra y con otra’ No se cuidó o no sé porque sí fue él y sí me enojaba y le decía “maldito” y ya cuando me dijo el doctor que no había sido por eso, dije ‘Uy! ya le eché la culpa y no fue él’.”*

Esta cita de Xiomara parece indicar que esperaba una respuesta que confirmara o refutara toda responsabilidad por parte de su ex pareja, aunque también valdría la pena cuestionarse si dicha afirmación que aseguraba que su infección no había sido producto de actividad sexual le generaba tranquilidad por los prejuicios sobre las ETS y pasar de *una persona con conductas sexuales dudosas a víctima de las circunstancias.*

Retomando a Concha, Urrutia y Riquelme (2012), el temor que viven las mujeres con VPH a enfrentarse a su familia por la posibilidad de ser catalogadas como promiscuas o infieles, ha generado que opten por posponer u ocultar su enfermedad, así como los estudios y tratamientos. El saber que su VPH no se debía a contacto sexual, le dio la seguridad de confrontar a su familia con información que respaldara el contagio no sexual. Arellano y Castro (2014) identificaron que cuando se requiere notificar a la pareja o familia de la mujer con VPH, ella tiene la iniciativa de recabar información sobre la naturaleza de la enfermedad para que su sexualidad y hábitos sexuales no sean puestos en tela de juicio y se evite el rechazo y estigmatización por parte de su círculo más cercano e íntimo.

*“Incluso les mandé un link donde decía que no era por contacto sexual, que había otras formas de contagio y sí le dije a mi hermana, ‘si no quieres saber, no me preguntes, yo me metí en esto y yo voy a salir de esto, como hasta ahorita lo he hecho’ y ya se quedó mi hermana como ‘no, pues sí, tienes razón’.”*

Validar su versión a través de distintos medios resultó de vital importancia para Xiomara, ya que esto daba sustento a su creencia sobre la forma de contagio. No obstante, también abre otras interrogantes, en caso de que Xiomara asumiera que el VPH fue producto de actividad sexual ¿Su familia la hubiera apoyado igual? ¿Era requisito no tener un pasado *dudoso* para recibir el apoyo? ¿El trato hubiera sido distinto? ¿Qué implicaciones hubiera traído? ¿Cómo se hubiera sentido Xiomara? Estas y otras preocupaciones pueden experimentar los portadores de alguna ETS, quienes luchan contra los prejuicios sociales, familiares y propios.

Con base en lo anterior, Arellano y Castro (2013) identificaron que la sexualidad de las mujeres ha sido censurada, razón por la que las que son portadoras de una ETS han referido sentir incertidumbre por la reacción de su entorno, lo que se manifiesta en conductas como evasión del tema, reprimirse y aislarse para no ser juzgadas por quienes ellas consideran personas importantes en su vida.

Por lo anteriormente citado, Xiomara refirió haberse sentido cómoda por el trato recibido por parte del doctor Briseño, pues resolvió gran parte de sus dudas y le brindó tranquilidad, además de ser investigador en el tema del VPH y que realizó el tratamiento que se ha estado implementando en el Instituto Politécnico Nacional (IPN), que es la aplicación de factor de transferencia. El Factor de Transferencia es un producto desarrollado por el IPN, que mejora el sistema inmunológico, previniendo así la aparición de enfermedades crónico-degenerativas y en el caso de padecerlas, controlarlas considerablemente, evitando o retardando su evolución.

*“La que están haciendo en el IPN, esa fue la que me hizo él, porque incluso él es investigador de... sobre el virus del papiloma incluso me inyectaba el factor de transferencia.”*

Dentro de la revisión general que le realizó el doctor Briseño, se identificó que Xiomara presentó resistencia a la insulina, es decir, un desequilibrio metabólico considerado como un precursor de la diabetes, además de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), un padecimiento caracterizado por anomalías en los niveles hormonales, mismo que puede afectar el ciclo menstrual y la fertilidad y debe ser tratado quirúrgicamente por su complejidad.

*“Mi ovario izquierdo me dijo que ya era para cirugía, porque si llego a hacer un movimiento brusco y se llega a doblar, dijo ‘no, nos sabes el dolor que te va a dar’ (risas)”*

Al momento de la entrevista Xiomara continuaba su tratamiento con el doctor Briseño. Afirmó que, a pesar de haberle erradicado algunas lesiones, éstas le brotaron nuevamente. De acuerdo con Concha (2007), puede haber reincidencia de las lesiones y verrugas genitales, aunque la tasa es baja, se presentan principalmente en tratamientos no quirúrgicos.

*“Ahorita supuestamente la lesión sí la erradicó, me hice otra toma de papanicolaou para ver cómo estaba y tengo cita después de un mes y apenas la semana pasada me volví a descubrir otra verruga y le dije al doctor y me dijo ‘No te preocupes, que salga lo que tenga que salir y cuando vengas necesito platicar contigo para ver qué está pasando, cómo estás física y emocionalmente”*

Esta cita, muestra las necesidades y expectativas emocionales de los portadores del VPH, mismas que son cubiertas por este doctor, que es reconocido por la comunidad con VPH en Facebook, quienes asisten y continúan su tratamiento con él, además que no sólo atiende a sus pacientes desde la parte ginecológica y urológica (el doctor Briseño atiende a portadores del VPH, independientemente de su sexo y género) y también aborda el aspecto emocional del paciente durante su proceso.

Entre la información recabada por Xiomara y la complementaria de su médico tratante, su estilo de vida cambió, principalmente en cuanto a su alimentación.

*“Yo seguí buscando sobre el tema, sobre la alimentación qué tenía que hacer e incluso también dejé de tomar refresco y los jugos que venden y todo eso lo dejé (...) Incluso dejé de comer carnes rojas, lácteos, los lácteos casi no y de eso sí nada, nada. Sí, incluso el doctor me dijo ni carnes rojas, ni lácteos por lo de la resistencia a la insulina.”*

A raíz de los diagnósticos de Xiomara, su vida se vio modificada por las precauciones y consideraciones que debía contemplar para una mejor calidad de vida de acuerdo con su prioridad, que es el mantenimiento y mejoramiento de la salud. Dreier (2008) afirma que un individuo durante su trayectoria de vida va generando una reformulación y revaloración sobre sus acciones, en el caso de Xiomara, consideró que las circunstancias por las que estaba pasando, desencadenaron la enfermedad.

*“Siento que tuvo que ver mi carácter y todo lo que me guardé. Siento que por ahí me enfermé y también todo, que me divorcié, las peleas, el verme ya sola con mi hija, propiciaron que me enfermara.”*

Retomando a Dreier (2008), durante la trayectoria de vida, hay una reestructuración en los intereses y preocupaciones de la persona, por lo que su desarrollo y participación en distintos contextos será orientada por la modificación de la priorización de ciertos aspectos. Por su parte, Xiomara afirmó que actualmente está preocupada por el futuro de su hija, en caso de que el VPH llegara a evolucionar, además de que desea tener otro hijo para que su hija disfrute de la compañía de un hermano, sin embargo, no está interesada en involucrarse emocionalmente con otra persona, pues está enfocada en su trabajo, su recuperación y que identificó tener sentimientos afectivos por su ex esposo.

Con base en la narración de Xiomara, Lagarde (2005) explica que lo que dirige en gran medida la vida de las mujeres es el amor, mismo que es caracterizado por la entrega, renuncia y el sacrificio de su cuerpo, tiempo y energía invertido en los demás, quienes adquieren una postura de poder, en este caso la preocupación que tiene Xiomara sobre el futuro de su hija influye en sus decisiones y el rumbo de su vida. Aunado a la creencia de que el amor femenino tiene un carácter de exclusividad, esto se evidencia en el momento en el que, a pesar de ya no tener una relación afectiva con el padre de su hija, sus sentimientos hacia él continuaron vigentes, llegando a refutar la posibilidad de entablar un vínculo con otra persona, siendo una sentencia o una decisión caprichosa del destino. Este es un modelo que las mujeres reproducen y refuerzan al estar en un entorno moralista en el que existen ciertas normas y deberes que castigan a la mujer y promueven la abnegación, asumiendo culpa dentro de una relación de dominio y poder patriarcal.

#### 6.4. Adriana

Adriana es una mujer nacida en Puebla, tenía 65 años cuando fue entrevistada, mencionó haber estudiado hasta la secundaria. Tiene 4 hijos mayores de 30 años y actualmente vive sólo con su esposo, radica en la alcaldía Venustiano Carranza, CDMX

Adriana proviene de una familia religiosa y con serias carencias materiales, sin embargo, consideró haber tenido una infancia feliz. Ella es una de las hijas menores, cuya madre era una mujer estricta, a diferencia de su padre, quien sí le daba muestras de afecto a sus hijos.

*“Teníamos lo básico eso sí lo teníamos, alimentación, el cariño pues que yo me acuerde que mi mamá me hiciera alguna caricia o eso, no. Pero mi papá sí llegaba a tener ciertos abrazos, pero nada más, pero fue más la rectitud, la educación, o sea en sí eso nos sirvió mucho, entonces carencias las tuvimos, pero yo dentro de mi niñez me sentía feliz.”*

A pesar de ello, Adriana buscaba la manera de hacer lo que ella deseaba, pero primordialmente, buscaba la manera de sobrevivir en un entorno que no podía proporcionarle lo que ella quería o necesitaba.

*“Siento que yo fui rebelde, porque yo no me aguantaba, simplemente el hecho de no aguantar el hambre yo veía cómo le hacía, pero yo saciaba mi hambre, el hecho que me mandaba mi mamá a la escuela sin zapatos, yo veía cómo, pero yo no iba sin zapatos.”*

Consideró que, a pesar de su educación rígida, ésta fue fundamental en su futuro y tuvo un papel importante en su formación humana.

Durante su adolescencia, Adriana manifestó que sus relaciones de pareja no incluyeron contactos sexuales. De acuerdo con Giddens (1992) dentro de una sociedad respetable, una de las virtudes más reconocidas en las mujeres es el rechazo hacia el contacto sexual prematuro o previo al matrimonio, aspecto que

no se comparte con los hombres a quienes, por el contrario, se les fomenta e induce a la realización de actividades sexuales a temprana edad, llegando a justificarlas con argumentos de aspecto médico o por cuestiones de salud.

*“Mi adolescencia también fue de novios, pero agarraditos de la mano, platicando... A uno se le ocurrió un día pellizcarme una chichi (Risa) No, pues que me enojé mucho y lo mando a volar, para mí eso ya era una ofensa.”*

En esta cita, Adriana expuso los límites que marcaba con su pareja, considerando el pellizco en su seno como una agresión y falta de respeto a sí misma como persona y como mujer, lo que la lleva a cortar toda relación con quien ejerció conductas indeseadas hacia ella. El tener tan presente el cuidado de su cuerpo ¿Es una forma de defender su castidad? ¿Es algo inculcado por su entorno? ¿Es lo que la hace ser mujer valiosa?

Cuando Adriana concluyó la secundaria, su familia la envió a la CDMX con una señora que prometía pagar sus estudios a cambio de que desempeñara las labores de su hogar.

*“Según me trajeron porque mi mamá estaba en Puebla en el seguro y ahí se encontró a una señora esposa del doctor y platicaban y le dijo que necesitaba una muchacha, y que estaba yo que quería estudiar, que sí quería me venía yo con ella y que ella me pagaba la escuela y sí aceptó... Ya estaba yo inscrita y todo, pero ya no me dejaron y mi hermano se enfermó y que necesitaban dinero para sus gastos, me salí y me metieron a trabajar (risa)”*

El plan para continuar con su educación no se llevó a cabo, puesto que la situación económica en su hogar demandaba que ella empezara a dedicar su tiempo en un trabajo que le aportara dinero en forma física y no a través de colegiaturas, lo que implicó renunciar a tener una educación.

Posteriormente, empezó a trabajar en la CDMX y narró que tuvo una experiencia desagradable con su jefe, quien intentó abusar de ella, sin embargo, tras haberse defendido dicho abuso no se consumó. Al respecto, Lagarde (2005)

considera la violencia sexual como una manera de ejercer derecho y poder sobre el otro, aspecto que no es propio de las mujeres, sino que es característica exclusiva de los hombres, por lo menos socialmente hablando.

*“Llegó el momento en el que me atosigaba y me enseñaba su miembro y yo me espantaba... Yo era menor de edad, 16 años... un día me dijo, ‘Vamos, porque vamos a ir por unas facturas’ y fuimos, llegamos a las facturas y me llevó a un motel de por acá, entonces yo gritaba y gritaba, entonces como que se espantó o sea era una violación... no se llegó a consumir, porque eran muchos mis gritos.”*

El abuso de poder por parte de su jefe, mediante acoso y hostigamiento sexual, hizo que Adriana no regresara a laborar en donde estaba en riesgo su integridad y comenzó a trabajar en otro lado y fue en este empleo donde conoció a quien sería su esposo meses después. De acuerdo con Hundeide (2005) la capacidad reflexiva permite que haya una mayor comprensión de lo sucedido, en este caso, Adriana llegó a la deducción de que el hecho de haber gritado evitó una violación.

Continuando con la historia, Adriana describió cómo conoció a su actual y único esposo.

*“En un almacén chiquito de ropa, vendía ropa con un español, pero dice que, si no tenía nadie que me ayudara, que para eso necesitaba dos personas, entonces Luisa (hermana) se vino ayudarme y ahí conocí a mi marido”*

Su esposo la abordaba en los momentos en los que se encontraba sola y empezaron una relación que duró cuatro meses. Ella tenía 17 años y él 26.

*“Mi marido aprovechó la oportunidad y me llevó a tomar nieve y ya después me dijo que él quería que fuéramos novios y yo le dije ‘Déjame pensar’ ‘no, pero qué pensar’ no, pero desde un momento que me hice novia me acuerdo cómo luego, luego me pasó un beso así, pero... (risas) de ahí poco a poco fui cayendo... Fue en noviembre y en marzo me fui con él.”*

Adriana narró cómo la relación fue evolucionando, sus salidas se llevaban a cabo sin el conocimiento de su hermana mayor, que era con quien vivía en ese entonces. Afirmó que tiempo después se involucró sexualmente con su entonces novio, motivada principalmente por la curiosidad.

*“Él me fue envolviendo emocionalmente y sexualmente, que al momento cuando yo vi ya había yo tenido relaciones con él, pero no fue de tanto amor, sino que fue la curiosidad ‘¿Qué se sentirá?’.”*

Adriana tras haber narrado las distintas ocasiones desagradables en las que personas del sexo opuesto intentaron aprovecharse sexualmente de ella, se puede identificar que la diferencia radica en la manera en que es abordada y el vínculo que se crea entre ella y quien la pretende, en este caso, afirmó que quien actualmente es su esposo, la conquistó física y emocionalmente, situación que no había pasado con otra persona. Por otro lado, la edad también es un factor importante, pues refiere haber tenido curiosidad por el descubrimiento de su sexualidad.

El haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio y los consejos de sus amigas la hicieron considerar contraer nupcias con él, además del miedo a que su novio perdiera el interés en ella y siendo el sexo premarital algo penado en su familia, temía que la relación no llegara a formalizarse. Lagarde (2005) menciona que algunas mujeres optan por comprometerse con su pareja, por las represalias que socialmente trae consigo la pérdida de la virginidad, debido a que esto podría impactar significativamente en cómo es percibida de manera permanente por su entorno familiar y social.

Adriana empezó a involucrarse emocional y sexualmente con su pareja por lo que a los 17 años se fue a vivir con su novio, sin el conocimiento ni consentimiento de su familia. Con base en lo anterior, Barberá, Navarro y Reig (2003) identificaron que entre mayor sea el compromiso o afecto con la pareja, hay menor cuidado y protección en las relaciones sexuales, siendo motivados por la

confianza depositada en el ser amado o con quien se mantiene una relación estable, aumentando la posibilidad de embarazo o contagio de ETS.

Retomando a Lagarde (2005), la mujer que perdió su virginidad antes del matrimonio sufre rechazo social y familiar, sin embargo, a pesar de haber *mal obrado*, Adriana le comunicó a su familia su embarazo.

*“Me puso una regañiza mi mamá, me hizo llorar, le llevé un regalo y me lo aventó. Entonces me van a buscar a la casa de mi suegra, ya se disculpó mi mamá, y que quería saber para cuándo nos casábamos y todo, el 25 de junio me casé por la iglesia y de ahí mi mamá dijo que ya de ahora en adelante borrón y cuenta nueva.”*

Lagarde (2005) mencionó que cuando al contemplar la idea de formalizar una relación o matrimonio, la madre le inculca a su hija los valores y conocimientos para una vida conyugal, no obstante, es la madre la que debe asegurar un futuro prometedor para su hija, lo que en el caso de Adriana, quien comentó que su madre investigaba a la potencial pareja de alguno de sus hijos, así como a su familia antes de que pudieran tener algún tipo de compromiso, no pudo llevarse a cabo, debido a la forma en cómo se fue desarrollando la relación con su futuro esposo.

Por su parte, Hierro (2003) afirmó que socialmente, la conservación de la virginidad aumenta la posibilidad de conseguir un hombre que le ofrezca un matrimonio exitoso, de no ser así sucedería lo opuesto, lo que genera angustia en las mujeres. Esta misión impuesta exclusivamente para la mujer soltera implica la búsqueda de bienestar social por encima del propio, minimizándolo al grado de pasar desapercibido o en el mejor de los escenarios considerar la aceptación social como camino a una realización personal. De igual manera, Mizrahi (2003) refiere que la culpa ha sido parte de la vida de la mujer, puesto que sus deseos, aspiraciones y necesidades han sido reprimidas, lo que las vulnera ante el resto.

*“Yo me volví loca con mi marido, o sea me importó poco lo que sufrían mis padres, mis hermanos, entonces por eso mismo yo me sentía culpable de todo eso.”*

En esta cita, se identifican los conflictos a los que se enfrenta una mujer que ha sido criada bajo un contexto que las hace ver por el bienestar de otros antes que por el suyo. Esta postura genera confusión, pues deben desempeñar varios roles en los cuales su voz es reprimida o ignorada, en este caso, la preocupación por la reacción y consecuentes actitudes de sus padres y hermanos hacia ella, no le permitieron identificar lo que realmente deseaba hacer, sino que al priorizar compensar el malestar o disgusto de los demás, optó por contraer nupcias con su novio.

Durante su matrimonio se dedicó a las labores del hogar y a la crianza de sus 4 hijos, mientras su esposo trabajaba como conductor de camión de volteo en construcciones.

Cuando Adriana tuvo a su segundo hijo, es decir a la edad de 24 años, empezó a realizarse sus papanicolaous anuales. En ocasiones tenía infecciones, mismas que eran tratadas en pareja. Hierro (2003) mencionó que la sexualidad en una relación distinguida por el compromiso y amor existente entre ellos abarca más que las prácticas sexuales y eróticas, adquiere un enfoque más ligado al cuidado de sí mismo y del otro, la búsqueda de un equilibrio para el mayor goce y satisfacción personal en el ámbito conyugal. Este aspecto es importante y se repite en la narrativa de Adriana y de las demás participantes, la sexualidad en pareja involucra más que la cuestión genital, para estas mujeres adquiere un carácter emocional, una entrega total en la que, para ser disfrutada, debe existir cariño y comunicación de por medio.

No obstante, afirmó que la vida al lado de su esposo no ha sido fácil, por la presencia de violencia intrafamiliar, llegando inclusive a presentar una demanda, misma que no procedió debido a los conflictos persistentes que no concluían y que se presentaban intermitentemente, como lo eran las constantes infidelidades por parte de él, quien tuvo una hija fuera del matrimonio.

*“Nos peleamos en la noche, me golpeó y al otro día que me iba yo a venir acá, porque estaban mis papás, me vine toda descorazonada. Tenía todavía el apoyo de ellos entonces se ponen de acuerdo y me dice Hilda ‘vamos por tus cosas’. Saqué mis cosas, a mi hijo, mis papeles, fuimos a la delegación a poner una demanda por golpes y todo eso”*

Con base en lo citado anteriormente, Lagarde (2005) hace una comparación entre las apreciaciones sociales que se tiene de la mujer según el puesto que ocupe en la vida de un hombre y afirma que la esposa tiende a sentirse inconforme con su postura pues no goza de los bienes y el placer que tiene la amante, en cambio adquiere toda la responsabilidad que conlleva un matrimonio, sin embargo, ante la sociedad es ella la que encabeza junto con el esposo el hogar familiar, esto aunado con otros intereses dentro del ámbito conyugal, hacen que la mujer continúe con su compromiso.

Durante todo ese tiempo su apoyo emocional fue su hermana mayor, con quien tenía la confianza de compartirle lo que ocurría en su vida familiar.

*“Siempre Hilda fue mi paño de lágrimas”*

Adriana destacó el rol que su hermana tenía en su vida, pues identificó en ella algo que no encontraba en otra mujer como pudo haber sido su madre (por dar un ejemplo). La empatía y compañerismo entre mujeres, crea una especie de complicidad en la que se apoyan en situaciones en las que se sienten vulnerables, en conflicto o desorientadas.

Además, mencionó que otra de las dificultades a las que se enfrentaba Adriana en su matrimonio era el alcoholismo de su esposo, mismo que surgió en una época donde la pareja se encontraba bien económicamente. De acuerdo con Lagarde (2005) entre las actitudes características del machismo se destaca la adquisición de bienes materiales y humanos, en este caso al contar con la compañía de mujeres bajo la influencia del alcohol, le da al hombre una sensación de poder sobre los otros.

*“Siempre fue chofer, tenía ... cuando yo me casé con él. (...) Un camión le gustaba mucho al ingeniero y dijo ‘Véndeme tu camión ¿Cuánto te costó?’ ‘órale, ten, ahí está el dinero’, entonces con eso se compró él otro camión ya sin endrogarse y ahí empezamos a levantar, pero fue cuando andaba mucho de borracho, andaba con viejas.”*

Llegó el momento en el que Adriana necesitó apoyo emocional por vivir con un alcohólico.

*“Mi vecina de enfrente veía todas mis broncas entonces me dice ‘métete a Al-Anon’ ella estaba en Al-Anon y dijo ‘mira, te van a enseñar a dirigir a tu marido como alcohólico’.”*

Esta cita nos permite conocer los contextos en los que se desarrollaba Adriana y los recursos a su disposición para afrontar problemáticas específicas. Al respecto, Lave y Wenger (1991) refieren que la participación en diversas comunidades de práctica impacta en la construcción de la identidad y en la manera de conducirse en la cotidianidad, en este aspecto, Adriana decidió ingresar a una comunidad que compartía el hecho de vivir con un alcohólico, situación que les genera malestar en general. En este tipo de grupos, las personas se apoyan mutuamente y a través de externar sus experiencias, propiciando que el resto del grupo obtenga las herramientas necesarias para sobrellevar este tipo de problemática de la cual son parte.

*“Empecé a ir a Al-Anon, ahí esos grupos no te dicen ‘vas a hacer esto’ es de ayuda mutua, la experiencia de ella (supuesta persona) me servía a mí, entonces ahí empezaba yo a salir, a saber, cómo sobrellevar mi relación con un alcohólico.”*

Estos grupos le brindaron herramientas para mejorar la relación con su esposo.

*“Me sirvió mucho y él empezó a bajarle al alcohol, porque antes llegaba y peleábamos, había golpes y todo y ya después ya no, llegaba y ‘Ya llegó, qué bueno’ y al otro día que empezaba a tomar algo y digo ‘¡Ay! que siga tomando’, ya no dependía de mí...Lo castigaba con no darle de comer, con no plancharle, no lavarle...”*

No obstante, a su esposo no le era grata la idea de que ella asistiera a ese grupo.

*“Dijo ‘No, o tu grupo o nosotros’ ... Pues, mi familia. Entonces dejé de ir al grupo”*

En ese momento, Adriana buscaba salir y convivir con personas ajenas a su familia, pues era la manera en la que ella se daba un tiempo para sí misma debido a que ya no contaba con el apoyo que tenía en los grupos AL-Anon, quienes, al tener vivencias y experiencias similares, creaban una atmósfera de comprensión y compañerismo entre los integrantes. Para Dreier (2008) las personas continuamente hacen una reconstrucción social conforme el individuo se desarrolla en distintos contextos.

*“Yo buscaba escapes, llevaba yo a mis hijos al DIF, era cuando te daban desayunos, pero no era tanto eso, era el no estar con él. Me salía a los paseos, a los museos, o sea, había actividades y eso a mí me gustaba yo también buscaba el tener pues con quien platicar o con quien convivir fuera de ahí.”*

Los escapes que mencionó Adriana formaron parte fundamental de su vida al aportarle bienestar y paz al lado de sus hijos, siendo que no podía cambiar de manera repentina la dinámica con un alcohólico (misma que ha mencionado ser difícil) y la separación o ruptura de la relación, no era opción por lo que representaba su esposo en su vida.

*“Siento que era codependencia ‘sin él no voy a hacer nada, si nos dejamos ¿qué voy a hacer con mis hijos?’.”*

Estos pensamientos son abordados por Lagarde (2005) quien identificó que las características esperadas en una mujer al momento de ser considerada para la vida conyugal se reducen a posicionarla en un plano inferior al del hombre en todo aspecto, física, educativa, emocional, económica y personalmente, lo que propicia la dependencia hacia su pareja, ya que es capaz de mantener un hogar familiar por aparentar tener más recursos para ello.

Las vivencias de Adriana la llevaron a discriminar ciertas conductas, las cuales no deseaba que fueran reproducidas ni ejercidas por sus hijos, por lo que decidió inculcarles valores en contra de la violencia, con la finalidad de no repetir su historia. En este aspecto, Bruner (1990) consideró que, las experiencias fomentan la revaloración sobre la vida de las personas, lo que es evidente en la educación que ejerce Adriana con sus hijos, misma que se enfoca en no repetir su historia.

*“Con mis hijos por decir ahora ‘no, hijos, a una mujer no se le pega ni con el pétalo de una rosa y se los digo por experiencia propia’.”*

Adriana afirmó que su vida no ha sido fácil, debido a que su autoestima y salud emocional estaban afectadas, situación que pudo desencadenar una inmunodepresión que favoreció la evolución de la enfermedad. Por su parte, Alfaro y Fournier (2013) afirmaron que el VPH puede pasar desapercibido por quien lo padece, no obstante, es el estado inmunológico quien tendrá un papel importante en el surgimiento de lesiones y cómo reacciona o ataca el virus.

*“Él es un macho bien hecho, entonces era de las personas que si te sobajaban como mujer. Entonces yo siento que esos problemas y eso mismo hizo que me sintiera de menos, yo siento que eso fue por lo que estaba anímicamente... Decaída y estamos en esa época en la que nada nada estaba bien con nosotros, pero ahí estaba yo como buena madre, como buena mujer ahí a lo que el hombre dijera, yo siento que, en sí, o sea, sí anímicamente yo estaba mal.”*

Las acciones y comentarios que se han presentado en numerosas ocasiones en los años de convivencia con su esposo desencadenaron alteraciones en la construcción de su identidad, pudiendo ser uno de los factores que impactaron considerablemente en su estado de salud, haciéndola más propensa a presentar lesiones propias del VPH al tener un sistema inmunológico debilitado.

De acuerdo con Lagarde (2005) el machismo es, hasta el día de hoy, característico en distintas regiones, tradiciones y pensamientos mexicanos, mismo que se rige bajo el principio de que la mujer es inferior al hombre, lo cual oprime a las mujeres en sociedad, en su familia e impacta en su identidad, desencadenando en ellas malestar, como expone Adriana. En el año 2000, aproximadamente tres meses después de haberse realizado su papanicolaou anual, Adriana identificó una lesión en sus genitales, acompañada de comezón.

*“Me acosté y me espejeé a ver qué era lo que me producía, porque era una comezón tremenda, entonces yo me fijé y sí, me hice eso... espejeándome y yo veía como, te digo una especie de coco rallado que era un taponcito en la parte de la vagina”*

Cortez (2016) identificó que la autoexploración es una práctica que conforma el cuidado personal en la población femenina de 45 a 60 años, sin embargo, no engloba los hábitos alimenticios ni estilos de vida, pero sí la salud ginecológica, la cual está relacionada con los cambios experimentados en esta etapa caracterizada por el inicio de la menopausia.

Además, le comentó a su hija, quien la alentó para acudir con la ginecóloga. Estando en la consulta, la ginecóloga le realizó otro papanicolaou y a la semana la contactó de nuevo para realizarle una biopsia, pues sus resultados fueron anormales.

*“Yo fui, te digo que la doctora me decía ‘pero si apenas te hice el papanicolaou’ y ya me lo hizo y ¿qué te gusta? A los 8 días me habló y yo fui y me dijo ‘vamos a hacerte la biopsia’.”*

Con base en lo citado previamente, Acosta y colaboradores (2009) afirmaron que a pesar de que el papanicolaou es la prueba más utilizada para identificar anomalías celulares, existe un margen de error de 30% a 60%, mismo que no es notificado a las pacientes que acuden a la consulta.

*“Cuando me habló ‘es que me urge hablar contigo’ y ya regresamos... Bueno, mi marido y yo regresamos y fue cuando me dijo ‘¿Sabes qué? Que es el virus del papiloma’. que esa enfermedad se trataba también de grados entonces, cuando yo empezaba era ya una ‘x’, cuando me hicieron el estudio...”*

Adriana mencionó que se sintió incómoda con la manera en que la doctora le notificó su diagnóstico y el cómo abordó el tema.

*“La forma en que me lo dijo a mí me hizo sentirme muy mal, en contra de mi esposo, me sentí muy mal como mujer, como esposa traicionada, todo eso, me impactó”*

Lo que experimentó Adriana es algo común entre las mujeres diagnosticadas con VPH. De acuerdo con Carreño y colaboradores (2011), las portadoras del VPH refieren haber presentado una serie de sentimientos y emociones al notificar el diagnóstico positivo al VPH, entre las que se destacan el enojo, la tristeza y vergüenza.

*“... tuve que haber tenido yo varias parejas para... Entonces ahí yo me quedo sorprendida porque nunca de los nunca he tenido otra relación más que con mi marido, entonces ahí es cuando me entró muchísimo coraje del porqué ¿por qué a mí? Si yo no me había portado mal (risas) entonces, yo le echaba pleito a él”*

En esta cita, Adriana identificó que lo que le hizo sentir incómoda fue que la intervención de la ginecóloga contenía ciertas conjeturas y estigmas al afirmar que las ETS son exclusivamente de quienes se relacionan sexualmente con varias personas, atribuyéndole a Adriana el adjetivo de promiscua o que sostiene relaciones extramaritales, lo que desde su perspectiva es algo rechazado y que no es congruente con su identidad, lo que la llevó a reconocer a su esposo como el culpable de su diagnóstico. Esto es algo que los profesionales de la salud deben evitar y contemplar, más en el caso de quienes ya tienen un seguimiento. Conocer a los pacientes para saber cómo notificar un diagnóstico, así como su consecuente explicación y de los tratamientos, a su vez, informarse sobre la naturaleza de las enfermedades para no contaminar sus argumentos con prejuicios propios o sociales que discriminan a cierto sector poblacional.

Por su parte, Arellano y Castro (2013) afirmaron que las mujeres portadoras de alguna ETS socialmente son discriminadas por la asociación entre la patología con conductas *indeseables*, mismas que podrían afectar a terceros, concepto que tiende a ser adoptado por quien es portador de una ETS.

*“Yo tenía mucha confianza con mi marido y nunca tuve relaciones con el condón o con nada de eso, porque yo confiaba en él”*

Al conocer su diagnóstico, sus emociones se dirigían hacia su marido, ya que no utilizaban métodos de barrera o protección durante sus relaciones sexuales, pues Adriana le tenía confianza (a su marido) y no consideraba que hubiera una razón válida para ello, además de que socialmente, un matrimonio tiene que cumplir su función reproductora e inculcadora de valores a nuevos

integrantes de la comunidad, como lo abordan Galicia, Quiroz, Vargas y Villarreal (2013) quienes identificaron que el uso del condón ha sido ignorado por el objetivo procreador que se le ha otorgado a la mujer, por lo que dentro de un matrimonio el uso de anticonceptivos y métodos de barrera queda descartado.

*“Mi experiencia fue volcar mi coraje contra mi marido, porque la doctora me decía que nada más esa enfermedad se transmitía a través de relaciones, entonces yo no tenía relaciones con otras personas y eso a mí me trastornó totalmente.”*

El impacto de ser portadora de una ETS y la intervención de la ginecóloga que atribuía dicha enfermedad a personas con varias parejas sexuales, generó en Adriana malestar en diversos aspectos, pues su esposo era la única persona con la que había intimado, a la que le había entregado totalmente su tiempo, cuerpo y vida en general, asumiendo las consecuencias de los actos de su pareja quien evidentemente no la respetó ni cuidó al traicionarla y no tener precauciones en el acto, lo que la devastó por completo.

*“Si hubiera tenido relaciones con otra persona ni te diría yo nada, tú eres el culpable. Ese día le dije que se fuera, que no lo quería ver y me dijo ‘No vamos a buscar culpables, vamos a buscar soluciones’ y yo ‘Ajá, porque no eres tú ¿qué tal si hubiera sido al revés? Ponte en mis zapatos’.”*

Al confrontar a su esposo con su diagnóstico, él propuso superar y afrontar la situación como pareja. Es evidente que el impacto fue desigual en ambos integrantes de la pareja, por su parte, Adriana tenía muchas emociones entre las que se destacaba el coraje e impotencia y su esposo se inclinaba hacia una postura en la que pelear y discutir no eran la solución, sino buscar el tratamiento a seguir. Esta actitud del esposo podría interpretarse como una respuesta evasiva a lo que él asume como culpabilidad, sin aceptar abiertamente su responsabilidad.

Posteriormente, cuando le realizaron una colposcopia para identificar lesiones en el cuello del cérvix se obtuvo una muestra que posteriormente fue analizada, la cual dio el diagnóstico de NIC II, mientras que el resultado del papanicolaou había dado NIC I y en esos casos, el tratamiento más conveniente era la conización.

*“Ya eran dos equis y dijo ‘No, es que está avanzando muy rápido, si tú...córtate ya’ entonces me dijo que era una operación ambulatoria.”*

De acuerdo con López y Lizano (2006), el tratamiento de VPH consiste en la aplicación tópica de ácidos y medicamento, así como cirugías de carácter ambulatorio, es decir, que se opta por la implementación de procedimientos menos invasivos, no obstante, por la relación que tiene el VPH con el Cáncer Cervicouterino, hay casos en los que el virus evoluciona y se realiza la histerectomía para evitar la progresión de carcinomas, como fue el caso de Adriana, quien se sometió a esta cirugía sin tener indicios de padecer cáncer cervicouterino. A pesar de que es el método más agresivo, éste le proporcionó la seguridad de haber erradicado el problema desde su origen.

*“No pensé que fuera a ser tan progresivo, mi cuello de mi matriz ya estaba carcomido (sic) se podría decir, entonces me dice la doctora ‘No hay de otra más que cortarte el cuello de la matriz’ (...) que ya cada mes hacerme el papanicolaou para ver cómo iba porque iba avanzando muy rápido”*

Entre las formas de afrontamiento, Carreño y colaboradores (2011) identificaron que documentarse al respecto y buscar continuamente información sobre su diagnóstico es una forma de estar más familiarizada con el procedimiento a realizar, pudiendo generar tranquilidad y una disminución de incertidumbre al momento de asistir a sus consultas médicas, debido a que adquieren una perspectiva más amplia sobre lo que están enfrentando y se preparan mentalmente. No obstante, Adriana consultó con su hermana Carmen, que es

ginecóloga, sus resultados y las opciones de tratamiento que le ofrecía su ginecóloga de cabecera.

*“Con todos los estudios que ya traía vi a Carmen y ya pues ya era ginecóloga y dijo que estaba bien, y yo le dije ‘oye, lo que sucede es que mi miedo es esto, al rato te van a decir ¿sabes qué? Tienes de nuevo el... Entonces mejor por qué no me quitas de una vez la ...(Matriz)’.”*

Para evitar estar sometiéndose a tratamientos médicos de manera regular, Adriana optó por realizarse la histerectomía. Para ello, recurrió a su hermana para facilitar el acceso al procedimiento.

*“Estaba mal mi cuello y fue cuando dijo que me lo cortaba y me iba a poner un embudo... Y dije ‘Ahorita me está diciendo esto, al rato me va a decir que ya tienes de nuevo activo y te voy a cortar más’ y no, mejor corto de tajo todo”*

Galicia, Quiroz, Vargas y Villareal (2013) afirmaron que las enfermedades de transmisión sexual tienen un impacto en la manera en la que la mujer es percibida por otros y por sí misma, debido a que tiene una estrecha relación con su útero, es decir a su capacidad de concebir, razón por la que muchas mujeres consideran u optan por no someterse a tratamientos de esta naturaleza por el temor a perder la característica que las hace mujeres. En el caso de Adriana, la necesidad maternal -culturalmente construida- está *cubierta* al ser madre y abuela en el momento en el que le diagnostican el VPH, por lo que no consideró necesario tener la matriz.

*“Ya tengo mis hijos ¿qué caso tiene tener la matriz? y opté por cortar de fondo, busqué quien me quitara la matriz, me la quitaron y ya empecé a hacer mi vida normal, por eso ya no sé más del papiloma (Risas).”*

Después de realizarse la histerectomía, Adriana no volvió a presentar lesiones y las que tenía en sus genitales fueron tratadas con tópicos y óvulos.

*“Me dio tratamiento en... ¿Pomada u óvulos? (para sí misma) creo fueron óvulos, pero sí, eso fue mientras...”*

Adriana ya no volvió a realizarse un Papanicolau después de la histerectomía, por sugerencia de sus doctores, ya que algunos afirmaron que el virus ataca sólo la matriz, por lo que ya no existe un peligro latente y otros le recomendaron que continuara con sus estudios anuales.

*“Uno me dice que me lo tengo que hacer porque lo tuve y otros me dicen que no, que no tiene caso porque ese virus ataca solamente a la matriz, por ello ya no me lo he hecho.”*

Después de realizarse la histerectomía, Adriana no volvió a tener lesiones relacionadas con VPH. No obstante, esta experiencia fue difícil para Adriana, quien considera que las circunstancias por las que pasaba en ese momento y su historia de vida fueron cruciales en el avance de la enfermedad. Retomando a Dreier (2008) los individuos crean reflexiones con base en sus experiencias e historias de vida, promoviendo una reestructuración sobre ellas, lo que a su vez se ve reflejado en su conducción de vida.

*“Siento que fue cuando me atacó ese virus, porque estaba yo emocionalmente mal, baja totalmente de mis defensas, de todo y él hacía y deshacía por el hecho de que mis hijos no se dieran cuenta, me callaba yo.”*

De igual manera requirió de apoyo psicológico para poder mejorar su calidad de vida después de haber sido portadora de VPH, así como para reforzar varios aspectos que no había tenido oportunidad de atender.

*“Era un coraje que tenía yo con mi marido entonces tuve que ir al psicólogo para poder restablecerme de esa situación.”*

Adriana comentó que tuvo un conflicto con su esposo, mismo que los llevó a separarse durante meses, ese tiempo fue gratificante para ella.

*“El hecho de estar sola conmigo misma... O sea, ya no soy la Adriana de hace años que no hacía nada si no estaba él o con él, ahora probé otra vida, el estar tranquila, el estar sola, no tengo nada que andar sufriendo.”*

Sin embargo, también reconoció las contribuciones positivas que su marido le brindó a su vida.

*“Ha tenido también sus buenos... Digo, la muestra está en que mis hijos ahí están, o sea con carrera, como sea, pero ahí están, tenemos nuestra casa, tuvimos un terreno, o sea, tiene cosas buenas y tuvo cosas malas y ahora, aunque se arrepienta pues, de hecho, ya no podemos echar marcha atrás.”*

Después de ese tiempo, Adriana regresó con su esposo, con la diferencia de que ahora los dos fueron a terapia para mejorar su convivencia matrimonial.

*“El año pasado estuvimos en terapia de parejas y eso nos abrió mucho los ojos, nos ha servido como no tienes idea, estuvimos tres meses en terapias así y ha cambiado mucho. Ya no soy la que se sobaja, sé que hay un modo de platicarlo, expresarle, porque hasta eso siempre me quedaba callada, es lo que siento también me afectó cuando el papiloma que todos mis problemas yo los tenía.”*

Entre las cosas que Adriana consideró para mejorar su vida y la de su familia, fue organizar un reencuentro entre sus hijos y los hijos que tuvo su esposo fuera del matrimonio, para crear un ambiente de reconciliación entre familias.

*“Se me ocurrió juntarlos, que tengan ellos la idea pues de que yo los quería unir porque el día de mañana que Luis ya esté muerto, van a decir que por usted señora, por su culpa no vimos a mi papá, entonces yo los quise reconciliar y nada más vino el mayor y el mayor trajo al otro, pero la muchacha ya no vino, porque la mamá no la dejó.”*

Entre las distintas opciones que consideraron para mejorar su calidad de vida a nivel personal y de pareja, fue que su esposo jurara que no volvería a agredir físicamente a Adriana.

*“Los golpes ya tienen muchísimo que él juró, dice Carlos (hijo) ‘no sé qué le hiciste a mi papá porque fue a jurar que jamás te volvería a tocar’.”*

Al momento de la entrevista, Adriana afirmó que la relación con su esposo ha mejorado considerablemente, debido a que lograron comunicarse y llegar a acuerdos a través de la negociación en la que ambos pudieran tener una convivencia amena. En el ámbito personal, Adriana refirió seguir trabajando en sí misma, identificó y actuó con base en sus necesidades, priorizando el tiempo destinado a la realización de actividades que le generan bienestar.

Desde su experiencia, Adriana manda un mensaje a las mujeres, aunado con sus motivos para participar en la investigación.

*“Me motivó el hecho de ser mujer y que ojalá que esto que a mí me pasó no les suceda a otras, que estén informadas, cosa que yo no tenía. Si uno puede poner un granito, muchas que vamos cerradas de ojos y yo venía así, ahora sí que bajada del cerro si quieres, me encuentro con esto y con respecto a la enfermedad que abran los ojos y se lo digo mucho a mi hija que no confíe tanto en ellos porque muchas veces son los más canijos y no se ponen protección ni nada con tanta enfermedad que hay.”*

## **7. Análisis de contenido**

El análisis de contenido es un método utilizado principalmente en investigaciones cualitativas para facilitar la interpretación de un texto, mediante la identificación de patrones en el discurso (Bardin, 2002).

A continuación, se expone el análisis de contenido que abarca aspectos identificados en la narrativa de las participantes, los cuales se agrupan en tópicos sin un orden secuencial como en el análisis anterior. Las categorías presentadas en este análisis contemplan: Información previa de ETS, métodos de barrera, edad en la que se conoce el diagnóstico, percepción de la enfermedad, relación paciente con personal hospitalario, tratamiento médico alternativo, redes de apoyo, culpabilidad y expectativas de vida en pareja.

### **7.1. Información previa de ETS**

En esta categoría se retoma la información con la que contaban las participantes antes de conocer su diagnóstico. Información proporcionada en los siguientes ámbitos: Escolar, familiar y otros (ajenos a los dos anteriores).

#### **7.1.1. Escolar**

La educación sexual implementada en las instituciones educativas está influenciada por la demanda de los padres hacia ésta, las expectativas hacia los maestros, el material destinado para la asignatura o taller y sobre todo la información que se va a proporcionar, lo que a su vez dependerá de la situación sociocultural del alumno, la visión y misión de la escuela, la zona en que se encuentra la institución, etc.

Gutiérrez y Saldaña (2017) mencionan que, en el año de 1974 en México, la educación sexual se implementó en los programas de educación básica. Este hecho creó indignación en los padres de familia, quienes llegaron a destruir materiales de texto destinados para esa materia y en algunos casos solicitando

estar presentes cuando se abordara la temática, lo que podría influir en cómo se desarrollan las sesiones tanto por parte de padres y maestros como en los alumnos que pudieran o no sentirse cómodos para preguntar o interactuar bajo esas condiciones.

La labor de los docentes podría complicarse al abordar estas temáticas, por lo que, la posibilidad de brindar información insuficiente, manifestar sus propios prejuicios y opiniones está latente o, por el contrario, neutralizar su participación haciendo que los alumnos investiguen por su cuenta y lo expongan en clase. Esto se identificó en el caso de Mena y Xiomara, quienes concuerdan en que la educación sexual en la escuela era deficiente.

Mena afirmó que la información con la que contaba antes de su diagnóstico era escasa y consideró que las pláticas de educación sexual que recibió no cumplieron su objetivo, además, mencionó que su primer acercamiento con la educación sexual fue en una clase donde el maestro les dejaba la tarea de investigar por cuenta propia y exponerlo a la clase, situación que no resolvía sus dudas, asimismo, Mena identificó en algunos profesores y profesionales de la salud ciertos prejuicios a la hora de impartir una clase o taller:

*Mena: “(...) también nos enseñó que las mujeres eran las que tenían que cuidarse, pero casualmente son menos los condones femeninos que hay, entonces es mucho perjuicio también cuando lo dan los maestros”*

De igual manera, Xiomara mencionó haber expuesto el tema de la sexualidad a petición de los maestros, quienes optaron por darles la labor de presentar el tema en clase, con información que pudieran recolectar, fuera verídica o no.

Independientemente de esa experiencia, no contaba con más información al respecto. En la experiencia de Xiomara se responsabiliza al alumnado de

buscar la información referente al tema de la salud sexual, por su parte los profesores no atendían la demanda de brindar orientación oportuna.

Se han realizado encuestas a la población adolescente en México, con la finalidad de identificar las necesidades y carencias de una adecuada educación sexual, lo que llevó a considerar impartir la Educación Sexual Integral, misma que ha arrojado resultados positivos a nivel internacional. La Educación Sexual Integral va dirigida a la concientización de la sexualidad, a tener mayor conocimiento y las herramientas necesarias para evitar conductas o prácticas de riesgo, abordando los ejes de: género, placer, diversidad y las relaciones, salud sexual y reproductiva, ciudadanía sexual y violencia. (Rojas, et. Al., 2016.).

En la actualidad, el hablar de educación sexual se limita a reproducción y ETS, sin abordar todo lo que la sexualidad comprende, es decir, los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, éticos y legales que participan en el ejercicio de una sexualidad integral. Es importante atender todas las vertientes y brindar apoyo y orientación. Según Gutiérrez y Saldaña (2017) los adolescentes de 15 a 19 años tienden a consultar sus dudas con profesores; seguidos de sus padres; por su cuenta; amigos y por último la comunidad eclesiástica. Lo anterior expone la responsabilidad que se le atribuye al profesorado, quien debe procurar que la información sea clara y precisa para evitar interpretaciones erróneas.

### **7.1.2. Familiar**

Como se mencionó en el rubro anterior, los padres de familia pueden interferir con su educación, por su postura de mantener el control sobre la información que los adolescentes reciben. De igual manera, los padres de familia consideran que los talleres y pláticas sobre educación sexual impartidos en las escuelas están encaminadas a incitar a la juventud a la promiscuidad, cuando en realidad la intención es que el adolescente se conozca a sí mismo, sus derechos y los riesgos e implicaciones que tiene no llevar una sexualidad responsable.

El aspecto moral tiene impacto en la educación en casa, esto es evidente en el caso de Mena y Adriana, quienes afirmaron que la educación sexual por parte de sus familias era nula por considerarlo un tema tabú. Por su parte, Gutiérrez y Saldaña (2017) afirmaron que los padres de familia no están satisfechos con la forma en la que se aborda la educación sexual en la escuela, pues no promueven la madurez y la abstinencia.

De igual manera, en el relato de Adriana se expone su nulo conocimiento del VPH. Al respecto, se puede identificar que en su familia no se abordaba el tema abiertamente, no obstante, es algo que ocurre en varias familias mexicanas, quienes atribuyen dicha responsabilidad y labor a las instituciones educativas, abriendo la interrogante: ¿Esto es producto de no saber abordar un tema censurado?, o ¿resulta la opción más cómoda en la que intervienen lo menos posible? ¿Por qué en los valores inculcados en el hogar se limitan a prohibir y a no concientizar las implicaciones y responsabilidades que se adquieren al vivir su sexualidad? Esto se evidencia en los testimonios de la mayoría de las participantes, quienes defienden los límites de su cuerpo, pero muchas veces no sabían el motivo, teniendo únicamente la idea de que era algo malo e irrespetuoso por parte del hombre que la cortejaba o intentara abusar de ella, valores que no son los mismos ni son impartidos para los hijos varones.

### **7.1.3. Otros**

Karla mencionó que antes de conocer su diagnóstico, no tenía suficiente información de varias ETS, entre ellas el VPH. Afirmó que sólo tenía presente la existencia de las ETS más mencionadas y temidas por la sociedad, pero que en términos generales hay mucha ignorancia sobre el tema.

*“(...) El VIH, porque es como lo que más te meten en la cabeza, que si tienes VIH puede desencadenar en SIDA y puedes morir, o la hepatitis, pero... En realidad, pasé por alto el VPH...”*

Adriana, afirmó que fue hasta después de su diagnóstico que su ginecóloga le explicó lo que era el VPH y cómo afecta a la mujer, lo cual, nos hace pensar que es hasta una avanzada edad en la que a ella se le informa sobre cuestiones relacionadas a la salud sexual, sin embargo, esto podría deberse a que no existían campañas de prevención y divulgación de la educación sexual durante su adolescencia y adultez temprana.

Actualmente, la OMS (2015) afirmó que la prevención primaria comienza con la aplicación de la vacuna en niñas de 9 a 14 años, que es la edad en la que se estima que no se ha iniciado su vida sexual, además de instruir en llevar a cabo una vida sexual responsable, conocer los riesgos, los métodos de prevención y pruebas de detección temprana.

En términos generales, Rejón (2019) menciona que, en México, la educación sexual es muy deficiente, hasta el momento no se le ha dado la importancia necesaria a todos los aspectos que rodean la sexualidad humana, que trae consigo una carga biológica, psicológica, social, cultural y emocional, puesto que se han enfocado en la salud reproductiva y la prevención de ETS y aun así la información que se maneja llega a ser menos que básica. Esto representa un área de oportunidad para México.

Con base en lo anterior, queda evidenciada la influencia que tiene el aspecto sociocultural, como se puede apreciar en el caso de Adriana, en el que, considerando el entorno y su historia de vida, el recibir información sobre las ETS y sus medidas preventivas, no formaban parte de sus preocupaciones e intereses, pues refirió no haber tenido la oportunidad de continuar con su educación y a una edad temprana contrajo nupcias con su actual esposo.

## 7.2. Métodos de barrera

En esta categoría se aborda la experiencia de las participantes con los métodos de barrera, así como las razones para utilizarlos o no en sus prácticas sexuales.

El uso de preservativos es lo que más se imparte en las pláticas y talleres de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, Rojas y colaboradores (2016) realizaron una investigación en donde se demostró que en los adolescentes de 15 a 18 años que recibieron información sobre métodos anticonceptivos, no todos recurrían a ellos en sus relaciones sexuales, además se identificó que había creencias erróneas sobre el uso del condón, lo que permite deducir que teniendo conocimiento sobre la existencia de los métodos de barrera, no se aborda el proceso de adquisición de los mismos ni cómo usarlos, siendo una herramienta lejos de su alcance por no saber dónde y cómo tener acceso a ellos.

Mena mencionó que con sus parejas solía usar preservativo. Sin embargo, con una de sus parejas no usó ningún método de barrera. Al respecto, consideró que pudo deberse a su dificultad para expresar cuando está en desacuerdo con algo.

*“(...) si lo analizamos ahorita en este punto de que muy pocas veces digo que no, no sé si haya influido realmente el que se haya dado así...”*

Karla afirmó que siempre utilizó preservativos en sus relaciones sexuales, razón por la que le sorprendió su diagnóstico.

Por su parte, Adriana nunca utilizó ningún método de barrera en sus relaciones sexuales, por la confianza que le tenía a su marido, quien ha sido su única pareja sexual.

En las participantes se ha identificado que existe una relación directa entre el uso de métodos anticonceptivos, afecto y grado de confianza, hecho que impacta en la manera en que se percibe a la pareja, llegando a experimentar malestar y enojo. Al respecto, valdría la pena cuestionarse si este acto de entrega y confianza es sustentado por la necesidad de satisfacer al otro y sostener la relación o si es algo que las hace sentir cómodas y plenas.

### **7.3. Edad en la que se conoce el diagnóstico**

En esta categoría se menciona la edad en la que las participantes conocen su diagnóstico.

De la fuente y Mira (2008) mencionan que la infección por VPH se muestra en la población que oscila entre los 18 a 65 años, aunque pueden presentarse casos que salgan de este rango, en el caso de las participantes, todas entraron en este rango.

Mena empezó a notar lesiones en diciembre de 2017, cuando tenía 20 años; Karla conoció su diagnóstico en septiembre de 2017 por un papanicolaou con resultado anormal que se realizó en junio del mismo año, cuando tenía 23 años; Xiomara mencionó que empezó a notar lesiones en el año 2018, cuando tenía 32 años y Adriana fue diagnosticada en el año 2000, cuando tenía 46 años.

Es importante mencionar las edades de las participantes, pues a pesar de tener un diagnóstico en común, las maneras de afrontamiento y el impacto físico y psicológico fueron diferentes de acuerdo con el momento de su vida en la que se encontraban. En este aspecto, se ha identificado que a todas las participantes se les impartió la creencia -entre ellos, los profesionales de la salud que las atendieron- de que las ETS son propias de personas con *dudosa* reputación (etiqueta social que se le asigna a la mujer que tiene o ha tenido más de una pareja sexual) lo que generó en ellas un conflicto interno, pues ninguna de ellas entra en dicha categoría, son mujeres que disfrutaban de su sexualidad y que le

atribuyen un carácter emocional a cada encuentro, por lo que su diagnóstico, representó una traición a la confianza que depositaron en alguien que querían o amaban.

Al respecto, se invita a la población femenina a que independientemente de la relación que tengan con su pareja sexo-afectiva, la autoexploración es fundamental para la preservación de la salud. Retomando el testimonio de las participantes, ellas manifestaron haber presentado lesiones que las condujeron a buscar atención oportuna, sin embargo, como se ha mencionado previamente, hay ETS que no tienen sintomatología inmediata, por lo que el hábito de realizarse estudios y exploraciones continuas podrían generar un cambio significativo en la progresión, abordaje y tratamiento de la enfermedad pudiéndola contrarrestar prontamente, como en el caso de Karla, quien no manifestó ningún síntoma, sino que fue a raíz de su papanicolaou que descubrió que algo no marchaba con normalidad.

#### **7.4. Ocupación y situación económica en el momento del diagnóstico**

En esta categoría se abordan las condiciones en las que se conoció el diagnóstico, ya que determinaron -ampliando o reduciendo- sus opciones de posibles soluciones a su diagnóstico.

Algunas participantes manifestaron haber acudido a su centro de salud por cuestiones económicas. Pastor, Pérez y Reyes (2015) mencionan que los costos de por lo menos tres pruebas, más una consulta médica para llegar a un diagnóstico certero en hombres se estima un aproximado de \$2,611.00 pesos mexicanos y en mujeres \$2,790.00. En el caso del tratamiento, se estima que los precios pueden considerarse en un rango que va desde \$2,270.00 hasta los \$27,760.00 pesos mexicanos en mujeres y en hombres de \$5,920.00 hasta \$27,760.00 pesos mexicanos.

Mena mencionó que cuando empezó a presentar lesiones, decidió no decirle a sus familiares y amigos, buscó soluciones por su cuenta, en ese

momento no trabajaba, siendo su único ingreso económico el que le proporcionaban sus padres para los gastos de la escuela, por lo que optó por dejar de comer para poder pagar sus estudios y llegó a faltar a clases para asistir a sus citas médicas.

Karla y Adriana comentaron que llevaron a cabo su tratamiento en el seguro. Por su parte, Xiomara buscó ayuda con sus compañeros de trabajo y fue su jefa la que le apoyó económicamente con un préstamo para realizarse sus estudios y tratamiento, el cual ascendió a \$9,000.00 pesos mexicanos.

Las participantes mencionaron de manera general que el tratamiento de las lesiones características del VPH, en la consulta privada tiene un costo que no es accesible para la mayoría, sin embargo, realizaron dicha inversión por la deficiencia en la calidad de la atención recibida por parte del servicio público de salud. Para ello, requirieron del apoyo de personas que les generaban confianza, a las que probablemente solicitar su ayuda en otro escenario hubiera sido más fácil, sin embargo, tras el diagnóstico, ellas estaban en una postura vulnerable, en la que llegaron a cuestionarse y juzgarse a sí mismas, lo que generó que se sintieran expuestas a la crítica y a ser rechazadas por su círculo más cercano, por lo que confiarles dicha información representó un desafío, al ser una situación específica que pone en tela de juicio la conducción de su sexualidad.

## **7.5. Percepción de la enfermedad**

En esta categoría se presentan las ideas y creencias que tienen las participantes sobre el VPH.

### **7.5.1. Detección**

En esta subcategoría se consideraron los pensamientos y emociones ante la sintomatología.

Aranda y colaboradores (2008) identificaron que para las mujeres el conocer su diagnóstico puede llegar a impactar emocionalmente, más que las manifestaciones del virus en el cuerpo.

Las participantes consideraban que las lesiones no eran normales. Sin embargo, inicialmente no lo asociaban con alguna enfermedad o algo que comprometiera su salud de alguna manera.

En el caso de Mena, la presencia de lesiones la hicieron sentir incómoda con su cuerpo, pues no le gustaba la apariencia de éstas, razón por la que decidió investigar y acudir a su centro de salud. Xiomara, también refirió haber notado lesiones, pero en su situación, ella mencionó haber tenido miedo.

Por su parte, Adriana realizaba periódicamente una exploración genital con ayuda de un espejo, además de su Papanicolau. Tenía pocos meses de haberse realizado este último, cuando en una de sus exploraciones se identificó una lesión que consideraba anormal, optando por comentarle a su hija, quien la alentó para ir con la ginecóloga.

Con lo que respecta a Karla, fue la única que no presentó sintomatología previa a su diagnóstico, sin embargo, cuando fue de su conocimiento, refirió haber sentido miedo y pensamientos relacionados con una muerte prematura.

Estas mujeres brindan un panorama sobre las diversas emociones que trae consigo una ETS, misma que afecta socialmente a los portadores por los prejuicios que existen alrededor de ellos y que automáticamente los cataloga como indeseables. No obstante, sus reacciones y preocupaciones son distintas, por las situaciones que transcurrían en su vida, su entorno, sus intereses, sus recursos económicos y psicológicos, etc.

### **7.5.2. Diagnóstico**

En esta subcategoría se abordan los pensamientos, ideas, temores (asociación de VPH=cáncer=muerte) y emociones al conocer su diagnóstico.

El conocer un diagnóstico puede generar varias emociones y pensamientos. Siendo algo personal, las manifestaciones no son las mismas entre personas. De acuerdo con Meza y colaboradores (2011) las emociones que más experimentan las mujeres diagnosticadas con VPH son: temor, ansiedad, depresión, enojo, culpa y aislamiento, por considerar al VPH un factor que compromete la salud del portador.

De igual manera, Vargas y colaboradores (2014) identificaron pensamientos catastróficos en los cuales se apreciaba a la enfermedad como una sentencia de muerte en mujeres portadoras del VPH. Esto concuerda con el testimonio de Karla y Mena.

Con base en lo anterior, Mena afirmó que después de haberse realizado un papanicolaou y conocer su diagnóstico, quedó paralizada por no saber exactamente lo que tenía, sólo sabía que se trataba de una ETS, más no el impacto de ésta.

En el caso de Karla, ella no presentó sintomatología antes de su diagnóstico. Supo que era portadora del VPH por un papanicolaou con resultados anormales. Karla mencionó que cuando se enteró, pensaba que iba a morir.

*“Fue una ola de emociones, yo me solté a llorar cañón, me puse súper mal, súper loca (...) La leí una y otra vez y empecé a gritar ‘¡Me voy a morir!’.”*

En el caso de Adriana, ella dijo que después de haber recibido su diagnóstico, información del VPH y el tratamiento a seguir, experimentó frustración y coraje hacia su marido, por no haber cuidado de ella.

Xiomara por su parte, se realizó un papanicolaou que arrojó resultados anormales y se sometió a más estudios que confirmaron su diagnóstico. Xiomara

culpaba al papá de su hija, con quien mantuvo una relación de 10 años y para el momento del diagnóstico llevaba 3 años de divorciada, sin embargo, sintió cierto alivio por haber estado solamente con su ex pareja, lo que nos permite identificar una preocupación de carácter social ¿Acaso el no relacionarse con más de una persona es relevante en términos estrictamente médicos? Si bien, emocionalmente a Xiomara le generó bienestar personal sentirse como alguien *sin culpa*, no desaparecía su diagnóstico. El hecho de que Xiomara hubiera estado con una persona o con 10, no generaba ningún cambio, no contrarrestaba el hecho de ser portadora, que como se ha mencionado, el VPH afecta a hombres y mujeres independientemente del número de parejas. No obstante, la manera de contagio es una preocupación para ella, siendo menos aversivo considerarse una víctima y no alguien que *se buscara una enfermedad*.

*“Me sentí tranquila, porque duré con el papá de mi hija 10 años y después, esos cuatro años yo no tuve una pareja, así, me dediqué al trabajo, trabajo, entonces como que... ¡Ah! y... e incluso le dije a mi familia, porque ellos también pensaron que por andar de... ajá...”*

Además, mencionó que tuvo cierta preocupación por el futuro de su hija en caso de que la enfermedad evolucionara, lo que la motivó a seguir adelante con sus tratamientos. Vargas y colaboradores (2014) señalaron que, en el caso de las mujeres con hijos, se presentaba temor por el futuro de su familia, de igual manera sucede cuando las mujeres han tenido más de una pareja, pues en caso de tener una relación en la actualidad, prefieren no compartir su diagnóstico para evitar ser abandonadas y juzgadas.

### **7.5.3. Resignificación**

En esta subcategoría se aborda el significado actual del VPH, posterior al tratamiento.

Meza y colaboradores (2011) mencionaron que hay varias formas de afrontamiento a situaciones críticas o estresantes, éstas son: confrontación y

planificación, que se enfocan en la búsqueda de solución al problema; el distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape- evitación y reevaluación positiva, éstas se centran en las emociones y, por último, se encuentra la búsqueda de apoyo social. De igual manera, afirmaron que las maneras de afrontamiento van a depender del malestar psicológico, entre mayor sea el malestar psicológico, se recurrirá a más de una forma de afrontamiento. Las participantes recibieron apoyo por parte de sus familiares y psicólogos quienes las acompañaron en este proceso.

Tras haberse sometido a tratamiento y recibir apoyo familiar y psicológico, Mena se siente más tranquila y trabaja en asimilar la experiencia que vivió, así como el impacto que tuvo en su persona.

*“Pues ya me siento más tranquila, me ha costado trabajo como asimilarlo, tal vez llevo mucho tiempo en... Llevé mucho tiempo en la negación”*

Karla refirió que tras haberse sometido a tratamiento y con apoyo de su familia y pareja, se sintió más tranquila al respecto y que esta experiencia le hizo valorar su vida y salud.

*“Sentí que era como una llamada de atención, nunca lo sentí como una maldición o algo que merecía por ser mala persona, pero después lo asimilas o piensas que... Igual y más adelante hubiera adquirido algo peor o me hubiera puesto más en riesgo o yo qué sé... Pero definitivamente valoré mi vida y mi salud.”*

Por su parte, Adriana optó por someterse a la histerectomía, para no tener que recibir tratamiento de manera constante para combatir las lesiones que genera el VPH, por lo que ella dio fin a su experiencia.

*“pues de una vez y sí me la quite y por eso ya no sé más del papiloma (Risas) y hasta ahí corté de tajo”*

En el caso de Xiomara, ella sigue en tratamiento, comenta que se siente cómoda con su ginecólogo actual, mismo que le genera seguridad y le garantiza un tratamiento efectivo.

*“Incluso me dijo ‘Si tú reincides en un año o así en meses, ya no te cobro tratamiento’ Como quien dice, ya corre ya por su cuenta.”*

Las participantes han experimentado diferentes emociones durante el proceso de recuperación, sin embargo, a pesar de que las lesiones hayan sido erradicadas y se observe una mejoría en su salud, la percepción que ellas tienen respecto a las prácticas sexuales y las relaciones de pareja sufrieron cambios que eventualmente se evidenciaron en su manera de interactuar sexo-afectivamente.

## **7.6. Relación paciente-personal hospitalario**

En esta categoría se abordó la experiencia que tuvieron las participantes al solicitar atención médica ginecológica.

### **7.6.1. Mal diagnóstico**

En esta categoría se mencionan los errores en el diagnóstico a causa de la negligencia médica.

Acosta y colaboradores (2009) identificaron que las mujeres al someterse a los estudios ginecológicos como el papanicolaou, pueden llegar a experimentar vergüenza, ansiedad, culpa, rabia, temor a las relaciones sexuales y miedo latente a la posibilidad de ser diagnosticadas con cáncer. La complejidad de la sexualidad femenina y cómo ésta es percibida y abordada culturalmente, crean incertidumbre cuando de prevención y salud sexual se trate. El asistir con un ginecólogo puede ser una experiencia abrumadora para algunas mujeres por sentirse expuestas o incómodas al tratar temas que socialmente se consideran íntimos con alguien que

no conocen. Las experiencias con las participantes no fueron satisfactorias en su totalidad, debido a que no obtuvieron un diagnóstico certero.

En el caso de Mena, narró que acudió a la institución de salud, en donde a pesar de las características de las lesiones, la refirieron a dermatología, ahí trataron las lesiones y le señalaron que no habría implicaciones mayores.

*“(...) incluso aquí lo firma la doctora que no tengo lesiones a ningún otro nivel.”*

Por su parte, Karla mencionó que uno de los pasantes le dijo que su cuello uterino no tenía ninguna anormalidad, lo cual la incomodó, pues consideró que era evidente que algo pasaba con su salud y que esas lesiones no eran normales.

#### **7.6.2. Meta-mensaje y violencia en la comunicación**

Esta categoría hace referencia a lo que Tannen (1991) refiere como meta-mensaje, que son las actitudes, voz, gestos, entre otras conductas no verbales, que desafortunadamente, en algún momento las participantes identificaron como malos tratos y agresiones al solicitar atención médica en un centro de salud o clínica.

Aunado a lo previamente mencionado, Castellanos, González, Ramos y Terán (2013) investigaron la violencia que sufren algunas mujeres en sus citas de gineco-obstetricia e identificaron trato deshumanizante, el cual se presenta por medio de: comentarios irónicos, sobrenombres o apodos, órdenes o críticas de no llorar o manifestar sus emociones, etc. Esto puede llegar a ser normalizado por las pacientes sin experiencia previa, ya sea por temor o por la misma inexperiencia. Ejemplo de ello es el caso de Mena, quien nunca había asistido a una cita ginecológica.

Mena comentó que en la institución de salud recibió miradas no gratas por parte del personal hospitalario cuando fue a solicitar preservativos femeninos y que tiempo después acudió con una ETS

*“¿Aquí dan condones femeninos?’ ‘¡NO!’ (...) pero también me ven feo cuando vengo con una enfermedad, o sea ¿Cuándo me van a ver bonito?”*

Además, la atención e información proporcionada por el personal hospitalario, tuvo un efecto negativo en Mena, provocándole temor al tratamiento y a sus repercusiones.

*“Pintaban el escenario más trágico’ (...) ‘pues es que puede ser que tengas cáncer”*

En el caso de Karla, cuando iba a someterse a tratamiento, tenía que dar su consentimiento para realizar el procedimiento quirúrgico, sin embargo, sentía la necesidad de contar con la presencia de su madre, ante esta petición, el personal hospitalario la hizo sentir presionada e incómoda.

*“Le dije que prefería hablarle a mi madre, a lo que me dijeron que no era necesario, yo era mayor de edad y que tenía que decidir ya.”*

Acosta y colaboradores (2009) afirman que lo ideal sería proveer la información que la paciente necesita, abordarlo desde un enfoque realista más no pesimista y de manera gradual, con la finalidad de no abrumar a la paciente. Adriana mencionó haberse sentido incómoda cuando la ginecóloga le explicó las implicaciones del VPH y el tratamiento a seguir, sin embargo, Adriana identificó que durante su intervención hubo ciertos prejuicios sobre la enfermedad.

*“Me dijo ‘mira, tienes el papiloma humano, es una enfermedad que se transmite nada más a través de la relación sexual’ y pues sí, que tuve que haber tenido yo varias parejas para...”*

Lo mismo ocurrió en el caso de Xiomara, quien consideró no haber recibido un trato grato. Xiomara se realizó varias pruebas para confirmar su diagnóstico, en todas ellas obtenía el mismo resultado y cuando solicitó atención médica con su ginecóloga tratante, ésta le cuestionó de manera poco sutil sobre sus prácticas sexuales.

*“Y todavía me dijo la doctora ‘¿cuántas parejas has tenido?’ Y yo, así como de (cara de sorpresa) ‘¿Has practicado sexo oral, sexo anal ...?’ Pues sí, ¿no? La verdad es que sí. ‘Ok, pues no debes tener relaciones y si las tienes usa condón porque tienes virus de... pues bastante contagioso’.”*

Por motivos económicos, Xiomara optó por acudir a su centro de salud en donde la atención no fue inmediata y le reprogramaban las citas por cuestiones ajenas a ella, además de haberle realizado procedimientos sin estudiar su caso previamente, concluyendo que su experiencia en la institución de salud fue insatisfactoria.

*“(...) ni me revisaron para ver si tenía lesiones o no me la hicieron, la crioterapia me la hicieron sin haberme revisado ni nada.”*

Esta categoría tuvo como finalidad destacar la importancia de la empatía por parte del personal hospitalario hacia los pacientes, ya que hace una diferencia abismal en su proceso de recuperación.

### **7.6.3. Atención despersonalizada**

En esta categoría, se aborda el manejo de la información de la paciente y la manera de llevar el caso por parte del médico tratante.

En un estudio realizado por Castellanos, González, Ramos y Terán (2013) se identificó que en la atención de gineco-obstetricia existe una diferencia significativa entre mujeres con mayor y menor escolaridad, sugiriendo que las mujeres con una formación profesional o académica tienen conocimiento de sus

derechos, lo que transmite empoderamiento frente al personal hospitalario. Por otra parte, también se han presentado ocasiones en las que la información proporcionada sobre su diagnóstico o el tratamiento a las que serán sometidas no está adaptada ni contextualizada para que ésta sea comprendida por ellas, destacando que el ginecólogo debe atender las necesidades e inquietudes de cada paciente y conducir la consulta de manera en que se sienta cómoda y no tenga incertidumbre por sus citas posteriores.

Respecto a lo anterior, Karla mencionó haber asistido a la institución de salud, en donde se le empezaron a realizar distintas pruebas para confirmar su diagnóstico y afirmó no haberse sentido cómoda con la situación por la presencia de pasantes de medicina que usaban términos desconocidos para ella.

*“El doctor les decía cosas que yo ni entendía y una babosa dijo ‘Esto es cáncer ¿no?’.”*

Ya se ha ahondado en lo que significa asistir a una consulta ginecológica para las mujeres, pero ¿Qué implicará ser ginecólogo? ¿Cuál es el límite para el trato con las mujeres? La paciente se encuentra en una postura vulnerable, que, aunado a un diagnóstico anormal, la hace más propensa a manifestar temores y expectativas respecto al futuro.

Por su parte, Adriana se sometió a dos papanicolaous en un periodo menor a 6 meses, el segundo estudio arrojó resultados anormales. La ginecóloga le llamó por teléfono para darle la noticia en su consultorio. Adriana mencionó haberse sentido mal con la forma en que la ginecóloga le notificó su situación, quien aparentemente no disimuló en absoluto sus prejuicios sobre quienes presentan este diagnóstico.

*“La forma en que me lo dijo a mí me hizo sentirme muy mal, muy mal, en contra de mi esposo.”*

En el caso de Xiomara al no tener una experiencia satisfactoria en su centro de salud y con su ginecóloga de cabecera, buscó otras opciones y obtuvo el contacto de un doctor especialista en VPH con quien ella refirió sentirse cómoda y segura.

*“El doctor me dijo (...) necesito platicar contigo para ver qué está pasando, cómo estás física y emocionalmente, para ver qué es lo que está pasando, por lo mientras no te preocupes, ya veremos y que salga lo que tenga que salir y tú tranquila’.”*

Otro aspecto por resaltar es el papel del ginecólogo masculino, lo que Mena identificó como el factor que impide que haya una atención amena y empática.

*“me costaba trabajo que un doctor me revisara y no tanto como por el pudor ni nada, sino como que no sé, no tienen tacto.”*

Lo anterior está fundamentado por el hecho de que conocer el cuerpo de la mujer no significa entender o comprender lo que implica serlo, careciendo de empatía en algunos casos, como lo menciona Mena.

En la narrativa de Karla, se evidencia lo que Mena menciona, en ocasiones el ginecólogo en el ejercicio de su práctica se ve obligado a mantener distancia con las pacientes, pero ¿Esta distancia es sinónimo de despersonalizar? En la siguiente cita, Karla manifestó haberse sentido incómoda por la atribución que el médico tuvo al ingresar alumnado o recién egresados a presenciar un procedimiento sin el consentimiento de la paciente.

*“En total como 6 personas viéndome la vagina... (risas) ¿Sabes lo incómodo que fue para mí? En ese momento no podía ni reaccionar, me sentía como fenómeno de laboratorio (risas) todos viéndome, usando términos médicos, ejemplificando lo que se ve en la literatura...”*

Para el lector, puede que estas vivencias no tengan escenas de violencia explícita, sin embargo, violencia no es sinónimo de ataque físico, por lo que se invita a dejar de normalizar la violencia simbólica (Bourdieu, 2004). Esta categoría pretende sensibilizar al personal hospitalario y que lo consideren como aspecto importante en su formación y atención con quienes ya se sienten vulnerables. De igual manera a quienes se hayan sentido identificadas con estos testimonios, pues, aunque la población contemplada en este trabajo es reducida, lamentablemente todas refirieron sentirse agredidas e incómodas al solicitar y recibir atención médica ginecológica, lo que permite deducir que es un problema más común de lo que se creía.

### **7.7. Tratamiento médico alternativo**

En esta categoría se abordan los tratamientos alternativos para el tratamiento del VPH, pueden ser métodos que no son utilizados específicamente para el VPH o recomendaciones de otro tipo, así como la asistencia a otros profesionistas de la salud o personal con conocimiento del tema. En cuanto a las participantes, refirieron haber consultado su diagnóstico con otros profesionistas de la salud y se sometieron a tratamientos alternativos.

En términos médicos y enfatizando en el tratamiento del VPH, Benítez y colaboradores (2010) señalaron que siendo las verrugas unas de las lesiones más comunes en la infección por VPH, consideraron necesario llevar a cabo un procedimiento dermatológico para tratar las lesiones externas, el cual consiste en la aplicación de tópicos y ácido acético; y ginecológico -o urológico en el caso de

los hombres- para tratar el VPH y mantenerlo en vigilancia para evitar la evolución de éste.

Con base en lo anterior, Mena estuvo tratando sus lesiones con Metronidazol y otros medicamentos proporcionados por el dermatólogo de la institución de salud.

Karla optó por buscar una segunda opinión y fue con una ginecóloga particular, sin embargo, su tratamiento lo concluyó en la institución pública de salud.

Adriana consultó con su hermana, quien es ginecóloga, la posibilidad de apoyarla para realizarse la histerectomía para no tener que someterse periódicamente a tratamientos de VPH.

Xiomara mencionó conocer a una médica veterinaria desde que ella era infante, por lo que tuvo confianza de contarle su situación y ésta le suministró 5 ampollitas de ácido ascórbico. Actualmente, su médico tratante le inyecta factor de transferencia.

Todas las participantes, recurrieron a más de un profesional de la salud y en el caso de Xiomara la asistencia con la veterinaria fue principalmente por la confianza que tenía, siendo alguien a quien llevaba tiempo conociendo.

De igual manera, el cambio de instituciones fue común en las participantes, quienes inicialmente acudieron por la accesibilidad económica, la cual es sustituida por la búsqueda de una pronta atención y recuperación, como también el compromiso por parte del médico tratante. Cualquiera que sea la razón por la que se busca una segunda opinión, todas actúan con base en lo que les transmite quien las está atendiendo, aspecto que se debe considerar en la capacitación o en la formación de quienes están al cuidado de la salud.

## **7.8. Redes de apoyo**

En esta categoría se abordan los momentos en los que las participantes solicitaron o recibieron apoyo por parte de: familiares y externos (ajenos a la familia).

Arellano y Castro (2014) identificaron dos tipos de redes de apoyo: Formales, que son aquellas llevadas en instituciones u organizaciones; e informales, en donde se contempla la familia, pareja y amigos, siendo esta última la que provee de apoyo emocional, afecto y comprensión principalmente.

### **7.8.1. Familiares**

Arellano y Castro (2014) mencionan que el tipo de apoyo que buscan o esperan recibir dependerá de las experiencias previas que tengan, algunas mujeres afirman no tener la suficiente confianza con sus familias por los prejuicios que rodean a las ETS, por otro lado, también están las mujeres que reciben apoyo en todo su proceso de recuperación.

A continuación, se presenta el momento en que las participantes tuvieron que confrontar a su familia.

Al enterarse de su diagnóstico, Mena no compartió la información con su familia por los comentarios y posibles repercusiones que tendría. Cuando se percató de que desde su postura y recursos como estudiante no le permitían seguir un tratamiento, decidió hablar con ellos para recibir su apoyo económico y emocional, pues refiere haberse sentido sola en dicha situación y sabía que, a pesar del regaño por parte de ellos, la apoyarían y acompañarían en su proceso de recuperación.

En el caso de Karla, no hubo una confrontación familiar, pues su madre supo antes que ella su diagnóstico y hasta la fecha sólo su pareja y su madre conocen su experiencia y la apoyaron en su proceso de recuperación.

Por su parte, Adriana contó con el apoyo de su hija y su hermana, quien le brindó asesoría médica y cuya intervención permitió que pudiera realizarse la histerectomía.

En lo que respecta a Xiomara, el apoyo de su familia no fue el esperado. Refirió haber contado con la presencia de su madre y hermana en el momento de realizarse sus estudios. Sin embargo, durante el proceso se sintió juzgada por parte de otros miembros de su familia, lo que pudiera explicar su búsqueda exhaustiva por información que avalara que su enfermedad no tiene un origen sexual.

*“para mi familia la culpable soy yo porque yo me lo busqué, ese fue un comentario de mi tía cuando le platicué”*

El ámbito familiar representa un apoyo incondicional y único, por lo menos en la cultura mexicana. En lo que respecta a las participantes, se evidencia que, aunque se trata de personas de confianza, la posibilidad de ser rechazadas por sus seres amados genera miedo en ellas, lo que las conduce a crear un plan de acción para abordar una situación que podría -desde su perspectiva- alterar la relación y convivencia.

#### **7.8.2. Redes de apoyo ajenas al entorno familiar**

En esta subcategoría, se menciona la ayuda recibida fuera del entorno familiar. Al respecto, Arellano y Castro (2014) afirman que el apoyo que se busca en las redes de apoyo formales, es decir a las relaciones laborales o institucionales, va dirigido hacia la necesidad de cubrir aspectos económicos, sociales o en favores que les permitan no afectar su situación laboral (cubrir guardias, facilitar permisos, etc.).

En el caso de Xiomara es evidente el apoyo que solicitó y recibió por parte de su entorno laboral, contó con la ayuda de sus compañeros de trabajo, quienes la escuchaban y le manifestaban actitudes de comprensión y empatía.

*“me dijo ‘Si tú necesitas dinero yo lo junto, le digo a los muchachos y te lo damos’.”*

Inclusive contó con el apoyo financiero de su jefa inmediata, quien le facilitó un préstamo por \$9,000.00 pesos mexicanos.

*“El tratamiento me costó \$9,000.00 (...) De todo y esos \$9,000 me los prestó mi jefa.”*

Además, Xiomara refirió que también solicitó apoyo psicológico, porque empezó a tener alteraciones del sueño.

*“me dijo que tenía una depresión leve y me dio unas pastillas, me recetó unas pastillas para dormir que no me las compré porque sí causan como adicción y me dijo ‘te las voy a dar para que puedas dormir’.”*

Al igual que Xiomara, Adriana y Mena requirieron de apoyo psicológico para canalizar las emociones que interferían en su cotidianidad.

*Adriana “...era un coraje que tenía yo con mi marido, entonces tuve que ir al psicólogo para poder restablecerme de esa situación.”*

*Mena “...Yo ya no controlaba mis emociones, o sea era muy explosiva, pero era por lo mismo de todo lo que estaba pasando (...) de la mano del psicólogo y una parte creo es la fuerza que yo he tenido, es importante, sino tuviera la fuerza para seguir, para seguir adelante.”*

Además, Adriana consideró que sintió un gran apoyo y ayuda durante su asistencia en el grupo Al-Anon, según Arellano y Castro (2014) éste entra en las redes de apoyo formales, por ser institucional, las redes de apoyo toman un papel muy importante porque son éstas las que les brindan una mayor seguridad y hacen que el proceso sea más ameno, además de que evitan que se presente un deterioro físico y emocional a causa de la enfermedad.

Por su parte, Mena no tenía la confianza necesaria para hablar con su familia y amigos sobre su diagnóstico, así que recurrió a una amiga de su hermana, que estaba estudiando enfermería y que también tenía VPH.

*“(…) también me incliné a ella porque era enfermera, entonces pues era como...pero creo que la veía más en el sentido médico que en el sentido de un apoyo para mí.”*

Al igual que en la búsqueda de una segunda opinión médica, el impacto de saberse portadoras y tener conocimiento sobre los procedimientos a seguir, genera angustia y necesidad de contar con el mayor apoyo posible, razón por la que salen de su círculo cercano para fortalecerse emocionalmente con alguien ajeno que les oriente y brinde una aportación sin ser ésta influenciada por el cariño o afecto. Además, un apoyo extra resulta beneficioso en cualquier escenario.

## **7.9. Culpabilidad**

En esta categoría se retoman los momentos en los que las participantes culpan a sus parejas o a sí mismas por la situación que tuvieron que enfrentar al ser diagnosticadas con VPH.

Aldas, Celis & Toro (2010) mencionaron que las mujeres diagnosticadas con VPH pueden presentar cambios en la forma en que ejercen su sexualidad, llegando a sentir rechazo o culpa hacia su pareja o al sexo en general. En el caso

de las participantes, se pudo apreciar que llegaron a sentirse culpables por encontrarse en esa situación.

Mena manifestó haber tenido sentimientos de culpa hacia su persona, por no haberse protegido.

*“no puedo culpar a la otra persona, o sea también era mi responsabilidad ‘obligarlo’ o simplemente el cuidarme por mí.”*

Por su parte, Karla mencionó que sus sentimientos de culpa se deben a la responsabilidad que siente hacia su pareja actual. Además de experimentar disgusto hacia las personas con las que se había involucrado en el pasado.

*“Entonces, me sentí culpable por esta persona (pareja actual) y empecé a sentirme molesta con los que había estado, más con uno en particular.”*

De igual manera, Adriana experimentó emociones adversas hacia su marido por no haber cuidado de su salud, situación que le afectó directamente a ella.

*“mi experiencia fue volcar mi coraje contra mi marido.”*

Xiomara refiere que en un principio le atribuía la responsabilidad a su exmarido, sin embargo, mencionó que su ginecólogo le afirmó que por las características de las lesiones éstas no habían sido por contacto sexual.

*“Y yo le echaba la culpa al papá de mi hija. (...)ya cuando me dijo el doctor que no había sido por eso, dije ‘¡Uy! ya le eché la culpa y no fue él’.”*

Las participantes se caracterizan por la preocupación que sienten hacia el otro. En el caso de Mena, las mujeres en general y las futuras parejas de quien ella consideró que pudo haberla contagiado; Karla por su actual pareja quien la

apoyó y acompañó en todo momento y Xiomara por el futuro de su hija si algo llegara a pasarle. Estas preocupaciones las llevan a buscar el origen o causa de su enfermedad, lo que podría interpretarse como una forma de prevenir a los demás y a su vez disminuir la sensación de culpabilidad que las atormentaba.

La realidad va más allá de lo que se puede apreciar y de lo que las participantes pudieron compartir en sus testimonios por cuestiones de tiempo o análisis de su propio discurso. Sin embargo, el factor social es y seguirá siendo la clave para abordar este tipo de temáticas. Evidentemente no es lo mismo el cómo es percibida una persona con diabetes a una con una ETS, lo mismo ocurre con el género, no es lo mismo un hombre con ETS a una mujer con el mismo padecimiento, de igual manera con la orientación sexual, no es lo mismo una mujer lesbiana con ETS a una heterosexual en la misma situación, con respecto a este último ejemplo, es importante destacar que estamos inmersos en una sociedad heteropatriarcal que castiga a la mujer libre, a la mujer que alza la voz, a aquella que se atreve a explorar su sexualidad, de igual manera con quien se considera abiertamente homosexual.

#### **7.10. Expectativas de la vida en pareja**

En esta categoría se abordan las expectativas en el plano afectivo de pareja, así como las conceptualizaciones de ésta. A su vez, se retoma la información con la que contaban las participantes sobre el impacto del VPH en los hombres.

Al respecto, Reartes (2007) afirma que el sector salud no le brinda la misma importancia y atención a la población masculina con VPH, porque las afectaciones no son tan evidentes como en las mujeres, a quienes impacta con mayor intensidad. Esto se evidencia en el grado de desinformación que se tiene sobre cómo se manifiesta el VPH en hombres, además, de la incomodidad de consultar a un urólogo y las razones para solicitar la atención, pues en la mayoría de los casos asisten a petición de sus parejas. Siendo el VPH asintomático, muchos

desconocen si son portadores, y que, al no ser información difundida por quienes imparten pláticas o talleres de salud sexual, como lo comentaron todas las participantes, existe el riesgo latente de que los hombres y sus parejas contraigan VPH.

Debido a la poca o nula información que tenía sobre el impacto del VPH en hombres, Mena consideró necesario informarle a la persona con la que se había involucrado sexualmente que había sido diagnosticada con VPH, con la finalidad de prevenir la evolución de la enfermedad y la propagación de ésta. Para ello tuvo que recurrir al internet para conocer más del tema.

*“le dije ‘pues sí, pero también ahí en el link dice que, en la página, que a los hombres son los que menos lesiones tienen y son los que más lo contagian y no se les ve ninguna lesión’.”*

Por otra parte, una pareja que se sabe portadora del VPH puede experimentar miedos, incertidumbres e incluso desconfianza en el otro. Al respecto, Arellano y Castro (2014) afirman que el apoyo recibido por parte de las parejas se manifiesta estando presente en sus citas ginecológicas o urológicas, tener contempladas las fechas de éstas, así como externar su opinión sobre la importancia que tiene la adherencia al tratamiento y el verificar que éste se lleve a cabo.

Con base en lo anterior, Karla, consideró conveniente que su pareja se hiciera estudios para que los dos se sometieran a tratamiento en caso de ser necesario.

*“Se hizo una penescopía y ahí le detectaron dos pequeñas verrugas y se las retiraron con... Con un tipo laser o algo así.”*

Al igual que Mena, Adriana tampoco recibió información por parte de algún profesional. Sin embargo, consideró que los problemas de salud de su esposo están relacionados al VPH.

*“Pero, yo creo que sí afecta a los hombres también porque ve ahorita él se afectó de la próstata, ahorita ya se la quitaron a él, entonces yo creo que sí...”*

A excepción de Adriana, todas las demás participantes no tenían una pareja estable en el momento del diagnóstico, al respecto, Meza y colaboradores (2011) identificaron que existe un temor latente en las mujeres diagnosticadas con VPH de ser infectadas nuevamente, lo que implicaría volver a someterse a un tratamiento traumático, generando mayor cuidado y desconfianza para relacionarse con los otros. Esto se confirma con el cambio de expectativas en las relaciones sexo-afectivas.

En el caso de Mena, sus expectativas de pareja cambiaron con el paso del tiempo y aunado al acompañamiento psicológico que estaba llevando, logró reconocer lo que espera de una relación.

*“(...) Ya quiero estabilidad emocional o bueno no, porque la estabilidad emocional está en mí, pero en situación de pareja (...) Como en la forma más “romántica” de decirlo, estabilidad emocional, estabilidad sexual, estabilidad en muchos sentidos.”*

Para Adriana, su prioridad es tener tranquilidad y estabilidad en su matrimonio.

*“Mi marido ya está en una etapa que... ahora sí que ya entramos a la recta final. Entonces como yo le dije muchas veces ‘el mucho o poco tiempo que nos falte vamos a vivir en paz’.”*

En el caso de Karla, mencionó no querer involucrarse en una relación formal a fin de priorizar su bienestar, lo cual expuso en esta cita, en la que evidencia lo que ella considera que implica un compromiso, creencias basadas en

su experiencia o la imagen social que se tiene de las relaciones afectivas en general.

*“Sinceramente no quiero tener pareja, estoy bien así sin darle explicaciones a nadie y sin preocupaciones de ningún tipo... en ese sentido, claro está”*

Con lo que respecta a Xiomara, afirmó seguir teniendo sentimientos por su ex esposo, lo que limita su interacción con otras personas, pues se anticipa al fracaso, debido a que de alguna manera tiene la esperanza de retomar un matrimonio que socialmente se caracteriza por idealizaciones e ilusiones como lo es el *hasta que la muerte nos separe*, además de que al ser su relación más estable, misma que duró 10 años, automáticamente se convierte en un referente para futuras relaciones, generando en ella un desinterés por involucrarse con alguien más.

*“O sea, no, no encuentro aquello que tenía con él, o sea no, ni conexión ni nada de eso y sí me he tratado con varios y no, o sea, prefiero yo mandarlos... pelearme con ellos y que no me hablen a pues sí a tener una esperanza, tal vez una esperanza falsa, porque no...”*

Estos testimonios revelan los acuerdos y negociaciones que las mujeres hacen con sus parejas, no sin antes reflexionar sobre ello y considerar las implicaciones que podrían tener en sus relaciones afectivas. Más allá del aspecto sexual -que forma parte de una relación de pareja-, es el significado que conlleva esta entrega, el compartir su cuerpo e intimidad con una persona, lo que pudiera representar una limitante al momento de establecer vínculos con alguien. Cuando se es pareja de alguien con alguna ETS la relación sufre modificaciones, que no necesariamente se traducen en rechazo o en paranoia, más bien representan formas de cuidado personal y del otro.

## Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue analizar las vivencias de mujeres diagnosticadas con VPH, a través de escuchar a quienes no tienen la oportunidad de ser escuchados, darle voz a uno de tantos sectores poblacionales más estigmatizados y rechazados por una sociedad moralista que enfoca su atención a lo que va en contra de lo que consideran correcto, en este caso, ser portador de una ETS. Al ignorar al individuo que es objeto de su rechazo, se cae en el reduccionismo de atribuirle una etiqueta de carácter patológico a una persona con una historia de fondo.

Este proyecto se abordó desde el enfoque sociocultural de la psicología, teniendo en consideración algunas definiciones y conceptos clave que permitieron una mayor objetividad de los datos recabados e interpretación de éstos, favoreciendo la comprensión del lector. Durante toda la investigación, las aportaciones de Bruner (1998) fueron retomadas, pues afirmaba que el significado está fuertemente influenciado por la cultura, por su parte, Dreier (1999) ahonda en la participación que tienen los individuos en ciertos contextos y su influencia entre sí. Estas nociones fueron mencionadas constantemente, debido a que las vivencias, el sentido y el significado que cada participante le atribuyó a las situaciones que se le fueron presentando determinaron su manera de accionar, por lo que el tema central fue conocer las vivencias y la influencia que tuvo su historia de vida -valores, principios, creencias, etc.- en la manera de actuar ante un diagnóstico que las vulneraba socialmente y que les impactó física y emocionalmente, generando en ellas la reconstrucción de su identidad durante el transcurso natural de la enfermedad.

Siendo una investigación empírica, el número de participantes no fue una limitación. A pesar de ser una convocatoria abierta que prometía confidencialidad, se identificó que sí existe un interés en compartir sus testimonios, no obstante, en cuanto se les notificó que serían sesiones grabadas, la mayoría optó por no participar, lo que nos permite deducir que pudiera haber un temor a la posibilidad de ser expuestas públicamente o que sus datos lleguen a ser del conocimiento de

personas de su entorno. Por otra parte, las 4 mujeres que decidieron continuar con su participación proporcionaron información valiosa que rebasó las expectativas del presente trabajo, pues permitió alcanzar los objetivos de este proyecto pudiendo ser de gran utilidad para futuras investigaciones que atiendan las necesidades médicas, psicológicas y sociales de esta u otro tipo de poblaciones.

Con base en lo anterior, uno de los aspectos más destacables de esta investigación fue la apertura poblacional, lo que la enriqueció, pues se obtuvieron testimonios particulares, historias de vida diferentes, identificándose diversas preocupaciones, motivaciones, temores e intereses de mujeres que comparten un diagnóstico, de igual manera, se apreció la similitud entre ellas. Esto último podría dar la impresión de ser paradójico, pero no lo es. Las participantes tenían edades, experiencias, entornos, contextos y roles diferentes que las llevaron a afrontar el mismo diagnóstico de la manera que ellas consideraron óptima, motivadas por sus preocupaciones, miedos, deseos, intereses, posibilidades, redes y recursos, tanto económicos como emocionales. A su vez, lo anterior mencionado nos permite comprender los motivos por los que ellas actuaron de la manera en que lo hicieron, facilitando la compleja tarea de *ver a través de sus ojos*, para crear empatía con ellas, cuestionarnos qué haríamos si estuviéramos en esa situación, cómo nos sentiríamos y cómo actuaríamos, porque en términos reales, nadie está exento.

Considero que hay un antes y un después tras esta investigación, pues previo a las entrevistas, la información recabada de otros trabajos y aportaciones de distintos autores sostenían que el incremento de diagnósticos positivos a alguna ETS y embarazos no deseados y/o planificados se debía a la desinformación y en efecto, las participantes manifestaron que sus inquietudes, dudas y curiosidades sobre educación sexual no fueron resueltas, optando por investigar por cuenta propia cuando se les notificó su diagnóstico, sin embargo, conforme fue avanzando la entrevista e iban profundizando en la narrativa de sus vivencias, ellas mismas identificaron que lo que más afectaba e impactaba en la manera en la que practicaban su sexualidad era que -precisamente- en el ámbito

educativo y familiar, no se abordó el tema de la sexualidad de manera integral (aspectos culturales, sociales, emocionales, personales y legales) sino que se centraba en la función reproductiva, coital y ETS, excluyendo la importancia de los vínculos afectivos, la negociación y comunicación en las relaciones sexo-afectivas. Este descubrimiento es importante, pues amplía por completo el panorama sobre lo que realmente necesita impartirse en los talleres, pláticas y casos de educación sexual en escuelas, clínicas y sobre todo en la familia, debido a que se tiende a reproducir patrones aprendidos, así como el concepto y dinámica de pareja, por lo que priorizar el acompañamiento en el proceso de conocimiento personal favorecería a que las personas puedan identificar sus deseos, límites y que adquieran estrategias que les permitan ejercer el respeto propio mediante la comunicación y negociación de manera asertiva y crear vínculos afectivos.

Las entrevistas con un abordaje personal son complejas, sobre todo porque en el transcurso, el entrevistado puede llegar a reflexionar sobre lo acontecido, replantearse lo que sintió, crearse nuevas interrogantes que al final son parte de apropiarse de su historia, mientras que el entrevistador debe ser receptivo a lo que se transmite (mensaje y meta-mensaje), pues desconoce lo que está experimentando la persona al compartir un testimonio que -en este caso- la vulnera, debido a que actualmente la sexualidad femenina sigue siendo considerada tabú hasta para las propias mujeres, por lo que el abordaje de las historias debe ser manejado con la menor cantidad de adjetivos calificativos posibles. De igual manera, aunque la dinámica de las entrevistas fue manejada como una plática fluida, hubo momentos en los que era necesario realizar algunos cuestionamientos o contrastar los argumentos de las participantes, principalmente si se identificaban inconsistencias o incoherencias entre ellos, sin transmitir agresividad, juicios o imposición, pues esto favorece la comprensión entre el participante y el investigador quien a su vez comunica al lector. Por otra parte, la confrontación asertiva en este tipo de situaciones permite que el usuario pueda cuestionarse y encontrar la respuesta a algún aspecto que no haya sido esclarecido anteriormente, generándole mayor seguridad en sus pensamientos y emociones las cuales expresará a través de sus palabras.

Otro aspecto por considerar es que, en términos metodológicos, el uso de esquemas, líneas temporales, imágenes, etc. podrían ser de utilidad en las entrevistas, pues teniendo un referente gráfico, es más fácil identificar el punto de partida y el punto de llegada (que es la actualidad), de igual manera, las imágenes permiten tener una apreciación más cercana a la realidad sobre el tipo de lesiones que presentaba o que notaba la persona en ese momento, además de que son una herramienta útil como estrategia educativa, pues todas las participantes refirieron no haber tenido conocimientos previos sobre el VPH hasta que se los diagnosticaron y externaron algunas dudas al respecto, considerando que este tipo de materiales didácticos hubieran permitido informar de una manera más efectiva a ellas y a la población general.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la educación sexual sigue teniendo deficiencias, debido a que las estrategias de enseñanza que se utilizan son restrictivas e impositivas, de acuerdo con lo que las participantes han referido por su experiencia en el entorno escolar y familiar, observándose que en términos generales, las instancias educativas y de salud, difunden información a través del miedo y el rechazo a lo que no es moralmente apropiado, lo que nos lleva a la interrogante ¿Qué pasaría si se enseña a través de la información verídica, la empatía y el amor propio?, generando decisiones conscientes sobre nuestro cuerpo y sexualidad. Sin embargo, tampoco se excluye la idea de que existan casos en los que sí se haya abordado el tema de la educación sexual satisfactoriamente. Este trabajo invita al lector a reflexionar y a plantearse un escenario en el que a las personas se les deje de etiquetar por no contar con las características socialmente aceptadas.

A manera de contextualizar al lector sobre el abordaje médico y social del VPH en la actualidad, procederé a mencionar algunos acontecimientos que surgieron a lo largo de la realización de la presente investigación. En el año 2018, la International Papiloma Society propuso el 4 de marzo como el día en que se celebre de manera internacional la concientización sobre el VPH, puesto que se le ha relacionado con enfermedades que comprometen la salud y vida de quien lo

contrae, en el 2019, se celebró por primera vez esta festividad que promueve la divulgación de información que fomente en la población la toma de medidas preventivas y a decidir de manera consciente sobre la aplicación de la vacuna, la cual ha demostrado ser la medida preventiva más efectiva contra el cáncer cervicouterino, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer, las últimas investigaciones realizadas en Suecia en el año 2020, identificaron una disminución en el diagnóstico de cáncer cervicouterino, gracias al seguimiento de estas medidas, por lo que recomiendan la aplicación en edades tempranas para garantizar su efectividad que es alta en casos en donde no se ha tenido contacto con el virus.

Estas aportaciones internacionales en las que se priorizan las medidas preventivas, brindan una perspectiva más amplia sobre la importancia de éstas, sin embargo, a pesar de que en el presente trabajo no se abordaron de manera explícita los impactos físicos y emocionales que tiene el VPH en la población masculina, deberían ser atendidos de la misma manera que a los de la población femenina, pues más allá de cuestiones estéticas, morales, sociales y culturales, el VPH podría evolucionar en lesiones precancerosas (no solamente está relacionado con el cáncer cervicouterino, sino también con cánceres orofaríngeos, de pene y de ano), comprometiendo la vida del portador y sus parejas, representando un problema digno de atenderse haciendo valer la equidad de género, beneficiando, atendiendo, vacunando e informando a todos sin tabúes de por medio, propiciando así una disminución en la propagación de ésta y otras ETS.

Habiendo mencionado la situación mundial en cuanto a avances científicos, es pertinente citar las últimas aportaciones y consideraciones en México, el más conocido fue el suscitado en el año 2019, en el Instituto Politécnico Nacional, en donde un equipo liderado por la doctora Eva Ramón Gallegos, realizó una ardua investigación sobre la erradicación de lesiones precancerosas, para ello requirieron de la participación voluntaria de mujeres con distintos grados de neoplasias e identificaron que por medio de la terapia fotodinámica, la cual

consiste en la aplicación de ácido delta aminolevulínico, mismo que al estar en contacto con las células afectadas adquieren una coloración fluorescente, lo que permite que se eliminen solamente dichas células por medio de un láser, además de lograr tasas de 98% de curación, esta opción de tratamiento supera a otras como la crioterapia y la conización, pues garantiza que ataca las zonas afectadas sin comprometer tejido sano y proporciona un pronóstico más alentador a las personas diagnosticadas con VPH, pues ya no se encasilla en una enfermedad con la que se debe aprender a vivir, sino con una que se puede erradicar en su totalidad.

Otro de los grandes logros fue el de expertos del departamento de Genética y Biología Molecular del Cinvestav IPN, liderado por el doctor Luis Marat Álvarez Salas, lo que los hizo merecedores al Premio Bionano en el año 2020, al crear una prueba que detecta el VPH de manera más rápida, sencilla y económica, esto con la finalidad de que una vez teniendo un diagnóstico confirmatorio se inicie un tratamiento de la manera más pronta posible, dicha prueba tiene un costo aproximado de \$200.00 pesos mexicanos, lo que es más accesible que las pruebas anteriores, las cuales normalmente oscilan entre \$1,500.00 y \$2,000.00 pesos mexicanos. Considerando que hay personas que son portadoras asintomáticas, esta opción permite que, ante la mínima sospecha de contagio, el usuario, se pueda realizar la prueba que le dé un diagnóstico oportuno que pueda salvar vidas. Pareciera que estos datos son hechos aislados, pero es información que debe ser difundida a la población general y a quienes les pudiera ser de utilidad, ya sea por ser portadores, conocer a alguien que lo es o por interés en el tema.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, hay un déficit en la calidad de la atención y manejo social, familiar y médico, que tiene de trasfondo ciertos intereses económicos y políticos. La manera en que son abordados los temas de salud, los cuales, en lugar de informar, siembran miedo en la población, lo que termina impactando en su salud física y emocional, por lo que se sugiere que a quien solicite información se le fomente la realización de técnicas del cuidado

personal, que contemplen las autoexploraciones de manera periódica; sustituir los mitos con información verídica; erradicar sentimientos de culpa producidos por creencias implantadas y promover la libertad sexual desde el conocimiento personal y la toma de decisiones conscientes.

A pesar de las diversas fallas en el sistema de salud, actualmente se le añade una problemática que no se había contemplado y fue la pandemia suscitada en el año 2019 y que todavía en el presente año, las investigaciones y avances médicos y tecnológicos en torno a la prevención y tratamiento del VPH se han visto afectados y pospuestos por la priorización a las campañas de vacunación y al tratamiento de las complicaciones relacionadas con el Coronavirus.

Para finalizar, se aprecia que en términos de investigación, se logró el objetivo, sin embargo, el verdadero alcance de este trabajo queda a consideración del estimado lector, pues el verdadero objetivo estuvo encaminado a crear conciencia, a través del conocimiento y análisis de las vivencias de las participantes -quienes representan una pequeña parte de los innumerables casos de ETS- lo que favorecería a la ardua tarea de erradicar mitos, terminar con la estigmatización, conocer a la persona a la que la sociedad ataca, crear empatía con aquellos que son víctimas de su entorno e inclusive de ellos mismos, pues muchas de las creencias que se les han inculcado afectan o afectaron negativamente su vida. Siendo esta investigación dirigida a todo público, no está de más hacer énfasis en que este escrito sea consultado por el personal de salud y por personas que conocen o son diagnosticadas con alguna ETS, atender y acompañar desde la compasión y sobre todo sustituir los estigmas por un cálido: *Un diagnóstico no te determina como persona*. Con base en lo anterior, se puede considerar que el objetivo era bastante ambicioso, sin embargo, este es uno de los muchos pasos que faltan por recorrer.

### Referencias

- Acosta, J., Díaz, A., Salvedo, H., Tovar, S. y Wiesner, C. (2009). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: Un estudio exploratorio. *Revista Colombiana Cancerología*, 13 (3), 145-156.
- Acosta, G. y Vargas, V. (2012). Prevención primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos*, 80 (3), 291-300.
- Acosta, M., Endara, N., y Valdiviesco, M. (2017) *Virus del Papiloma Humano- Tres vacunas por una vida Campaña de concientización y prevención del VPH*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Ecuador.
- Aguilar, A., Cortes, E., Flores, M., Jave, L., Piña, P., Reyes, J., Torres, L., Vallejo, V. (2015) Prevalencia de genotipos de VPH en México y en el mundo detectados mediante Linear Array. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 122-130.
- Aguilar, F., Ceballos, Z., Hernández, V., Sandoval, L. y Toraño, V. (2006). Identificación de mecanismos de transmisión del virus papiloma humano en mujeres infectadas. *Revista de Enfermería del IMSS*, 14 (2), 75-79.
- Aguirre, A. (2000) Demarcación de la Psicología cultural. *Anuario de Psicología*, 31 (4), 109-137.
- Alfaro, A. y Fournier, M. (2013) Virus del papiloma humano. *Revista Médica de Cosa Rica y Centroamérica*, 70 (606), 211-217.
- Alheit, P. (2012) La entrevista narrativa. *Plumilla Educativa*, 11-18.

- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, 2, 1-10.
- Alvarado, I., Contreras, A., Chopin, M., Etchegaray, I., Montiel, A., Romero, M. y Vázquez, E. (2017). Análisis de supervivencia a cinco años en pacientes con cáncer de pene. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55 (1), 34-43.
- Anzaldo, M., Zonana, A., y Godoy, M. (2013). Aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano por parte de madres de hijas entre 9 y 13 años de edad. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81 (11), 645-651.
- Apgar, B., Brotzman, G., & Spitzer, M. (2003). *Colposcopia. Principios y Práctica*. México: McGraw-Hill/ Interamericana de México.
- Aranda, C. (2015). Infección por el virus del papiloma humano en varones. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83 (11), 697-706.
- Aranda, C., Carreño, J., Espíndola, J., Meza, M., Morales, F. y Sánchez, C. (2008) Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22 (2), 168-173.
- Arango, M. (2005). El virus del papiloma humano. *Archivos de Medicina*, 10, 29-33.
- Arcila, P., Camón, O., Mario, J. y Mendoza, Y. (2009) Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Diversitas*, 6 (1), 37-49.
- Arellano, M., y Castro, M. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, 42, 259-278.

- Arellano, M. y Castro, M. (2014). Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *La ventana*, 39, 208-240.
- Arreola, E., Hernández, M., Hernández, C., Lorincz, A., Lazcano, E., Salmerón, J., y Smith, J. (2005) Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*, 47 (6), 423-429.
- Barberá, E., Navarro, E. y Reig, A. (2003) Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15 (3), 395- 400.
- Bardin, L. (2002) *Análisis de Contenido*. España: AKAL.
- Bernárdez, Y., Caridad, G., Ramos., N. y Rodríguez, T. (2011). Características clínico- epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis. *Medisur*, 9 (4).
- Blanco, J., Caballero, M., Leyva, R. y Martínez, B. (2006) Sexualidad y el uso del condón en jóvenes de Quintana Roo, México. *Artículos originales*. Recuperado de: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/22/3.pdf>
- Bogliacino, V. (2011) *Mujeres y HPV: Significados, reacciones emocionales y prácticas de (auto) cuidado en salud*. (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Uruguay.
- Bologna, R., Nevarez, A., Rocha, A. y Serena, E. Prevalencia del VPH en el Proceso de Malignización de Lesiones de Vías Aérodigestivas Superiores. *International Journal of Odontostomatology*, 5 (1), 5-12.

- Bosch, X., Bruno, L., Castellsagué, X. y Serrano, B. (2015). Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 33 (5), 342-354.
- Brown, J., Gatori, S., Martín, M. y Tamburrino, M. (2007) La primera impresión es la que cuenta: Notas sobre la primera experiencia y trayectoria de pacientes ginecológicas en la ciudad de Buenos Aires. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*.
- Bruner, J. (1990) *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Bruner, J. (2003) *La fábrica de historias*. Fondo de Cultura Económica.
- Bruni, L., Serrano, B., Bosch, X. y Castellsagué, X. (2015) Vacuna frente al virus del papiloma humano, eficacia y seguridad. *Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica*, 33, 342-354.
- Bustamante, G., Jiménez, C., Martínez, A., Tenahua, I. y López, Y. (2015). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76 (4), 369.367.
- Calderone, M. (2004) Sobre violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *La Trama de la Comunicación*, 9, 1-0
- Camaño, R. y Sanchis, M. (2014). Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. *Revista de Salud Pública*, 16 (5), 647-659.
- Canche, J., Canul, R., Suárez, R., Anda, R. y González, M. (2011). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres recluidas en Centros de

Readaptación Social en el sureste de México. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 84-90.

Cardahi, A., Majul, L., Quiroga, M., Sananes, E. y Scherpa, A. (2009) Potencial Impacto de la Vacunación Masiva contra el virus del papiloma humano. *Curso Anual de Auditoria Médica del Hospital Alemán*.

Cárdenas, V., Cerda, R., Guevara, M., Paz, M., Patton, A., Ramírez, E. et.Al. (2015) Determinantes sociales de la salud de la IMS en mujeres mexicanas con el virus de papiloma. *Revista de enfermería Herediana*, 8 (2), 132-140.

Carreño, J., Mancilla, J., Meza, M., Morales, F., Pimentel, D. y Sánchez, C. (2011) Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25 (1), 17-22.

Carrillo, A., Contreras, A. y Lizano, M. (2009) Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Cancerología*, 4, 205-216.

Castellanos, C., González, M., Ramos, D. Terán, P. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73 (3), 171-180.

Castro, A. Et Al. (2016) Conocimientos, actitudes y practicas sobre el virus de papiloma Humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción (Bañado Sur). 2012. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 48 (1), 37-44.

Castro, M., y Arellano, M. (2014). Redes Sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *La Ventana*, 39, 208-240.

Castro, R. (1996) En Busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. Szasz, I., y Lerner, S. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 57-88).

El Colegio de México.CDC. (2020) ¿Cuántos cánceres están vinculados con el VPH cada año? *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/cases.htm>

CDC. (2020). *Estadísticas sobre el cáncer asociado al VPH*. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/index.htm>

Cebrián, C. (2019). Eliminan al 100% el virus del papiloma humano con terapia fotodinámica. *Insanidad*. Recuperado de: <https://isanidad.com/132987/eliminacion-al-100-el-virus-del-papiloma-humano-con-terapia-fotodinamica/>

Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (16 de diciembre de 2020) *Propuesta que diagnostica e inhibe el Vph Obtiene premio a la innovación en bionano*. [Comunicado de prensa]. <https://www.cinvestav.mx/Utilidades/Publicaciones/propuesta-que-diagnostica-e-inhibe-el-vph-obtiene-premio-a-la-innovacion-en-bionano>

Cervical Cancer Action Coalition. (2011) Seguridad de la vacuna frente al virus del papiloma humano. *Cervical Cancer Coalition*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CCA\\_Seguridad\\_vacuna\\_VPH.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CCA_Seguridad_vacuna_VPH.pdf)

Chihu, A. (2017) Los marcos de la experiencia. *Sociológica*, 33 (93), 87-117.

- Chorot, P. y Sandín, B. (2003) Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 8 (1), 39-54.
- Cobos, D., Morón, J. y Pérez, I. (2015) Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VPH/Sida: Un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13 (1), 1-27.
- Concha, M. (2007). Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Revista Chile Infectología Práctica*, 24, 209-214.
- Concha, X., Riquelme, G. y Urrutia, T. (2012) Creencias y virus papiloma humano. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 77 (2), 87-92.
- Conde, C., Sánchez, M. y Uribe, F. (2002) La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica de México*, 44 (5), 442- 2447.
- Concha, X., Urrutia, T., & Riquelme, G. (2012). Creencias y virus papiloma humano. *Rev. Chile Ginecológica*, 77, 87-92.
- Consuelo, A. (2002). *Nuevas alternativas en el tratamiento de papilomavirus*. México: Editorial Prado.
- Cortez, J. (2016) Autocuidado en el climaterio en mujeres de 45 a 59 años de edad en Metepec Estado de México. *Revista Tlamati Sabiduría*, 7 (2).

- Cubero, M. Santamaría, A. (2005) Psicología cultural: una aproximación conceptual e histórica al encuentro entre mente y cultura. *Avances en psicología latinoamericana*, 23, 15-31.
- Dechand, C. (2016). Mito “mujer=madre” y efectos en la subjetividad femenina. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
- Delgado, L. y Madriz, R. (2014) Colonialidad del poder patriarcado y heteronormatividad en América Latina. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 19 (42), 95-110.
- Diestro, M., Gómez, F. y Serrano, M. (2007) Cáncer del cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH), *Oncología*, 30 (29), 42-59.
- Dreier, O. (2017) Conducción de la vida cotidiana. Implicaciones para la psicología crítica. (Delabra, B., Trad.) *Revista digital internacional de psicología y ciencia social*, 3 (1). (Obra original publicada en 2016)
- Dreier, O. (2005). Trayectorias personales de participación a través de contextos de practica social, (Pérez, G., Alarcón, I., Yoseff, J. y Salguera, A., Traduc.), *Psicología Cultural*, 1, 81-128. (Obra original publicada en 1999)
- Delabra, B. y Pérez, G. (2018) Construcción de vinculación significativa con la carrera tras una elección forzada: experiencias de estudiantes de Psicología. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47, 7-16.

- Diestro, M., Serrano, M., & Gómez-Pastrana, F. (2007). Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano. *Oncología*, 30, 42-59.
- EFE. (2019) ¿Qué es el Virus de Papiloma Humano y por qué 8 de cada 10 mujeres lo tendrán en algún momento de su vida? *Prensa Libre*. Recuperado de: <https://www.prensalibre.com/vida/salud-y-familia/que-es-el-virus-de-papiloma-humano-y-por-que-8-de-cada-10-mujeres-lo-tendran-en-algun-momento-de-su-vida/>
- Escamilla, M., y Guzmán, R. (2017) Educación Sexual en México ¿Misión de la casa o de la escuela? *Salud y Educación, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 5 (10).
- Feinholz, D., Gutiérrez, C., Morales, G., Prieto, A., Witlen, R. (2008). Implicaciones éticas y sociales de la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano en México: Reflexiones sobre una propuesta de intervención. *Acta Bioethica*, 14 (2), 157-165.
- Feldman, L., Haviland, J.& Lewis, M. (1993). Handbook of emotion (3ra edición). The Guilford Press.
- Fernández, L. (2006) ¿Cómo analizar los datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*. 7.
- Fernández, S. y Rizo, J. (2018). La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. *Revista CONAMED*, 23 (1), 33-42.
- Flores, M., Torres, L., Cortés, E., Reyes, J., & Jave, L. (2015). Prevalencia de genotipos de VPH en México y en el mundo detectados mediante Linear Array. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 53, 22-30.

- Flores, R. (2019). El Virus del papiloma humano, responsable de casos de cáncer en hombres y mujeres. *El médico Interactivo*. Recuperado de: <https://elmedicointeractivo.com/el-virus-del-papiloma-humano-responsable-de-casos-de-cancer-en-hombres-y-mujeres/>
- Forcada, V., García. L., Ruiz, A. y Sierra, M. (2015). Juntos contra el virus del papiloma (VPH) contagiando la prevención. *Instituto cultural Copán*. Recuperado de: <http://vinculacion.dgire.unam.mx/vinculacion-1/Congreso-Trabajos-pagina/Trabajos-2015/Ciencias-biologicas/Ciencias-Salud/27.%20CIN2015A10109.pdf>
- Galicia, L., Quiroz, E., Vargas, E. y Villarreal, E. (2014) Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22 (1), 5- 12.
- García, L., Forcada, V., Ruiz, A. y Sierra, M. (s.f). *Juntos contra el virus del papiloma (VPH) Contagiando la prevención*. Instituto Cultural Copán.
- García, J., García, H. y González, M. (2018) Cuando se deja de hacer pie notas sobre cultura moderna, crisis de sentido vital y psicopatología. *Revista de Psicoterapia*, 29 (109), 147-167.
- Gayle, R. (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, 8 (30), 95-145.
- Giddens, A. (1998) *La transformación de la intimidad, sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas* (2da edición). Ediciones Cátedra.
- Giménez, M. y Silva, M. (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecología y Obstetricia de México*, 73, 531-536.

- Goldenberg, P., Meneses, A. y Sepúlveda, G. (2014) Validez de contenido: Cuestionario de Vulnerabilidad al Papilomavirus Humano. *Enfermería Global*, 35, 211-225.
- Goffman, E. (2006) *Estigma* (1ra edición). Amorrortu.
- González, J., Moreno, M. y Lastenia, Z. (2006) *Factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus de papiloma humano en las pacientes con VPH del Hospital Cesar Amador Molina en Matagalpa*. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.
- Guadarrama, R. (2015). *Percepción de la vida en mujeres infectadas con virus del papiloma humano*. (Tesis de Licenciatura) Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Guarneros, D., Ochoa, F. y Velasco, M. (2015). Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14 (3), 157-163.
- Guitar, E. (2011). Una interpretación de la psicología cultural: Aplicaciones prácticas y principios teóricos. *Suma Psicológica*, 18 (2), 65-88.
- Guitar, M. (2009) Las ideas de Bruner: “de la revolución cognitiva” a la “revolución cultural”. *Ideas y personajes de la educación latinoamericana y universal*, 13 (44), 235-241.
- Guitar, M. (2008). Hacia una psicología cultural. Origen, desarrollo y perspectivas. *Fundamentos en Humanidades*, 18, 7-23.
- Guzmán, C. y Saucedo, C. (2015) Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios: Abordajes desde las perspectivas de alumnos y

- estudiantes. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20 (67), 1019-1054.
- Heidi, E., Schiffrin, D. y Tannen, D. (2001) The handbook of discourse análisis. *ALED*, 4 (1), 108-114.
- Heller, A. (1978) El futuro de las relaciones entre los sexos. *Viejo Topo, Revista mensual* (26), 9-15.
- Hernández, V., Aguilar, F., Toraño, V., Sandoval, L., & Ceballos Z. (2006). Identificación de mecanismos de transmisión del virus papiloma humano en mujeres infectadas. *Rev. Enferm. IMSS*, 14, 75-79.
- Hernández, G., Izquierdo, D., y Perdomo, A. (2016). Marco Teórico para la humanización de proceso de trabajo en salud: Una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2 (2).
- Hierro, G. (2003) *La ética del placer* (1ra edición). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hundeide, K. (2005) Socio-cultural Tracks of Development, Opportunity Situations and Access Skills. *Culture & Psychology*, 11 (2), 241-261.
- INFOCÁNCER. (2019). *Estadísticas 2007*. Recuperado de: <https://www.infocancer.org.mx/?c=cancer-cifras&a=estadisticas-2007>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Niñas y niños de 0 a 9 años. Guía para el cuidado de la salud. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 61 (18), 1-13.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018) Mujeres y Hombres en México 2018. *INEGI*.

Instituto Nacional de las Mujeres. (s.f) Violencia sexual contra las mujeres en el seno de la pareja conviviente. *INM*. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100790.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100790.pdf)

Inicia la Segunda Semana de Salud. (2018). Recuperado el 13 de septiembre de 2019, de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/inicia-la-segunda-semana-nacional-de-salud-158476?idiom=es>

Korol, C. (2007). *Hacia una pedagogía feminista, géneros y educación popular* (1ra edición). Editorial El Colectivo.

Kvale, S. (2008). *Doing Interviews*. SAGE. La Vanguardia (8 de agosto de 2011) VPH afecta más a la población vulnerable. *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://vanguardia.com.mx/vphafectamasalapoblacionvulnerablesa-1064567.html>

Lagarde, M. (2005) *Los cautiverios de las mujeres* (4ta edición). Universidad Nacional Autónoma de México.

Lave, J. y Wenger, E. (1991) *Situated Learning, Legitimate Peripheral participation*. *New York: Cambridge University Press*.

Lazcano, E. (2007). Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. *Salud Pública de México*, 49, 32- 34.

- Leech, N., & Onwuegbuzie, A. (2007) An Array of Qualitative Data Analysis Tools: A Call for Data Analysis Triangulation. *School Psychology Quarterly*, 22 (4), 557-584.
- Lira, J., Ortiz, A., y Sam, S. (2011) Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 79 (4), 214-224.
- Lizano, M., Carrillo, A., & Contreras, A. (2009). Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología, Historia natural y Carcinogénesis. *Cancerología*, 4, 205-216.
- Lizano, M. y López, A. (2006) Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología*, 1, 31-55.
- López, A., & Lizano, M. (2006). Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología*, 1, 31-55.
- Luna, M. y Sánchez, G. (2013). Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas México. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 2 (2), 67-80.
- Marcial, R. (s.f) Poder, acuerdos e imposiciones en relaciones sexo-afectivas entre jóvenes tapatíos. *Universidad de Guadalajara*. Recuperado de: <https://docplayer.es/22945372-Poder-acuerdos-e-imposiciones-en-relaciones-sexo-afectivas-entre-jovenes-tapatios-guadalajara-mexico.html>
- Martínez, J., Posada, M. y Vergara, A. (2017) *Adherencia a la vacuna del VPH en mujeres de 9 a 17 años Hospital San José, la Celia Risaralda 2017*. (Tesis de especialización) Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia.

MayoClinic. (2019). Infección por VPH. *MayoClinic*. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hpv-infection/symptoms-causes/syc-20351596>

Medina, G. (2013) *Violencia de género y violencia doméstica, Responsabilidad por daños*. Rubinzal.

Mejía, A. y Salas, W. (2008) Costo-efectividad de la detección del virus del papiloma humano en los programas de tamización de cáncer de cuello uterino. *Biomédica*, 28, 160-172.

Meza, M., Mancilla, J., Morales, F., Sánchez, C., Pimientel, D., & Carreño, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción humana*, 25, 17-22.

Mizrahi, L. (1995). *Las mujeres y la culpa* (4ta edición). Nuevo Hacer.

Montiel, A., Contreras, A., Vázquez, E., Chopin, M., Romero, M., Etchegaray, I, & Alvarado, I. (2017). Análisis de supervivencia a cinco años en pacientes con cáncer de pene. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 55, 34-43.

Novo, M (2003) La mujer como sujeto, ¿Utopía o realidad? *Revista Latinoamericana*, 6.

Ochoa, F. (2014). Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna. Parte I/III. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13, 308-315.

- Pastor, V., Pérez, C. y Reyes, A. (2015). Uso de recursos y costos asociados al diagnóstico y tratamiento de las verrugas genitales en instituciones públicas de salud en México. *Revista Mexicana de Urología*, 75 (2), 72-81.
- Prieto de la Rosa, A., Gutiérrez, C., Feinholz, D., Morales, G., & Witlen, R. (2008). Implicaciones éticas y sociales de la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano en México: Reflexión sobre una propuesta de prevención. *Acta Bioethica*, 14, 157-165.
- 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, 787-803.
- Rocha, R. Et. Al. (2012). Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38 (2), 244-255.
- Rodríguez, A. (2010) *Impacto psicológico en mujeres con diagnóstico de Infección por Virus de Papiloma Humano en el Servicio de Colposcopia del Hospital general de México. O.D.* (Tesis de Especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rodríguez, L. (2020) Revisión narrativa sobre estudios de mujeres que tienen sexo son mujeres. *Medwave*. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/7884.act?ver=sindiseno>
- Roesch, F. Et. Al. (2018) Frecuencia de infección por virus del papiloma humano en pacientes con cáncer del aparato digestivo. *Revista de Gastroenterología de México*, 83 (3), 253-258.

- Ronquillo, Y. (2019) *Impacto psicosocial en, mujeres con virus del papiloma humano atendidas hospital universitario de guayaquil*. (Tesis de licenciatura) Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Sanabria, J. (2009) Virus del papiloma humano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13 (4).
- Sánchez, A., y García, A. (2001) Educación sexual y adolescencia: mitos y perspectivas. *Anales de Pedagogía*, 19, 87-104.
- Serman, F. (2002) Cancer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 67 (4), 318-323.
- Siciliani, J. (2014) Contar según Jerome Bruner. *Itinerario Educativo*, 28 (63), 31-59.
- Sotelo, S., Cerda, R., Cárdenas, V., Guevara, M., Paz, M., Patton, A., & Ramírez, E. (2015). Determinantes sociales de la salud de la OMS en mujeres mexicanas con el virus de papiloma. *Rev. Enferm. Herediana*, 8, 132-140.
- Szasz, I. y Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad, investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (1ra edición). El Colegio de México.
- Tannen, D. (1991) You just don't understand. Women and men in conversation. *ResearchGate*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/46314186\\_Tannen\\_D\\_1991\\_You\\_just\\_don%27t\\_understand\\_Women\\_and\\_men\\_in\\_conversation](https://www.researchgate.net/publication/46314186_Tannen_D_1991_You_just_don%27t_understand_Women_and_men_in_conversation)

- Torrecilla, M., Pedregal, M., García, F. y Ruíz, J. (2011) Efectos adversos de la vacunación contra el virus del papiloma humano. *El ServierDoyma*, 43 (1), 5-10.
- Tovar, J. (3 de marzo de 2018) El Virus del Papiloma Humano (VPH) es cosa de todos. *EFE Salud*. Recuperado de: <https://www.efesalud.com/virus-papiloma-humano-cosa-todos/>
- Vacunas contra VPH. (2018) Recuperado el 13 de septiembre de 2019, de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vacuna-vph#q10>
- Valero, D. (2002) Hablando se entiende la gente, ¿o no? Comunicación intergéneros según Deborah Tannen. *Universitat Jaume*, 2-11.
- Vargas, E., Quiroz, E., Galicia, L., & Villarreal, E. (2013). Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 22, 5-12.
- Vargas, V., & Acosta, G. (2012). Prevención primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos*, 80, 291-300.
- Viñeglas, S. (2014) *Programa Padres al Colegio*. (Tesis de Licenciatura). Universitat de Lleida Facultat d'Infermeria, España.



**Anexos**  
**Anexo 1: Consentimiento informado**

**Consentimiento informado de participación**



CDMX a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Yo \_\_\_\_\_

por medio del presente consentimiento informado acepto participar en el trabajo titulado “Vivir con VPH. Análisis de las trayectorias de vida de cuatro mujeres” realizado por Teresita de Jesús Ramírez García, egresada de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, cuyo fin es conocer las vivencias y experiencias de las mujeres con VPH. Manifestando lo siguiente:

Soy consciente de que mi participación consiste en una serie de entrevistas, previamente acordadas y que, al aceptar participar, estoy en mi derecho de hacerle saber a la entrevistadora si durante la sesión me siento incomoda y omitir responder alguna de las preguntas si así lo considero.

Los datos proporcionados serán manejados en su totalidad de manera respetuosa, confidencial, anónima (para lo cual he decidido que se me refiera como \_\_\_\_\_) y únicamente para los fines de la presente investigación.

En caso de tener dudas, solicitaré continuar hasta que éstas me sean aclaradas.

Aun cuando existe un registro de mi voz, éste será eliminado cuando se hayan realizado las transcripciones y la investigación haya concluido.

Se me ha informado que se me otorgará una copia de este documento para mi comodidad, seguridad y de los datos que proporcionaré.

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma)

## **Anexo 2: Guía de entrevista semiestructurada**

### **Categorías y puntos principales de la entrevista semiestructurada**

*Nota: Las preguntas y el orden de éstas se adecuarán al desarrollo de la entrevista y de las participantes*

#### Familiar

- ¿Con quienes vive?
- ¿Cómo es la dinámica familiar?
- ¿Se enteraron de tu diagnóstico?
- ¿Cuál fue su reacción?
- ¿Te apoyaron? (emocional o económicamente)
- ¿Qué te dijeron?
- En caso de no compartirlo ¿Por qué no?

#### Pareja

- ¿Tenías pareja en ese entonces?
- ¿Te apoyó?
- ¿Cómo te apoyó?
- ¿El diagnóstico generó un conflicto?
- ¿Hubo un cambio en la relación?
- ¿Buscaron ayuda?
- ¿Cómo han sido tus relaciones de pareja?
- ¿Cómo se cuidaban / te cuidabas? (Métodos anticonceptivos

y de barrera)

- ¿Ha cambiado la forma en la que te relacionas sentimental o sexualmente?

#### Amistades y compañeros de escuela/trabajo

- ¿Se vio afectado tu desempeño en la escuela o trabajo?
- ¿Le dijiste a alguien tu situación?
- ¿Alguien te brindó su apoyo?

## Personalidad y valores

- ¿Cómo te describirías?
- ¿Cómo te sentiste?
- ¿Qué pensabas cuando te detectaron VPH?
- ¿Consideras que afectó tu autoestima o la percepción de ti misma?
- Además del tratamiento médico (si es que lo tomo) ¿Buscaste otro tipo de apoyo (emocional, especializado, religioso, etc.)
- Después de esta experiencia ¿Crees que te puede afectar a futuro? (temor, embarazo, infección, selección de futuras parejas, etc.)

## VPH

- ¿Cómo reaccionaste?
- ¿Tenías conocimiento del tema?
- ¿Cómo se generó ese conocimiento? (antes o después del diagnóstico)
- ¿Conocías las consecuencias?
- ¿Qué te dijeron los doctores?
- ¿Se te informó sobre qué procedimiento debiste de haber seguido o debías seguir?
- ¿Lo seguiste?
- Afrontamiento
- ¿Qué les dirías /recomendarías desde tu experiencia a la población vulnerable?
- Específicamente ¿Qué recomendarías/dirías a las mujeres? (preventivo)
- Y ¿Qué les dirías/recomendarías a los hombres? (preventivo)

### Anexo 3: Convocatoria



#### VIVIR CON VPH. ANÁLISIS DE LAS TRAYECTORIAS DE VIDA DE CUATRO MUJERES

¿Le interesa participar?  
¿En qué consiste?

“Vivir con VPH.  
Análisis de las trayectorias de vida de cuatro mujeres” es un trabajo de tesis.

Su apoyo constará en brindar información a través de una serie de conversaciones privadas. Los datos que se obtengan serán exclusivamente con fines de investigación, manejados con respeto, confidencialidad y de manera anónima.

Si eres o conoces a una mujer con VPH, comunícame a:

Correo: [teresitarg\\_1995@hotmail.com](mailto:teresitarg_1995@hotmail.com)

Cel o : 5532779485

