



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“CONSTRUCCIONES DE GÉNERO Y AUTOCUIDADO INDIVIDUAL Y
EN PAREJA EN MUJERES CON VPH”

Tesis que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta:

NANCY YAZMÍN ARIAS GARCÍA

Directora: Dra. Tania E. Rocha Sánchez

Revisora: Mtra. Angélica L. Bautista López

Jurado:

Dr. José Francisco Fernández Díaz

Dra. Gabina Villagrán Vazquez

Dra. Olivia Tena Guerrero.

PROYECTO PAPIIT IN304311



Ciudad Universitaria, México, D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, casa de estudios que disfrute, aproveche y de la cual siempre me sentire orgullosa.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, ya que el presente trabajo formó parte del proyecto "Factores individuales, sociales y culturales vinculados al género que delimitan la salud mental, emocional y la autonomía psicológica de las mujere en la actualidad IN304311".

Dedicatorias

A mi familia: Irene, Roberto y Mario, por su invaluable apoyo, cariño, tolerancia y compañía en cada uno de mis retos y logros. ¡Lo logramos!

A Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez, por creer en mi, por sus sugerencias, seminarios y todo el apoyo que hizo posible este trabajo; y por enseñarme que se puede vivir en mundos más equitativos.

A cada uno de l*s integrantes del jurado de esta tesis: por su lectura y valiosas aportaciones, miradas y puntos de vista que ayudaron a enriquecer este trabajo.

A mis compañer*s de cubículo: Paola, Grecia, Marcela, Margarita, Claudia, Karina, Ignacio y Paulina por la compañía, sugerencias y apoyo.

A mis amigos con los que crecí y aprendí en la facultad: Mariana y Daniel.

A mi amiga-hermana: Ana Laura. Gracias por esos cafés, apoyo, escucha y por crecer junto conmigo.

A Erick, Denisse, Paris, Carolina, Claudia, Jamile, Karla, Edith, Ericka, Kike, Kory, Frank, Marx, Janet y Mara por las risas, los bailes, las pláticas y ser parte de mi vida.

A todos mis tíos/as, primos/as y familiares que siempre me han apoyado y me han visto crecer.

Agradezco a tod*s los que de alguna u otra forma me han acompañado y ayudado a llegar hasta aquí, y a ser como el árbol que nunca se olvida de sus raíces y no por eso deja de crecer.

¡Gracias!

Índice

Resumen	6
Introducción	8
Capítulo 1. Virus del Papiloma Humano.....	13
1.1 Incidencia del Virus del Papiloma Humano	13
1.2 ¿Qué es el Virus del Papiloma Humano?	15
1.3 Formas de Transmisión	17
1.4 Características clínicas del VPH en Mujeres y en Hombres.....	18
1.5 Formas de detección	19
1.5.1 Formas de detección en mujeres.....	19
1.5.2 Formas de detección en Hombres.....	21
1.5.3 Métodos Moleculares	21
1.6 Tratamientos.....	21
1.6.1 Tratamientos en Mujeres	22
1.6.2 Tratamientos en Hombres.....	24
1.7 Factores asociados al VPH	25
Capítulo 2: Construcciones de género: El caso del VPH en mujeres.....	30
2.1 Género como categoría de análisis en salud	30
2.2 Aportes de la categoría Género en el estudio del VPH.....	34
2.2.1 Sesgos de Género en el acercamiento al VPH	34
2.2.2 Sexualidades, cuerpos e identidades de género: Implicaciones en el caso del VPH en mujeres	43
2.2. 3 VPH infección de Mujeres, ¿Y los hombres?	54
Capítulo 3. Autocuidado: Una aproximación desde el enfoque Feminista	58
3.1 Antecedentes y trayectorias del Autocuidado.....	58
3.2 Autocuidado: aproximaciones desde diversas disciplinas	60
3.2 Definiendo autocuidado.....	64
3.3 Socialización de Género y Autocuidados	65
3.3.1 Autocuidados en Mujeres	68
3.3.2 Autocuidados en Hombres	71
3.4 Hacia una definición de autocuidado en mujeres desde un enfoque feminista.....	73
3.4.1 Cuidarse es dejarme cuidar: autocuidado desde el enfoque relacional.....	75
3.4.2 Cuidarse desde el placer	76

3.4.3	“En mi cuerpo y vida yo decido” : Autonomía psicológica y apropiación del cuerpo como vías para el autocuidado en mujeres	77
3.4.4	“Lo personal es político” : retos políticos, sociales y estructurales del cuidado	81
Capítulo 4. Método		83
4.1	Justificación.....	83
4.2	Planteamiento de la problemática.....	84
4.3	Pregunta de Investigación.....	86
4.4	Objetivo General	86
4.4.1	Objetivos Específicos	86
4.5	Tipo de Estudio.....	87
4.6	Diseño.....	91
4.7	Tipo de Muestreo.....	92
4.8	Participantes	93
4.9	Técnica de recolección de información	93
4.10	Procedimiento.....	96
Capítulo 5. Resultados, Discusión y Conclusiones: Vivencia, autocuidado e implicaciones del VPH en Mujeres		102
5.1	Resultados	102
5.1.1	Vivencia del vph en mujeres, pareja, instituciones y familia.....	107
5.1.2	Impacto de la infección por vph en la vida de las mujeres	129
5.1.3	Proceso de autocuidado en mujeres con vph.....	136
5.2	Discusión.....	151
5.3	Conclusiones	158
REFERENCIAS		167

CONSTRUCCIONES DE GÉNERO, Y AUTOCUIDADO PERSONAL Y EN PAREJA EN MUJERES CON VPH

Resumen

El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual que tiene una alta incidencia en mujeres, la cual mayoritariamente se ha investigado en relación con las afectaciones biológicas, por lo que hay poca información sobre el impacto del virus en la vida de las mujeres, las implicaciones de los cuidados una vez que se ha diagnosticado el virus y las formas en que el género atraviesa dicho proceso. Es por ello que los objetivos de la presente investigación se direccionaron en *conocer la manera en que las construcciones de género inciden en las prácticas de autocuidado personal y en pareja en mujeres con VPH*, para desde la voz de las mujeres dar cuenta de los aspectos que están en juego y que pudieran estar afectando su salud.

La presente investigación es de tipo cualitativo, abordada desde los fundamentos epistemológicos feministas y bajo un marco interpretativo fenomenológico debido a que se quería conocer las vivencias y experiencias narradas por las mujeres a raíz de la infección, bajo un análisis que evidenciara los sesgos de género que se han construido alrededor de dicha infección. Se realizaron entrevistas semiestructuras focalizadas a 5 mujeres mexicanas diagnosticadas con el VPH de entre 20-35 años y posteriormente se realizó un análisis cualitativo de contenido, a través del cual se evidencio que el género atraviesa la problemática en las subjetividades de las participantes y su autocuidado (sexualidades, cuerpo e identidades de género) y su relación con el otro/a (asunción del varón como no infectado/ no portador/ no enfermo), en las instituciones de salud (violencia institucional), políticas públicas (responsabilización de las mujeres del cuidado sexual), en la creación de conocimiento sobre el VPH y en la práctica médica (sesgos de género, reproducción de estereotipos y roles de género).

Palabras clave: Construcciones de género, autocuidado, mujeres con VPH.

CONSTRUCTIONS OF GENDER, COUPLE AND SELFCARE IN WOMEN WITH HPV.

Abstract.

The human papillomavirus (HPV) is a sexually transmitted disease with a high incidence in women. This illness has been investigated by biological approaches, therefore there is a little or no information about the changes of life style, selfcare and how the gender view shapes this long process.

The aim of this thesis is to study how the constructions of gender influence the couple and selfcare in women with HPV. This study is based directly with the voices of women who are struggling against this affection in order to know the real aspects that are affecting their health.

This research is a qualitative study based in a feminist and phenomenological framework. Five semi-structured interviews to 20-35 years old mexican who were diagnosticated with HPV were made. After that, the information was analyzed through a qualitative content analysis.

I found that couple and selfcare in women with HPV is affected by constructions of gender. Women suffered institutional violence and also they were seen as total responsible of the couple sexual behavior by public politics.

The constructions of gender also affect on their subjectivities, sexuality and bodies. The partners of the participants (men) are not considered as a infected person by HPV.

To conclude, in medical care, the constructions of gender also influence the doctor – patient relation, and could improve the knowledge about HPV.

Key words: Constructions of gender, selfcare, women with hpv.

Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH), es considerada como una familia de virus, de los cuales se han identificado más de 120 tipos, 40 de ellos que infectan principalmente el cuello uterino, vagina, piel vulvar y región perineo-anal, y ocasionalmente los epitelios fuera de la región genital (Vargas y Acosta 2007). El VPH genital, es una infección de transmisión sexual, que se presenta en más del 70% de las mujeres en edad reproductiva en algún momento de su vida (Garcea y Di Maio, 2007), lo cual da cuenta de la alta incidencia y contagio del virus. En comparación con otras infecciones de transmisión sexual a nivel mundial, hay alrededor de 440 millones de personas que están infectadas de VPH, en contraste con la prevalencia de personas infectadas con gonorrea donde se reportan 62 millones y con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que reporta 40 millones (Garcea y Di Maio 2007).

A pesar de que el VPH, se ha mencionado como una causa necesaria (ausencia de enfermedad en ausencia de infección) aunque insuficiente para desarrollar cáncer cérvico-uterino (CaCu) (Bosch y Muñoz, 2002; Muñoz, 2000; Burd, 2003), esta tipo de cáncer en México se ha catalogado como un problema de salud pública que en los últimos 25 años ha presentado oficialmente más de 100,000 decesos y a partir de 2006, se constituyó en la segunda causa de muerte por tumores malignos en las mujeres, después del cáncer de mama (Lazcano- Ponce et al, 2009). De modo que, tan sólo en el 2011 según datos del INEGI, se registraron un total de 3 927 decesos de mujeres a consecuencia del CaCu y por tanto de su previa infección por VPH.

En países latinoamericanos como es el caso de México, el CaCu tiene una incidencia y mortalidad entre 3 y 10 veces mayor que en países industrializados (Lazcano-Ponce et al, 2009), siendo así que en Latinoamérica cada año se reportan 68,000 casos nuevos de CaCu (Hidalgo-Martínez, 2006), lo cual deja entrever que el contexto socioeconómico y condiciones de vida en esta región conllevan a una mayor propensión de las mujeres latinoamericanas a padecer este tipo de cáncer.

En cuanto a la forma en que se han realizado y abordado las investigaciones sobre el VPH, se puede decir que se han hecho desde diversas disciplinas, siendo las biomédicas (medicina, genética, biología) las que comenzaron a brindar los primeros conocimientos acerca del virus. Después, los estudios epidemiológicos ayudaron a dar cuenta de los elementos sociales que se asociaban a la infección y con ello se dio pie a las aportaciones de las ciencias sociales como la psicología, la sociología y la antropología, entre otras.

Las aportaciones que se han realizado desde los estudios de corte biomédicos, han sido principalmente relacionados con la estructura molecular del virus, los tipos que hay y la relación que tienen éstos con el CaCu y la aparición de verrugas genitales en las personas infectadas, el desarrollo de nuevas tecnologías para las pruebas de tamizaje y más recientemente sobre la vacuna contra el VPH.

La epidemiología ha brindado información sobre cuáles son las características de las personas que propician una mayor probabilidad de infectarse por este virus, así como sobre los factores de riesgo que intervienen. Con este enfoque, a pesar de que se abordaron temas ya no solamente biológicos, sino que se empezaron a tomar en cuenta otros indicadores sociales como la edad, nivel socioeconómico, escolaridad y sexo, no se retomó la condición de género como elemento que se relaciona con el contagio de esta ITS.

Desde las ciencias sociales, las contribuciones que se han aportado son referentes al impacto que tienen los discursos que mantienen las políticas públicas, las desigualdades sociales, la cultura y el contexto en la vida cotidiana de las personas, que aumentan o disminuyen la probabilidad de ser infectada(o) por este virus. Desde la psicología, a grandes rasgos, se puede mencionar que se ha abordado el problema a través del estudio de las creencias sobre el CaCu (Ybarra, Pérez Y Romero 2012; Rubio y Restrepo, 2004), los conocimientos y actitudes de las mujeres sobre el CaCu y VPH (Huamaní, Hurtado-Ortega y Roca-Mendoza 2008), los efectos psicológicos de la pruebas de tamizaje (Wisner Acosta, Díaz, Tovar, y Salcedo, 2009), y sobre las condiciones emocionales de quienes están infectadas por el VPH y CaCu (Meza, Carreño, Morales, Aranda, Sánchez, y Espíndola, 2008).

A pesar de que la problemática en relación con el VPH, tal y como lo acabamos de mencionar, se ha abordado desde diferentes disciplinas y temáticas, son pocas las aproximaciones que brindan un acercamiento sobre las implicaciones que desde un análisis de género se pueden evidenciar, tales como: la feminización de la enfermedad (Luna, Fajardo, Sánchez, 2013); la relación que tiene las desigualdades de género en la propensión y experiencias con respecto al VPH (Casados, 2008); el estigma en la vivencia de las mujeres con VPH que alude a las construcciones sobre sus sexualidades y cuerpos (Arellano-Gálvez y Castro-Vásquez, 2013); los estereotipos y prejuicios de género en la atención médica del VPH (Reartes, 2007); entre otras temáticas que evidencian la importancia de retomar al género como categoría de análisis en el estudio del VPH. De esta manera, se puede mencionar que el género en relación con el VPH, atraviesa las vivencias de mujeres y hombres que se han contagiado, la práctica médica, la elaboración de políticas públicas así como las maneras en que se ha investigado dicha infección de transmisión sexual. No obstante, algunos tópicos como el proceso de autocuidado en mujeres que ya han sido infectadas por el virus, así como el papel de los varones en este proceso bajo un análisis de género, no habían sido abordados. Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo general: *“conocer la manera en que las construcciones de género inciden en las prácticas de autocuidado personal y en pareja en mujeres con VPH”*. Este acercamiento a las construcciones de género en la vivencia del VPH, se realizó tomando en cuenta las sexualidades, cuerpos e identidades de género vistas como dinámicas, inacabadas y por tanto en construcción; al autocuidado, desde un enfoque relacional; y tomando en consideración la voz de las mujeres, para con ello realizar un acercamiento desde sus experiencias en cuanto al proceso de la infección del VPH.

Cabe mencionar que la metodología que orientó este trabajo fue desde la investigación cualitativa, bajo fundamentos epistemológicos feministas y con un marco interpretativo fenomenológico, a través de entrevistas semiestructuradas focalizadas a 5 mujeres mexicanas diagnosticadas con VPH, cuya edad oscilaba de entre los 20-35 años, en donde la información recabada se analizó por medio de un análisis cualitativo de contenido, puesto que se quería conocer las experiencias y vivencias desde las mujeres con VPH, bajo un

análisis de género que evidenciara las formas en que los sesgos de género que se han construido alrededor del VPH impacta la experiencia de las mujeres al respecto.

La revisión teórica de cada uno de los capítulos que contextualiza esta investigación, se menciona de manera resumida a continuación:

El primer capítulo abordó un acercamiento general sobre el VPH, en donde se explica qué es el VPH; sus formas de transmisión, detección y tratamiento; cuáles son las características clínicas al presentarse la infección; y por último los factores asociados al VPH.

El segundo capítulo, tiene el propósito de hablar sobre el VPH pero en relación con las construcciones de género que atraviesa la experiencia de la infección en las mujeres, razón por la cual se hace un breve recorrido sobre el género como categoría de análisis en salud, así como sobre los aportes que dicha categoría brinda en el estudio del VPH desde varios niveles: la develación de sesgos de género tanto en la forma de creación de conocimiento y en la práctica médica con respecto a la infección; así como también en cuanto a las formas en que la categoría género atraviesa las sexualidades, cuerpos e identidades en las mujeres con VPH.

En el tercer capítulo que trata sobre el autocuidado desde una aproximación del enfoque feminista: se abordan primeramente los antecedentes, trayectorias y definiciones teóricas del autocuidado para después hablar sobre las formas en que los aprendizajes de género se relacionan con la forma del cuidado (o no) de la salud en hombres y mujeres; además, a partir de varias autoras feministas se abordan algunos elementos para repensar el autocuidado desde un enfoque que incorpore el aspecto relacional, el placer, la apropiación del cuerpo así como los aspectos políticos, sociales y estructurales en relación con el cuidado.

Por último, en el capítulo de resultados, discusiones y conclusiones, a partir del análisis de las narraciones sobre las experiencias de las mujeres en torno al proceso de la infección del VPH, se evidenció la forma en la que el género atraviesa la problemática desde distintos

niveles: en las subjetividades de las participantes y su autocuidado (sexualidades, cuerpo e identidades de género) y su relación con el otro/a (asunción del varón como no infectado/ no portador/ no enfermo), en las instituciones de salud (violencia institucional), políticas públicas (responsabilización de las mujeres del cuidado sexual), en la creación de conocimiento sobre el VPH y en la práctica médica (sesgos de género, reproducción de estereotipos y roles de género).

Capítulo 1. Virus del Papiloma Humano

En este capítulo se abordarán las principales características y manifestaciones sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres y en hombres. Para ello se explicará brevemente qué es el VPH, las formas de transmisión, los factores que se han asociado al contagio, las formas de detección y de tratamiento que están relacionados con dicha Infección de Transmisión Sexual (ITS).

El abordar estos temas me pareció fundamental para poder contextualizar la vivencia de las mujeres durante este proceso y entender de una mejor manera los procedimientos y tratamientos que se pueden enfrentar al contraer el Virus del Papiloma Humano.

1.1 Incidencia del Virus del Papiloma Humano

La información que existe sobre el VPH data desde el 377 A.C, según registros elaborados por Hipócrates en donde hablaba sobre la existencia de un tipo de verrugas que creía eran de transmisión sexual; en el año de 1907 Ciuffo a través de un experimento de auto-inoculación pudo demostrar que efectivamente estas verrugas eran de transmisión sexual; en 1962 y gracias los avances tecnológicos, como los microscópicos electrónicos, se pudo dar a conocer que el VPH pertenecía a la familia Papovaviridae; en 1970 se iniciaron los estudios de ADN de los VPH; pero no fue hasta 1974 cuando Zur Hausen pudo establecer la relación entre el VPH y el Cáncer Cervicouterino (Conzuelo, 2006). A partir de este hallazgo y debido al aumento en el padecimiento de este tipo de cáncer en las mujeres a nivel mundial, se empezó a investigar más a fondo sobre las características de este virus y su potencial oncogénico (Conzuelo, 2006).

En la actualidad se ha avanzado en el conocimiento que se tiene respecto al VPH, se han implementado programas de prevención y atención en varias regiones del mundo para evitar que el número de muertes por CaCu aumente, e inclusive en algunos países ya se comenzaron aplicar vacunas contra el VPH, pero a pesar de estas acciones, el VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo, ya que se presenta en más del 70% de mujeres en edad reproductiva en algún momento de su vida (Garcea y Di Maio, 2007).

En México, según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) el 95% de las mujeres menores de 30 años con vida sexual activa ya han sido infectadas por el VPH, aunque no todas de ellas llegan a padecer CaCu, debido a que en la mayoría de los casos, es el propio sistema inmune quien ayuda a evitar la aparición y desarrollo lesiones en el Cuello Uterino que con el paso del tiempo pueden convertirse en cancerígenas.

Es por esto, que el VPH se ha calificado como causa necesaria (ausencia de enfermedad en ausencia de infección) aunque insuficiente para desarrollar cáncer cervico uterino, debido al gran número de infecciones por VPH que se resuelven espontáneamente (Bosch y Muñoz, 2002; Muñoz, 2000; Burd, 2003).

Por lo anterior se puede decir que si bien es cierto que el número de incidencia del VPH es alta y que éste es considerado como el factor de riesgo más importante para desarrollar lesiones en el cuello uterino (Walboomers, et al. 1999), también lo es que menos del 5% de las mujeres infectadas por el VPH desarrollarán cáncer cervicouterino (CaCu) (Ho et al. 1995). Entonces, se podría decir que el CaCu es, en realidad, una secuela a largo plazo de una infección de transmisión sexual no resuelta y provocada por ciertos tipos de VPH (Bosch, Lorina, Muños , Meijer y Shah, 2002).

Algunas de las características del VPH, como lo es que la evolución de las lesiones del VPH a CaCu se produzcan en un tiempo prolongado (de 10-15 años) (Parkin y Bray, 2006), hace posible que este tipo de cáncer pueda ser 100% prevenible si se detectan y tratan a tiempo las lesiones derivadas del VPH. Por otra parte, el hecho de que el VPH es asintomático en sus inicios y puesto que sólo se presentan síntomas cuando hay lesiones más avanzadas o cáncer in situ, puede traer como consecuencia que las mujeres en ausencia de síntomas no acudan a realizarse las pruebas para la detección oportuna del VPH y con ello la prevención del CaCu.

El 88% de estos decesos de CaCu han ocurrido en países en desarrollo, donde este tipo de cáncer se ha posicionado como el segundo más común (Ferlay et al. 2010). El hecho de que este cáncer se presente de manera más frecuente en países en desarrollo (como es el caso de México) que en países desarrollados. Esto no es un hecho aleatorio, sino más bien el reflejo de inequidades en cuanto a riqueza, género y acceso a los servicios de salud que agrandan las

brechas de salud entre unos países y otros. De modo que, aunque todas las mujeres del mundo están expuestas al VPH, son las mujeres del mundo en desarrollo las que, durante décadas, han tenido poco o ningún acceso a la detección, tratamiento y seguimiento del VPH y con ello la prevención del CaCu para evitar las muertes que dicha enfermedad conlleva (Ferlay et al, 2010).

En México durante el año 2011, según datos del INEGI, se presentaron un total de 3,927 muertes a causa de esta enfermedad. La tendencia de incidencia de esta enfermedad ha ido a la baja durante los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45% (Programa de Acción Específico de CaCu 2007-2012, Secretaria de Salud). Sin embargo, esta disminución no se ha presentado de manera homogénea en todos los sectores del país, siendo los estados que tienen un menor índice de desarrollo humano y que tienen un mayor número de zonas rurales, los que presentan más defunciones a causa del CaCu, lo cual evidencia las brechas que existen en material de salud, de forma similar a lo que ocurre a nivel mundial.

A pesar de que el VPH infecta también a los varones, no se cuenta con información oficial al respecto en México de este sector, pero un estudio elaborado por el laboratorio farmacéutico Merck Sharp and Dohme (MSD), estimó que en México existen 800 mil menores de 18 años que ya fueron infectados con el Virus de Papiloma Humano (VPH), de los cuales calculó que son 500 mil hombres y 300 mil mujeres (Cruz, 2010). El VPH en varones, al igual que en las mujeres tiene como consecuencia clínica la aparición de condilomas y en menor grado el desarrollo de cáncer de pene y/o ano.

1.2 ¿Qué es el Virus del Papiloma Humano?

El VPH es un grupo de virus de más de 100 tipos que pertenecen a la familia papovaviridae y al género papillomavirus, son virus de ADN de doble cadena y que tienen un tamaño que oscila entre los 52 y 55 mm de diámetro. En el humano esta familia de virus infectan la piel y las mucosas y es ahí donde los VPH realizan su replicación, principalmente en los núcleos de las células (Conzuelo, 2006). De los más de 100 tipos de VPH tan solo 40 tipos son llamados

mucosales, debido a que se encuentran en las membranas mucosas del cuerpo o las capas húmedas que cubren los órganos y las cavidades del cuerpo que están expuestas al exterior, como lo es la vagina y el ano que tienen una capa húmeda superior, a estos tipos de virus, se les conoce también como VPH de tipo genital, ya que a menudo afectan esta área.

Los otros 60 tipos, son los responsables de causar afecciones en la piel de las demás partes del cuerpo, como en los brazos, el pecho, las manos o los pies y son las verrugas que comúnmente conocemos, las cuales no están relacionadas con el desarrollo de células cancerígenas (Castellsagué, 2008). En la siguiente tabla se mencionan algunas de las características del VPH.

Tabla 1. Características del VPH . *Fuente:* Conzuelo, E (2006). Papilomavirus. Los más viejos del mundo. México: Editorial Trillas.

Familia	Papovaviridae
Género	Papillomavirus
Acido Nucleico	ADN
Tipos	Más de 100
Reservorio	Humanos
Distribución	Mundial
Transmisión	Contacto directo con lesiones o fomites
Preferencia Viral	Cutaneotrófico y mucotrófico
Periodo de incubación	Tres semanas a ocho meses
Latencia	Cinco a 25 años o más

Para diferenciar e identificar a éstos más de 100 tipos de VPH, se les ha asignado un número, y en base a esa clasificación, se ha dado a conocer cuáles son los virus de alto, intermedio o bajo riesgo, en relación a su carga oncogénica. Los estudios que se han realizado sobre los VPH que afectan la zona genital, han arrojado datos que relacionan los VPH de alto riesgo en el 95% de los casos de cáncer cervicouterino, mientras que los tipos de bajo riesgo se han asociado más con la aparición de verrugas en el área genital (Castellsagué, 2008). En el siguiente cuadro se presenta la clasificación de los tipos de virus y su nivel de riesgo.

Tabla 2. Clasificación de Tipos de VPH y Nivel de Riesgo. *Fuente:* Muñoz, N, et al. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. The New England Journal of Medicine, 348, 518-527.

Nivel de riesgo	Tipos de VPH
Alto Riesgo	16,18,31,33, 35, 39, 45,51,52 ,56, 58, 59, 68, 73 y 82.
Probables tipos de alto riesgo.	26,53 y 66.
Bajo riesgo	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, y CP6108.
Riesgo Indeterminado	34, 57, 83.
Deben ser considerados cancerígenos	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, y 82.
Deben ser considerados probables carcinógenos	26, 53 y 66.

Cabe resaltar que a pesar de que se han clasificado alrededor de 14 tipos de VPH como de alto riesgo, son los tipos 16 y 18, los responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino, vagina y ano y del 30 a 40% de los cánceres de vulva; además de que también se han relacionado con el cáncer de pene y orofaringe (tumores de amígdala y del anillo de Waldeyer). Del mismo modo los tipos 6 y 11, clasificados como de bajo riesgo son los causantes de la papilomatosis laríngea recurrente, lesiones conjuntivales y de 90% de las verrugas genitales (Emans , Laufer, Goldstein , 2002 ; Tatti, 2008).

1.3 Formas de Transmisión

La forma de transmisión del VPH es comúnmente vía sexual, pero existen también otras maneras de contraer la infección, aunque son menos frecuentes.

En las infecciones de cuello uterino, se cree necesario el contacto sexual, ya que requiere el acceso del virus a través de microabrasiones en el epitelio mucoso o escamoso producidas

durante éste. El virus del papiloma humano puede también transmitirse por contacto piel-piel, piel-mucosa, mucosa-mucosa e infectar otros sitios, como los genitales externos (Soto, 2008).

Debido a que se han encontrado personas infectadas que nunca han tenido relaciones coitales, se contempla la posibilidad de que el contagio también se realice a través de las manos, juguetes sexuales, vía perinatal durante el parto vaginal o, menos frecuente, durante la cesárea (Syrjanen, Puranen, 2000; Accladious, Mandal, 2000). Aunque la OMS promovió desde el 1985 el uso de los métodos de barrera para evitar las infecciones cervicales y el cáncer cervicouterino, se ha demostrado que dichos métodos como es el caso del condón, no son 100% eficaces, y sólo protege hasta un 70 %, debido a que las personas no lo usan correctamente, sólo lo hacen al momento de la eyaculación, por lo que no se considera que las lesiones infectantes están en otras áreas genitales masculinas, no solamente en el pene (Gayón, Hernández, Sam y Lombardo, 2008).

1.4 Características clínicas del VPH en Mujeres y en Hombres

Las formas en las que se manifiestan en las mujeres el VPH, tiene mucho que ver con las características físicas y anatómicas de los genitales femeninos, puesto que éstos al encontrarse de manera interna y estar húmedos la mayoría del tiempo, propician un ambiente que favorece las infecciones por bacterias o virus, como lo es el del papiloma humano. Estas características anatómicas a diferencia de las de los hombres que tienen de manera externa sus genitales, tiene como consecuencia que el VPH provoque más afectaciones en la salud de ellas que en la de ellos.

El VPH tanto en las mujeres como en los hombres no presenta síntomas perceptibles a simple vista en un inicio, pero con el paso y evolución de la infección se producen lesiones que pueden ir desde la presencia de verrugas genitales hasta el cáncer .

Las lesiones que se presentan en las mujeres a causa del virus son conocidas como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto o bajo grado y también como lesiones intraepiteliales escamosas (SIL, por sus siglas en inglés). Estas lesiones son pre cancerosas, es decir, que pueden evolucionar a cáncer si no se detectan y eliminan a tiempo (Denny, Bhatla y Wittet , 2010).

Se estima que un 25% de las mujeres con infección genital por VPH pueden presentar regresión de la lesión (papanicolaou normal), 61% de los casos, permanecer igual durante 19 meses (Papanicolaou anormal), y 14% sufrir progresión (Papanicolaou con cáncer) (Conzuelo, 2006). Estas características en cuanto a la progresión del VPH resultan ventajosas si es que se toman medidas preventivas, como lo son las revisiones periódicas.

En los hombres el VPH al igual que en las mujeres es asintomático y silencioso en sus inicios. De hecho solo el 5% presenta condilomas (verrugas genitales provocadas por VPH), localizadas más comúnmente en el glande, seguido del cuerpo del pene y el prepucio, con menos frecuencia se afecta el meato uretral y la uretra peneana. La prevalencia de las lesiones papilares del pene se desconoce, así como la prevalencia de la infección subclínica (Conzuelo, 2006). Sin embargo, es importante mencionar que aunque no existan datos clínicos sobre la prevalencia de esta infección en los varones, hay que recordar que si es el VPH de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes, seguramente también lo es en ellos.

De acuerdo con la información recabada a través de la exploración física de los pacientes observados con lupa o colposcopio, podemos decir que las lesiones genitales que presentan los varones son las siguientes:

- *Condilomas acuminados*: Son lesiones vegetantes, arborescentes que parecen coliflores; son tumores blandos múltiples de diferentes tamaños y afectan cualquier sitio de los genitales.
- *Lesiones papilares del pene*: También conocida como papilomatosis del pene, son lesiones de diferente forma pero causadas por el mismo agente (el VPH); entre éstas encontramos las lesiones en forma de pequeños montículos o pequeños dedos o lenguas (Conzuelo, 2006).

1.5 Formas de detección

El diagnóstico de la infección genital causada por VPH se realiza en la actualidad por varios métodos que a continuación se describirán de forma breve:

1.5.1 Formas de detección en mujeres

Prueba del Papanicolaou (citología cervical).

La prueba del Papanicolaou (PAP) consiste en tomar una muestra del cuello de la matriz, para enviarla con un patólogo y poder determinar si hay presencia de anormalidades en las células de dicha región (Conzuelo, 2006).

La prevalencia en la utilización en México del PAP en mujeres de 20-50 años de edad ha sido relativamente baja, puesto que tan sólo 127 de cada 100 mil mujeres se han practicado la prueba alguna vez en su vida y 145 de cada 100 mil no lo ha hecho nunca (Meneses et al., 2003).

Algunos factores que pueden estar interviniendo en la realización o no de esta prueba de detección puede estar relacionada con los conocimientos sobre la utilidad de esta prueba; con factores socioculturales, como el nivel de escolaridad de las mujeres y sus parejas sexuales (Aguilar et al, 2003); y con la pareja, ya que en un estudio realizado en zonas marginadas y rurales de México (Lazcano et al, 2000) se observó que si un varón es quien toma la muestra de PAP, las parejas de las mujeres rechazan la utilización de esta prueba de tamizaje. Por el contrario, la prueba del PAP se incrementa cuando la pareja masculina está de acuerdo con la exploración ginecológica (Valdés, 2004).

Colposcopia

Se trata de un estudio ginecológico en donde con ayuda de un colposcopio, que es un microscopio que aumenta las imágenes del cuello de la matriz, con el objetivo de poder observar a detalle la superficie del cuello del útero para detectar cambios pre cancerosos o asociados con la infección del VPH. Dichas imágenes son captadas en fotografías o video con este aparato, lo cual permite conocer el tamaño y localización de las lesiones pre cancerosas (Sellors y SanKaranarayanan, 2003).

Biopsia del cuello de la matriz

Es un procedimiento médico quirúrgico para extraer una pequeña porción del cuello uterino mediante pinza especial, el cual es enviado con un patólogo, quien determina si existe cáncer, lesiones pre cancerosas o cambios causados por la infección en el cuello uterino. Cabe mencionar que la biopsia no se suele realizar en todas las mujeres, sino en aquellas en quienes se observan cambios mediante la colposcopia o la prueba de Papanicolaou (Conzuelo, 2006).

1.5.2 Formas de detección en Hombres

La forma de detección más comúnmente utilizada en varones, es la penoscopia que consiste en la colocación de ácido acético sobre el pene, particularmente sobre el glande para poder observar con un lente especial si existen comportamientos anormales en los tejidos, y determinar si hay o no evidencia del VPH. Este examen dura pocos minutos, no produce molestias y no requiere de un reposo posterior (Soto, 2008).

1.5.3 Métodos Moleculares

El diagnóstico a través de métodos moleculares se pueden utilizar tanto en hombres y en mujeres, mediante pruebas de biología molecular se identifican en porciones de ADN la presencia de los virus del papiloma humano (Conzuelo, 2006).

Las dos pruebas de ADN que se utilizan para la detección del VPH son el PCR (Reacción en Cadena de Polimerasa) y la Captura de Híbridos, los cuales consisten en tomar una muestra similar a la del Papanicolaou y hacer estudios para detectar la presencia/ausencia del VPH, así como el tipo de virus que porta la/el paciente (Castaño y Hurtado, 2012). La realización de estas pruebas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, la cual fue modificada en octubre del 2007, menciona que estas pruebas deberán realizarse como complemento citológico y en el seguimiento a los 6, 12 y 24 meses de pacientes con diagnóstico positivo a VPH, y en quienes se les realizó algún tratamiento como la criocirugía, electrocirugía y laserterapia.

1.6 Tratamientos

A pesar de que no existe tratamiento alguno que elimine el VPH del cuerpo por completo, sí existen métodos para tratar las lesiones producidas por éste.

Los tratamientos que se utilizan se enfocan tanto a eliminar las lesiones con tratamientos localizados para detener el daño que el virus ejerce sobre los tejidos, o brindar tratamiento tanto en las lesiones como en el tejido que luce sano, con el fin de llevar al virus a un periodo de latencia, donde no sólo se pierde la capacidad de dañar los otros tejidos, sino también la capacidad de contagio. Esto se consigue a través del láser o el cauterio ampliado, o con el uso de protocolos que combinan la criocirugía con el empleo de una crema especial (Soto,2008).

1.6.1 Tratamientos en Mujeres

Las lesiones producidas por el VPH en las mujeres, también llamadas displasias, si son leves, desaparecen en su mayoría espontáneamente o con tratamientos simples, como óvulos, cremas o pastillas, y se les da seguimiento a las mujeres a los seis meses para determinar si la lesión desapareció (Soto, 2008). En caso de que la lesión persista, o avance a una displasia moderada o severa, se consideran otros tipos de tratamientos como lo son los métodos de congelación, el cauterio, láser, o en casos muy severos la remoción de la matriz (Soto, 2008).

A continuación se describirán de manera breve las formas de tratamiento que se utilizan en las mujeres para tratar las lesiones producidas por el VPH:

- **Criocirugía**

Esta técnica consiste en colocar sobre el cérvix un dispositivo que está conectado a un cilindro de nitrógeno. Este dispositivo enfría hasta congelar el cuello de la matriz. Este método es muy usado en el tratamiento del virus del papiloma que sólo se encuentra en el cuello de la matriz (Soto,2008).

- **Cauterización**

La cauterización es un método que consiste en tratar las lesiones virales con la aplicación de voltaje al tejido, a través de un electrodo. No requiere internamiento ni anestesia, y su duración oscila entre 15-25 minutos. El método se emplea en el tratamiento de las lesiones causadas por el virus del papiloma localizadas en el cuello de la matriz. También se utiliza para tratar algunas lesiones precancerosas, sobre todo la displasia leve y la moderada (Soto, 2008).

- **Láser**

El láser es una técnica mediante la cual, a través de un rayo, se vaporizan las células lesionadas por el virus del papiloma. Este método permite tratar tanto las lesiones del cuello de la matriz como las del resto del tejido genital, sin generar molestias ni dolor. Esta es una gran ventaja sobre otros métodos como el cauterio, la criocirugía y el Leep, cuya utilización

prácticamente se limita al cuello de la matriz. Otra ventaja es que en este método no se presentan problemas de cicatrización (Soto, 2008)

- **Leep**

Este método se realiza a través de un aparato en forma de sacacorchos, el cual se introduce en el cuello y, mediante calor; remueve el tejido lesionado y sus bordes. Se emplea en lesiones avanzadas y localizadas en el cuello de la matriz, como las displasias (Soto, 2008).

- **Conización cervical**

La conización, también llamada cono, es un método quirúrgico en el cual se elimina una parte del cuello de la matriz. La parte removida tiene forma de cono, y de ahí se deriva el nombre del procedimiento. La idea es remover en su totalidad los tejidos lesionados. Al igual que con el Leep, el tejido se analiza microscópicamente para corroborar si se removió toda la lesión. La conización es una cirugía en todo el sentido de la palabra; requiere internamiento, anestesia general y llevar a la paciente a la sala de operación. Este método es muy empleado en el tratamiento de las displasias moderadas y severas aunque algunos profesionales también las usan, en tanto cumplan ciertas características (Soto, 2008).

- **Histerectomía**

La histerectomía es la cirugía mediante la cual se extrae la matriz. Las lesiones más peligrosas causadas por el virus del papiloma están en el cuello de la matriz, y en esta cirugía se remueven junto con la matriz.

La gran ventaja radica en que el virus deja de ser un peligro para la salud de las mujeres, pues, aunque el virus quede en la vulva o en la vagina, las lesiones pre cancerosas y cancerosas se producen sólo en el cuello. Si la cirugía remueve el cuello, el virus ya no puede desencadenar los procesos cancerosos. La histerectomía se emplea principalmente en lesiones avanzadas y extensas, como una displasia severa, en un cáncer in situ o en procesos más avanzados. También en displasias moderadas o severas en aquellas mujeres que no desean tener más hijos (Soto, 2008).

- **Otros tratamientos**

Podofilina: es una sustancia cáustica que, al aplicarse sobre las lesiones, las quema. Resulta útil sólo para las lesiones virales visibles, como los condilomas, pero no para las displasias (Conzuelo, 2006).

Interferón: es un medicamento muy potente y complejo que funciona modulando las respuestas inmunes (defensivas) del organismo e inhibiendo la reproducción de los virus.

5 Fluoracilo: es un agente citotóxico lo cual significa que destruye las células y, en el caso concreto del VPH, deshace las que albergan el virus, pero también extermina las células sanas (Conzuelo, 2006).

1.6.2 Tratamientos en Hombres

El tratamiento para los hombres en el caso del VPH, es poco común, debido a que pocas veces presentan una lesión o daño a causa de este virus, y si es que la presentan pocos varones son quienes acuden con su médico en busca de un tratamiento, a pesar de que es de suma importancia el tratamiento en ellos para evitar que infecte a nuevas parejas y para disminuir la frecuencia de la enfermedad; inclusive, algunos autores plantean que, si sólo se trata a las mujeres, los varones infectados podría reactivar el virus en las mujeres al transmitir una nueva cantidad de VPH en cada relación sexual (Leyva, et al. 2003). Esto se denomina efecto ping-pong, es decir, se proporciona tratamientos a las mujeres, pero los varones nuevamente le pasa una carga viral (Soto, 2008).

En los varones se pueden utilizar varios esquemas terapéuticos. Tal vez el más empleado es la combinación del 5 Fluoracilo (es una crema) con un medicamento antiviral (pastillas). Este tratamiento tiene una duración variable entre las seis y las diez semanas (Soto, 2008).

- **Láser**

En los varones también se utiliza el láser para tratar las lesiones virales del VPH, sobre todo cuando éstas son grandes, tal como sucede con el condiloma acuminado. El tratamiento con láser es indoloro y rápido y no deja ninguna molestia ni efecto secundario (Soto, 2008).

- **Cauterio**

El cauterio resulta bastante efectivo como parte de un tratamiento integral. Su desventaja es que requiere anestesia, la cual hay que aplicar con una pequeña jeringa. Esto suele desmotivar a algunos varones (Soto, 2008).

1.7 Factores asociados al VPH

Algunos de los factores que se han relacionado con la infección del VPH se mencionan a continuación:

- **Conducta sexual**

Puesto que la principal vía de transmisión del VPH es por contacto sexual, algunos factores asociados al contagio del VPH están estrechamente relacionados con el comportamiento sexual de hombres y mujeres. La actividad sexual a edad temprana y el número de parejas sexuales se han mencionado como factores asociados al VPH, debido a que a edades más cortas en el inicio de actividad sexual así como el número de parejas, hay un mayor tiempo de exposición y posibilidad de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma humano (Tirado, Mohar, García, Franco y Borgues, 2005). Por consiguiente se ha encontrado más prevalencia de la infección por este virus en mujeres jóvenes sexualmente activas de 18 a 30 años de edad, mientras que después de los 30 años decrece la prevalencia, y es después de los 35 años la edad en donde es más común encontrar CaCu, lo cual sugiere que su infección fue a edades tempranas (Adam, Berkova y Daxnerova, 2000).

Tener historial de otras enfermedades de transmisión sexual, como por ejemplo el VIH, se ha relacionado con la infección del VPH, ya que el virus de inmunodeficiencia adquirida afecta el sistema inmunológico, el cual al estar deprimido facilita la aparición y desarrollo de lesiones precursoras de cáncer.

Por último el uso incorrecto del preservativo o la ausencia del mismo en todas las relaciones sexuales predisponen al contagio del VPH y otras ITS (Hernández, 2012).

- **Uso prolongado de anticonceptivos orales**

El uso prolongado de anticonceptivos orales se vincula con la persistencia de infecciones por el virus del papiloma humano. Algunos estudios estiman que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de cinco años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino por el exceso de hormonas (Melo y Waliszewski, 2009).

- **Higiene**

La falta de higiene es otro factor asociado a la infección del VPH y para la prevalencia de toda clase de infecciones, puesto que el cúmulo de bacterias en el área genital favorece el albergue de agentes patógenos como lo es el VPH (Bleeker, Heideman, Snijders, Horenblas, Dillner y Meijer, 2009). Una higiene excesiva no garantiza ni impide el contagio del VPH, pero si disminuye en un porcentaje considerable las infecciones.

De acuerdo con un boletín elaborado con el ISSSTE en el 2005, los hábitos de higiene de los actores del sector salud también se deben considerar, ya que se ha visto que otra de las particularidades de este virus es su resistencia al medio ambiente, donde puede permanecer en secreciones hasta 24 hrs después de haber salido del organismo sin perder su capacidad infectante. También existen evidencias de otras formas de contagio como son: mesas de exploración ginecológicas e instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados, entre otros (ISSSTE- Boletín 2005).

- **Circuncisión de los varones**

En los últimos años se ha relacionado la circuncisión de los varones con la reducción en el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, entre ellas la del VPH, por reducir la capacidad del virus al fijarse y penetrar en las células (Dickerman ,2007 ; Tobian y Quinn, 2009).

- **Alcoholismo y Tabaquismo**

El hábito de tomar o fumar se ha relacionado con el VPH porque se ha visto que ello favorece la infección. En el caso del consumo de alcohol genera un efecto nocivo que produce ciertas sustancias que actúan como oxidantes, elementos cuya acción constituye un

mecanismo importante en la inducción de transformaciones malignas celulares (León, Bosques, Silveira, De la Torre, Soto y Rodríguez, 2009).

Así mismo, el hábito de fumar tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio del canal endocervical en donde es el reservorio del virus del papiloma, generando la inoculación con mayor facilidad en un ambiente óptimo para su propagación (Alaniz, Flores y Salazar, 2009)

También el uso de medicamentos o consumo de drogas que provocan la depresión del sistema inmunológico predisponen al desarrollo del cáncer anogenital y del cuello uterino (Mammas, Sourvinos y Spandidos, 2009).

- **Sistema inmunológico**

El sistema inmunitario deprimido se ha relacionado con la aceleración y propensión de la infección huésped y las lesiones a causa del VPH, las cuales en estos pacientes son más difíciles de tratar, porque la persistencia y progresión son muy altas (Sam, Ortiz y Lira, 2011). Por el contrario un sistema inmunitario óptimo puede inclusive ayudar a la desaparición de lesiones precursoras de CaCu, o a evitar la infección misma.

- **Alimentación**

Una alimentación deficiente de antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado, inclusive del cáncer cervico uterino (Tamayo y Verona, 2006).

Por el contrario una alimentación balanceada y rica en nutrientes ayuda a mantener las células en condiciones óptimas, de modo que no permita el acceso de ningún microorganismo patógeno, se recomienda una alimentación más rica en frutas y verduras que en carnes, la nutrición equilibrada en antioxidantes ayuda a reducir la probabilidad de infectarse (Chéchile, 2009).

Por último, además de que todos los factores que se han mencionado están relacionados con una mayor propensión para contraer la infección del VPH, existen otros factores sociales, económicos, culturales y estructurales que son importantes considerar para realizar un

acercamiento integral a la problemática del VPH (Torres-Poveda, Burguete, Bermúdez-Morales, Madrid-Marina, 2008).

En relación con las ITS, los mayores niveles de pobreza, exclusión y desigualdad social ubica a las mujeres en una situación de desventaja social a la hora de proteger su salud (Schmunis, 1993 como se citó en Sibaja, 2013), y por tanto dichas variables incrementan el riesgo de algunas mujeres de morir por CaCu y por su previa infección del VPH (Palacio, Rangel, Lazcano, 2003 como se citó en Torres-Poveda, Burguete, Bermúdez-Morales, Madrid-Marina, 2008).

De acuerdo con el *Programa de acción específico 2007-2012 de cáncer cervico uterino dirigido por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en México*, algunas de las características epidemiológicas de las 4,114 mujeres, que en el año 2006, fallecieron por cáncer cervico uterino fueron las siguientes:

- Más del 80% de mujeres fueron mayores de 45 años, con una edad promedio al morir de 59.6 años. Esto significa que afecta a mujeres en una etapa productiva de sus vidas y su muerte tiene como consecuencia un impacto negativo en su entorno familiar, social y comunitario.
- Aproximadamente el 30% de las defunciones ocurre en mujeres sin escolaridad y un 63% en mujeres que no terminaron su educación primaria. El 40% de las defunciones tuvieron lugar en la Secretaría de Salud y una proporción similar en el Seguro Social.

Las características mencionadas hacen evidente que los factores asociados al contagio de VPH, no solamente son de tipo biológico, sino que también existen factores sociales y estructurales (como la falta de acceso a los servicios de salud) que refuerzan un perfil, en donde hay una estrecha relación entre rezago social y una mayor incidencia tanto del contagio de VPH, como de las defunciones a causa del CaCu. Algunas de las barreras a nivel estructural que obstaculizan la detección oportuna del VPH tienen que ver con que las pacientes pueden carecer de seguro médico, o los centros médicos para tratamientos de nivel secundario o terciario estén alejados; además de que las mujeres para tener un seguimiento oportuno tienen que realizar muchas visitas al médico para recibir el diagnóstico, los resultados o la hospitalización, de ser requerida (Hidalgo-Martínez, 2006)

Además de estos factores sociales y estructurales, otros factores culturales como la construcción de las sexualidades así como de sus cuerpos que atravesados por el género, hacen más compleja la comprensión de los factores que entran en juego en relación con la prevención o al contrario con el contagio de esta ITS, y es por ello que en el capítulo siguiente se ahondará en la forma en que dichos elementos impactan la vivencia del VPH.

Capítulo 2: Construcciones de género: El caso del VPH en mujeres

En este capítulo se abordarán a partir de las construcciones de género las implicaciones en relación con el VPH a nivel micro y macro social. El acercamiento a nivel micro social se realizará desde la vivencia de mujeres y hombres al contraer la infección; y desde el nivel macro social se hará desde los discursos institucionales y sociales que a lo largo del tiempo han direccionado los conocimientos, prácticas y políticas públicas con respecto a esta infección de transmisión sexual. El análisis del VPH y las construcciones de género clarifica el por qué en esta tesis se retoman dichos elementos para comprender la vivencia de las mujeres con VPH más allá del ámbito médico y/o biológico, y en cambio dar cuenta de cómo al introducir la categoría género, dentro de los análisis, reflexiones y discusiones en torno a la problemática, se pueden dilucidar más elementos que subyacen y aunque invisibilizados, impactan los procesos de salud-enfermedad de las personas así como también la elaboración de programas y políticas públicas en salud.

2.1 Género como categoría de análisis en salud

En la historia del feminismo, el concepto género se acuña en los años setenta como un instrumento de análisis académico y político, para visibilizar y evidenciar que no es natural la forma de organización social que traduce la diferencia sexual en desigualdad social, sino que es resultado de construcciones sociales. La importancia de tener en cuenta la vinculación del concepto género con la teoría feminista radica en comprender las raíces y memoria histórica de luchas políticas y sociales desde donde emerge dicho concepto (Cobo, 2005).

El concepto género no ha sido estático y ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y contextos sociohistóricos, de modo que los aportes desde las diferentes miradas feministas han ido enriqueciendo y haciendo compleja su comprensión: Gayle Rubín (1986) definió al sistema sexo/género como un *“Conjunto de disposiciones mediante las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y mediante las cuales se satisfacen esas necesidades sexuales transformadas”* (p.97); por su parte Joan Scott (1986 como se citó en Lamas 1986/2013) habló del género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basa en las diferencias entre los sexos y que es una forma primaria

de las relaciones de poder; y otra de las grandes aportaciones posmodernas fue hecha por Judith Butler (2001) que en *El género en disputa*, plantea la posibilidad de abandonar la diferencia entre los conceptos sexo y género, o, al menos, de invertir la primacía atribuida al sexo por encima del género, es decir, no es el sexo la base biológica natural, fundamental e invariable sobre la cual cada cultura construye sus concepciones, sus roles y estilos de género, sino que es el género cultural el que nos permite construir nuestras ideas sobre la sexualidad, nuestras maneras de vivir nuestro cuerpo, incluyendo la genitalidad, y nuestras formas de relacionarnos física y emocionalmente.

De esta manera se puede decir que el concepto género es una construcción social compleja que involucra un conjunto de saberes, discursos, prácticas sociales y relaciones de poder que les da contenido específico a las concepciones que usamos en relación con el cuerpo sexuado, con la sexualidad y con las diferencias físicas, socioeconómicas, culturales y políticas entre los sexos en una época y en un contexto determinado (Castellanos, 2006); así como también involucra una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres que implican desigualdades y jerarquías entre ambos (Burin, 1998). Es importante recalcar que las relaciones basadas en el género se reproducen mediante mecanismos que articulan lo micro y lo macro social es decir desde las estructuras políticas y las normas, los mitos, los valores hegemónicos, las instituciones que también reproducen dichos valores y normas, hasta los espacios de interacción entre hombres y mujeres en donde se incorpora y encarnan esas desigualdades mediante la socialización temprana dada en la familia, la escuela, y a lo largo de la vida a través de más instancias sociales (Herrera, 2009).

El género desde la mirada feminista coincide en que es un organizador de la vida social en interacción con otras categorías como raza, etnia, clase, edad, y preferencia sexual, así como también en que no solamente se trata de entender cómo funciona y cómo está organizada la vida social, sino que es necesaria la acción para hacer equitativo ese mundo social, por lo que uno de los compromisos centrales del feminismo es el cambio para las mujeres en particular, y el cambio social progresivo en general (Blazquez, 2010). Bajo esta mirada se puede decir que el concepto género conlleva un compromiso de cambio de la organización a nivel social

y estructural, aunque a lo largo del tiempo y la ampliación de la utilización de esta categoría de análisis, se han generado usos, dificultades y confusiones en torno al significado y objetivos que con dicho concepto buscaban evidenciarse desde los feminismos.

Martha Lamas (1996/2013) menciona que algunos de estos usos y dificultades con respecto a género tienen que ver con que en castellano la acepción de la palabra género se refiere a la clase, especie o tipo a la que pertenecen las cosas, a un grupo taxonómico (género musical, género literario), que no necesariamente denota como en inglés "gender" que si apunta directamente a los sexos; con que se ha utilizado género como sinónimo de sexo; y a la sustitución de mujeres por género. De ahí que muchos estudios simplemente constaten datos referidos a las relaciones entre hombres y mujeres, sin preocuparse por buscar una explicación de las diferencias y desigualdades, es decir, sin intentar aclarar la construcción social que subyace a las mismas (Maquieira, 2001 como se citó en Esteban 2006).

A pesar de las dificultades y confusiones del concepto género en su utilización, considero que dicha categoría de análisis puede proporcionarme elementos para comprender la vivencia de las mujeres en relación con su salud, en especial con el VPH, por lo que retomando a Scott (2011), quien en su artículo, habla sobre si la categoría género aún es útil para el análisis, señala que la categoría género sigue siendo útil, si se toma como una invitación a pensar de manera crítica sobre cómo los significados de los cuerpos sexuados se producen en relación el uno con el otro, y como estos significados se despliegan y cambian, si se pone énfasis no en los roles asignados a las mujeres y a los hombres, sino a la construcción de la diferencia sexual en sí, si se considera al género como una categoría que considera que es éste quien produce significados para el sexo y la diferencia sexual, y no que es el sexo quien determina los significados de género; es decir si el género "...es una pregunta abierta sobre cómo se establecen significados, qué implican, y en qué contextos..." (p.101).

Como pregunta abierta, el género como categoría de análisis en los procesos de salud-enfermedad realiza valiosas aportaciones, puesto que cuestiona la etiología de enfermedades tal y como son formuladas (cómo básicamente unicausal) e implementa modelos multi-causales para explicar el origen de los distintos malestares, cuestiona la "supuesta neutralidad

de la medicina”, aborda las desigualdades de género en salud bajo un análisis encaminado a romper y/o poner en discusión las categorías binarias del pensamiento occidental tales como mente/cuerpo, hombres/mujeres, masculino/femenino, razón/emociones, cultura/naturaleza, etc. (Esteban, 2006); dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social que se plasman en situaciones de desventaja o de ventaja de las mujeres frente a los hombres, entendidas en términos de las probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir, tomando en cuenta que en muchas ocasiones los factores sociales exacerbaban las vulnerabilidades biológicas (Sen, George y Ostlin, 2005); y considera que las diferencias y desventajas de género en el campo de la salud no solo se manifiestan en la distribución de las enfermedades, sino también en la forma en que se promueve la salud, se previene y contraen las enfermedades, se cuida a los/las enfermos/as, y también en los modelos empleados para estructurar los sistemas de salud y la seguridad social Breilh 1996 (como se citó en Estrada 2009).

Además de acuerdo con Estrada (2009) el género como categoría de análisis en salud es una herramienta versátil que puede ser utilizada para:

1. Mejorar las condiciones de inequidad y atenuar el impacto de la triple carga de trabajo (trabajo social, doméstico, de procreación-reproducción) sobre la salud. De modo que su articulación con las condiciones de reproducción social, de clase, de etnia, entre otras, permite una mirada más integradora a la categoría salud.
2. Posibilitar una lectura desde un enfoque diferente, más sociológico y menos biológico, que permite introducir un paradigma diferente en la salud.
3. Establecer indicadores teóricos y prácticos, y nuevas categorías de análisis que apunten a una nueva lectura y por consiguiente a una nueva forma de accionar sobre la salud.
4. Facilitar la lectura de la división social sexual del trabajo, a partir de develar el esclarecimiento de espacios de movimiento y de tiempos, así como el desempeño de roles diferentes por las mujeres, lo cual ayuda a determinar un impacto diferenciado sobre la salud de ellas.

5. Descubrir las relaciones de poder y las asimetrías en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la relación médico(a)-paciente.
6. Permitir identificar las inequidades y las brechas de género en la salud, existentes entre mujeres y hombres.
7. Favorecer la inclusión de la subjetividad de los colectivos femeninos y masculinos, como elementos muy importantes en el análisis de la salud.

Tal y como se acaban de mencionar las articulaciones entre las construcciones de género y la salud atraviesan distintos niveles que a pesar de que mucho tiempo los paradigmas médico-biológicos invisibilizaban, es necesario tomar en consideración para comprender los procesos de salud-enfermedad y coadyuvar a garantizar el derecho a la salud de todos y todas. De esta manera el género se convierte en unos lentes que dejan ver las relaciones jerárquicas, de poder y relacionales que impactan la salud en distintos niveles: a nivel estructural y social, en la epistemología y praxis médica, y en las condiciones de vida, desigualdades, identidades de género, ejercicio derechos, entre otros factores que impactan la vida cotidiana de hombres y mujeres.

2.2 Aportes de la categoría Género en el estudio del VPH

Tal y como se mencionó en el apartado anterior, el género como categoría de análisis en la salud puede brindar valiosas herramientas para comprender las vivencias de la infección por VPH en mujeres. Los aportes del género como eje de análisis en la vivencia del VPH, van desde el estudio de las formas en que se ha investigado dicha ITS, las prácticas médicas, políticas públicas y discursos que se han construido en torno al virus así como también la comprensión de las formas en que las sexualidades, identidades de género y el cuerpo se articulan en la experiencia de dicha infección, siendo así que el género permite insertar distintos elementos de la vida social que pueden ayudar a un análisis de la problemática más integral y los cuales se abordarán en los siguientes apartados.

2.2.1 Sesgos de Género en el acercamiento al VPH

Considerar la forma en que los sesgos de género influyen en el acercamiento a los procesos de salud-enfermedad, brinda la posibilidad de visibilizar aspectos que desde la construcción

de conocimientos se obvian puesto que se presupone que la ciencia se construye sobre la neutralidad del bagaje social de quien investiga, los paradigmas imperantes en sus contextos y las implicaciones políticas, económicas y sociales que también impactan el quehacer científico. Es por ello que a fin de poner sobre la mesa los sesgos de género en el acercamiento al VPH, en este apartado se hablará sobre éstos tanto en la creación de conocimientos con respecto a esta ITS así como también sobre los sesgos en la práctica médica de quienes brindan atención a mujeres y a hombres con VPH y que impacta en sus vivencias y experiencias.

2.2.1.1 Sesgos del género en la creación del conocimiento y políticas públicas en el VPH

Pasar por alto las formas en que el género atraviesa e impacta la creación de conocimiento y elaboración de políticas públicas con respecto a los procesos de salud-enfermedad, como es el caso del VPH posibilita la aparición de los llamados “sesgos de género” que Ruíz (2007 en Chillet 2011) define como:

Errores sistemáticos en el enfoque de género relacionado con el constructo social, que erróneamente considera a hombres y mujeres iguales/diferentes tanto en la exposición a factores de riesgo como en la historia natural y social de la enfermedad (inicio o pródromos, fase consolidada, respuesta a los tratamientos y pronóstico) (p.355).

Hablar sobre sesgos de género en la creación de conocimiento nos remite a la epistemología feminista puesto que algunas de sus interrogantes versan en “¿cómo influye el género sobre los métodos, conceptos, teorías y estructuras de organización de la ciencia? Y ¿Cómo es que la ciencia reproduce los esquemas y prejuicios sociales de género?” (p. 21) de modo que los temas y críticas centrales de la epistemología feminista tienen que ver con: “la crítica de marcos de interpretación de la observación; la descripción e influencia de roles y valores sociales y políticos en la investigación; la crítica a los ideales de objetividad, racionalidad, neutralidad y universalidad, así como las propuestas de reformulación de las estructuras de autoridad epistémica” (p.22-23) (Blázquez, 2010), lo cual conlleva a un posicionamiento desde el cual ya no es posible hablar de ciencia descontextualizada, en relación con quienes la hacen, con la realidad sociocultural, histórica, política y profesional de realización; ni de la desconexión entre los valores epistémicos (los que permiten afirmar que una práctica

tecnocientífica sea adecuada) y los contextuales o extra-científicos (entre otros los del género), en otras palabras, bajo la mirada feminista ya no es posible hablar de ciencia sin cuestionarla como "neutra, libre de valores y de poder" (Férrandez, 2010), supuestos que predominantemente se sostienen desde la medicina, disciplina quien mayoritariamente ha investigado sobre el VPH.

El desarrollo del conocimiento en la ciencia y por tanto desde la medicina se ha generado desde una perspectiva androcéntrica la cual identifica lo masculino con lo humano en general, es decir, de hacer de lo masculino una norma; además de que dicha perspectiva de investigación responde a la experiencia social y a los intereses dominantes de los varones en una sociedad patriarcal (Ortiz, 2002). En respuesta a esta mirada androcéntrica el acercamiento desde el feminismo se ha centrado en la crítica hacia los discursos médico hegemónicos sobre la salud y el cuerpo de las mujeres, puesto que se han producido y reproducido valores sociales que han servido para justificar y legitimar una situación de inferioridad, discriminación y desigualdad de las mujeres (Tosal, 2007) por medio de teorías y prácticas de naturalización de las relaciones sociales y la normalización de las conductas y los cuerpos femeninos (Ortíz, 2006).

En el caso del VPH, los sesgos de género que se han generado, se sustentan en las consecuencias diferenciales que en hombres y en mujeres provoca el virus, puesto que tal y como se comentó en el primer capítulo en las mujeres el virus está relacionado con el CaCu, mientras que en los hombres, sólo se ha relacionado con la aparición de verrugas genitales y en un porcentaje muy pequeño con cáncer de pene. Es a partir de esta diferencia sobre las formas de afectación a nivel biológico del VPH que se han obviado muchas cuestiones relacionadas con las construcciones de género, que sin duda han direccionado la investigación y políticas públicas elaboradas al respecto.

El VPH a pesar de que es una infección de transmisión sexual de la cual ni hombres ni mujeres son inmunes, se ha producido una enorme cantidad de información sobre dicha ITS en mujeres, de modo que se cuenta con estadísticas a nivel mundial, y en cada país sobre la incidencia de esta ITS en ellas; mayores artículos sobre el devenir de la infección en mujeres

a lo largo de los años; con más aparatos para diagnosticar VPH en mujeres; y más recientemente con vacunas (Gradacil y Cervarix) que se han elaborado y ya se han vacunado a niñas para la prevención del VPH. Lo anterior si bien a simple vista podría parecer comprensible puesto que dicha atención ha sido importante para los avances en la investigación del VPH en mujeres, también lo es que con ello se ha contribuido a justificar que la responsabilidad de los procesos de prevención y tratamiento del VPH sea llevado exclusivamente por las mujeres, ya que son ellas quienes pueden desarrollar CaCu. De manera paralela, con la exclusión de las investigaciones del VPH en hombres, se ha contribuido a invisibilizar y ocultar la presencia del VPH en los varones, puesto que no se cuentan con datos estadísticos de prevalencia del virus en ellos, se cuentan con menos pruebas de detección (Penoscopia y PCR), ni tampoco se han pensado como población objetivo de las nuevas vacunas reproduciendo de esta forma el papel pasivo de los varones frente al VPH (Quintana, 2010).

El hecho de no contar con información sobre el VPH en varones evidencia los huecos en la construcción del conocimiento al respecto, que no solo se queda a nivel de investigación, sino que también trasciende a nivel de políticas públicas, desde las cuales tampoco se consideran como parte de los modelos de prevención y atención, lo cual conduce a que muchos varones con VPH sigan contagiando a otros/as y con esto a que sigan afectando la salud de más mujeres, así como también a que el acceso a la prevención, diagnóstico, atención y tratamiento médico sea de difícil acceso para ellos y con ello también el cuidado de su propia salud. Además lo antes comentado, da cuenta de la forma en que en la salud sexual y reproductiva ha direccionado la responsabilidad del cuidado al respecto en ellas, mientras que en ellos se refuerza la no atención y prevención sobre el tema (Pérez, 2012).

Es por ello que se puede hablar de una feminización del VPH, en donde la construcción de conocimiento y políticas públicas han participado y con ello han contribuido a que el VPH sea catalogado como "ITS de mujeres", en donde parece que solo "ellas están infectadas", en donde el foco de atención e intervención son sus cuerpos y donde quienes deben vivir los costos económicos, sociales y psicológicos de la infección así como someterse a los

tratamientos para evitar tanto su transformación a CaCu como el contagio a más personas del virus son precisamente ellas (Corona y Hardy, 2009; Luna y Sánchez, 2013).

Una muestra de ello se enuncia en el Programa de Acción Específico de Cáncer Cervicouterino (2007-20012) que plantea la Secretaria de Salud en México, en donde menciona en uno de sus objetivos específicos lo siguiente:

“Alcanzar coberturas de tamizaje de 85% en mujeres de 25 a 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con prueba de VPH cada cinco años” (p.26).

Este enunciado menciona justamente que la población objetivo a la cual van dirigidas la cobertura de tamizaje son las mujeres, pero de cierta edad, es decir de más de 25 años, de modo que excluye el poder tener acceso a prácticas preventivas, desde la planeación misma del programa a los/las jóvenes menores de dicha edad que tienen una vida sexual activa. Esta planeación parece ser insuficiente ante el panorama actual que demanda el contexto en el que se presenta el VPH, pues si la edad de infección se da entre los 15 y 25 años (Zarco, 2006) e inclusive antes dependiendo de la edad de inicio de la vida sexual, para la edad de 25 años, el que se realice una prueba de tamizaje puede ser ya muy tarde y por tanto que de tener VPH se haya pasado a padecer CaCu. Esta exclusión de las mujeres jóvenes así como también de los varones jóvenes y adultos en la prevención de la salud sexual, tal y como se ha ido comentando, responden a sesgos de género que impacta en el acceso y derecho a la salud de los y las jóvenes puesto que los invisibilizan como sujetos sexuales, a la vez que refuerzan, naturalizan y normalizan estereotipos como el cuidado y responsabilidad de la salud sexual a las mujeres mediante el control de sus cuerpos mientras que se excusa y disculpa la no participación de varones.

Aunado a lo anterior, también se ha construido al VPH como una Infección de transmisión sexual heterosexual lo cual repercute de manera directa en la disposición y oferta de los servicios de salud, y una muestra de ello es que no se considera como población potencial a contraer VPH a toda la diversidad sexual que existe, debido a que se “presupone” que no

serán contagiadas/os (Barajas, 2009). Lo anterior pone al descubierto las formas en las que la heteronormatividad también se incrusta en la elaboración de políticas públicas y por tanto de cómo los sesgos de género influyen en la representación y construcción de estereotipos, discursos y normas a ciertas enfermedades.

Para poder contrarrestar que a través de las políticas públicas basadas en sesgos de género se perpetúen desigualdades sociales, Maffia (2010) menciona que una de las herramientas, es una política pública con perspectiva de género que: 1) analice el impacto diferencial de una política (y de su omisión y suspensión) sobre varones y mujeres, como en este caso lo es la omisión de los varones en la investigación y políticas públicas de salud del VPH que impacta en su salud y la de las mujeres; 2) analice la forma en que la política contribuye para estereotipar la construcción de identidad y la subjetividad de género, que en el caso del VPH responsabiliza a las mujeres del cuidado de la salud sexual, entre otros; 3) analice la forma en que se legitiman relaciones jerárquicas entre los sexos, como lo son las relaciones jerárquicas y de poder entre hombres y mujeres que influyen en la negociación (o no) del uso del condón y con ello en la prevención del VPH, así como también en las relaciones jerárquicas y de poder médico/a-pacientes en la atención del VPH; y por último 4) incluir la participación, intereses y experiencias de las mujeres en el diseño, elaboración, implementación y monitoreo de políticas públicas, lo cual conlleva a producir elementos no solo estadísticos sobre el VPH sino que le pongan rostro, vivencias, historia y contexto a las mujeres que se han infectado del virus, lo que sin duda ayudará a la creación de una política pública más integral y que considere las implicaciones de género en su creación.

Con lo mencionado se puede dar cuenta de cómo es que la construcción de conocimiento y creación de políticas públicas alrededor del VPH está atravesada por sesgos de género, basadas en construcciones sociales apoyadas en normas y percepciones de género que aprueban la discriminación social y perpetúa inequidades en salud, por lo que mencionarlos ayuda a develar la forma en que los sesgos se disfrazan de diferencia biológica "natural" (Esteban, 2006) cuando muchas de estas diferencias responden a construcciones sociales, que si pasan por alto aspectos como lo es el género, propician una mayor desigualdad social.

2.2.1.2 Sesgos de género en la práctica médica en la atención del VPH

La práctica médica, es decir las relaciones e interacciones de los médicos/as con los usuarios/as no están exentas del impacto de las construcciones de género y por tanto de sesgos de género que como si fueran unos lentes permea la forma de mirar la realidad social y en consecuencia el trato del personal médico hacia hombres y mujeres que les consultan. Retomando a Bem (1993 como se citó en Rocha y Díaz-Loving, 2011) dichos lentes de género con los cuales la mayoría de las personas mira casi de manera automática a hombres y a mujeres tienen: una óptica esencialista que hace alusión a aspectos biológicos, de herencia y evolución para inferir que ciertas características femeninas o masculinas son resultado de procesos naturales y no de aprendizajes sociales, argumentos que durante largo tiempo han contribuido a la discriminación y desigualdades de manera más pronunciada en las mujeres; una óptica de *polarización*, a partir de la cual fragmentamos en dos submundos masculino/femenino que se consideran diferentes y complementarios, y que por tanto siempre dividen y categorizan en distintos polos actividades, roles, espacios, ideas, etc; y por último menciona el lente del androcentrismo que hace referencia a que los hombres pero también lo asociado a lo masculino se mantiene dentro de la organización social como privilegiada, ventajosa y superior, desde donde la experiencia de los varones se convierte en la medida de todas las cosas. La autora menciona que estas ópticas o lentes se interrelacionan y de los cuales la mayoría de las personas y en este caso el personal médico utilizan sin una previa reflexión o análisis, lo cual da como resultado un trato que no es neutral sino que lleva consigo estereotipos y roles de género, que en el caso del VPH al ser una ITS se relaciona de manera directa con las sexualidades de hombres y mujeres.

Ahora bien, esta forma de los médicos/as de transmitir en la consulta médica dichas miradas o sesgos de género no solamente es resultado del proceso de socialización de género aprendida de instituciones como la familia, religión, medios de comunicación, escuela, etc. que construyeron sus historias personales, sino que también está influenciada por los esquemas del modelo biomédico hegemónico que articula el poder de la medicina con otros poderes (políticos, ideológicos, económicos, etc) (Menéndez s.f.). Este modelo subordina otros saberes, de ahí lo hegemónico, y por otro lado instrumenta una práctica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, ahistórica y asocial (Maglio, 2009); por lo que

prioriza la dimensión biológica por sobre la consideración de los procesos económicos-políticos e ideológicos-culturales, pero no elimina lo social sino que lo subordina y reestructura de acuerdo a sus prioridades teórico-operativas, reduciéndolo a un factor más (Bejarana, 2004). Los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son tomados en cuenta en segundo término; los sujetos son considerados como "pacientes" (Madrid, 2011); se enuncia una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud; se entiende a la enfermedad como una desviación a la norma biológica, en la noción de que las enfermedades son universales, identificables y medibles; se tiene la idea de que medicina es neutral, y se mantiene la dicotomía mente/cuerpo (Esteban 2006).

De este modo el modelo biomédico ha sido ampliamente criticado porque además de tener un enfoque reduccionista y fragmentar la mirada de los cuerpos humanos también establece relaciones jerárquicas, despersonalizadas y enfatiza la objetividad y separación entre el sujeto que conoce y los objetos conocidos; además de que tiende a dirigir la conversación estrictamente a términos clínicos, sin permitir que las/los usuarios se expresen como deseen, relación jerárquica que se agudiza en el caso de ser mujeres y aún más si son de estratos sociales bajos (Castro y Bronfman, 1993; Cuesta-Berjurnea, 1999; Provoste y Berlagoscky, 2002). Esta relación de usuarios/as y el personal médico además de ser jerárquica, es asimétrica por lo que excluye el saber del paciente y sus referentes socioculturales (Menéndez, 2008) restándole importancia a las narraciones de la experiencia del usuario/a con respecto a sus síntomas, contextos y vivencias de el proceso de salud-enfermedad, negando de esta manera la subjetividad del paciente (Madrid, 2011). Durante (2011) inclusive comenta que este modelo biomédico atraviesa por un momento de crisis, ya que a pesar de los avances en tratamientos y tecnología para la atención de padecimientos también existe un creciente nivel de insatisfacción en la relación médico/a-paciente por la pérdida de empatía y de las bases de la relación terapéutica.

Es por ello que desde el feminismo se ha expresado el descontento con la jerarquía y asimetría del modelo de interacción médico/a- paciente (Ruiz, 2004) así como los sesgos de género en la asistencia sanitaria y el paradigma de la medicina (Harding, 1996) puesto que

contribuyen a la reproducción de estereotipos de género, que en el caso de la infección por VPH salen a relucir en la atención de mujeres y hombres.

En una investigación realizada en una clínica de colposcopia de la Secretaria de Salud en Hermosillo Sonora, en donde se realizaron 34 entrevistas cualitativas a mujeres con VPH, se evidenció que existía un manejo estigmatizante de la información por parte de los médicos al dar el diagnóstico y tratamiento; que había una interacción jerárquica entre el médico y las pacientes, lo que contribuyó a que las mujeres al momento de ser diagnosticadas no realizaran preguntas o dudas sobre el virus al personal médico; así como también que los médicos minimizaron y no recomendaron la incorporación de la pareja al tratamiento para dicha ITS lo que en las mujeres incrementó la frustración y desconfianza sobre el médico y sus parejas (Castro y Arellano 2010). De igual manera otra investigación en Veracruz por medio de una serie de talleres con hombres y mujeres portadores del VPH, dio a relucir las formas en que el aparato médico entablaba una relación jerarquizada y desigual con las pacientes que impacta el tratamiento de las mujeres con VPH puesto que no se daba lugar a que fueran ellas mismas las que decidieran sobre sus cuerpos, sino que más bien se imponían por parte del personal médico las que consideran las mejores soluciones, censurando de esta manera el saber, decisiones y narrativas de las mujeres sobre el virus en sus cuerpos (Casados, 2008)

Con respecto a la atención de los hombres con VPH, una investigación realizada por Reartes (2007) en una clínica de displasias , que es de las pocas clínicas públicas en México que les brinda atención, mediante observaciones de consultas médicas y entrevistas al equipo médico, reportó que algunos de los factores que obstaculizan la atención masculina son: 1) el conocimiento médico respecto al VPH, entre lo que se encuentra el alto porcentaje de varones que cursa como portadores asintomáticos, las limitaciones en los métodos de diagnóstico y terapéuticos para varones, la menor frecuencia de cáncer de pene, y el estado de controversia en cuanto que el tratamiento de la pareja realmente beneficie a las mujeres ; 2) la práctica médica se relacionaba con la falta de experiencia médica para tratar a los varones así como resistencias homofóbicas de los médicos varones para revisar a otros hombres; 3) la organización de los servicios, que tiene que ver según los entrevistados con

las grandes cargas de trabajo, la incompatibilidad de los horarios de atención con la de los trabajos de los usuarios pero también porque consideran que los asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva les competen a las mujeres; y por último otros motivos que los entrevistados/as refirieron tienen que ver con los estereotipos que el personal médico tenía con respecto a los varones mexicanos como “promiscuo, infiel, dado a tener múltiples parejas y recurrir a prostitutas” (p.797), lo cual los hacía estar expuestos a contraer VPH y por lo cual argumentaban que no valía la pena gastar o invertir recursos en el diagnóstico, asistencia y prevención masculina, ya que por la irresponsabilidad que les caracteriza continuamente están en riesgo. Un médico sintetiza este pensamiento con un conocido refrán: “Las únicas mujeres que piensan que sus hombres son ángeles, son las viudas” (p.793).

Con las investigaciones antes mencionadas se evidencia la influencia de las construcciones de género en la práctica médica donde los estereotipos, prejuicios y roles de género se encuentran en el discurso y trato del personal médico hacia los usuarios/as que reflejan el poder y jerarquía que dicho gremio ejerce en hombres y mujeres, lo cual conduce a su estigmatización, discriminación y una mirada que bajo el modelo médico hegemónico no contempla el saber, conocimiento y problemáticas sociales de quien padece la infección, acercamiento que limita el acceso a una atención de salud con perspectiva de género que no perpetúe sesgos de género y con ello contribuya a engrandecer la desigualdad de salud entre unos y otras.

2.2.2 Sexualidades, cuerpos e identidades de género: Implicaciones en el caso del VPH en mujeres

El VPH al ser una infección transmisión sexual, inserta en la discusión de manera importante el conocer sobre la vivencia de las sexualidades, las cuales son ejercidas a través de un cuerpo, y cuyo cuerpo no es sólo biológico, sino que también es resultado de construcciones sociales, como lo es el género. En este apartado mencionaré algunos de los elementos sobre las identidades de género, sexualidades y cuerpos que están relacionados con la vivencia del VPH.

Sobre las *identidades de género*, se ha elaborado un trabajo teórico que a lo largo del tiempo ha ido evolucionando y complejizándose, pues poco a poco se han ido incluyendo nuevas variables que intervienen desde diferentes niveles ya sea individual, social y cultural. Algunas aproximaciones para el estudio del constructo género e identidad mencionadas por Trew y Kremer (1998) son las siguientes: (a) aproximaciones multifactoriales, que consideran la identidad de género como una auto categorización en un constructo multifacético que incluye rasgos de personalidad, actitudes y percepciones de sí mismo; (b) aproximaciones esquemáticas que consideran la formación y desarrollo del género como un esquema que permite la categorización del sí mismo; (c) aproximaciones de identidad social que consideran el género como la pertenencia a un grupo social y con una identidad colectiva, y (d) aproximaciones auto constructivas, las cuales consideran que los auto conceptos de ser hombres y mujeres difieren en contenido, estructura y función.

Desde la perspectiva aportada por Trew y Kremer (1998) se puede decir que estudiar la construcción identitaria de género, puede implicar varias aproximaciones que confluyen en una misma persona, abarcando así rasgos de personalidad, actitudes, percepciones de sí mismo, categorizaciones de sí mismo, auto conceptos de ser hombres y mujeres, del grupo social al que pertenecen y su identidad colectiva. Además de lo que acabamos de mencionar, se puede rescatar que la construcción identitaria de género es multicausal, dinámica (López, 1988), que integra un conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto miembro de una categoría de género (Carver, Yunger y Perry, 2003) y cuyo proceso acontece a nivel intraindividual pero se desarrolla en interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas (Barberá, 1998).

Por su parte Weeks (1998) habla sobre la construcción identitaria de género como “el sentido del yo en relación con el sentido de ser hombre o mujer, -lo cual es, al mismo tiempo, privado —relativo a nuestra subjetividad—, y público —que toma su lugar en un mundo de significados sociales y relaciones de poder”. También Weeks mira a las identidades, no como hechos dictados por la naturaleza, sino como fenómenos históricos, políticos y culturales, y por lo tanto al haber muchas historias y culturas, existen también muchas formas de identidad genérica y sexual, aunque también menciona que hay algunas constantes que

cruzan las divisiones económicas y sociales del mundo y es por ello que es difícil encontrar sociedades donde la dominación masculina y la subordinación femenina no estén presentes, de una u otra forma, a pesar de que los códigos éticos y morales que circunscriben estas relaciones tengan variantes mayores.

Las aportaciones de Weeks son importantes porque ayudan a visualizar a las identidades de género no de forma natural o esencialista, sino como un proceso que cambia y se construye en el tiempo y espacio, es decir como un proceso inacabado.

Para Judith Butler (2001) la identidad es una fantasía llevada a la práctica en una búsqueda permanente de coherencia. La coherencia en la identidad sexual estaría basada en una ontologización de la diferencia sexual, en una “matriz heterosexual”, que impone una continuidad obligatoria entre sexo (como construcción social naturalizada macho-hembra, hombre-mujer, pene-vagina), género (identidades masculinas o femeninas), deseo y práctica sexual (heterosexuales), a partir de la cual se definen las identidades, las personas, los cuerpos y las sexualidades legítimas y legibles. A pesar de dicha “matriz heterosexual” para Butler (2001), las identidades de género poseen un carácter performativo, es decir, deben construirse permanentemente a través de actos repetitivos, ritualizados y significantes que las configuran, pues ya no se trata de una identidad esencial, sino de prácticas constantes de los sujetos, en el campo de relaciones y prácticas que se entablan en el día a día, y que si bien tienden a la repetición de normas y en algún sentido a la reproducción de formas instituidas, también ofrecen las posibilidades de transformación.

Por último, la manera en que se viven dichas identidades de género, se estructura tal y como menciona Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2011), a partir del proceso de definición que una persona hace sobre sí misma en función de sus experiencias, de su historia, características y de sus percepciones, ligada intrínsecamente con los significados a nivel social y cultural que se establecen como parte de la diferenciación sexual. Dicho lo anterior, dentro de esta investigación se conceptualizará a las identidades de género de forma dinámica, cambiante e inacabada y se retomarán tanto los aspectos subjetivos como los de carácter histórico, político, y cultural, de modo que conceptualizaremos a las identidades como construcciones

de género. Es por ello que dentro de la forma en que conceptualizo las identidades de género considero que las nociones y creencias de ser hombre y de ser mujer, el imaginario social de la mujer ideal y el hombre ideal se encuentran no sólo en los individuos y en las relaciones sociales, sino que también se hallan incrustadas en las instituciones, políticas, programas y en los medios de comunicación, que siguen promoviendo características, roles, responsabilidades diferenciadas y desigualdades para las mujeres y los hombres (Ayala, 2004).

Relacionado con el VPH, lo que se aborda en el presente acercamiento, es por una parte la vivencia que han tenido las mujeres con VPH y por otra, la forma en que dichas identidades se relacionan con las de sus parejas en la forma en de autocuidarse. Esto con el objetivo de conocer de qué maneras las identidades de género, es decir aquello que consideramos "propio" de ser hombre o ser mujer interviene en el padecimiento de VPH, que en el caso específico de dicho virus, al ser transmitido por vía sexual se relaciona de manera importante con las construcciones con respecto al cuerpo y la sexualidad, razón por la cual se abordarán a continuación.

Por ejemplo en una investigación llevada a cabo en la Unidad de Tumores Ginecológicos del servicio de Oncología del Hospital General de México, sobre la vivencia del cuerpo en en mujeres diagnosticadas con CaCu (Calderón, 2010), en donde se realizaron entrevistas a profundidad, se encontraron los siguientes datos: que la maternidad estaba como la base de su identidad femenina, una pérdida de la cotidianidad, reorganización familiar, afectaciones en la vida sexual, goce y en pareja, miedo a las reinfecciones, miedo a la muerte, culpas a consecuencias de la vinculación del cáncer con el manejo "socialmente inadecuado" de su actividad sexual, un autocuidado en el cual había una mirada desprovista hacia sí misma que reproducía la indiferencia y desatención ejercida y transmitida por los otros, una pobre o nula participación en la toma de decisiones, escaso nivel de autonomía, entre otras variables que sin duda afectan y representan la mirada que tienen de sí mismas y por tanto de sus identidades de género.

Al retomar la vivencia del VPH en las mujeres, se inserta la discusión sobre el cuerpo, que desde la mirada social se puede ver como esa superficie que nos envuelve y significa, y a través de la cual se manifiestan los síntomas, actuando como bisagra articuladora entre lo social y lo psíquico, y que es simbolizado en estos dos ámbitos. La representación intrapsíquica del cuerpo, lo subjetivo, necesariamente pasa por el imaginario, por las idealizaciones, e incorpora elementos de lo simbólico, mientras que la representación social, de ese cuerpo vivido, se articula a partir de lo simbólico y lo cultural (Martínez, 2004). De esta manera se puede decir que los cuerpos no son concebidos sólo biológicamente sino que son lugares de cultura, socialización, cosmovisión, sistema de valores, normas y significados para cada uno de los géneros, que lejos de ser atemporales o universales se construyen histórica y culturalmente, en respuesta a las necesidades, ideas, pensamientos e imaginarios de una sociedad particular (List, 2005). Como construcción social el género atraviesa los cuerpos y desde la mirada feminista se reconoció la influencia del patriarcado que considera los cuerpos de las mujeres desde dos principales vertientes: 1) la sublimación del cuerpo femenino por su posibilidad de procreación y 2) la consideración del cuerpo femenino como puerta de acceso al mal y las pasiones, razón por la cual el cuerpo se liga con la concepción de pecado. Es así como se puede mencionar que el cuerpo de las mujeres ha sido descrito, explorado y explotado bajo una argumentación y justificación biologicista que apela a la naturaleza y en donde el ser madre es el símbolo ético positivo por excelencia que identifica a las mujeres, reconociéndose la maternidad como un "deber ser", mientras que por otra parte la consideración negativa del cuerpo femenino se relaciona con un cuerpo erótico como espacio de placer, deseo, pasión y debilidad, bajo el cual las mujeres no son las que pueden sentir el deseo y el placer, sino quienes sólo pueden provocarlo. Así en los dos niveles, el de la procreación y el del erotismo, el cuerpo de las mujeres es para otros, y por ello se considera que las mujeres son expropiadas de su sexualidad, de su subjetividad y desde luego de su cuerpo (García-Aguilar, 2007).

En cuanto a la construcción social de los cuerpos masculinos, se estipula que "deben ser" cuerpos activos; fuertes, duros, aptos para el trabajo y para trabajos pesados, para la guerra; para el mando; cuerpos que podían ser constantemente sometidos a prueba; cuerpos de la calle; racionales, que controlarían sus emociones y sus actos, excepto cuando los "ciega la

rabia”, “el mal genio” y el deseo (“instinto”) sexual; cuerpos para penetrar al cuerpo de las mujeres. La interpretación que hacen los varones del cuerpo no sólo tienen gran importancia en la construcción de sus identidades y relaciones de género, sea en la subjetividad individual, las relaciones de pareja, en el núcleo familiar y con otros/as, sino que también establece jerarquías entre ellos y los posiciona a partir de diferencias, el cuerpo, que da origen a la construcción genérica, es, por tanto, objeto de construcción social, constantemente afectado por el poder social que impone un tipo de masculinidad a través de un determinado sistema de sexo/género (Olavarría, 2006).

De acuerdo a las construcciones sociales del cuerpo y las normatividades que en éste se inscriben, las y los portadores de este virus viven y padecen de manera distinta las secuelas que provoca en sus cuerpos, lo que genera por un lado experiencias distintas que afectan sus cuerpos con diferentes repercusiones. En una investigación realizada en Veracruz por Casados (2008) a través de entrevistas a hombres y mujeres con VPH reportó en ellas que la vivencia de la infección era de enojo hacia sus parejas (puesto que muchas de ellas les habían sido fieles a sus parejas) y con una lógica de sufrimiento en tanto que esta experiencia les atraviesa el cuerpo creando molestia y dolor en sus partes íntimas. Para ellas vivir con la enfermedad fue debatirse entre el enojo y el sufrimiento, pero también implicó fincar un espacio en donde se establecieron relaciones de poder por parte de la pareja, manifiestas en diversos mecanismos que llevan al castigo, manipulación, negociación, los cuales repercuten en el recrudescimiento de las manifestaciones del VPH. Además a través de las narraciones de las mujeres y hombres permitió dar cuenta de que el abordaje médico de la infección “aleja a los varones de la imagen de un cuerpo masculino inválido o cuerpo masculino enfermo, lo que fortaleció la idea de que el cuerpo femenino era para usarse sexualmente, en cuanto que el cuerpo masculino seguía en plena manifestación vital” (p.37), fortaleciendo así la supuesta inmunidad masculina a las secuelas del VPH, al mismo tiempo que justificaba la idea de que las prácticas sexuales de los varones no eran del todo peligrosas para ellos y arraigó la creencia de que el cuerpo de las mujeres es débil (en tanto que padecen las afectaciones del virus en sus cuerpos) y el del hombre es “por naturaleza” fuerte en tanto que llevan consigo el virus, pero no enferman.

En el caso de las mujeres, la vivencia del cuerpo en relación a la infección al VPH se ha reportado sobre todo a la hora de la realización de las pruebas diagnósticas como lo es el PAP o la colposcopia. Por ejemplo una investigación realizada Villaseñor et al. (2008) en Michoacán, de corte cualitativo a través de grupos focales y observación participante reportó que la ideación y/o vivencia del PAP genera en las mujeres miedo al maltrato en la toma del PAP, a los posibles resultados positivos, al dolor de la prueba y del probable CaCu; miedo-incertidumbre por la fiabilidad de la prueba, ante la posibilidad de que el personal de salud diga o no la verdad, ante la esterilidad de los instrumentos y la inocuidad de la prueba y vergüenza por ser vista (desnudez y vida privada) y por ser penetrada que algunas entrevistadas mencionan de la siguiente manera: "Se siente mucha vergüenza de que te vean", "Deberían inventar algo menos morboso que andarte metiendo cosas"(p. 149). Con respecto a vergüenza al PAP, una investigación realizada por Fernández et al. (2009) mencionó que ésta se asocia a la estigmatización de portar una enfermedad de transmisión sexual, por lo que pueden ser señaladas como promiscuas e infieles, mientras que Urrutia et al. (2006) reportó que las mujeres también mencionaban sentir temor a la prueba por miedo a que su pareja o compañero pudiera oponerse a la visita del ginecólogo.

Con lo antes mencionado, se puede decir que el poder y dominación también se inscriben en el cuerpo y la biología, del modo que Foucault (1981) se refirió al bio-poder para poner de manifiesto que el poder no sólo lo ejerce el monarca o el gobierno, sino también se evidencian en los discursos expertos, que las distintas ciencias vienen desarrollando desde la modernidad, que en el caso del VPH y su vivencia en el cuerpo se desarrolla principalmente desde los discursos médicos, en donde dicho poder es "experto" y productivo a la vez, puesto que actúa a través de establecer las normas de comportamiento, en donde en el caso del cuerpo de las mujeres con VPH se pone una mirada disciplinaria hacia los genitales y por tanto a las sexualidades de las mujeres que son focos de atención en dicho proceso.

Dicho lo anterior y debido a que el VPH es una infección de transmisión sexual, inserta a la sexualidad como elemento importante para abordar y comprender la vivencia del VPH y sus implicaciones en relación con las construcciones de género en la vida cotidiana de las mujeres y hombres infectados y es por ello que a continuación lo abordaremos:

Con respecto a la sexualidad Jeffrey Weeks (1998) menciona:

La sexualidad es la forma en que cada persona se construye, vive y expresa como ser sexual; las maneras en que pensamos, entendemos y expresamos el cuerpo humano; es una construcción histórica a la cual la modernidad ha contribuido de manera que los cambios estructurales influyen sobre las prácticas sexuales, reflejo de la estructura entre lo subjetivo y lo adquirido socialmente. La sexualidad reúne una variedad de posibilidades biológicas y mentales diferentes; no es un hecho dado sino producto de la negociación, la lucha y la acción humana (p.56).

Con lo anterior, se puede concebir entonces a la sexualidad como una construcción sociocultural e histórica, que ha cambiado a lo largo del tiempo, por lo que es un concepto dinámico y multidimensional, en donde se interrelacionan tanto aspectos subjetivos como sociales en su vivencia.

La sexualidad como construcción sociocultural menciona Foucault (1978) en "la historia de la sexualidad" es una experiencia en la interacción con la cultura, con el poder, los lineamientos normativos y con las formas de subjetividad, en donde el autor explica que es a partir del siglo XIII se inicia una nueva estrategia de poder social a través de la sexualidad por medio del ordenamiento del comportamiento sexual y reproductivo, articulándose ejes de regulación y administración de la vida cotidiana para el dominio del cuerpo, la identidad, las prácticas sexuales, la elección sexual y los placeres.

Algunos de los lineamientos normativos a través de los cuales se expresa el poder, se ejerce por medio de un modelo de sexualidad caracterizado por cuatro principios rectores: la heterosexualidad, la monogamia, el matrimonio, y la reproducción, desde donde el mundo occidental moldea la sexualidad orientada a una relación sexo/afectiva entre un solo hombre y una sola mujer, comprometidos a través de un contrato social (matrimonio) con el fin de reproducirse, lo cual se evidencia en una serie de normas sociales, jurídicas y religiosas, en donde cualquier práctica de sexualidad que "escapa" a estas normatividades podría de alguna

manera entenderse como "diferente", "distinta", o "diversa" si bien también se le define como contraria a la norma (ilegitima, ilegal, anormal) (Collignon, 2011). De esta manera, Collignon (2011) señala que la sexualidad se ve permeada por un complejo tejido de normatividades (formales e informales) que dicta y configura patrones de comportamiento, conducta y acción social, y así como se configuran prácticas, lo hace también de forma simultánea los anclajes que permiten evaluar las propias acciones y las de los demás, juzgando el valor moral de las mismas, sus consecuencias y repercusiones.

Las normatividades en la sexualidad están atravesadas por el género en donde de acuerdo con Herrera y Campero (2002) el ideal femenino tradicional en la mayoría de las sociedades espera ciertos comportamientos que a su vez garanticen el control de la reproducción como lo es la virginidad antes del matrimonio, pasividad, no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo o voluntad, fidelidad sexual a la pareja y orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad.

En contraparte, el ideal de la masculinidad implica que el hombre ante todo debe ser heterosexual, activo, tener múltiples conquistas sexuales, no necesita saber sobre sexo porque lo sabe todo, tiene un impulso incontrolable que debe satisfacer de inmediato, debe ser fuerte y arriesgado, e invulnerable (Herrera y Campero, 2002; Fonseca y Quintero, 2008). Las sexualidades y la identidades de género de los hombres también están ligadas según Szazs (2000), quien a partir de su análisis observó que las demostraciones de desempeño sexual juegan un papel central en la afirmación de la identidad masculina en grupos de hombres mexicanos, viendo así que la sexualidad no aparece únicamente como expresión del erotismo, sino como una de las principales formas de representación y reafirmación de la masculinidad. Entonces es a través de la sexualidad, entre otros atributos, que se expresa y se mide el poder masculino y se marcan sus límites.

Todo esto sin duda se refleja en las prácticas sexuales, en donde las identidades de género de hombres y mujeres se relacionan dinámicamente provocando sinergias negativas a la salud, en donde tanto las mujeres como ellos mismos padecen las consecuencias. Es así que de

acuerdo con Sibaja (2013) " las mujeres continúan siendo un sector vulnerable frente a las infecciones de transmisión sexual, no sólo por su mayor propensión biológica al contagio (algunas son más transmisibles de hombre a mujer), sino también por sus condiciones socioculturales, las cuales condicionan el empoderamiento que tengan sobre sus cuerpos y su sexualidad" (p.82).

De esta manera se puede decir que la sexualidad es un área de control y poder de los cuerpos y las subjetividades (Foucault, 1978) que está imbricada con las prácticas y significados del género que polarizan desigualdades y jerarquías sexuales, que en el caso de la infección por el VPH se explicitan desde la ideología a partir de la cual se crean las políticas públicas al respecto, así como en las vivencias de las mujeres que han sido infectadas. Es por ello que la sexualidad puede verse como un espacio político que en palabras de Córdova (2002) "se manifiestan las asimetrías de poder entre géneros y entre clases y donde se reproducen los esquemas generales de dominación y subordinación" (p.15).

Algunas de las implicaciones de la sexualidades de las mujeres infectadas por el virus del papiloma humano han reportado que éstas sienten miedo a seguir teniendo relaciones sexuales (Wisner et al. 2009; Da Silva y Jiménez 2005; Mc Caffery et al. 2006) por distintas razones: temor a reinfectarse y debido a que se vinculaba la actividad sexual con la vida promiscua de sus parejas (Da Silva y Jiménez 2005); así como también temor al rechazo sexual de nuevas parejas, debido a que se relaciona el VPH con la promiscuidad (Mc Caffery et al, 2006). En cuanto a la vivencia de este temor, otra investigación realizada por Montes et al (2006) en Chile, a través de la revisión de literatura con el objetivo de conocer las formas en que se afecta la calidad de vida en mujeres con CaCu refirió que un número de mujeres expresan que el miedo en sus primeras relaciones sexuales post-tratamiento eran descritas por ellas como "emocionalmente desconectadas"; además de que algunas mujeres también habían referido temor o inseguridad de no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, y por consecuencia sentían que sus parejas podrían buscar satisfacción sexual en otro lado.

Además, puesto que el VPH se relaciona con promiscuidad debido a que el contagio es mediante el contacto sexual, todo ello influyó en que la vivencia del VPH en las mujeres

estuviera cargada de estigma y discriminación, lo cual una investigación realizada por Arellano-Gálvez y Castro-Vásquez (2013) efectuada en Sonora, por medio de 34 entrevistas cualitativas a mujeres que tenían diagnóstico positivo a VPH con el objetivo de indagar sobre las vivencias y percepciones que ellas habían experimentado al respecto, reportó que la mayor parte de las mujeres había vivido un rechazo abierto y evidente por la enfermedad, en donde el proceso de estigmatización interno se tradujo en una auto-recriminación y autocensura con respecto al diagnóstico, además de que sus narraciones expresaban vivencias cargadas de contenido simbólico sobre el ejercicio de la sexualidad propia y la de sus parejas lo que generó temor a compartir con otros la información, pues ello se percibía como una amenaza a su integridad personal y a la construcción social sobre la feminidad y la sexualidad "aprobada" bajo las normatividades tradicionales de género.

Dichas investigaciones hacen evidente el control y poder de las sexualidades en las mujeres, de modo que estar infectadas por el VPH conlleva el mensaje de no haber cumplido con el ideal femenino, y por tanto se trata de "castigar" las transgresiones al modelo de sexualidad aceptado por medio de la estigmatización. La vivencia del VPH en relación al estigma muestra que las normatividades de género no solamente se ejercen a través del entorno social, sino que éstas han sido internalizadas de tal manera que las mujeres se han apropiado de los discursos imperantes que el pasar por una experiencia que remita a sus sexualidad les produce vergüenza, miedo y culpa. Ahora bien, es importante recalcar que las implicaciones en la sexualidades y el estigma con respecto al VPH ocurre de manera más marcada en las mujeres, puesto que la vigilancia social con respecto a las normatividades en hombres y mujeres se relaciona a la "doble moral sexual" que no se aplica de la misma manera si se trata de la conducta de hombres y mujeres en casos similares, siendo así que se denomina doble moral sexual en palabras de Graciela Hierro (1994) a "la consideración asimétrica de las prohibiciones y recomendaciones morales. Se trata de una moralidad más laxa para hombres y más estricta para las mujeres en las sociedades patriarcales" (p.226), la cual ha pretendido justificar la asimetría basándose en "lo natural" del comportamiento sexual de hombres y mujeres (Hierro, 1990).

2.2. 3 VPH infección de Mujeres, ¿Y los hombres?

Una de las medidas que ha permitido observar cómo la distribución de los problemas de salud no suceden de manera azarosa, y que permite notar las diferencias y desigualdades en la salud de hombres y mujeres antes mencionadas, es la recolección de datos desagregados por sexo a los que se suman los roles familiares, la situación laboral, la raza, clase social, etc, (Martínez, 2004). En el caso del VPH, existen más datos teóricos y estadísticos sobre las mujeres (a diferencia de los hombres) con el argumento de que el VPH tiene una afección más fuerte en ellas, razón que es verdadera, pero que a la vez provoca el ocultamiento e invisibilización del papel que juegan los varones como portadores y por tanto fuente de contagio del VPH, o como lo refiere Sabo (2000) como una sinergia de salud negativa relacionada con el género, que afecta la salud de las mujeres. Al no contarse con datos desagregados por sexo en el caso del VPH, ya que ni siquiera existe una estadística de la incidencia del VPH en hombres, también facilita de una u otra forma, el mantenerlos fuera de la responsabilidad y participación en prácticas de prevención y cuidados que podrían traer una reducción más significativa de la infección por el VPH y la incidencia del CaCu.

La invisibilización de los hombres con respecto al VPH, tal y como se comentó en el apartado acerca de los "Sesgos del género en la creación del conocimiento y políticas públicas en el VPH", ha contribuido a la construcción de la infección como una "de mujeres" naturalizando de cierta forma la infección a través de la justificación de mayor afectación biológica en sus cuerpos. Lo anterior ha contribuido incluso en pensar que el VPH es ajeno al cuerpo y que no compete a los varones. Por ejemplo en una investigación en donde se entrevistó a varones sobre el CaCu de manera indirecta, es decir, de su opinión pero con respecto a la vivencia de sus parejas, reportó que no expresan sentimientos personales, es decir, se refieren a los de otras personas y éstos relacionados con el dolor y el sufrimiento (ej: "La persona que lo padece ha de sufrir, ha de padecer mucho"); su preocupación se manifiesta afectivamente como molestia y una actitud de responsabilizar a las mujeres (ej: "No se cuidan por flojera de ellas..."; "Si ellas saben que el cáncer es maligno, deben tener iniciativa"); desde el imaginario masculino el PAP es un procedimiento invasivo, penetrativo ("meten"), molesto, que lastima y provoca vergüenza, al que ellos no se

someterían, pero consideran que ellas deben soportarlo por el bien familiar, aun cuando les gustaría que llegara a ser menos (Villaseñor, et al. 2008).

A partir de la investigación realizada por Villaseñor et al. (2008) se puede decir que el VPH no sólo se ha construido como infección femenina desde los discursos médicos y de políticas públicas, sino que también se construye desde los propios varones de modo que no se conciben como infectados, a pesar de que su pareja haya tenido un diagnóstico positivo.

Es preciso mencionar que una de las aportaciones feministas al estudio de la salud es justamente la denuncia de la naturalización social, es decir la percepción esencialista y biologicista del cuerpo, que con respecto al VPH se naturaliza en el cuerpo de las mujeres, por lo que la perspectiva feminista contribuye a teorizar sobre la responsabilidad de las mujeres respecto al cuidado de la salud sexual. A pesar de esto Courtenay (2000 como se citó en Esteban 2006) menciona que la naturalización no sólo se ha efectuado en los cuerpos de mujeres sino que también ha sido de alguna manera naturalizados e invisibilizados la salud de los varones, ya que sus especificidades no están suficientemente estudiadas ni explicadas y se toman como naturales e inevitables.

Lo anterior repercute en la salud de las mujeres debido a que no asumirse como portador del virus puede contribuir a la infección de más mujeres, así como también a la reinfección del virus en una mujer que ya lo haya contraído. Por esta razón en la presente investigación se puso sobre la mesa, el papel de los varones como portadores del VPH y con ello en la participación de la pareja como aquel otro/a que influye en el cuidado de sí mismo y el de el otro/a.

A pesar de que no hay investigaciones en donde se estudie el impacto de la pareja en el cuidado de la salud sexual en el caso del VPH, sí hay investigaciones que dejan ver cómo este proceso de enfermedad o infección afecta la relación con el otro/a. En algunas investigaciones se ha explorado que uno de los ámbitos que más se afecta en quienes padecen VPH es el sexual (Maduro et al. 2003; Montes 2006), aunque también existen múltiples preocupaciones en las mujeres con VPH, entre las que predominan el apoyo social,

el estrés general, el bienestar familiar, la pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento (Ashing-Giwa et al., 2004).

En el caso del VPH, en un estudio donde se exploró los efectos psicológicos y sociales cuando se realiza la pruebas de tamizaje del VPH y donde se preguntó respecto al impacto en la relación de pareja, se encontró que cuando los resultados eran positivos las mujeres sentían rabia y dolor que se hacía más o menos intenso en relación con las especificidades de los roles de género y de la historias de pareja; es decir, cuando se encuentra un mayor anclaje de las relaciones tradicionales de género. También al igual que en el caso del CaCu se encontró que afectaba el ámbito de la vida sexual y de pareja que se refiere a miedo y rechazo a las relaciones sexuales, así como también al comportamiento, es decir la comunicación, adherencia al tamizaje y búsqueda de tratamiento (Wiesner, 2009).

Con ello se hace evidente que sí está presente en el proceso del VPH la relación que se establece con la pareja en varios ámbitos, pero sobre todo en el sexual, y como en el aspecto sexual el cuidarse a sí mismo impacta en el otro/a como lo es el uso del condón, en este estudio se quiere retomar cómo es que la relación con el otro/a funge como barrera o protector de la salud del otro/a.

Para finalizar me gustaría decir que tal y como lo planteó Sabo (2000) gran parte del trabajo que se ha realizado sobre la forma en la que el género influye en la salud y la enfermedad, se ha realizado dentro de cada sexo, más que entre los sexos, de modo que se generó una grieta en la investigación y en la teoría que se refleja en las etiquetas separadas de “salud de la mujer” y “salud de los hombres” (Sabo y Gordon 1995). Sobre esto, Rathgeber y Vlassof (1993) señalaron que “un enfoque de género en la enfermedad examina tanto el impacto diferencial en las mujeres y hombres como los contextos sociales, económicos y culturales en la que viven y trabajan”. Los enfoques del feminismo crítico aceptan este punto de vista, pero también apuntan hacia un énfasis capaz de explorar las interrelaciones entre los comportamientos y los resultados de salud en mujeres y hombres; bajo este argumento la presente investigación busca visibilizar cómo es que las identidades de género, las sexualidades y los cuerpos actúan de forma relacional en unos y otras/os, afectando ya sea de

forma negativa o positiva a su salud, buscando también datos dirigidos a proporcionar equidad a nivel de acciones preventivas de salud.

Capítulo 3. Autocuidado: Una aproximación desde el enfoque Feminista

En este capítulo se abordarán los antecedentes del concepto autocuidado, algunas de sus definiciones y disciplinas desde donde se ha abordado para dar cuenta de sus cambios y transformaciones a lo largo del tiempo, sus discursos y contextos sociales y políticos que han estado presentes en su devenir. Lo anterior constituye la antesala para abordar al autocuidado desde un enfoque feminista que evidencia la influencia del sistema patriarcal en la valoración, posicionamiento, y responsabilidad del cuidado dentro de la organización social, además del impacto de las construcciones de género, sexualidades y los cuerpos en la salud y autocuidado de hombres y mujeres.

3.1 Antecedentes y trayectorias del Autocuidado.

La importancia del cuidado que cada uno/una se proporciona para mantener en estado óptimo nuestro cuerpo y salud, ha sido a lo largo de la historia una actividad necesaria para mantener la vida de hombres y mujeres a través de los siglos y culturas. En la evolución del cuidado de la salud, se pueden distinguir tres etapas en las que las formas de cuidarse, dar cuidado y recibir cuidado han cambiado en relación al contexto socio histórico, las cuales se mencionan a continuación: a) La primera etapa, en la cual el cuidado de la salud formaba parte integral que el ser humano tenía por su vida y la de sus familiares; b) la segunda etapa, en donde la medicalización e institucionalización del cuidado a través de médicos/as y enfermeras/os, quienes se nombraron como los/las encargados/as de brindar los cuidados de la salud; y c) la tercera etapa que corresponde al fomento de la autorresponsabilidad de los individuos, familiares y comunidades del cuidado de la salud, en la cual se comienza a estudiar y proponer al autocuidado como herramienta fundamental para la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud.

Es en la primera etapa, donde la cultura griega basada en corrientes filosóficas, como el estoicismo, hicieron énfasis en la importancia del autocuidado como práctica que valorizaba las relaciones del individuo consigo mismo, o como ellos lo llamaban, del "cultivo de sí" (Foucault, 1987). Para las y los griegos "el cultivo de sí" se basaba en el siguiente principio: Hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos (Uribe, 1999). El cuidado era visto por esta cultura como

algo integral por lo que enfatizaban el cuidado no sólo de los cuerpos, sino también del alma. Entre los cuidados del cuerpo se encontraban los regímenes de salud, ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción medida de las necesidades; y con respecto a los cuidados del alma se realizaban meditaciones, lecturas, conversaciones, etc.

En la segunda etapa del cuidado, los avances científicos, tecnológicos, la aparición de los hospitales a finales del siglo XIX y la evolución del conocimiento médico, facilitaron la sofisticación del "cuidado profesional", trayendo como consecuencia calificar como "inefectivas" aquellas formas tradicionales del cuidado llevado a cabo por las propias personas para mantener su salud y curar enfermedades. Es decir, por medio de la institucionalización del cuidado, se magnificó la epidemiología desde las ciencias biomédicas y con ello se concedió más valor al conocimiento, práctica y cuidados desde la medicina y enfermería (Kickbusch,1989) a diferencia de los llevados a cabo por las personas en la vida cotidiana.

Es a partir de los años 60's y 70's cuando el autocuidado se consideró como un movimiento social en contraposición a la hegemonía médica, desde el cual se busca que el cuidado propio sea una responsabilidad de cada una/uno, más que del personal médico y enfermeras (Lange et al. 2006). Esta tercera etapa del cuidado de la salud, se impulsó como una estrategia para disminuir la utilización de los servicios de salud debido al alto costo y a la sobre demanda de servicios de salud, los cuales las instituciones no han podido atender.

Cabe mencionar que a pesar de que en cada época, se han puesto más énfasis en una u otra forma de cuidado, estas siguen coexistiendo, ya que en la actualidad el cuidarse involucra tanto hacer uso de las instituciones médicas (si así se requiere), como los cuidados cotidianos que cada uno/una se administra. Aunque conocer el recorrido histórico que ha dado como resultado las concepciones, definiciones y evoluciones del autocuidado permite entender mejor, las transformaciones, las nuevas miradas y las disciplinas que se han involucrado en el estudio de las formas de cuidado en hombres y mujeres.

3.2 Autocuidado: aproximaciones desde diversas disciplinas

Como se comentó en la sección anterior, el conocimiento del cuidado de la salud, privilegió de manera importante a disciplinas como la medicina y enfermería ya que se consideró y se considera a los aspectos biomédicos como parte fundamental de los procesos de salud-enfermedad y los cuidados que están involucrados en dichos procesos. Fue a partir de la necesidad de buscar nuevas respuestas que dieran explicación a los altos índices de enfermedades prevenibles y crónicas, que se abrió paso a las aportaciones de más disciplinas que ayudaran a entender de manera más integral, cuáles elementos están insertos en la realización de los cuidados necesarios para el mantenimiento de la salud, como lo son los comportamientos, la sociedad y la cultura.

A continuación se mencionaran algunas disciplinas desde las cuales se han estudiado los procesos involucrados en el autocuidado:

La aproximación del autocuidado desde la medicina está ligada a la posibilidad de modificar la naturaleza y frecuencia con que un paciente busca la consulta profesional, de modo que si el médico impulsa el autocuidado en sus pacientes, es para que éstos (pacientes) realicen acciones que él (médico/a) les indiquen, es decir transfiere responsabilidad al paciente para cierto nivel de cuidado (Granz ,1990 como se citó en Lange et al 2006).

Algunos de los obstáculos a los que la medicina se enfrenta para generar propuestas exitosas para el autocuidado de sus pacientes, tienen que ver con que el sistema de salud se diseñó para curar la enfermedad y no para promover la salud a través de cuidados cotidianos de las personas; con una falta de relación médico-paciente horizontal en donde los pacientes sean copartícipes de las decisiones sobre las formas de cuidado más adecuadas para sí mismos/as (Paterson, 2001); con el acercamiento biomédico del cuerpo como algo solamente orgánico, dividido en zonas y funciones, mirada que no permite entender las formas en que se relacionan otros factores como son las emociones, estados de ánimo y situaciones de vida con el padecimiento de enfermedades así como también con el bien-estar; y también tiene que ver con la forma en el que el cuidado se ha dirigido, en donde se ha desdibujado el concepto de persona como un ser integral, sino que ha mantenido en la práctica el

predominio del saber hacer con respecto a la enfermedad sobre lo que se considera importante para seguir construyendo la vida y realizándose en su expresión. Según Colliere (1993) cuando el sistema de salud existe este predominio, no se debe hablar de cuidados sino de tratamientos.

Desde la enfermería, el estudio del autocuidado fue impulsada principalmente por Dorothea Orem (2001 como se citó en Lange et al. 2006), quien “justifica” la participación profesional de la enfermería en situaciones en que la persona no puede cuidar su salud por si misma, o no está motivado/a para hacerlo. Para la autora, el autocuidado es una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir requerimientos vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente. También, esta autora habló sobre el “déficit de autocuidado”, es decir, la incapacidad de las personas para autocuidarse porque la demanda de autocuidado es mayor que la capacidad que tiene para hacerlo. Para ello, Orem, teorizo las formas en las que las y los enfermeros cuidan al paciente dependiendo de la gravedad de la enfermedad o necesidad de éste, pero también habló sobre las formas en las que las/los pacientes participan en su propio cuidado. En cuanto al sistema de enfermería mencionó que el autocuidado es una parte central en su devenir a través de diferentes acciones como la orientación, la dirección, el apoyo físico y psicológico, así como la enseñanza de nuevos y variados estudios de vida sanos que él/ella son capaces de seleccionar (Rojas y Zubizarreta, 2007) .

A pesar de que en esta aproximación, la enfermería ya menciona dentro de sus modelos la participación y opinión de los/las pacientes en los procesos de recuperación de padecimientos o en el mantenimiento de su salud, aún se sigue manteniendo el esquema de que el “saber profesional” está por encima de los saberes de las personas que sienten y viven los síntomas y padecimientos de las enfermedades. Esta teoría tampoco habla sobre los factores estructurales, sociales y políticos que direccionan políticas públicas de salud y condiciones de vida necesarias que contribuyan al autocuidado de todos y todas.

El acercamiento al autocuidado desde la psicología ha sido a través del estudio de los procesos psicológicos relacionados (ej: auto-eficacia, locus de control), para construir

modelos teóricos que expliquen y ayuden a predecir los comportamientos que las personas tienen con relación a su salud. Un ejemplo de lo antes mencionado es el "modelo de creencias en salud", desarrollado inicialmente en la década de los 50's por un grupo de psicólogos sociales del Departamento de Salud Pública de Estados Unidos encabezado por Hochbaum, para explicar el fracaso de los programas específicos de prevención y detección precoz de enfermedades. Posteriormente, este modelo ha ido evolucionando y ha sido adaptado por diversos autores para tratar de explicar una gama más amplia de conductas de salud (Soto,1997 como se citó en Lange et al 2006). Dicho modelo plantea que una persona realiza una acción en beneficio de su salud (ej: no fumar) cuando cree que dicha acción disminuirá los aspectos que amenazan su salud y considera que los beneficios de realizarlo son más importantes que los costos o barreras de no realizarla. Dicha decisión está determinada por la percepción que el sujeto tiene de ser susceptible a un problema de salud grave o severo y que se relaciona con una conducta que él/ella tiene, así como también de estímulos internos o externos (ej: variables socio-demográficas), capaces de alterar la dinámica de los diversos elementos del modelo.

Otros estudios desde la psicología en torno al autocuidado tienen que ver con las creencias, los significados, representaciones sociales, actitudes y hábitos de los individuos para cuidar o no de su salud. Es más específicamente desde la psicología de la salud, desde la cual se ha trabajado en torno al autocuidado, debido a que ésta retoma la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población (Martín, 2003). Esto en respuesta a las limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

Para el filósofo Michael Foucault, "el cuidado de sí" se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esa relación el individuo se constituye como sujeto de sus propias acciones (Chirolla, 2007). Las tres líneas de evolución en las que se estructura el cuidado de sí para Foucault (1996/2005), son: la dielética (la relación entre el cuidado y el régimen general de la existencia del cuerpo

y el alma); la económica (relación del cuidado de uno mismo y la actividad social); y la erótica (relación entre el cuidado de uno mismo y la relación amorosa). Desde esta mirada el cuidado de sí mismo, abarca además del propio sujeto y su cuerpo, una serie de factores que sin duda intervienen en su cuidado, como lo es el otro/a que influye en nuestro cuidado y en el cual nuestro cuidado la/lo impacta, y también aspectos económicos en donde de acuerdo al capital que se tenga, se podrá acceder a los recursos y servicios que garanticen la salud.

Además dicho autor, reflexionó sobre " el cuidado de sí" como una práctica de la libertad y la ética. Al respecto Foucault (1996/2005) considera que "la libertad es una condición ontológica de la ética" (p.396), es decir, que la ética solo es posible en un contexto de libertad, y sin libertad no hay posibilidad de ética. Por libertad, se refería a una que fuera reflexionada, en donde " el cuidado de sí" es una práctica permanente de toda la vida que tiene que asegurar el ejercicio continuo de la libertad y donde la finalidad de esta práctica es precisamente la libertad (Giraldo, 2008). En el análisis del mundo greco-romano, realizada por Foucault (1995/2000), mencionó que el cuidado de sí era uno de los más importantes principios y parte de las reglas para la conducta social y personal de aquella época, en donde era preciso saber conducirse bien, saber gestionar la libertad propia, y esto se conseguía a través del cuidado de sí, con el objetivo no sólo de conocerse a uno mismo o formarse, sino también de aprender a controlar los apetitos y deseos (Foucault,1996/2005). Bajo esta mirada, la importancia de recalcar al cuidado de sí como una práctica de libertad pero reflexionada, es primordial, ya que si esta libertad se ejerce como en aquellos tiempos los griegos y romanos lo hacían (como una libertad condicionada a las reglas y al "deber ser"), entonces se puede camuflar al cuidado de sí mismo como una estrategia para la imposición de discursos que busquen el sometimiento de los cuerpos que tienen que cuidarse de cierta forma, de ciertos " riesgos" y desde una manera que sea permitida.

Los aportes de las distintas disciplinas al autocuidado ponen sobre la mesa algunos de los puntos críticos para la comprensión de los actores y factores que juegan un papel relevante en este proceso. Aunque, es preciso mencionar que si bien se han realizado aportes al tema, también se han dejado huecos y espacios vacíos en la construcción de conocimiento sobre el mismo. Es por ello que en este trabajo, se retoman los aportes que los estudios de género y

los feminismos brindan para problematizar y comprender más a fondo las aristas que están implicadas en el cuidado de hombres y mujeres, lo cual se aborda en apartados posteriores.

3.2 Definiendo autocuidado

En términos generales se ha definido al autocuidado haciendo énfasis en distintos aspectos. Se ha definido como una actitud; como una práctica cotidiana; como una actividad; como una forma de relacionarse consigo mismo, con sus cuerpos, con los otros/as y con su entorno; y como un proceso de construcción personal y social.

El autocuidado como una actitud se refiere a la forma en que cada uno hace frente al mundo, a sus propias necesidades y al cuidado personal (Cádiz, 2006; Grela y López, s.f); como práctica cotidiana, se hace alusión a que éstas son aprendidas a través de toda la vida, que son de uso continuo y que tienen el propósito de fortalecer o restablecer la salud para prevenir la enfermedad, responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (Ej: alimentación, medidas higiénicas, manejo de estrés, ejercicio, recreación, tiempo libre, etc) (Tobón, 2003); como actividad se describe como una serie de acciones esenciales en la vida cotidiana de cualquier persona (Muñoz, Cabrero, Richart, Orts y Cabañero, 2005), a través de las cuales uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, transforma y transfigura (Cádiz, 2006); desde un enfoque relacional, se entiende como una relación dialógica de los seres humanos consigo mismos/as, con sus cuerpos y con el entorno en el cual realizan sus actividades diarias (Muñoz, 2009); y por último, como proceso de construcción personal y social (Grela y López, s.f), se aborda como un proceso que es dinámico, que cambia y se va construyendo día con día de acuerdo al ciclo de vida, contexto, situación, experiencias, etc.

Estas actividades, acciones, actitudes, hábitos y/o prácticas se realizan con mayor o menor intensidad a lo largo de la vida, y mucho depende de las situaciones que cada uno/una esté atravesando, es por ello que se puede hablar de varios tipos de autocuidados como a continuación se menciona: a) autocuidados que promueven la salud, es decir prácticas que promueven el bienestar como por ejemplo el ejercicio; b) autocuidados orientados a

mantener la salud, como sería el caso de dormir el suficiente número de horas diarias; c) autocuidados orientados a prevenir enfermedades y riesgos a la salud, por ejemplo, seleccionando alimentos bajos en grasa para prevenir enfermedades y riesgos de salud; d) detección temprana de signos y síntomas de enfermedades como el auto-examen de mamas y e) autocuidados en el manejo de enfermedades que considera el cumplimiento de los tratamientos, incluido el manejo de efectos indeseables y la identificación de complicaciones (Lange ,2006).

Tal y como se puede notar, existen un sin fin de prácticas de autocuidado, las cuales se llevan a cabo en situaciones de cotidianidad o en situaciones que requieren de más atención. Las construcciones de género aunque no se mencionaron explícitamente en las definiciones anteriores, influyen en la realización o no de ciertas acciones o prácticas de autocuidado, en quien(es) llevan a cabo los cuidados, en quin(es) se responsabiliza de ciertos cuidados y a quien(es) se invisibiliza o disculpa su no realización, entre otros aspectos que a nivel individual ocurren, pero que están ligados a discursos institucionales, sociales y culturales que también construyen la concepción de los autocuidados en hombres y mujeres en la vida cotidiana, y es por ello que en los demás apartados se realiza una discusión sobre dicha perspectiva.

3.3 Socialización de Género y Autocuidados

Las formas en las que el género se relaciona con el autocuidado tienen que ver con procesos de socialización que a través de aprendizajes, estereotipos y roles de género construyen mandatos que predisponen a hombres y a mujeres a cuidarse o no cuidarse, a enfermar e inclusive a morir de una u otra manera (Ayana y Sánchez, 2004).

Un ejemplo de lo antes mencionado se refleja en las causas de mortalidad de hombres y mujeres. De acuerdo con datos de INEGI (2011), las causas de mortalidad para las mujeres mexicanas de 25- 34 años en orden descendiente son: en primer lugar, tumores malignos (Leucemias y del Cuello del útero), enseguida accidentes (de tráfico de vehículos de motor) y agresiones. Mientras que para los hombres mexicanos las causas se invierten: en primer lugar

agresiones, seguido de accidentes (de tráfico de vehículos de motor) y enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Tabla 3).

Los datos de mortalidad, dan cuenta de que las diferencias biológicas, es decir de sexo (hombre-mujer) no alcanzan a explicar porque los hombres tienden a morir más a causa de agresiones, ni tampoco explica por qué las mujeres siguen muriendo de causas prevenibles como lo es el cáncer cérvico uterino. Es por ello que aproximarse a entender los procesos de salud- enfermedad y los cuidados necesarios implicados en dicho proceso, retomando las construcciones de género, puede ayudar a comprender como se relacionan las historias de vida con los aprendizajes, roles, estereotipos e identidades de género, y cómo esto influye en la salud de unas y otros.

Tabla 3 Fuente: INEGI (2011) Mortalidad ¿De qué morimos los mexicanos?.

Grupo de Edad: de 25 a 34 años	
Hombres	Mujeres
1. Agresiones	1. Tumores Malignos (Leucemias y del Cuello del útero)
2. Accidentes (Tráfico de vehículo de motor).	2. Accidentes (de tráfico de vehículos de motor).
3. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.	3. Agresiones

Para poder comprender mejor cómo las formas de cuidado, las historias de vida y las construcciones de género se relacionan entre sí, se hace necesario retomar el concepto de socialización, el cual se define como todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano integra e incorpora las consignas o determinaciones de la estructura social en la que interactúa (Bustos, 2001). Dentro de las instancias socializadoras se puede mencionar a la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, etc, a través de los

cuales hombres y mujeres a lo largo de su vida interactúan y van aprendiendo las pautas, mensajes y esquemas socialmente aceptados y valorados con respecto a cómo deben ser los hombres y cómo deben ser las mujeres. Es importante mencionar, la percepción diferencial de los sexos, conduce a un trato diferencial recibido por cada género y que a través de los años se transforma en una desigualdad social en la vida de hombres y mujeres (Rocha y Díaz-Loving, 2011). En el caso de los cuidados, la salud de hombres y mujeres se ve afectada por la socialización tradicional de género, pero son estas últimas a quienes se les ha asignado la responsabilidad del cuidado de otros/otras a costa de su propia salud, lo cual también contribuye a agrandar las brechas de desigualdad de género.

Esta socialización de género de hombres y mujeres, comienza desde edades tempranas, en donde por ejemplo la importancia de la agresividad, la competencia, el ser fuertes, no llorar y no manifestar emociones como la ternura, inseguridad, etc, se les enseña a los varones mediante juegos competitivos, violentos y juguetes bélicos. Lo mismo que se realiza en la educación de las mujeres, sólo que con los valores y roles invertidos. Se les da muñecos/as y elementos de cuidados para lavarlos, vestirlos o pasearlos; se les enseña a ser receptivas a las demandas externas a través de juguetes que las inicien en tareas domésticas y el cuidado de los otros/as: cocinitas, maquinas de coser, etc (Sanz, 1990/2003).

Dichos aprendizajes sobre el cuidado no solo se dan en la infancia, sino que continúan a lo largo del ciclo vital, llevando así a que los varones en el afán de cumplir las demandas de la masculinidad hegemónica mantengan comportamientos agresivos, temerarios y de riesgo que impactan en su salud como lo muestran los datos de mortalidad. De igual manera en las mujeres, los aprendizajes de género impactan en su salud en la medida en que el cuidado hacia los otros sigue siendo más importante que los cuidados hacia sí mismas, como lo es la realización de pruebas de tamizaje que prevendrían el cáncer de cuello uterino.

Por medio de la socialización es como se van conformando identidades de género, de acuerdo a las experiencias, contextos y el momento histórico que cada individuo haya atravesado. Las identidades de género son dinámicas y es un proceso que acontece a nivel intraindividual pero se desarrolla en interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas (Barberá, 1998). Es por ello que los roles y estereotipos de género se vinculan con

las identidades de género y en conjunto influyen en la manera en que cada uno/una cuida de su salud. En los apartados posteriores se explicara de manera más detallada de qué manera influye la socialización, las identidades, roles y estereotipos de género en el autocuidado tanto de hombres como de mujeres.

Por último, es relevante mencionar que las formas en que somos cuidados/as, damos cuidados, y nos cuidamos tienen como escenario una organización social patriarcal en donde la división sexual del trabajo asigna espacios, roles y actividades que coloca, posiciona y valora al cuidado de cierta manera, lo cual sin duda se refleja no solamente a nivel individual sino que también a nivel social en donde con ayuda de las instancias socializadoras se han ido construyendo los discursos imperantes con respecto al autocuidado.

3.3.1 Autocuidados en Mujeres

Tal y como lo comentamos en la sección anterior, la socialización estereotipada del cuidado de acuerdo al género marca profundamente a hombres y a mujeres. En el caso de las mujeres, las construcciones de género más que acercarlas a un cuidado de sí, las coloca al cuidado de otros/as; las aleja del conocimiento y apropiación de sus cuerpos; construye moldes rígidos de "belleza"; entre otras cosas que impactan el cuidado que las mujeres tienen sobre sí mismas.

Para poder comprender cómo es que las construcciones de género impactan en las prácticas de autocuidado de las mujeres, es pertinente tener en cuenta que la división sexual del trabajo, establecida por el sistema patriarcal, ubica al cuidado dentro del ámbito privado, como un rol reproductivo y por ende como una actividad poco valorada, de bajo estatus y no remunerada, la cual se relaciona con la construcción de la feminidad y que "correspondería a las mujeres llevar a cabo" (Coello, 2013). La forma en que se ha ido construyendo socialmente al cuidado, ha traído como consecuencia que aquellos cuidados que se realizan en la vida cotidiana, en el ámbito privado y que son necesarios para la supervivencia (alimentación, descanso, cuidado de los cuerpos, etc), sean poco valorados y por lo tanto sean vistos como una serie de actividades que requieren de pocas habilidades para llevarse a cabo, y a los cuales no se les otorga la importancia que tienen para el mantenimiento de la

salud y la prevención de enfermedades (Espen, 2009). Lo anterior contrasta mucho con la forma en que se concibe al cuidado en el ámbito público, cuidados concebidos como formales y profesionales, más valorados, que gozan de mayor estatus, reconocimiento y a los cuales sí se les asignan recursos desde las políticas públicas.

Puesto que la división sexual del trabajo tiene un efecto constituyente en las subjetividades, en las mujeres el cuidado hacia otros/as, a través de la socialización se va internalizando, de modo que el "ser para otros", se vive para muchas de ellas como un aspecto central del "deber ser" que se traduce a menudo en el abandono de sus necesidades por considerarlas, casi siempre menos importantes frente a las de otros/otras. Esta feminización del cuidado se convierte en una barrera para construir relaciones de género más equitativas porque conlleva a dobles o triples jornadas de trabajo en las mujeres, que sin duda restringe sus derechos, limita sus oportunidades, desarrollo personal y profesional, y también genera malestares que afectan el mantenimiento de su salud (Martínez , 2003).

Carol Gilligan (1985): feminista, filósofa y psicóloga, publicó "In a different voice" que en español se publicó con el título "La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino", libro en el cual a través del análisis de los planteamientos que había realizado Kohlberg respecto al desarrollo "deficiente" de la moral de las mujeres, plantea que no es que las mujeres presenten una moral "deficiente", sino que son las convenciones (entre ellas las construcciones de género) las que dan forma a un juicio moral distinto entre hombres y mujeres. Al respecto Gilligan menciona que las mujeres plantean los problemas morales en términos del cuidado y responsabilidad; y por ello el desarrollo de su pensamiento moral está vinculado a la comprensión de la responsabilidad en las relaciones concretas: la relación cara a cara y el contexto de la misma tienen una gran importancia. Lo anterior proporciona un ejemplo del devenir de la importancia del cuidado y las relaciones para las mujeres, en donde la voz femenina tradicional proclama un yo sobre la capacidad de cuidar a otros/as y protegerlos/las.

Es este mismo libro, Gilligan (1985), profundiza en relación a las miradas y posicionamientos de las mujeres en distintos dilemas (abortos, rompimientos amorosos, etc.)

en donde da cuenta de que existe una tensión que contrapone a la responsabilidad y al egoísmo en sus elecciones, y donde de acuerdo a la socialización y aprendizajes de género, la responsabilidad es pensada hacia otros/as impidiendo de esta forma el reconocimiento hacia sí mismas y sus necesidades, aspectos fundamentales para un cuidado de sí. No obstante, puesto que Gilligan llevó a cabo su estudio de forma longitudinal, entrevistando a varias mujeres en distintos momentos, la autora recuperó los cambios y nuevos posicionamientos que las mujeres entrevistadas tenían al pasar de los años y experiencias con respecto a los aspectos que entraban en juego a la hora de reflexionar sobre sus decisiones. Es por ello que Gilligan (1985) realiza una nueva reinterpretación de la responsabilidad y el cuidado, en donde menciona lo siguiente:

“La responsabilidad incluye el yo y los otros, considerados como distintos pero conectados, y no separados y opuestos. Esta cognición de la interdependencia, antes que una preocupación por la reciprocidad, imbuye su creencia en que “todos tenemos responsabilidades, de cuidar unos de otros” (p.239)

Con lo antes mencionado, Gilligan, habla sobre una ética del cuidado, en donde la moral es una cuestión de atención y cuidado que incluye una nueva lógica de los derechos en un nuevo entendimiento de la responsabilidad. De este modo, el concepto cuidado y atención se extiende más allá de la orden de no dañar a los demás y en cambio se entiende como una forma de actuar responsablemente hacia el yo y hacia los otros, y así, sostener la relación. Dichas aportaciones son valiosas puesto que brindan una nueva forma de entender al mundo, donde el aspecto relacional que es eje identitario de las mujeres, no necesariamente debe implicar un despojo hacia sus propias necesidades y cuidados, sino que al tener en cuenta a los otros/as y al tenerse en cuenta a sí mismas se puede llegar a relaciones de cuidado que traigan como consecuencia su corresponsabilidad.

Ahora bien, debido a que las prácticas de autocuidado tienen que ver con el cuidado del cuerpo, las construcciones de género y sexualidad, así como con las historias personales, sociales e históricas, nos atraviesan e impactan las formas en que vivimos y cuidamos de nuestros cuerpos.

En el caso de las mujeres, en la vivencia del cuerpo, se sigue reprimiendo el encuentro con sus genitales (Sanz, 1990/2003); sigue siendo visto como cuerpo- objeto; sigue siendo receptor de rígidos cánones de belleza y se sigue viendo como un cuerpo que tiene que ocultarse, que causa vergüenza, que es prohibido, silenciado y que es un cuerpo de y para otros. Al respecto Lagarde (2012) menciona que:

“El cuerpo ha sido un espacio de cautiverio de las mujeres cuyas vivencias de ajenidad tienen varias dimensiones: una opresiva, definida por la propiedad y el control de otros sobre sus cuerpos, en tanto cuerpo-de-otro, y otra en la que el cuerpo se le manifiesta a cada mujer como una cosa a la que debe adaptar de acuerdo con cánones sexuales, estéticos, morales, de salud cuerpo-para...” (p.244).

Todas estas formas de vivir el cuerpo no promueven un contexto que propicie el cuidado del mismo, puesto que alejan a las mujeres del conocimiento, contacto y apropiación del cuerpo, los cuales son aspectos fundamentales para poder, en un primer plano conocer nuestros cuerpos, saber cómo son, cuáles son sus olores, colores, formas y en dado caso de tener algún cambio, poder identificarlo y atenderlo; de igual manera la apropiación del cuerpo, el saber que nuestro cuerpo nos pertenece y que en éste, quien decide las formas de vivirlo y cuidarlo es cada una, contribuye a que el cuerpo no sea depositario de todas las exigencias estéticas que en algunas mujeres conlleva a padecer enfermedades como la bulimia y/o anorexia; o que en nuestros cuerpos sean otros/as, quienes decidan sobre nuestras prácticas sexuales y quienes decidan sobre el uso de anticonceptivos, entre otras cosas que busquen articular el despojo y opresión de nuestros cuerpos.

3.3.2 Autocuidados en Hombres

La división sexual de trabajo, que divide espacios, actividades y valora de forma distinta a hombres y a mujeres, coloca a los varones en el ámbito público, en actividades productivas y en seres receptores de cuidados, más que proveedores del mismo. En este sentido la realización de cuidados para sí, no es una actividad que los defina o que es internalice como un “deber ser”, tal y como sucede en el caso de las mujeres (cuidados para otros/as). Tal y como ya lo comenté en la sección anterior, los cuidados que se proveen desde el ámbito

público, es decir a través de las instituciones o de políticas de asistencia y protección social, son remunerados, son llamados "cuidados formales", y por tanto son valorados como importantes para el mantenimiento de la salud.

Lo anterior, permite dar cuenta que los autocuidados de la salud en hombres, al igual que en las mujeres, están transversalizados por construcciones de género que impactan en lo individual pero también en lo social, en las instituciones, y en la forma de concebir el cuidado de acuerdo a quien lo realice y al ámbito en donde se lleve a cabo.

Algunos de los mandatos de la masculinidad tradicional hegemónica, que dentro de los parámetros de los comportamientos "propios de hombres" conllevan a elevados costos sociales y de su propia salud tienen que ver con la valentía, la fuerza, el riesgo, la competitividad, la dureza, el déficit de comportamientos de cuidados y afectivos, omnipotencia y autosuficiencia, etc (Bonino, 2004; Muñoz, 2012). Al respecto, autores como Keijzer (2003) hacen alusión a la violencia, a la adopción de conductas de riesgo, a la participación de deportes extremos como algunas de las actividades que figuran en las tasas de mortalidad masculina, por lo cual introdujo la expresión de "varón como factor de riesgo", para aludir a las implicaciones de los aprendizajes sociales de los hombres que tienen con respecto a su propia salud y de quienes les rodean.

Los varones con respecto a la salud del cuerpo suelen: tener dificultad para percibir los signos de alarma corporal, y cuando lo hacen, son minusvalorarlos y des-jerarquizarlos; no admitir ante sí mismo y ante los/las demás que algo los aqueja; postergar el afrontamiento del malestar, que cuando se percibe a través del dolor, es vivido frecuentemente como amenaza incontrolable de su cuerpo o vida; retardar la consulta, vivida como fracaso de la autosuficiencia, y en ella no dar información sobre sí y lo emocional, ya que esto es vivido como prueba de fragilidad y modo de dejar expuesta (y a merced de otros/as) su vulnerabilidad; no aceptar su rol de enfermo, que supone para ellos pasividad anti-masculina/feminización y por tanto una amenaza a la identidad; abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos, para recobrar cuanto antes el bastarse a sí mismo; interactuar con el sistema sanitario de forma episódica y cuando el problema está muy

avanzado y ya no pueden llevarlo adelante solos (Bonino, 2004); entre otros aspectos que no posibilitan el acercamiento al cuidado de sí ya sea por medio de los cuidados de la vida cotidiana o de los cuidados médicos.

A pesar de ello, es importante comenzar a contemplar no solamente a los varones como "factor de riesgo", sino también como seres capaces de cuidarse a sí mismos y de brindar cuidados, puesto que esto ayudaría a no seguir delegando la responsabilidad a las mujeres de los cuidados, así como también a no seguir reforzando la "supuesta" naturalización de los cuidados como construcción de la feminidad y en cambio comenzar a ver el trabajo de los cuidados como una actividad característica de la especie humana y básica para reproducción social Tronto (1993 como se citó en Hernández, 2009), la cual concierne tanto a hombres como a mujeres, así como a nivel estructural y de políticas públicas.

Con base en lo que se ha comentado respecto al autocuidado de hombres y mujeres, es importante decir que si bien se ha mencionado que los aprendizajes de género afectan la salud desde diferentes discursos a hombres y a mujeres, también lo es, que dichas subjetividades y cuerpos interactúan y conviven en la vida cotidiana por lo que es conveniente abordar el tema de autocuidados desde un enfoque relacional, que permita ver la forma en que el cuidado o descuido de sí, no está solamente delimitado a la salud de uno/una sino que afecta o protege la salud de los demás.

3.4 Hacia una definición de autocuidado en mujeres desde un enfoque feminista

Abordar al autocuidado omitiendo los componentes psicosociales y socioculturales, no permite contextualizar dichas conductas, lo cual conlleva al olvido de factores políticos, sociales y culturales en la generación de procesos de salud y enfermedad (Muñoz, 2009). Es por ello que el acercamiento desde el enfoque feminista puede ayudar a contextualizar y poner más elementos sobre el escenario desde el cual hombres y mujeres cuidan o no de su salud.

El acercamiento al cuidado desde las teorías feministas, se ha realizado principalmente desde la economía feminista, en donde se ha desarrollado el concepto de economía de los cuidados para referirse a la relación que existe entre la manera en que las sociedades organizan el cuidado de sus miembros y el funcionamiento del sistema económico (Rodríguez, 2007). Desde la economía de los cuidados se busca contribuir a instalar al "cuidado" como un problema de política pública, sacándolo del terreno de lo privado y desnaturalizándolo como lo propio de las mujeres y de los hogares (Esquivel, 2011).

El cuestionamiento sobre el cuidado, no solamente se realiza desde la economía feminista, sino que también se aborda desde la implicación de las subjetividades, la construcción de los cuerpos y las sexualidades en relación con el cuidado de sí en las mujeres.

Al respecto Fina Sanz (1995/2007) a partir de su experiencia desde la terapia de reencuentro, menciona que:

" Cuidarse es tenerse en cuenta. Escuchar las propias necesidades. Recordar que existimos y ocupamos un lugar en el mundo, y que tenemos derecho a sentirnos bien, a procurar por nuestro bienestar en todos los ámbitos de nuestra existencia" (P. 304).

Su acercamiento, pone sobre la mesa la importancia de aprender a escucharnos desde el cuerpo, desde nuestras necesidades, de aprender tanto a cuidarnos como a dejarnos cuidar, es decir, de aprender a amarnos a nosotras mismas.

Por su parte, Yolanda Arango (2007), menciona que el autocuidado desde la perspectiva de género es un espacio en la salud y sexualidad de las mujeres a partir de procesos de empoderamiento; de sentimientos potenciados de autoestima; la capacidad de pensarse a sí misma; priorizarse; tomar decisiones que favorezcan su salud; y de asumirse como seres para sí. Además menciona que algunos ámbitos importantes a considerar para el autocuidado de la salud de las mujeres que se direccionaran hacia una valoración de la "relación- para- sí" ,tienen que ver con una dimensión personal (al procurar tiempos para sí mismas, valorar el propio cuerpo, recrearnos desde la expresividad de nuestros sentires y deseos, etc), una dimensión social (al incentivar sororidades que estimulen la identificación, el reconocerse, el darse apoyo y procurarse bienestar), una dimensión del desarrollo humano (al reconocernos

en las capacidades del ser y del hacer y ampliar las opciones del funcionamiento en los ámbitos donde la cotidianidad tiene sus máximas expresiones), desde una dimensión de empoderamiento (al convocarnos a asumir una ciudadanía correspondiente con un ser-para-sí, desprovista de sentimientos de culpa), desde una dimensión de derechos (al reconocernos en todos los espacios, en las diversas formas de interrelación donde la vida se teje, se piense, se concreta, se proyecta...), y por último desde una dimensión de ética de amor propio (al valorar el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y las libertades del desarrollo humano).

También, dicha autora menciona que el autocuidado en mujeres, es un proceso que interactúa con las historias de vida, la pertenencia a una clase social, el nivel de educación alcanzado, de la calidad y naturaleza en relaciones de convivencia, de los espacios de socialización, de la edad, del desempeño o no en un medio laboral, las opciones personales, entorno, la sexualidad, las creencias religiosas, etc.

Lo anterior considera entonces al autocuidado como un proceso que tiene que ver con múltiples aspectos en donde lo personal y lo político confluyen, siendo la vivencia de una sexualidad y cuerpo para sí, un aspecto fundamental para que cada una pueda pensarse y cuidar(se) no de una manera mecánica, sino con la plena consciencia de sus necesidades, decisiones, procesos y ejercicio de sus derechos.

A continuación abordaré algunos aspectos a contribuir para la construcción de nuevas formas de autocuidado en mujeres:

3.4.1 Cuidarse es dejarme cuidar: autocuidado desde el enfoque relacional

Retomando a Fina Sanz (1995/2007) cuidarse y atenderse está indisolublemente unido al cuidado mutuo, puesto que la dinámica de los cuidados necesarios en la vida diaria no solamente se encuentra en el proceso de dar cuidado a otros, como a las mujeres a través de aprendizajes y mandatos sociales se les hace creer, sino que también el cuidado de sí conlleva el dejarse cuidar, proceso que para muchas resulta difícil de incorporar. Para dicha autora, el cuidado mutuo es imprescindible para que las relaciones de pareja, familiares,

amistosas y humanas sean más justas, solidarias y placenteras (Sanz, 1995/ 2007). Este proceso es importante puesto que el rol de cuidadora para las mujeres y niñas conlleva a restringir sus derechos, oportunidades, capacidades y opciones, convirtiéndose en un obstáculo fundamental para la equidad de género y el bienestar (Esplen, 2009).

La importancia de que se conciba al autocuidado no como un cuidado individual, sino desde un enfoque relacional en donde el cuidar(se) no está desvinculados del contexto y del cuidado de otros/as, resulta primordial para evitar que se utilice el autocuidado como un medio para seguir reforzando una visión estereotipada del cuidado en donde se responsabiliza a las mujeres del mismo. Autores como Viveros (2009 como se citó en Pérez-Declercq, 2012), Gutmann (2004) y Figueroa (1998) mencionan la necesidad de que la salud sexual y reproductiva sea desde un enfoque relacional, para evitar la inmediata asociación al tema como responsabilidad de las mujeres, y en cambio se incorpore la participación de los varones en dichos temas.

3.4.2 Cuidarse desde el placer

El derecho al placer, se ha trabajado desde la agenda feminista, en contraposición a que a las mujeres en las sociedades patriarcales tradicionalmente se les ha restringido la posibilidad de alcanzar el pacer (Rivara, 2007). La reivindicación del placer como medio para cuidarse refiere a que los cuidados no tienen que ser vistos como aquellos que se realizan para aminorar o tratar el dolor, sino que el cuidarse puede involucrar actividades placenteras para nosotras mismas, es decir, cuidarse desde el placer. Es importante señalar que el placer puede ser en cuanto a relaciones sexuales, pero también a través de todos los sentidos, como puede ser la lectura, música, comida, descanso, meditación, etc.

Algunas de las razones por las que cuidarse desde el placer resulta difícil en las mujeres, tiene que ver con que en la dicotomía placer-dolor, en donde el dolor es valorizado y el placer es penalizado, de modo que e goce, el bienestar sin pagar un precio (el dolor antes o el dolor después) produce miedo; miedo en cuento al placer de sensaciones corporales, de imágenes, de pensamientos; y es por ello que se nos enseña a vivir el cuerpo más como un lugar de dolor que como un lugar de placer (Sanz, 1990/2003).

En palabras de Sanz (1990/2003) hay un miedo al pacer, puesto que *“El placer se asocia al pecado, lo sucio, lo feo, lo desagradable, lo inmoral, la culpa y el castigo”* (p.31)



Cuidarse desde el placer, tal como lo mencionó la feminista Graciela Hierro (2001) en la ética del placer, propone una revolución cultural de la vida cotidiana que ha de consistir en la toma de consciencia de las mujeres sobre su situación de opresión y que ese estado de cosas puede ser superado mediante la apropiación de sus ser, su sexualidad, de su cuerpo y de su placer. Desde su mirada, la autora menciona que la ética feminista del placer ha de ser autónoma, de elección personal y que favorezca el individualismo tradicionalmente ajeno a las mujeres, aunque explica que dicho individualismo no significa sólo preocupación por el “propio ombligo”, sino estar abiertas a la otra persona, a su descubrimiento y a la consolidación de la intersubjetividad.

Pensar en el cuidarse desde el placer, implica considerar al placer como algo autónomo, es decir como la capacidad que tenemos las personas de gozar, porque nuestro cuerpo es sensible, es decir, saber que el placer no lo da nadie, ya que se suele pensar que el goce es responsabilidad de otro/a, aunque *“la capacidad de placer depende más de la disponibilidad personal que del virtuosismo ajeno”*(p.62) Sanz,(1990/ 2003).

3.4.3 “En mi cuerpo y vida yo decido” : Autonomía psicológica y apropiación del cuerpo como vías para el autocuidado en mujeres

La sexualidad y el cuerpo de las mujeres han sido unos de los pilares de los que el sistema patriarcal se vale para despojarnos de nuestros cuerpos por medio de redes bien articuladas para hacer del cuerpo de las mujeres, cuerpos de y para otros, de modo que la sexualidad de las mujeres es negada porque son negados nuestros cuerpos, siendo éste visto como objeto, propiedad masculina, objeto de placer y como garante de la reproducción (Méndez y Fuchiron, 2010).

En respuesta a los cuerpos de las mujeres como territorios ocupados, Lagarde (2012) menciona que desde el feminismo se ha propuesto eliminar su expropiación, justamente apropiándonos de ellos como cuerpos subjetivados (cuerpo-mente) y como cuerpos = nuestras vidas, de ahí que el apropiarnos y decidir sobre nuestros cuerpos sea también apropiarnos de nuestras vidas.

La apropiación de los cuerpos y vidas de las mujeres, son vías que hacen posible el autocuidado, puesto que posibilitan el acercamiento y conocimiento del cuerpo; conectar con nuestras sensaciones para distinguir malestares así como situaciones placenteras; poner límites que propicien bienestar a través del auto-respeto de tiempos, espacios, decisiones, deseos y formas de relacionarnos; y por supuesto permiten el ser para sí lo cual coloca y reivindica al cuidado de sí (en lugar del cuidado de otros/as) como parte importante para la salud.

En congruencia, Arango (2007) menciona que el autocuidado en las mujeres es un asunto de empoderamiento emancipatorio puesto que implica la búsqueda de su soberanía sobre el propio cuerpo y sus funciones biopsicosociales, la sexualidad, las decisiones que competen en su vida y en su salud; la de-construcción de sí como objetos, instrumentos o funciones portadores de papeles para entonces, ser sujetas de sí mismas, de su vida, de su cuerpo, de su sexualidad y de sus derechos (desde la perspectiva personal y de sus necesidades).

Reyes-Bravo (2005) nos invita a tener en cuenta a la autonomía psicológica desde la teoría de género, para poder hablar de un real y pleno desarrollo de emancipación interior en las mujeres, ya que a pesar de que ha habido una transición y movimiento en cuanto a los estereotipos de género y en la forma de posicionarnos objetiva y subjetivamente, éstos han evidenciado en las mujeres algunas dificultades y contradicciones en cuanto a su vida social-pública y en la privada-familiar, que supone altos costos para la autorrealización, la estabilidad emocional y bienestar psicológico en general, y por supuesto también en su salud. Dicha autonomía psicológica, es definida por Reyes-Bravo(2005) de la siguiente manera:

“Capacidad adquirida (por tanto, aprendida en el de cursar del desarrollo individual y social lo que indica que puede ser mayor o menor) para pensarse, sentirse y actuar como sujeto(a) independiente en relación con los otros, bajo principios, normas, criterios, deseos y metas propios, que permitan el reconocimiento y realización de sus potencialidades, se sustenta en una conciencia crítica y se manifiesta en actitudes y comportamientos referidos al proceso de toma de decisiones respecto a la vida personal y social, facilitando la resolución de contradicciones en los ámbitos de la existencia, en virtud del protagonismo indispensable para el autodesarrollo y la salud” (p.144).

Como se puede apreciar, la definición de autonomía psicológica brinda elementos que son compatibles con el acercamiento que hasta ahora se ha planteado en cuanto al autocuidado, debido a que pone sobre la mesa el cambio de un ser-cuerpo- cuidado de y para otros/as a un para sí, que implica “pensar, sentirse y actuar como sujeto(a) independiente en relación a otros/as”.

A continuación se mencionaran algunos de los indicadores que la autora propone para distinguir el proceso de evolución hacia la autonomía psicológica en las mujeres y cómo es que se relacionan con nuestro tema de interés (autocuidado):

- Tanto la autonomía de juicio (capacidad crítica con respecto a las normas sociales aprendidas, sus condiciones de existencia y de la información y conocimientos que surge en el proceso de individuación de la persona); el respeto y sentimientos positivo por lo propio, por lo femenino sobre la base del cuestionamiento de lo que tradicionalmente asignado-asumido y su resignificación; y una imagen de sí nueva (independiente de los otros, sobre la base de una crítica a los modelos de feminidad tradicionales de incompletud), brindan la posibilidad de no ver como naturalizado o automático el rol de cuidadoras en las mujeres a través de reflexionar sobre cómo la socialización de género, inclusive desde antes de nacer, les asigna dicha actividad, por tanto es a través de dicho cuestionamiento que se pueden decidir nuevas maneras

de ser, sin necesariamente estar circunscritas sobre los modelos hegemónicos de la feminidad y el cuidado.

- Conciencia de sí misma de las dependencias afectivas, de las necesidades sexuales (eróticas-relacionales), del propio cuerpo, conciencia de nuestras conexiones necesarias y las posibilidades del contacto con el yo íntimo, que implica el dominio de sí y el distanciamiento físico y emocional de los demás para ese encuentro consigo misma. Tener esta conciencia de sí y del propio cuerpo, brinda la posibilidad de acercarse desde el autoconocimiento a cubrir las necesidades para garantizar el bienestar, así como también a vislumbrar de qué manera los afectos por los otros/as pueden ser un modo de sometimiento que impiden el encuentro consigo misma y su salud.
- Definición de espacios propios y límites en las relaciones con los demás (distinción necesaria entre lo que es mío y del o los otros/as), es un aspecto crucial para el autocuidado de las mujeres, puesto que el estar disponibles para los demás constituye un eje central en el "deber ser" de las mujeres, razón por la cual el establecer y respetar límites en cuanto tiempo, espacio y decisiones se vuelve para ellas una tarea difícil, por lo que el poder decir que no o en su defecto decir sí cuando así lo deseamos, es un punto necesario para la construcción de espacios para el cuidado de sí mismas.
- Proyectos de vida de carácter desarrollador (proyectos para sí). Sobre este punto se puede decir que un proyecto de carácter desarrollador sin duda involucra al cuidado de sí como base para garantizar la realización de los mismos, puesto que el cuidado conlleva a realizar actividades en pro del bienestar.
- La capacidad para solucionar problemas, organizar el tiempo y tomar decisiones sobre la base de criterios, ideas, sentimientos, metas y deseos propios, son elementos que facilitan el escenario para posibilitar las prácticas de autocuidado, en base a sus gustos, deseos y placeres.

Tal y como se puede advertir, la apropiación del cuerpo así como el desarrollo de una autonomía psicológica van de la mano y son vías que posibilitan el autocuidado en mujeres y por tanto visibiliza la complejidad del tema en donde el cuidado de sí, no solamente se refiere a la realización de conductas sino que es un proceso que involucra el cuestionamiento, reflexión y deconstrucción de construcciones sociales para posibilitar su realización.

3.4.4 “Lo personal es político” : retos políticos, sociales y estructurales del cuidado

Pateman (1996) mencionó que la consigna “Lo personal es político” saca a relucir las formas en cómo las circunstancias personales (en este caso relativas al cuidado), están estructuradas por factores públicos, por leyes, políticas por la asignación de subsidios propios del estado del bienestar y por la división sexual del trabajo en el hogar y fuera de él, lo cual posiciona a los problemas “personales” interrelacionados con los aspectos públicos, de modo que su resolución sólo puede darse a través de medios y acciones políticas. Es por ello que las feministas utilizaron dicha consigna, ya que se tiende a considerar lo privado o personal y lo público o político como independientes e irrelevantes entre sí. De este modo, se puede decir que si bien el autocuidado se realiza en el ámbito privado, esto no quiere decir que no esté atravesado por lo “social” en términos de género y clase—y por lo “público” de las políticas que impactan directa e indirectamente en su provisión (Esquivel, 2011).

Retomar la consigna “Lo personal es político” en el tema de los autocuidados, tiene como propósito visibilizar los aspectos sociales y estructurales que están inmersos en dicho tema, puesto que se corre el riesgo de responsabilizar completamente a los individuos de su salud ocultando e invisibilizado otros aspectos de orden social y político como lo es la pobreza, falta de empleo, falta de tiempo, falta de acceso a instituciones de salud, así como también el impacto en la salud de las demandas del sistema capitalista y patriarcal.

Polítizar al cuidado, trae consigo considerar al cuidado como un derecho que no debe ser circunscrito a una división sexual del trabajo, sino que implica un derecho a cuidar, a no cuidar por obligación y a ser cuidada/o, sin que esto signifique subordinación para las

mujeres; reivindicar y poner en valor la importancia del trabajo de cuidado en la organización de las condiciones de vida y su carácter fundamental en el funcionamiento del sistema económico; reorganizar la forma colectiva poniendo los cuidados al centro (Coello, 2013); la participación de distintos actores para garantizar el cuidado como una dimensión de bienestar desde un marco de igualdad (Esquivel, 2011); entre otros.

Capítulo 4. Método

4.1 Justificación

El cáncer cervico-uterino, posicionado como la segunda causa de muerte en mujeres, debido a algún tumor maligno, tan solo después del cáncer de mama, coloca al VPH como un aspecto relevante para la prevención de este problema catalogado de salud pública y que de acuerdo al INEGI (2011) en México cobró la vida de 3, 927 mujeres.

La incidencia del VPH en mujeres es muy alta, de tal forma que al menos el 70% (Garcea y Di Maio, 2007) de ellas lo tendrá en algún momento de su vida, por lo cual me pareció relevante brindar un acercamiento sobre las vivencias, historias y experiencias que alrededor de este proceso se fueron construyendo y de esta manera dar lugar a que fueran sus voces quienes narraran las implicaciones que el contagio del virus tiene en su vida cotidiana. Además, el hecho de que el VPH sea una infección de transmisión sexual pone en la mira las sexualidades y cuerpos de las mujeres; los cuales a lo largo del tiempo han sido territorios de control y dominación desde diversos discursos, entre ellos el biomédico que interviene para mantenerlos silenciados.

Es precisamente el discurso biomédico, el que más ha abordado la problemática del VPH, y es por ello que la elaboración del presente trabajo, que retoma la vivencia del VPH en relación con las construcciones de género puede brindar nuevos elementos que ayuden a comprender los aspectos que se ponen en juego con respecto al cuidado de la salud sexual. El acercamiento desde el cual abordo el proceso del VPH en mujeres, se centra en el autocuidado desde un enfoque relacional, es decir que se toma en consideración la interacción sus identidades de género con las identidades de sus parejas, así como la interacción de sus formas de autocuidado individuales y como éstos repercuten en la salud del otro/a. Esto con el propósito de visibilizar el papel que juegan ambos como factores o protectores de riesgos, debido a que la mirada más generalizada de los problemas de salud sexual y en este caso del VPH, tienden a basarse en la responsabilizar solo a las mujeres, dejando de lado el papel de la pareja, que si bien es parte del problema también podría ser parte de la solución.

Además el presente trabajo, consideró el autocuidado en el proceso del VPH como uno que considera las fases de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección, debido que la mayoría de las investigaciones se han centrado solamente en las fases de detección y diagnóstico, trayendo como consecuencia una falta de información sobre lo que ocurre después con las mujeres, una vez que saben sobre el diagnóstico positivo de VPH.

Es por ello que las aportaciones que justifican la elaboración del presente trabajo, tienen que ver con brindar nuevos elementos e información con el fin último de reducir el número de casos de infección por VPH y por tanto para reducir las consecuencias que trae este padecimiento en la vida de las mujeres, así como también nutrir las discusiones a nivel teórico sobre este problema de salud pública, evidenciando las formas en que las construcciones de género influyen en la salud de mujeres y hombres, y por tanto la necesidad de crear modelos preventivos y de atención a la salud que los consideren. Vale la pena señalar que visibilizar las formas en que las construcciones de género influyen en la salud pone sobre la mesa al género como una construcción estructural y transversal que junto con otros organizadores de la vida social como clase, edad, raza, etnia, entre otros, agrandan desigualdades sociales que impactan en la salud de hombres y mujeres.

4.2 Planteamiento de la problemática

El VPH al ser un virus, tiene como característica principal que una vez que se ha contraído no se elimina del sistema, es decir, no se cura sino que sólo se activa o se desactiva dependiendo de la presencia o ausencia de factores que propician su aparición, y es debido a esta característica que los cuidados que se tengan a partir de la infección por VPH resultan vitales para evitar re-infecciones y la aparición de verrugas y/o lesiones en el cuello de la matriz.

Los cuidados a los que se enfrentan las mujeres que han sido diagnosticadas dependen de la etapa en la que se encuentren, es decir, si están en tratamiento, intervención o en seguimiento. Algunos de los cuidados tienen que ver con la realización de revisiones periódicas cada 6 meses o cada año para verificar que no se presenten nuevas lesiones, tener

un sistema inmunológico en niveles óptimos, evitar fumar, tener relaciones sexuales con protección, así como también intervenciones quirúrgicas en el caso de tener lesiones persistentes para evitar que éstas avancen.

Debido a lo anterior, retomar y conocer cómo se da el proceso de autocuidado en las mujeres resulta relevante, aunque también lo es, considerar al autocuidado como un proceso de cuidarse a sí mismo pero incorporando el trato con los otros y el entorno sociocultural en el que está inmerso el sujeto. Dentro de este entorno sociocultural, las construcciones de género no han sido retomadas de manera profunda en los planteamientos a nivel teórico ni a nivel de políticas públicas como parte de esta problemática de salud, y es por ello que la presente investigación tiene como fin brindar información sobre cuáles son las implicaciones que existen en la vida de las mujeres desde sus identidades de género, sus sexualidades y sus cuerpos una vez que se han infectado por el VPH.

Dar lugar a la discusión sobre dichas construcciones de género conlleva a cuestionar los discursos biomédicos que a través de sesgos de género tanto en la creación de conocimiento como en la práctica médica impactan la vida de mujeres que han contraído la infección, al reforzar estereotipos y roles de género tradicionales que contribuye a mantener desigualdades entre hombres y mujeres. Una de las formas en que dichos sesgos de género han influenciado el acercamiento al VPH es su feminización y con ello quiero decir, que las construcciones que se han elaborado, han puesto a esta infección como privativa de las mujeres, en el sentido estricto de que es en ellas en quienes se puede convertir en cáncer. La feminización del VPH refleja cómo es que a partir de un hecho biológico, se llegue a considerar al VPH como un virus “de las mujeres”, a pesar de que su contagio sea por vía sexual y por tanto también involucra la presencia de un otro al que generalmente sólo se le considera como “transmisor” y no como infectado o enfermo. Estas formas en que se han ido construyendo socialmente los significados de la infección del VPH, facilita la justificación de que sean ellas quienes deban ser las responsables de la prevención, tratamiento y cuidado de las lesiones a causa del virus, y al mismo tiempo justifica la no participación de los hombres en relación a esta infección de transmisión sexual, hecho que puede afectar la salud de las

mujeres al provocar re-infecciones en quienes ya han sido infectadas, así como el contagio de más mujeres.

Es por ello que en los aportes al respecto, se considere la categoría género en el análisis de las problemáticas de salud, que pongan en evidencia aspectos invisibilizados que están presentes en la vivencia del VPH y que en el caso de las mujeres, son factores que afectan su salud sexual.

4.3 Pregunta de Investigación

¿De qué manera las construcciones de género inciden en el autocuidado personal y en pareja en mujeres con VPH?

4.4 Objetivo General

Conocer la manera en que las construcciones de género inciden en las prácticas de autocuidado personal y en pareja en mujeres con VPH.

4.4.1 Objetivos Específicos

- A.** Conocer la experiencia de mujeres con VPH respecto a sus identidades de género, sus sexualidades y sus cuerpos.
- B.** Conocer las prácticas de autocuidado en mujeres con VPH
- C.** Conocer desde las experiencias de las mujeres cómo se da (o no) la participación de la pareja en el proceso de cuidado de la infección por VPH.
- D.** Conocer cómo las construcciones de género inciden en la realización (o no) de prácticas de autocuidado de acuerdo a las experiencias que tienen de sus identidades de género, sexualidades y sus cuerpos.

4.5 Tipo de Estudio

El tipo de estudio de este trabajo es de tipo cualitativo, abordado desde una epistemología feminista y bajo un marco interpretativo fenomenológico, lo cual se describirá más detalladamente a continuación.

La presente investigación es de tipo cualitativa, puesto que la manera en que se desea conocer las experiencias de las mujeres con VPH respecto al autocuidado y su relación con las construcciones de género, es desde una mirada de estos aspectos como un proceso, y donde la realidad es conceptualizada como una construcción social, histórica y en cambio continuo.

Algunas de las características de la investigación cualitativa que mencionan Marshall y Rossman (1999), es que la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está basada en la experiencia de las personas. De esta forma el proceso de investigación cualitativa supone: a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos, y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios (Vasilachis, 2006).

En congruencia con lo anterior la manera de abordar esta investigación es desde la experiencia y vivencia de las mujeres con VPH, tomando en cuenta su contexto, y un acercamiento a su vida cotidiana desde sus subjetividades. Es decir, lo que se busca es conocer y comprender las subjetividades, sus interacciones y los significados subjetivos individuales y grupales.

Marco interpretativo Fenomenológico

De acuerdo con Castro (2011) los aportes de la fenomenología en la investigación de la salud, tienen que ver con que el objeto de estudio es la experiencia subjetiva (de los

enfermos/as, de los cuidadores, del personal de la salud, etc), posibilitando así un acercamiento de la experiencia en sí de los actores, sobre la visión del mundo que les es concomitante y sobre todo del mundo de la vida en el que está inserto. Además de que la aproximación fenomenológica propone la representación de la estructura total de la experiencia vivida, incluyendo el significado que estas experiencias tienen para los individuos que en ellas participan, preocupándose así de la comprensión y no de su explicación (Carvalheira, Tonete y Parada, 2010).

Aproximarse desde la fenomenología a la salud, en este caso específicamente para la comprensión de la vivencia de las mujeres en relación con el VPH, contribuye a recuperar las experiencias subjetivas que se pasaban por alto en el enfoque positivista, desde donde generalmente se venían abordando los problemas de salud (Taylor y Bogdan, 1987). A través de dicho enfoque (positivista), se han realizado encuestas de salud, que hacen énfasis en la medición y caracterización de patrones de conductas con respecto a las prácticas de salud, pero indagar de esta forma "convencional" la salud de hombres y mujeres asume de acuerdo con Lara, Taméz, Elibenshutz y Morales, (2000), que la población es incapaz de expresarse y, por lo tanto, lo más que puede hacer es seleccionar de entre las opciones que se le plantean en los cuestionarios, diseñados por los expertos, aquellas que se adapten a su situación real. Desde esta manera la realización de este estudio cualitativo en donde se parte de un marco fenomenológico busca dar lugar a la expresión de las experiencias y vivencias que a partir del diagnóstico del VPH las mujeres atravesaron desde sus subjetividades para visibilizar aquellos aspectos que intervienen y que si fuese abordado de la forma "convencional" pudieran pasar inadvertidas.

Para Martínez (2001) la fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son vividos, experimentados y percibidos, poniendo énfasis primario en el fenómeno mismo, es decir, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del como lo hace, con toda su creación y particularidad. Es por ello que en esta investigación se tomó como referencia el fenómeno del VPH en mujeres retomando sus vivencias y experiencias, debido a que, de acuerdo con Cardoso et al. (2007), la investigación cualitativa fenomenológica anhela comprender los problemas de salud desde la perspectiva de quien los padece, " porque es una persona y no un

autómata o un objeto” (p31), en donde es ineludible dar voz a las personas que padecen un problema de salud.

En términos generales se puede decir que la fenomenología descansa en 4 conceptos: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones (Alvárez-Gayou, 2003). Es por ello que retomar como marco interpretativo a la fenomenología en esta investigación me permitió conocer desde la vida de las mujeres la problemática del VPH retomando la experiencia de quienes se enfrentan a ello, además de tomar en consideración dicha experiencia vinculada con el “cuerpo vivido” que resultó de suma importancia porque parte de la vivencia de dicha ITS ocurre en el cuerpo, sobre todo en los genitales de las mujeres. Por último abordar el enfoque fenomenológico brindó la posibilidad de darles voz a las mujeres más allá del proceso desde lo biológico, sino también como un proceso en donde están inmersas sus subjetividades y la relación con los otros/as y a partir de ello facilitar la creación de modelos preventivos y de tratamiento al respecto que tomé en cuenta las voces y experiencias de las mujeres que han vivido una infección por el VPH.

Fundamentos Epistemológicos Feministas

Esta investigación tomó en consideración los fundamentos epistemológicos feministas, que de acuerdo con Blázquez (2010) se refieren:

“La manera en que el género influye en las concepciones de conocimiento, en la persona que conoce y en las prácticas de investigar y justificar. Identifica las concepciones dominantes y las prácticas de atribución, adquisición y justificación de conocimiento que sistemáticamente pone en desventaja a las mujeres porque se les excluye de la investigación, se les niega que tengan autoridad epistémica (...), se producen teorías de fenómenos sociales que invisibilizan las actividades e intereses

de las mujeres o a las relaciones desiguales de poder genéricas, y se reproduce conocimiento científico y tecnológica que refuerza y reproduce jerarquías de género".
(p.22)

A partir de esta aproximación Blázquez (2010) puntualiza que los fundamentos epistemológicos feministas posibilitan, el dar cuenta del papel que ha jugado el género en la creación de conocimiento, por lo cual la crítica a los marcos de interpretación de la observación; la descripción e influencia de roles y valores sociales y políticos en la investigación; la crítica a los ideales de objetividad, racionalidad, neutralidad, y universalidad; así como las propuestas de reformulación de las estructuras de autoridad epistémica, son los temas centrales que aborda. En consecuencia con lo anterior, la misma autora menciona que el concepto central de la epistemología feminista es tener en cuenta que la persona que conoce está situada y por lo tanto el conocimiento es situado, por lo que refleja las perspectivas particulares de las personas que genera conocimiento, mostrando cómo es que el género sitúa a las personas que conocen.

En congruencia con lo antes comentado, en el desarrollo de este trabajo consideré la influencia del género en relación a la creación y construcción del conocimiento que se ha realizado sobre el virus, y la influencia que esto ha tenido en la práctica médica en cuanto a la atención y prevención del mismo (abordado más a fondo en el capítulo 2); pero de igual forma realizar un estudio desde la epistemología feminista implica tener en consideración que dicha construcción también me atraviesa así como el contexto social, histórico, político y cultural en donde me encuentro.

Retomar los fundamentos epistemológicos feministas, fue de gran importancia en esta investigación, ya que permitió adentrarme a la problemática tomando en consideración la influencia de los sesgos de género, que al pasarse por alto, contribuyen al mantenimiento de relaciones jerárquicas y desiguales entre hombres y mujeres que afectan su salud. Es por ello que desde los primeros acercamientos al tema, me fui percatando de la falta de información con respecto a los hombres con VPH, que desde los discursos dominantes en el tema (generalmente el biomédico) brindaban una explicación y justificación sobre ello bajo el

argumento de que en el cuerpo de los varones el virus tiene pocas afectaciones; pero que al indagar retomando las implicaciones de género, se deja ver que el no nombrarlos en torno a la problemática ha contribuido con la construcción de una infección que parecería “de mujeres”, a pesar de que ambos se contagian, lo cual conlleva a la invisibilización de los varones en el cuidado sexual, a la vez que refuerza, adjudica y naturaliza la responsabilidad en ellas. Es a partir de esto que considere pertinente conocer sobre los procesos de autocuidado y la vivencia del virus en la vida de las mujeres contada desde ellas mismas pero también preguntarles sobre ¿qué implicaciones había tenido en su salud sexual, la participación (o no) de sus parejas en relación al VPH?

Además de ello, esta perspectiva me permitió identificar la influencia de las construcciones de género en torno a la sexualidades, vivencias del cuerpo e identidades de género, las cuales consideré no como inamovibles o fijas, sino por el contrario como dinámicas y cambiantes a lo largo del tiempo. Ahondar sobre las sexualidades y la vivencia del cuerpo, así como del VPH buscó recuperar sus experiencias, para dar voz a temáticas que han sido silenciadas y estigmatizadas, y abordadas mayoritariamente desde los discursos de poder que lejos de acercarse a la experiencias y vivencias que las mujeres atraviesan, a los procesos implicados con el virus, y conocer las necesidades de las mujeres al respecto, continúan acercándose a la problemática para mantener apoyándose de la infección, el control sobre los cuerpos y sexualidades de las mujeres, siendo así que partir de dicha epistemología me brindó la posibilidad de realizar un acercamiento menos estereotipado y que fuera capaz de develar las estructuras de poder y jerarquías de género que se relacionan tanto con el contagio de la infección así como también con los cuidados posteriores que derivan de dicha experiencia.

4.6 Diseño

El diseño de esta investigación es exploratorio/compreensivo. Exploratorio debido a que el acercamiento al tema específico del autocuidado y las construcciones de género en el caso de mujeres que tienen VPH no ha sido abordado como tal, ya que la mayoría de los estudios en relación con el VPH han sido de corte médico-biológico, y algunos otros estudios sí han incluido algunas variables psicológicas y sociales pero no se han desarrollado investigaciones en donde se vinculen las variables que se indagarán en la presente

investigación. También es un diseño de tipo comprensivo puesto que en esta investigación se busca entender la realidad de las participantes como una construcción continua y dinámica. La aproximación epistemológica que se abordará será basado en un modelo transaccional subjetivo, es decir, en el intercambio entre los sujetos que, al entrar en contacto, establecen acuerdos y otorgan sentidos acerca del mundo y de sus fenómenos, por tanto se asume que el conocimiento que se obtendrá de las entrevistas será a partir de un diálogo entre sujetos activos, representantes, portadores de una cultura determinada y que son capaces de reflexionar acerca de sí mismos y de sus actos (Ito y Vargas, 2005).

4.7 Tipo de Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional, debido a que para poder dar respuesta a la pregunta de investigación, era necesario entrevistar a mujeres con características específicas, y puesto que la temática del VPH es un acontecimiento que en la vida de las mujeres infectadas regularmente no es divulgado fácilmente a los otros/as, ya que se relaciona con sus sexualidades, decidí tomar los casos a los cuales pudiera tener acceso y que cumplieran con las características de inclusión que se mencionan a continuación:

- Mujeres infectadas por el Virus del Papiloma Humano, y que al menos tuvieran un año de haber sido diagnosticadas, lo cual se tomó en consideración puesto que la investigación indagó sobre sus experiencias con respecto a su autocuidado visto como un proceso que abordaba: la detección, el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de la infección.
- Mujeres con una edad entre los 20-35 años, debido a que en este rango de edad era más probable encontrar a mujeres que tuvieran sólo VPH y no haya avanzado la infección a CaCu, ya que es después de los 35 años la edad en donde es más común encontrar CaCu (Adam , Berkova , Daxnerova , 2000)
- Mujeres que se encontraran en una relación de pareja o hayan tenido una relación de pareja en algún momento del proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento del VPH, lo cual permitió indagar cómo es que las parejas participaban (o no) en las prácticas de autocuidado.

4.8 Participantes

Participaron 5 mujeres mexicanas diagnosticadas con el VPH desde hace 2 y 3 años; de las cuales todas vivían en el Distrito Federal; y tenían un rango de edad de 21 a 34 años; 4 con licenciatura concluida y 1 estudiante de licenciatura; además 4 mujeres tenían un nivel socioeconómico medio y 1 con nivel bajo. Todas las participantes habían tenido una relación de pareja durante alguna o varias partes del proceso de la vivencia del VPH (detección, diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento).

4.9 Técnica de recolección de información

La técnica de recolección de información en el presente estudio se realizó a través de entrevistas individuales semi-estructuradas focalizadas, que se caracterizan por la exposición de los entrevistados/as de una experiencia social concreta, es decir, se basa en un problema específico, en donde el entrevistador/a propone orientaciones básicas sobre el tema a tratar pero deja hablar sin restricciones al entrevistado/a, sin dejar de vista el tema central; y debido a que tiene por objeto explorar a fondo una experiencia vivida (Bautista, 2011), la elección de este tipo de entrevista favoreció el acercamiento a la vivencia del VPH como un proceso en donde las construcciones de género (sexualidades, cuerpo e identidades de género) y el autocuidado (personal y en pareja) eran parte de dicha experiencia.

Además, ya que las entrevistas semi-estructuradas tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas, y presenta una apertura en cuanto al cambio de la secuencia y forma de las preguntas de acuerdo con la situación de los entrevistados/as (Álvarez-Gayou, 2003), me brindó la posibilidad de llevar a cabo este estudio porque la problemática de los temas que abordé exigía que se hicieran algunas preguntas específicas en cuanto al proceso de autocuidado en mujeres con VPH, por lo cual realizar entrevistas de tipo semi-estructuradas ayudó por un lado a abordar la temática con las especificidades necesarias y al mismo tiempo me ofreció la posibilidad de brindar la flexibilidad necesaria en cuanto a la dimensión temática y dinámica de la entrevista para ahondar en los significados y vivencias de las participantes.

Por último la elección de entrevistas como técnica de recolección de datos en este estudio también fue realizada debido a que esta técnica es congruente con la epistemología y metodología de la investigación cualitativa, ya que una entrevista desde la mirada de la investigación cualitativa y feminista, intenta entender el mundo desde el punto de vista del sujeto, revelar el significado de las experiencias de las personas y develar su mundo vivido previo a las explicaciones científicas, por tanto se puede definir que una entrevista es una visión-entre, un intercambio de visiones entre dos personas que conversan sobre un tema de interés común (Steinar, 2011).

La entrevista se realizó en base a una guía temática que contempló las siguientes categorías:

a) Antecedentes generales

En esta categoría se realizó un primer acercamiento para conocer y poder situar a cada participante en cuanto a su contexto de vida, para ello se realizaron preguntas que pudieran dar cuenta de su historia personal y familiar, así como de su contexto socioeconómico y cultural.

b) Antecedentes del VPH

En esta categoría se indagó sobre los conocimientos previos respecto al VPH (qué es el VPH, los factores de riesgo, las pruebas de tamizaje) que cada participante tenía antes del diagnóstico, así como los conocimientos que ahora tiene respecto a ello y cómo es que su mirada respecto al VPH ha ido cambiando a lo largo del tiempo para poder contextualizar cómo veía y vivía al VPH tanto en el momento en que se enteró del diagnóstico como en la actualidad.

c) Proceso del autocuidado: detección, diagnóstico, intervención, tratamiento y/o seguimiento del VPH

Esta categoría buscó conocer las formas en las que se realizaron las prácticas de autocuidado en diferentes momentos (detección, diagnóstico, intervención, tratamiento y/o seguimiento) del proceso de la vivencia del VPH en mujeres. En dicha categoría se abordó no sólo el cómo

del autocuidado sino, el porqué y para qué las participantes decidieron realizarse primeramente las pruebas de tamizaje y cómo a partir del diagnóstico de una infección por VPH, comenzaron (o no) a incorporar nuevas formas de autocuidado para enfrentar las lesiones derivadas del VPH.

d) Participación de la pareja en el proceso del autocuidado de las mujeres con VPH

Esta categoría ahondó sobre la forma en que la pareja participaba (o no) en los diferentes momentos del proceso de la infección de las mujeres por VPH (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VPH). Es decir, esta categoría, buscó conocer desde la perspectiva y la mirada de las mujeres infectadas con VPH de qué manera vivieron el apoyo y/o participación de su pareja alrededor de la problemática de la infección; cuáles fueron las barreras y/o obstáculos que enfrentaron con su pareja en dicho proceso; qué consecuencias consideran que tuvo el apoyo o no de su pareja y cómo eso afectó la manera de enfrentar el proceso de la infección.

e) Vivencia de las sexualidades, los cuerpos e identidades de género en mujeres con VPH y su relación con la pareja

En esta categoría se buscó brindar un acercamiento a las implicaciones que en sus cuerpos, sexualidades e identidades de género, tuvo/tiene atravesar por la experiencia de la infección del VPH. En cuanto a las sexualidades de las mujeres con VPH, también se consideró su vivencia en interrelación con su pareja, por lo que se indagó acerca la vida sexual en pareja; sus concepciones sexuales, las prácticas sexuales, los significados, las creencias, es decir se buscó conocer cómo se dio la construcción e interacción de sus sexualidades con el otro y su autocuidado.

Debido a que en esta investigación se ve a las identidades de género como dinámicas y cambiantes a través del tiempo y las nuevas experiencias, se puso atención en éstas desde dos momentos: antes de la infección del VPH y después de la infección por VPH. Esto para comprender cuáles son y han sido los ejes identitarios relacionados con la construcción del

género que describen a las participantes como mujeres, así como la manera en que lo han vivido.

4.10 Procedimiento

La realización del presente estudio tomó en consideración el aspecto ético del manejo de la información debido a lo cual a cada participante se le explicó antes de ser entrevistada que la información proporcionada iba a ser tratada con confidencialidad, de manera anónima (utilizando un pseudónimo) y únicamente con fines de investigación. Para ello se les proporcionó una carta de consentimiento informado para hacer de su conocimiento los propósitos de la investigación, así como para informarles y a su vez requerir la autorización para la audio-grabación de las entrevistas, las cuales únicamente se utilizarían para el análisis posterior de la información.

La participación de las mujeres fue de manera voluntaria y se realizaron un total de 5 entrevistas individuales semi-estructuradas focalizadas en 2 o 3 sesiones cada una, con una duración aproximada de 1 hora por cada sesión, y el lugar y horarios de las entrevistas fueron elegidos y programados de acuerdo a cada una de las participantes.

La primera entrevista que se realizó fue una piloto, la cual tuvo a fin realizar un primer acercamiento a la problemática y a las categorías propuestas para dar respuesta a la pregunta de investigación y de esta forma realizar los ajustes pertinentes a la guía temática de ser necesario. A partir de la prueba piloto se reajustaron algunas de las preguntas propuestas para indagar sobre la vivencia de las mujeres en relación al VPH, debido a que la forma en la que se estaban abordando parecía no facilitar el acercamiento a sus experiencias, de modo que consideré cambiar la forma de preguntar algunas temáticas, así como también decidí incluir tanto la vivencia de las mujeres en relación a la práctica médica que en un principio no había sido considerado pero que resultó ser un aspecto central en la vivencia en relación al VPH.

Debido a que la prueba piloto resultó aportar información valiosa para el propósito de la investigación, se consideró tomarla en cuenta para el estudio pero realizando una segunda

sesión para indagar sobre temáticas que habían quedado inconclusas o que era pertinente profundizar.

Después de la culminación de los reajustes a la guía temática, se procedió a realizar las demás entrevistas, las cuales se abordaban iniciando con el report, que vale la pena mencionar, fue de suma importancia para la creación de un ambiente de confianza debido a que la temática de acuerdo con las participantes había sido compartida solo con personas cercanas a ellas y por tanto no era un tema del cual platicaran en la cotidianidad. Debido a lo antes comentado, al comenzar con las entrevistas se mencionaba a las participantes que podían comentar al respecto de su vivencia con el VPH hasta donde ellas se sintieran cómodas y que no se pretendía juzgar su experiencia, sino por el contrario el interés era conocer las implicaciones que dicha experiencia había tenido en cada una de sus vidas.

Una vez realizada la primera sesión de entrevista, se procedió a la transcripción de las mismas para hacer una primera lectura y análisis con respecto a las preguntas que eran importantes incorporar así como las preguntas a realizar sobre algunas temáticas inconclusas o de importancia para profundizar, de modo que en la realización de la segunda sesión de entrevista, se retomaban temas inconclusos pero también se llevaba a cabo la sesión con el objetivo de ampliar la comprensión de los procesos que habían sido mencionados.

Terminadas las sesiones con las participantes se transcribieron las entrevistas faltantes para continuar con su análisis.

El análisis de la información se llevó a cabo a través de un análisis cualitativo de contenido tomando en consideración tanto la información manifiesta como la latente. La manera en que Mayring (2000) ha definido al análisis cualitativo de contenido es como una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio”. De este modo se podría decir que el análisis cualitativo de contenido, es un “análisis de contenido” porque utiliza como datos el contenido de ciertas comunicaciones, mensajes o, a la larga, producciones textualizables, que en este caso fueron

los textos transcritos de las entrevistas, y es un análisis “cualitativo” porque pretende captar los sentidos que la comunicación pueda generar. No persigue por tanto contar esos contenidos y analizar su presencia sino, por su presencia, explicar los posibles sentidos que puedan generarse (Zarco, 2000).

Algunas de las metas a lograr que se han mencionado sobre el uso de esta técnica son: denotar tanto el contenido manifiesto como el contenido latente de los datos analizados, (Bardin, 1996; Krippendorff, 1990; Mayring, 2000); reelaborar los datos brutos ya sea simplemente aglutinándolos en “clusters” o conjuntos homogéneos que agrupen material de similar sentido a través de pasos sucesivos hasta llegar a la conceptualización o regla descriptiva que justifique su agrupamiento (Miles y Huberman 1994 como se citó en Buendía, 1994), o bien, integrando dichos datos a interpretaciones o abstracciones de mayor nivel que permitan, si fuese el caso, establecer relaciones e inferencias entre los diversos temas analizados y de éstos con teoría previa (Mayring, 2000); reflexión y retroalimentación permanente respecto a lo que significa la investigación desde la práctica. El curso del análisis que se lleva a cabo obtiene, de este modo, mayor profundidad y riqueza analítica (Baudino y Reising, 2000; Buendía, 1994; Pérez, 1994; Rodríguez, 1996); y por último, generar información válida y confiable, comprensible intersubjetivamente, que permita comparar los resultados con otras investigaciones (MacQueen, McLellan, Kay y Milstein, 1996; Carey, Morgan y Oxtoby, 1998).

Las razones por las cuales se eligió este método de análisis, es porque a diferencia del análisis de contenido tradicional que busca más cuantificar la información, lo que en esta investigación se buscó fue conocer y rescatar la información relacionada con los significados y la vivencia de las mujeres con VPH, para lo cual el análisis de contenido tanto manifiesto como latente se hace necesario para poder revelar de manera implícita o explícita la forma en que se da la articulación y construcción de la vivencia de las identidad(es) de género, las sexualidades y el cuerpo; el autocuidado y la participación de la pareja en dicho proceso.

Para realizar el análisis cualitativo de contenido se realizaron los siguientes pasos:

- 1) *Lectura General de cada una de las entrevistas.* La lectura de cada una de las entrevistas tuvo a fin hacer un primer acercamiento a las historias de cada una de las participantes con respecto a su vivencia en relación al VPH.
- 2) *Localización de "Unidades de Datos" por participante.* Con mayor detenimiento se realizó otra lectura de las entrevistas de cada una de las participantes en base a las categorías propuestas en la guía temática de la entrevista basada en los siguientes ejes: a) antecedentes generales; b) antecedentes del VPH; c) proceso de autocuidado del VPH (detección, diagnóstico, intervención, tratamiento y/o seguimiento); c) participación de la pareja en el proceso de autocuidado de las mujeres con VPH; y d) Vivencia de las sexualidades, cuerpos e identidades de género en mujeres con VPH y su relación con la pareja.
- 3) *Codificación.* La codificación se refiere a la operación concreta de asignar a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida, es decir, que se añaden marcas (caracteres numéricos, visuales, palabras, abreviaturas, etc.) a las unidades de datos para indicar las categorías a las que pertenecen (Bautista, 2011). Esto se realizó en el presente trabajo a través de palabras clave en relación con la temática de cada "unidad de datos" para su posterior identificación.
- 4) *Integración de las "unidades de datos" de todas las entrevistas de acuerdo a su codificación.* Con la codificación de cada una de las entrevistas se procedió a integrarlas en una tabla en donde una columna fue asignada para cada palabra clave de la codificación y otra columna para las "unidades de datos" de las participantes que habían hablado sobre el tema en cuestión. Cabe mencionar que a pesar de que se realizó una integración en donde se conjugaron las unidades de datos de todas las participantes por código, al final de cada unidad de análisis se puso entre paréntesis el pseudónimo de la participante, su edad, la escolaridad y a qué se dedicaban, esto con el propósito de no perder de vista al realizar la categorización posterior, los procesos particulares y contextos desde donde se enmarcaba cada narración.

5) *Categorización.* La categorización se realizó tomando en consideración las categorías que se habían construido para la guía temática, pero a partir de la obtención de información y de la integración de las unidades de datos por codificación, tomé la decisión de modificar algunas categorías e integrar nuevas, que si bien no habían sido consideradas desde el inicio, a través de la obtención de información en las narraciones de las mujeres con VPH se hicieron evidentes en la mayoría de las participantes. Es preciso mencionar que la categorización hace posible clasificar conceptualmente unidades que son cubiertas por un mismo tópico, las cuales soportan un significado o tipo de significado que puede hacer referencia a situaciones, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias o procesos. (Bautista, 2011). La forma en que se conformaron las categorías y sub-categorías en esta investigación se mencionan a continuación:

1. *Vivencia del VPH en mujeres, pareja, instituciones y familia*

1.1 Vivencia del VPH en Mujeres

1.2 Vivencia de la pareja en el proceso del VPH

1.3 Vivencia de las instituciones

1.4 Familia y vivencia de las mujeres con VPH.

2. *Impacto de la Infección por VPH en la vida de las mujeres*

2.1 Cambio en la forma de verse a sí mismas.

2.2 Impacto en las formas de vivir los cuerpos y las sexualidades

2.3 Impacto en la dinámica de pareja

2.4 Impacto en la percepción e importancia de la salud

3. *Proceso de Autocuidado en Mujeres con VPH*

3.1 Autocuidado en mujeres con VPH

3.2 Autocuidado y participación de la pareja

3.3 Autocuidado y cuerpo

3.4 Redes de apoyo

- 6) *Descripción e integración de categorías y sub-categorías.* A partir de las categorías y sub-categorías mencionadas en el paso anterior, realicé un análisis sobre las narraciones de las mujeres para conocer las coincidencias y divergencias que a partir de su vivencia en relación al VPH habían mencionado y después recuperé lo más significativo y característico que sirviera para dar cuenta de los procesos vividos a partir de esta experiencia de acuerdo con los propósitos que guiaron el presente estudio. Con la recuperación de dichos datos se realizó el reporte de los resultados que se abordara en el capítulo siguiente.

Capítulo 5. Resultados, Discusión y Conclusiones: Vivencia, autocuidado e implicaciones del VPH en Mujeres

5.1 Resultados

En este capítulo me acercaré desde las voces de las mujeres a las vivencias, experiencias e implicaciones que las participantes narraron en relación a la infección por el VPH. En este apartado de resultados, se presentan extractos de narraciones significativas para describir los procesos que las participantes atravesaron, así como el análisis que realicé de dichas narraciones, considerando para ello los aportes feministas para la comprensión de la problemática que se aborda.

Los resultados de este estudio están organizados en tres ejes temáticos centrales, debido a que las experiencias de las entrevistadas se acentuaron en dichos aspectos: a) vivencia del VPH en mujeres, pareja, instituciones y familia; b) impacto de la infección por VPH en la vida de las mujeres; y por último c) proceso de autocuidado en mujeres con VPH. Cada uno de estos ejes temáticos tuvo como objetivo analizar las maneras en que las construcciones de género (identidades de género, cuerpo y sexualidades) atraviesan dicha experiencia, para conocer desde su vivencias y miradas las formas en que estas construcciones inciden en las experiencias de estas mujeres.

La descripción que se abordará a continuación se elaboró con la colaboración de 5 mujeres que habían sido diagnosticadas con VPH desde hace 2 y 3 años; con un rango de edad de entre 21 y 34 años; residentes del D.F; con un nivel de escolaridad de licenciatura (4) y estudiante de licenciatura (1); con un nivel socioeconómico bajo (1) y medio (4); y todas habían tenido una relación de pareja durante el proceso de su vivencia del VPH. A continuación se presentará una tabla resumen con la información desglosada por cada una de las participantes para contextualizar cada una de las voces de las mujeres que compartieron sus vivencias y experiencias al respecto. Cabe mencionar a lo largo de la descripción de los resultados en cada una de las narraciones significativas se colocó en paréntesis el pseudónimo, edad, escolaridad y años desde diagnóstico del VPH con el objetivo de tener la

referencia sobre quién y desde qué contexto se está narrando el proceso alrededor de la vivencia del VPH.

Tabla resumen. Características de las participantes.

Pseudónimo	Fernanda	Alicia	Elena	Isabel	Verónica
Edad	21 años	29 años	23 años	24 años	34 años
Tiempo del diagnóstico de VPH	3 años	3 años	3 años	3 años y medio	2 años
Lugar de nacimiento	Puebla	D.F	D.F	D.F	D.F
Lugar de residencia	D.F	D.F	D.F	D.F	D.F
Escolaridad	Estudiante de Psicología	Pasante de Estudios Latinoamericanos	Licenciada en Diseño Gráfico	Pasante de en Psicología	Licenciada en Psicología
Ocupación actual	Estudiante	Trabaja en un archivo de fotos.	Trabajo independiente	Tesista	Empleada del Gobierno
Condición económica	Baja	Media	Media	Media	Media
Relación de pareja en el proceso del VPH	Si	Si	Si	Si	Si
Relación de pareja en la actualidad	Si	Si	No	Si	No

Tiempo en la relación de pareja	5 años	3 meses	-----	1 año y 6 meses	-----
Hijos	No	No	No	No	Si: 1 hija de 10 años

A continuación se presenta una semblanza de cada una de las mujeres entrevistadas, para contextualizar de una mejor manera los discursos desde donde son narradas las experiencias en el presente estudio:

Fernanda en contexto

Fernanda es una mujer de 21 años de edad, nació en el estado de Puebla pero actualmente vive en el Distrito Federal. Ella vive en la casa de sus padres y su familia se compone de 5 personas: su madre, padre, una hermana mayor y una menor, y ella que fue la segunda hija en nacer. Su vivienda es propia y cuenta con los servicios de agua, luz, gas, teléfono e internet.

Fernanda es estudiante de la carrera de Psicología en la UNAM, y actualmente tiene una relación de pareja desde hace 5 años, pareja con la cual ha vivido todo el proceso que conllevó la infección por el VPH.

La experiencia con respecto al VPH para Fernanda no fue a partir de su diagnóstico, puesto que en su familia su madre y su hermana también ha sido detectado el VPH, por lo que dichos acontecimientos la hicieron contar con información, recuerdos y experiencias en relación con el virus desde antes de enterarse de su diagnóstico. Fernando se enteró de su diagnóstico positivo a VPH desde hace 3 años, y fue tiempo después que le realizaron una cirugía para dar tratamiento a las lesiones causadas por el VPH en una clínica pública de una fundación que brinda atención a mujeres con VPH y CaCu. En la actualidad Fernanda no ha vuelto a presentar lesiones relacionadas con el virus.

Alicia en contexto

Alicia es una mujer de 29 años de edad, que nació y reside en el Distrito Federal. Ella vive sola y renta un departamento que cuenta con los servicios de agua, luz, gas e internet. Alicia

es pasante de la carrera de Estudios Latinoamericanos que cursó en la UNAM en la Facultad de Filosofía y Letras, y actualmente trabaja en un archivo de fotos.

Su familia se compone de 5 personas: su madre que es Lic. en Odontología; su padre que es Lic. en Derecho; dos hermanos menores; y ella que es la mayor de sus hermanos.

Alicia se enteró de su diagnóstico desde hace 3 años, y debido a que tenía lesiones a causa del VPH, le realizaron una cirugía con anestesia local, la cual se realizó sin ninguna complicación así como su recuperación posterior. Después de eso, ella siguió asistiendo a sus revisiones programadas y hasta la fecha no ha vuelto a presentar de nueva cuenta lesiones a causa del virus.

Elena en contexto

Elena tiene 23 años de edad; nació y actualmente vive en el Distrito Federal; vive en la casa de sus padres; y su vivienda cuenta con los servicios de agua, luz, gas, teléfono, internet y T.V. de paga. Su familia se compone de su madre que es trabajadora social; su padre que es consultor; una hermana y un hermano mayores; y ella que es la de menor edad. Elena concluyó sus estudios de Diseño Gráfico en la UNAM, y actualmente se encuentra trabajando de manera independiente como diseñadora gráfica.

Elena actualmente no tiene una relación de pareja pero comenta que en su experiencia en relación con el diagnóstico y tratamiento del VPH, sí tenía una relación de pareja. Elena se enteró del diagnóstico positivo a VPH desde hace tres años, y debido a que al enterarse ya tenía lesiones a causa del virus, le realizaron una cirugía en una clínica privada. Después de esta cirugía Elena, ya no ha vuelto a presentar lesiones debido al VPH.

Isabel en contexto

Isabel es una mujer de 24 años de edad que nació y reside en el Distrito Federal; vive actualmente en la casa de sus padres junto con su hermana mayor y su hermano menor; y en su vivienda cuenta con los servicios de agua, luz, gas, teléfono, internet y T.V. de paga. Sus padres la apoyan económicamente con sus gastos personales, puesto que Isabel se encuentra realizando su tesis de la carrera de Psicología. Dentro de su formación como psicóloga,

Isabel ingresó al Programa de Sexualidad Humana de la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde estudió para formarse como educadora de la sexualidad y como terapeuta sexual. Dicho acercamiento al estudio de la sexualidad, de acuerdo con Isabel, ha trastocado su manera de ver y vivir su sexualidad de una manera más crítica y más libre.

Isabel actualmente tiene una relación de pareja con la que lleva 1 año 6 meses, pero comenta que él la contagió y la experiencia del diagnóstico del VPH, la atravesó con su pareja anterior. Su diagnóstico positivo a VPH fue desde hace 3 años y medio, y su tratamiento lo realizó en clínicas del sector privado. Desde el momento del diagnóstico hasta hace poco tiempo, Isabel no tuvo que realizarse ninguna cirugía para eliminar las lesiones que causa el VPH, aunque en su última prueba de tamizaje volvió a presentar lesiones, por lo que estaba en espera de la opinión de su doctora para ver si le realizaban una cirugía o no.

Verónica en contexto

Verónica es una mujer de 34 años de edad, nació y reside en el Distrito Federal, vive con su única hija de 10 años de edad, en un departamento del que es propietaria y que actualmente está pagándolo; y cuenta con los servicios de agua, luz, gas, teléfono, internet, y T.V. de paga, concluyó sus estudios a nivel licenciatura y es titulada de la carrera de Psicología por la Universidad Pedagógica Nacional. Actualmente trabaja como psicóloga realizando talleres vivenciales con jóvenes estudiantes de secundaria, además de contar con un negocio de venta de ropa con lo cual sostiene los gastos de ella y su hija.

Verónica mencionó que su estado civil es separada desde hace 6 años, aunque tiene formalmente un año de haber terminado su última relación de pareja, por lo que actualmente no tiene una relación de pareja.

El acercamiento hacia el VPH, lo tuvo mucho antes de haberse infectado, puesto que su madre había padecido CaCu a la edad de 35 años y le realizaron una histerectomía, lo cual menciona Verónica, fue un aspecto que influyó en la información, conocimientos, mirada y experiencia que ella tenía con respecto a la enfermedad. Fue a la edad de 32 años cuando le diagnosticaron la infección por el VPH en una clínica del sector público, pero debido a los malos tratos y negligencia médica se trató después en una clínica del sector privado,

A Verónica le realizaron una cirugía de anestesia local para eliminar las lesiones a causa del VPH, por la que le indicaron 20 días de reposo. Cabe mencionar que al no tener los cuidados correspondientes, el proceso de cicatrización no se completó adecuadamente, por lo que al poco tiempo de la cirugía le realizaron otra intervención quirúrgica de cauterización para controlar la hemorragia que había presentado. Desde esa experiencia quirúrgica, Verónica no se ha sometido a otra cirugía y sus pruebas diagnósticas con respecto al VPH han salido sin presencia de lesiones a causa del virus.

5.1.1 Vivencia del vph en mujeres, pareja, instituciones y familia

El diagnóstico positivo de VPH en las participantes, marcó el inicio de la vivencia de esta Infección de Transmisión Sexual (ITS). A partir de este momento, que en las mujeres se desencadenaba todo un proceso, debido a que muchas de ellas tuvieron que someterse a cirugías y tratamientos para eliminar las lesiones provocadas por el VPH, así como también a revisiones y realización de pruebas de tamizaje periódicas para dar seguimiento a la infección. En todo este proceso la preocupación por recuperar la salud tuvo gran importancia en las vivencias de las mujeres, aunque también lo tuvieron otros aspectos como el emocional, la dinámica de pareja, así como los discursos médicos, institucionales, familiares y de género.

5.1.1.1. VIVENCIA DEL VPH EN MUJERES

A) Conocimientos, mitos y creencias acerca del VPH

Los conocimientos previos al diagnóstico de las mujeres sobre el VPH eran: que el VPH es una infección de transmisión sexual, que provoca cáncer, que en las mujeres el virus causa afectaciones a la salud y que el varón es quien lo contagia.

“...es una infección de transmisión sexual y después, quizá más adelante escuché que provocaba cáncer, y pues ya es lo que manejan que es un virus que, que se infecta la mujer, que el hombre puede ser portador y la mujer es la que lo desarrolla” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

Uno de los mitos que todas las participantes mencionaron sobre el VPH es que al tenerlo era muy probable que tuvieran cáncer, lo cual hizo que al enterarse del diagnóstico les causara mucha preocupación y temor ante la posibilidad de morir.

“Que si ya te contagiabas era casi seguro que tuvieras un cáncer” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Otro mito que se mencionó fue el asociar la infección del VPH con la promiscuidad, es decir, que esta infección de transmisión sexual sólo le daba a un cierto grupo de mujeres que habían tenido muchas parejas sexuales. Estos mitos y creencias que las participantes tenían se transformaron y cambiaron al ser contrastados con sus experiencias y vivencias en relación con el virus. De modo que al ser detectada a tiempo la infección por VPH y puesto que ninguna desarrolló cáncer se rompió el mito de que VPH era igual a cáncer. Por otra parte, el mito de la relación del VPH con la promiscuidad, fue tomado en consideración por las participantes, de tal manera que mencionaron que el tener pocas parejas lo relacionaban con poca probabilidad de contraer alguna ITS y en contraparte que a mayor actividad sexual se incrementaba la posibilidad de contraer el virus. Lo antes mencionado es similar a la información que se ha construido en relación al virus, puesto que uno de los factores de riesgo que se menciona en relación al virus, es poner énfasis al número de parejas sexuales (Hernández-Carreño et al. 2012; León et al. 2009; Fernández et al., 2009, entre otros) y no así, a las prácticas sexuales de riesgo, como la no utilización de métodos de barrera. Dicha concepción concuerda con la de algunas de las mujeres entrevistadas que se sorprendieron al recibir el diagnóstico positivo al virus, debido a que relacionaban la infección con el número de parejas sexuales más que con las prácticas sexuales de riesgo que propician el contagio. Para ilustrar la situación comentada Alicia menciona:

“...en ese entonces tenía sólo una pareja, entonces yo no imaginé que pudiera haberlo tenido porque , como que, como que mis ideas se sostenían en que, si hubiera tenido más parejas sexuales, pues tal vez yo hubiera podido contagiarme, y entonces hubiera tenido que estar

como alerta pero antes no, entonces yo tenía solo una pareja ” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

A pesar de que con el paso del tiempo estos mitos y creencias sobre el virus fueron cambiando, estas ideas preconcebidas tuvieron un gran impacto en su vivencia puesto que no nada más ellas las tenían, sino que su familia, pareja y médicos/as las compartían, lo cual trajo como consecuencias tratos discriminatorios, prejuicios y el sentirse estigmatizadas.

B) Vivencia del Diagnóstico, Intervención, Tratamiento y Seguimiento en mujeres con VPH

- **Diagnóstico**

Enterarse del diagnóstico positivo a VPH marcó el inicio de las mujeres en todo el proceso que conllevó contraer esta infección de transmisión sexual, lo que implicó la asistencia a una cita ginecológica. Cabe mencionar que las razones que llevaron a las participantes a asistir a una cita ginecológica, no necesariamente habían sido orientadas para la realización de pruebas de tamizaje para la detección del VPH.

Las razones que incentivaron la visita ginecológica, se mencionan a continuación: realización de una revisión de rutina, porque la pareja había presentado síntomas de la infección, revisión del DIU, y amenorrea. Lo anterior, refleja que el acercamiento a la atención ginecológica no se basó predominantemente en la prevención, sino que se enfocó de manera más marcada a la atención de síntomas, que aunque algunos eran en referencia a otras situaciones, esto permitió la detección oportuna del virus en las mujeres.

” ... tenía amenorrea, no me llegaba mi periodo... Entonces ¿qué paso? pues ya, fuimos al ginecólogo ” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

” ...fue un proceso difícil porque normalmente me practicaba el papanicolaou y cuando tuve mi último estudio, mi última revisión, mi ginecólogo me dijo que algo no le gustaba de la decoloración del Cervix ” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH).

Una vez que las participantes recibieron el diagnóstico positivo a VPH, las reacciones que tuvieron fueron de asombro y sorpresa ante la noticia, puesto que no esperaban dicho diagnóstico.

*“...fue un shock que en ese momento, que dije, pues yo no me esperaba esta respuesta”
(Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)*

La experiencia de enterarse, también tuvo una fuerte carga emocional que de acuerdo al contexto y situaciones en las que se encontraban las mujeres, suscitó diferentes emociones. Para algunas mujeres, enterarse del diagnóstico trajo consigo saber de infidelidades por parte de sus parejas, lo que les hizo sentir rabia (debido a que la pareja de contagió estaba enterado de que era portador y ella no lo sabía), sentimientos de traición, de poca valía y de sentirse poco querida por la pareja. A continuación se presentan los casos de Verónica y Elena quienes vivieron situaciones de infidelidad por parte de sus parejas, lo cual se relacionó con su contagio del virus, y que revelan la importancia de retomar la participación de los varones dentro de esta problemática, puesto que no hay una responsabilidad del cuidado sexual de su parte. Lo anterior refleja lo referido por Keijzer (2003) quien habla sobre “los varones como factor de riesgo” para aludir a aquellos aprendizajes sociales de los hombres que tienen e impactan en su propia salud y de quienes les rodean, tal como en este caso puede representar, el hecho de que los varones tengan muchas parejas sexuales como medio para demostrar su masculinidad.

“...cuando me dan el diagnóstico fue un, fue un detonante porque, no, pues te sientes, pues en mi caso me sentía como poco querida, como de que fui de poca, fui muy poco valiosa para él, que no me había cuidado, como mis sentimientos de poca valía de ¿por qué buscaste a otras mujeres si según conmigo estabas feliz no? ¿Por qué tenías esa necesidad? ¿Por qué me engañaste? pues sí fue, fue muy doloroso” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

“...una rabia la verdad, porque pues este wey, ya sabía lo que tenía ¿no? y no sé si, no sé si por... ah por machismo, o por lo que sea, o por igual falta de información, pues este guey nunca me dijo nada ¿no?” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH).

Las demás participantes que no vivieron esta experiencia por infidelidad, dijeron que enterarse las llevo a sentir miedo, ansiedad, incertidumbre, (debido a que el VPH lo asociaban con Cáncer) tristeza, decepción y frustración.

“...sentí como miedo, no como sentí miedo, ansiedad, incertidumbre, eso fue cuando me dijeron. Entonces cuando fui a mi primera revisión fue así como unos nervios total y igual miedo por lo que me dijeran ¿no?, fue así de asociar el VPH, pues lo primero que se me vino pues el cáncer ¿no?” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH).

- **Intervención/ tratamiento**

A 4 de las participantes les realizaron una cirugía para eliminar las lesiones que causa el VPH y sólo una no se sometió a dicho tratamiento. La vivencia de la cirugía fue diferente en cada una de las mujeres, de modo que una de las participantes mencionó sentir miedo al procedimiento y que a causa de éste no pudieran tener bebés en un futuro; otra participante mencionó que durante la cirugía llegaba a su mente el cuestionamiento acerca del por qué ellas tenían que estar pasando por esa situación; y también refirieron sentir desesperación; malestar; más cansancio emocional que físico; así como evasión al momento de ser operada, es decir que estaba “de cuerpo presente pero de mente ausente”.

“...te preguntas el por qué tenías que estar pasando por esa situación, o sea no había la necesidad, mil, mil cosas en la cabeza, que pues te pasan, y entonces ya, después de eso te dan óvulos, y te dan pastillas y cosas para que se regeneré el tejido, y ya, pues ya me fui a mi casa, ya todo tranquilo, y bueno, pues es, más que el cansancio y el reposo físico, es el emocional ¿no?” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH).

El caso que a continuación se presenta es el de Fernanda, quien menciona que una de sus preocupaciones relacionadas con el tratamiento es no poder tener bebés en un futuro, lo cual refleja uno de los aspectos que se han construido con respecto al "deber ser" de las mujeres, que de acuerdo con Burin y Merler (1998) tiene que ver con la interiorización en las subjetividades de las mujeres del ideal maternal que pasa a ser constitutivo en su definición como sujetos. Sobre esto, se puede mencionar que la vivencia del tratamiento del VPH que se llevó a cabo en el cuerpo de Fernanda, no solamente involucró aspectos biológicos y físicos, sino que también involucró aspectos con respecto a la construcción social de los cuerpos, las sexualidades, y los roles de género, que de forma articulada con una sensación de miedo Fernanda experimentó el día de la cirugía y a continuación se menciona:

"... yo sentía mucho miedo, e igual ese día de la cirugía fue como ese miedo de, no y si me duele, y si esto, y si me lastiman y cosas así ¿no?, y si ya no puede tener bebés en un futuro..." (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

Tener que realizarse la cirugía para eliminar las lesiones del VPH, no sólo se experimentó a nivel de sentimientos y de pensamientos, sino que también se vivió desde el cuerpo. Realizar la cirugía implica que el personal médico aplique anestesia local en el cuello del cérvix, quemar las lesiones, pasar por el proceso de cicatrización y esperar a que se regenere el tejido afectado. Para la realización de todo ello, se hace necesario la exposición de los genitales y la introducción de aparatos en el cuello del cérvix, lo cual hizo que la vivencia de pasar por la cirugía para las participantes les resultara incómodo, doloroso, y desesperante, lo cual se menciona a continuación en voz de las participantes:

"...pena de que me estuviera viendo y tocando así de ¡auch!, es mi parte, entonces es así como un poco invasiva ¿no? ... ya cuando estaba como en el proceso fue como ¡aps! duele" (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH).

"...te dicen, no, no te va a doler ¿no? y pues tú sientes, pues en realidad sí sientes los aparatos que te están introduciendo" (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“...la anestesia no me duró todo el tiempo, hubo un par de minutos que para mi fueron miles de minutos ¿no?, pero un par de minutos, al último de la anestesia, yo desperté y todavía ya estaba yo terminando ¿no?, entonces fue, fue desesperante, fue fatal, y pues obviamente huele a quemado, ¡y eres tú!” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

“...yo me sentí como muy lastimada físicamente porque es muy agresivo el proceso, no deja de serlo, no deja de ser una parte tan... todavía con tanto tabú, el de tener que estar expuesta en una situación así” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH).

Las experiencias de las mujeres además de indicar que fueron incómodas, también dejan ver que en parte se debió a que esta operación es en los genitales, los cuales tal y como menciona Sanzs (2003) durante el proceso de socialización a las mujeres se les va interiorizando que los genitales se deben ocultar puesto que hay una simbolización en donde se percibe que una vagina abierta= mujer fácil= depreciación= abandono afectivo, mientras que una vagina cerrada= mujer difícil=valoración positiva= interés del varón. Además de las construcciones en relación al cuerpo de las mujeres, la vivencia de la operación también tiene relación con la forma en que el personal médico visualiza al cuerpo de las mujeres, en donde Brown, Pecheny, Gattoni, y Tamburrino (2013) menciona que la consulta ginecológica se caracteriza por la objetivación del cuerpo de las mujeres sobre la camilla y una vez en esa posición la cara de las mujeres se invisibiliza, pasando así en primer plano los órganos sexuales de las mujeres en un contexto que según Bourdieu (2000) está orientado y estructurado en función de la distancia, la objetividad y el saber de la ciencia. De acuerdo con esto, la experiencia ginecológica de las participantes justo se percibió desde el malestar y la incomodidad, en donde se puede palpar que la forma en que se realiza el acercamiento médico a estos temas no toma en consideración las sensaciones de las pacientes, por lo que retomar sus voces y experiencias brinda otra perspectiva de los procedimientos vividos en la ginecología pero desde las pacientes.

- **Seguimiento**

Todas las participantes mencionaron que el seguimiento que tuvieron en torno al VPH, oscilaban en revisiones cada tres meses al principio y posteriormente cada seis meses. Puesto que el VPH es un virus que no se quita completamente sino que se activa o desactiva, es importante seguir con las revisiones para identificar nuevas lesiones. Una de las participantes que se había sometido a cirugía volvió a presentar lesiones y otra que no se había sometido a cirugía en su última revisión le indicaron que si era necesario realizar la intervención.

“...primero me dijeron que tenía que ir cada tres meses, a checarme, después de la cirugía, fui cada mes, después cada tres meses, luego me dijeron que podía ir cada 6 meses. Las últimas veces que me hice el chequeo, ya no he tenido nada” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

El hecho de ir a las consultas ginecológicas para dar seguimiento a la infección por VPH provocaba principalmente en las participantes ansiedad, estrés y miedo de encontrar nuevas lesiones y tener que volver a realizarse alguna cirugía. Debido a que para la realización de las pruebas de tamizaje de VPH se tiene que introducir un espejo vaginal para la toma de muestra, las mujeres también refirieron disgusto e incomodidad al realizársela.

“ ...al principio si era como mayor estrés, siento, era como estrés, pero principalmente cuando ya se acerca mi fecha, es cuando siento hasta el momento, el ay no quiero ir, no me gusta que me abran mis piernitas, no me gusta que me vea la doctora, me da pudor, a pesar de que ya son varios añitos revisándome, el dolor que se siente cuando te abren las pinzas dentro” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH).

“ ...incomodidad en el sentido en el que bueno, ir al ginecólogo y pues si estoy nerviosa y demás, pues de todas formas te tienen que meter el espejo, y pues el espejo es como incómodo, entonces como que la verdad no es algo muy lindo ir al ginecólogo ¿no?, es, pues todo un proceso ¿no?, como que hay que, pues sí ¿no?, animarse a ir porque en muchas ocasiones es doloroso, pero vergüenza no” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección

VPH).

Los comentarios que realizaron las participantes en relación a las pruebas de tamizaje para dar seguimiento a la infección, hacen evidente las formas en que las construcciones en relación al cuerpo y la sexualidad salen a relucir en la visita ginecológica. De modo que la incomodidad, pena y vergüenza de exponer sus genitales, así como el tener que someterse a un procedimiento que desde el punto de vista de las entrevistadas es invasivo y doloroso, hacen molesta la visita al ginecólogo. En congruencia con esto, algunas investigaciones sobre la toma de muestra de PAP mencionan que la pena y vergüenza de exponer sus genitales, son algunas de las barreras que obstaculizan el diagnóstico, detección y prevención del VPH y CaCu (Zamberlin, Thouyaret, Arrossi, 2013; Villaseñor et al. 2008; Fernández et al. 2008).

Cabe mencionar que a pesar de que algunas de las participantes ya estaban familiarizadas con el procedimiento ginecológico, la sensación de molestia y dolor se siguen sintiendo en cada visita ginecológica y como lo refiere Fernanda “...a pesar de que ya son varios añitos revisándome, el dolor que se siente cuando te abren las pinzas dentro...” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH).

C) Vivencia de la culpa en mujeres con VPH

La culpa se presentó en todas las mujeres entrevistadas, pero no de la misma manera y por las mismas causas. Si bien todas referían sentirse culpables de haber contraído la infección del VPH, se dejaba entrever que la culpa provenía desde diferentes discursos. Para algunas mujeres la culpa se debía a que consideraban que haber tenido relaciones sexuales y no seguir de alguna manera las normas sociales había traído como consecuencia su contagio y debido a que en el imaginario social, son las mujeres promiscuas quienes padecen estas enfermedades, las participantes se calificaban de inmediato como tales.

“...en su momento, *significó como que mucha culpa ¿no?*, como de ¡ah!, pues *me paso esto, porque no seguí las normas sociales, ni morales, entonces soy una puta...ay, pues me pasó*

porque no me cuide, me pasó porque tuve muchas parejas sexuales, me paso por tener sexo, en un momento donde no debí haberlo tenido ¿no?, me pasó por, no sé, por débil o libidinosa (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Incluso una de las participantes, refirió que su contagio había sido un castigo por la forma de vivir su sexualidad y por haber realizado algo malo.

“... Y entonces fue mi, mi castigo de cierta forma, yo lo veía así en ese tiempo, como mi castigo por haber hecho eso, pues ahora me toca a mí, padecer algo que, bueno sí, pagar lo malo que hice en ese momento fue así, entonces yo lo veía como más hacía mi, y no tanto hacía él” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

La culpabilidad de haber contraído el VPH también provenía de sentirse las únicas responsables por no haber tenido un cuidado adecuado de su salud sexual.

“...si eres culpable respecto a tu salud al no cuidarte” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

“...me culpé todo el tiempo porque, ya sabía que él no era una persona confiable, entonces eso me generaba mucho malestar porque sí sabía que él no se había cuidado y por tanto, pues no me había cuidado, pero responsabilizaba a alguien de lo que era mi propia responsabilidad” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

Aunque también otras participantes no se veían a sí mismas como las únicas culpables sino que también consideraban que su pareja había tenido parte de la culpa.

“...pues ni tú eres culpable, ni yo, sino somos 50 y 50% responsables de lo que sucedió...” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

El sentimiento de culpa no se mantuvo de la misma manera durante todo el proceso del VPH y sólo dos mujeres mencionaron ahora ya no sentirse culpables de dicha situación. Es

importante mencionar que en ellas la vivencia de su sexualidad y los roles de género eran más abiertos y menos apegados a las formas tradicionales.

“...yo no tengo la culpa, estoy ejerciendo mi sexualidad libremente, y pues voy a ser cuidadosa, eso es lo único” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

Algunos de los aspectos que dichas participantes mencionaron ayudaron a no vivirse como culpables de la infección, tenían que ver con la obtención de más información sobre las causas y el desarrollo de la misma, pero sobre todo había tenido que ver, con el poder identificar de dónde provenían los discursos que las hacían vivir su cuerpo y sexualidades con culpas.

“ Ayudan muchas cosas, en especial darte cuenta que puedes vivir una sexualidad libre también, que puedes disfrutar de las cosas y también darme cuenta de dónde provenían esas culpas, porque muchas veces no son de nosotros, aja si no son de nosotros, no son que nosotros realmente hayamos creado ese tipo de pensamientos, sino uno se va dando cuenta cuando se ve así mismo, que esas ideas son implantadas por ya sea, por la educación de tu familia, o por los valores morales de la sociedad, por muchas cosas que dices, es que cómo puede ser posible que sea así, o sea no porque la mayoría piense que tener sexo antes del matrimonio está mal, significa que realmente está mal ¿no?, entonces cuando tú te vas dando cuenta de todo eso te va quitando muchas culpas” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Como se puede apreciar, el hecho de identificar desde quienes vienen los discursos que promueven una sexualidad con culpas, prohibición y desde el miedo, ayudó a la participante a cambiar la forma de vivirla. Su elección de vivir su sexualidad desde el disfrute, placer y libertad indudablemente impactó, la forma en que vivió su proceso en relación con el VPH.

La culpa si bien salió a relucir en el proceso de la infección del VPH, también es importante mencionar que ésta estaba íntimamente ligada a los discursos que se relacionan con la

vivencia de la sexualidad así como de las construcciones de género que han permeado la historia personal de cada una de las participantes.

D) Enojo, Soledad y Miedo en mujeres con VPH

Además de la culpa, las mujeres mencionaron sentir enojo, miedo y soledad en su vivencia del VPH. Estas emociones es preciso mencionar están relacionadas con el hecho de que el VPH es una ITS, lo cual conllevó a que la atención se dirigiera en la forma de vivir sus sexualidades y sus cuerpos. Lo anterior, tuvo un impacto en relación a las redes de apoyo que las participantes tenían, puesto que preferían no comentar a muchas personas sobre su diagnóstico por la relación que se ha construido entre ITS y promiscuidad.

Las participantes refirieron una sensación de soledad en todo el proceso relacionado con esta ITS, ya que a pesar de que algunas personas sabían sobre su diagnóstico (pareja, amigos/as y familia), no se sentían acompañadas en dicho proceso. Sobre ello nos comenta Elena que su soledad provenía de las "cargas sociales" que se relacionan con esta ITS.

"...sí, uno se siente sola, como si, ni modo uno lo tiene que enfrentar, igual supongo que también tiene que ver con cargas sociales de que pues es una enfermedad de transmisión sexual" (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

Esta sensación de soledad, de acuerdo con lo que comentó Fernanda, también iba acompañada de enojo, ésto debido a que era su cuerpo y su salud, los que estaban implicados en la infección del VPH, lo que contrastaba con la experiencia de su pareja, la cual no había tenido ningún síntoma o complicación.

"...bastante como enojo y también como que una cuestión de soledad ¿no?, como de, con todo y que esté mi pareja, en realidad mi pareja no tiene nada ¿no?" (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

A todas las participantes les causaba miedo el tener que decirles a sus nuevas parejas sexuales sobre el VPH, ya que temían que al saberlo, éstos las rechazaran. Este miedo de

revelar a nuevas parejas sexuales su diagnóstico, se relaciona con la construcción social que se ha realizado respecto al virus, en donde los discursos normativos sobre la sexualidad entran en juego y en donde se esperan ciertos comportamientos en las mujeres que garanticen el control de la reproducción como lo es la virginidad, pasividad y no reconocimiento o expresión del deseo sexual, orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad, fidelidad sexual, entre otros aspectos (Herrera y Campero, 2002).

“ El hecho de decírselo a una nueva pareja, o sea como que, enfrentarme a tener una nueva pareja, para mí es algo muy, muy complejo, se me hace algo muy difícil, porque todavía no sé qué decirle, o sea, qué me presento y me gustas y... soy portadora, o cómo le hago ¿no?, o sea se lo tengo que mencionar al principio, no se lo tengo que mencionar, no tengo idea no, no sé bien como, como manejarlo ¿no?, porque tampoco existe, el fomento como para que los hombres acepten, que posiblemente una mujer, que puede ser su pareja, es portadora del VPH ¿no?” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

E) Estigma y discriminación en mujeres con VPH

No es extraño identificar entre los testimonios de las participantes haber sido estigmatizadas y discriminadas por tener VPH, puesto que al ser una infección de transmisión sexual se desprenden prejuicios sobre la forma de vivir sus sexualidades.

Los estigmas que mencionaron, eran porque el VPH es una ITS ,aunque también una de las participantes mencionó haberlo vivido por ser joven y tener VPH.

“ ...sentía que, que pues ya estaba como tachada ¿no?, hasta cierto punto ¿no?, porque además por el hecho de que fue por medio de una transmisión sexual, pues era como una onda de estigma, de que ah bueno entonces, eso significaba que yo me metía con quien fuera ¿no?, algo así, podía pensar como eso ” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Este tipo de estigma reducía las redes de apoyo con las que podían contar las mujeres y hacía difícil el proceso de comunicárselo a las parejas, familiares y amigos. Además en el caso de

la participante más joven también significó el que no tuviera acceso a la atención médica de las lesiones que presentaba a causa del VPH por la edad.

“...oiga, es que dicen que por mi edad, no me pueden atender y así ¿no?”, y me dijo, es que en algunos lugares si es como requerimiento ¿no?, el tener la edad” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH).

El estigma de acuerdo con Goffman (1989), se presenta para la señalización de algún incumplimiento de las normas sociales y estereotipos, siendo así que por ello la persona es discriminada, cuestionada y su valor social se ve afectado, lo cual se relaciona con las narraciones de las participantes, puesto que en el caso del VPH el cuestionamiento es sobre el ejercicio de la sexualidad en las mujeres, quienes al no seguir el patrón tradicional de virginidad y pasividad sexual a través de la estigmatización y discriminación se evidencia dicho incumplimiento, para de alguna manera seguir sometiendo al control social el cuerpo, la sexualidad, las decisiones y las acciones de las mujeres (Hutchison, 2003 como se citó en Arellano-Gálvez y Castro-Vásquez, 2013).

5.1.1.2 VIVENCIA DE LA PAREJA EN EL PROCESO DEL VPH

La vivencia de las parejas en todo el proceso del VPH tuvo grandes diferencias al de las mujeres, quienes a partir de su mirada hicieron las siguientes observaciones sobre cómo los hombres atraviesan toda la situación que se deriva a partir del diagnóstico de VPH en ellas. A continuación se mencionan:

A) Reacción de las parejas ante el Diagnóstico positivo a VPH : evadir la responsabilidad

Las reacciones que tuvieron las parejas al enterarse del diagnóstico positivo de VPH en ellas, fue en su mayoría de evadir la responsabilidad de ser los posibles transmisores, aunque las respuestas y acciones que hicieron cada uno de ellos fue diferente de acuerdo al tipo de relación que tenían, y si esta pareja aún se encontraba con la participante a la hora del diagnóstico o ya no lo estaba.

Las mujeres que ya no se encontraban con la pareja de contagio y se comunicaron con ellos para hacerles saber el diagnóstico, reaccionaron de la siguiente manera: desaparecer, enojarse o tomar la noticia como mentira.

“...A una ex pareja, le llamo por teléfono, le llamé a varias, pero a una de ellas en especial, le llamo y le digo que estoy infectada y que pues, que estaría bien que él se hiciera unos estudios, y se enoja conmigo, no, se enoja conmigo, e incluso me dice algo así como “pues sí, no podía esperar otra cosa” ¿no?” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“...se desapareció, si le dije, “Oye, fíjate que tengo esto, qué onda, qué hacemos ¿no?”, o sea sí hablé, o sea me dijo “¡ah, no, pero pues qué te pasa, yo...!”; sabes qué hice, corto relación contigo y pues vete al diablo, no me importa y no quiero saber nada de ti ” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

“...me tomó como ¡ay! me estas mintiendo para llamar la atención” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Las experiencias de las mujeres al decirles a las parejas con las que se encontraban en ese momento también fue de evasión de la responsabilidad, tal y como lo comentó Fernanda, que su pareja una vez que ella le comentó el diagnóstico, su reacción fue de deslindarse de algún posible señalamiento de infidelidad, posicionándose libre de culpa.

“ ... su respuesta fue así luego, luego, de “yo no he tenido nada con alguien más eh”, le dije, pues yo tampoco, esa fue como luego, luego su, como el no me veas a mí, no fue mi culpa ¿no?” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH)

B) La percepción de la pareja como no enfermos/ no portadores/ no responsables

Las mujeres mencionaron que a pesar de que ellos eran los portadores o que se pudieron haber contagiado al estar en contacto con ellas y tener de igual manera el virus, ellos nunca

se percibieron ni como portadores, ni como enfermos debido a que no se presentaba ningún síntoma físico en ellos.

“... Curiosamente, ningún hombre se dice tener, ser portador, o sea, ninguno de mis amigos, ninguna gente cercana a mi ¿no?, bueno, ningún hombre tiene como esa aceptación de sí, mi pareja resulto que tiene el VPH y entonces, tal vez, por lo tanto puedo ser portador, ningún hombre ¿no? entonces pareciera que es como una cuestión de género ¿no?, como que nos toca a nosotras y entonces al mismo tiempo ni sabemos qué hacer y... como que, pues sí, de alguna forma, se nos discrimina ¿no?” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“... Es rara la vez que se les desarrolla, no les importa ¿no?, realmente ellos, como ¡ah! sí no pasa nada porque no tienen ningún trastorno físico ¿no?” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

Dos de ellas mencionaron que inclusive sus parejas se hicieron las pruebas de detección del virus y que salió negativo, por lo que creían que desde la medicina se parecía justificar el que no se sintieran como infectados o enfermos, y por tanto que no tuvieran ninguna responsabilidad al respecto.

“... los estudios que se pueden realizar no salen positivos, entonces él fue uno de esos casos. Yo le decía, “ve a hacerte estudios” y fue a hacérselos y salió negativo en todo” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“... no había como una conciencia de que él era portador, o podía serlo. Y además como que tenían como bases científicas para argumentarte que no eran portadores, puesto que no les sale a ellos ¿no?, aunque tuvieran relaciones sexuales conmigo sin condón ¿no?, o sea como que, incluso la ciencia les da la posibilidad de decir “No, yo no tengo nada”. (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

A raíz de esto, las mujeres entrevistadas dijeron, que el hecho de que los hombres no presentaran síntomas visibles del virus, daba la posibilidad de no decir nada con respecto a

esto a nuevas parejas, de no cuidarse y de sentirse " libres de toda culpa" . Lo cual contrasta mucho con la vivencia que ellas tuvieron con respecto al virus puesto que sí se veían como enfermas, se tenían que someter a una cirugía, a la realización de las pruebas y tenían que llevar toda la carga de la enfermedad, es decir que todo el tratamiento se centraba solamente en ellas, en sus cuerpos y en sus sexualidades.

"...una parte médica, como no sé, como de desventaja: en ellos no presenta muchas veces, el síntoma. Entonces eso se vuelve como contraproducente, porque pareciera entonces, que la única enferma eres tú ¿no?, o sea, la portadora y la que tiene el virus eres tú y entonces como que de alguna forma, ellos quedan como libres de culpa" (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

"...Siempre fue como toda la atención a mí, yo fui la que estuve en tratamiento, entonces sí existe gran diferencia en que seas mujer u hombre, porque pues el hombre al final, no lo desarrolla, no se siente enfermo y las mujeres, sí nos sentimos enfermas y si estamos, entonces sí, yo creo que sí influye mucho el que seas hombre o mujer, en eso.." (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH).

5.1.1.3 VIVENCIA DE LAS INSTITUCIONES

La vivencia de las mujeres también fue atravesada por la atención que recibían de los/las médicos, quienes eran las primeras personas en darles el diagnóstico positivo de VPH, así como también quienes les brindaban el tratamiento, realizaban la cirugía y daban seguimiento a las lesiones de esta infección de transmisión sexual.

Las experiencias que las mujeres narraron tener con el personal médico no fueron positivas, ya que señalaron vivir una mala atención debida al gran número de pacientes, lo cual provocó que las mujeres se quedaran con muchas dudas respecto a la infección (de cómo se contagia, sobre el tratamiento, reinfecciones y sobre el tratamiento de sus parejas) puesto que las atendían rápidamente; una atención "fría" , es decir, con falta de hospitalidad, sensibilidad con respecto al tema, y cuidado a la hora de realizarse los estudios de tamizaje y/o cirugía, en

donde los/las médicos tenían contacto con los genitales de las participantes; negligencia médica, ya que una de las participantes relató que en una clínica querían practicarle una histerectomía cuando no era necesario realizarla; y querer aprovecharse de la enfermedad para sacar ventaja monetaria a los intereses de la/el médico.

La consulta médica, que como refirieron las participantes no aclaraba sus dudas al respecto del virus, también contribuyó a que desde dicho espacio, el personal médico invisibilizara la participación del varón en el cuidado sexual y con ello en el tratamiento con respecto al virus. Inclusive una de ellas mencionó que ni siquiera se le permitió que accediera su pareja con ella a la institución, lo cual sin duda influye en la construcción del virus como solamente de "de las mujeres", tal y como ilustran los comentarios de Alicia y Fernanda que se abordan a continuación:

"...Y como en la clínica en donde voy tiene gran demanda, no se dan como el tiempo de atender todas tus dudas, y luego muchas veces yo he querido preguntarles ¿no?, oye y qué onda con mi pareja, yo ya no, bueno a mí se supone que ya me curaron, se supone que ya no tengo la lesión, pero mi pareja sigue siendo portadora, entonces qué pasa, cuando tengo relaciones con él, ¿me vuelvo a infectar?, o qué pasa ¿no?, es como esa duda que aún me surge" (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

"...más información por parte del médico hacia el paciente ¿no?, el que se pudieran dar el tiempo de contestar las dudas que, que le aquejan a la mujer, porque yo he escuchado luego, pues yo voy solita ¿no?, bueno, porque voy al lugar con mi pareja, pero mi pareja no puede acceder a la clínica..." (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

La mala atención que una de las participantes refirió, era debido a que el trato del médico para comunicarle el diagnóstico y los procedimientos a seguir habían sido "fríos", lo cual consideraba se debía a la desensibilización del médico con respecto de la infección, puesto que era algo que trataba a diario, denotando así que la mirada desde del médico a la participante había sido como un caso más que atender.

“...el primer doctor con el que fui son muy fríos, como ven, lo ven diario, es como de ah, sí, sí, esto y lo tienes y te tienes que hacer esto y pues ahí esta tu, tu muestra y ¡púa!” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

Además no solamente el trato fue “frío” como lo mencionó Elena, sino que también Isabel refirió que cuando asistió a consulta con un médico, notó que le mandaba a realizarse estudios y estudios pero sólo en cierta clínica, por lo que la participante se dio cuenta que el médico más que estar atento con su salud, estaba más preocupado por el negocio que de ello pudiera salir.

“... Te das cuenta que nada más te quieren sacar el dinero” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH).

El caso que comenta Verónica, en donde uno de los médicos que la atendió con respecto al VPH y quien consideró que la mejor opción de tratamiento para ella era retirarle la matriz, debido a que la participante ya había sido madre, muestra cómo es que desde el saber médico el cuerpo de las mujeres sigue siendo valorado desde supuestos de género en donde el médico que la atendió estaba basando su decisión solamente en sus prejuicios con respecto a que “la matriz ya había cumplido su finalidad” y por ello justificar su retirada. Al respecto la participante menciona que recurrió a consultar a otro médico quien, le indico que dicho procedimiento no era necesario. Este hecho muestra la violencia institucional que la participante vivió, y que sin duda pudo haber afectado su salud. Es importante mencionar que el hecho de que Verónica se percatara de que no era necesaria la histerectomía como parte de su tratamiento del VPH y que buscara otra opinión y tratamiento médico, tiene que ver con que ella tuvo acceso a la universidad, y con ello a obtener una mayor información sobre el virus, además de que tenía la experiencia en relación con su madre a quien también le habían dignosticado CaCu. Por último, los recursos económicos con los que contaba Verónica, también posibilitaron tener acceso a más opciones de atención médica.

“...Yo me impactó, porque, porque digo cómo me van a quitar, cómo me van a retirar la matriz, o sea, si no es cáncer cérvico uterino aún ¿no?. Entonces se lo hago saber a mi doctora y me dijo que, que efectivamente, que en muchos lugares, es como, como algo que se está haciendo fuera de la ley y me dijo “totalmente, no”. O sea, están mal de la cabeza, porque aunque ya tengas una hija, o sea, eso no va a erradicar el problema y además, eso no está bien, entonces, decido hacerme la cirugía de forma particular” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

Dicha violencia institucional en cuanto al trato médico/a-paciente también se manifestó en prejuicios respecto al número de parejas sexuales de las mujeres; discriminación por parte de las enfermeras al saber el diagnóstico y tratarse de una infección de transmisión sexual; incomodidad por ser atendida por un varón; e inclusive actitudes machistas que negaban el acceso a los métodos anticonceptivos que una de las participantes deseaba usar. Esto hace evidente las formas en que en la consulta médica se juegan cuestiones relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales y la intimidad, tras las cuales de acuerdo con Pecheny et al. (2006 como se citó en Brown, Pecheny, Gattoni, y Tamburrino, 2013) se levanta un inmenso edificio de prejuicios, saberes, normativas y prescripciones. A continuación en voces de éstas, se narran las formas en que las participantes vivieron dicha violencia institucional:

“...una ginecóloga, con la que estuve, que sí me dijo, que pues que “Lógico” o sea, así como de “Pues cómo no va a tener el VPH, si no ha tenido una sola pareja”, pues eso sí hasta cierto punto yo creo que me marcó, porque pues si un doctor te dice eso, bueno, qué puedes esperar de alguien que, que, pues que es estudiante de ingeniería ¿no?” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“... el trato más como fuerte son como las enfermeras... eh!, como si, pues comentarios, mas bien como gestos, como, pásele, así como que primero muy amables y cuando ven el diagnóstico, este.... notó un cambio, así como de maltrato, como si te estuvieran culpando de que tienes VPH ¿no?, como si fuera tu responsabilidad” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

“...me tocó un hombre, fue así de, yo sentía mi carita que ardía ¿no?, porque desde el punto de que vas con la faldita, y te dicen “señora”, no señorita, porque siempre eres una señora, y yo ¿pero si todavía ni me caso?, pero ya eres señora, y detrás de esa cortina quítete la pantaletas, se sube a esto y abra sus piernas, y yo así de y un cafecito, mínimo, entonces como esa parte es muy incómoda, bueno yo me sentí muy incómoda porque era hombre, y el que me viera, fue así como muy feo” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH)

“...le pregunté “oye necesito pastillas anticonceptivas ¿no?, no sé de... x ...no me acuerdo cómo se llaman, pero aja, de x marca, de estas que no te hacen ningún cambio ¿no? “dice, ¡ay! no mamacita, o sea tú no te las puedes tomar, y yo “pero por qué” y dice “mira, cómo decirte, esas pastillas son sólo para modelos” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Es importante mencionar que todas las mujeres entrevistadas fueron de ginecólogo/a en ginecólogo/a debido a la violencia y maltratos que recibieron al tratar la infección hasta que encontraban a alguna médico/a que las hiciera sentir cómodas y atendidas adecuadamente, tal y como menciona la siguiente participante:

“...Ay, bueno porque no te está juzgando, no te está diciendo cosas entre líneas, no te está maltratando, te trata como médico-paciente, con respeto y profesionalidad ” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH).

5.1.1.4 FAMILIA Y VIVENCIA DE MUJERES CON VPH

La vivencia de las mujeres con VPH en relación con su familia, fue principalmente narradas desde experiencias con sus madres y padres en todo este proceso. Aunque es preciso mencionar que las madres de las participantes fueron quienes acompañaron desde el plano emocional el proceso de la infección de manera más marcada, mientras que los padres lo hacían más desde lo económico. Con respecto a lo anterior Fernanda comentó que mientras

que su mamá la acompañaba en su proceso dándole consejos y tratándola de tranquilizar cuando ella tenía que asistir a sus consultas médicas y a la cirugía; su padre se mantenía al margen desde lo emocional en todo este proceso y en cambio su forma de acercamiento lo realizaba dándole dinero para la cirugía. Esta forma de acercamiento de las madres desde un plano más emocional y de cuidado hacia sus hijas, en contraste con los padres, tiene que ver con lo que Gilligan (1985) mencionó sobre la ética del cuidado, que plantea una forma de relación con el mundo desde el cuidado y la responsabilidad, y en donde el aspecto relacional y contextual de las situaciones tiene una importancia. Dicha ética del cuidado, a través de aprendizajes de género, suele ser la ética desde la cual las mujeres miran el mundo

“...se entero mi papá porque mi mamá le contó, y mi papá fue así de pues hazte caso corre al médico rápido, corre a donde fue tu mamá, toma medidas y como un poquito el de pues si necesitas dinero, pero no tan abiertamente ¿no?, así como el si necesitas dinero te apoyo ¿no?, era el.. ¿tienes dinero? y yo sí, pues llevo lo de mis pasajes y él, ten, cincuenta pesos ¿no? para lo que me sirvieran, quizá no pagaba la consulta o no era como una gran cantidad, pero era como su intención de... pues ahí te va algo ¿no?, ese fue como mi papá, ese punto ¿no?. Y mi mamá si fue como el calmarme, porque sentí miedo, y entonces era así como pues hazte caso, pero no te preocupes, no precisamente te va a dar cáncer o cositas así, o sea como ya lo había vivido era tranquila ¿no?, o sea sí te va a doler quizá toda la cirugía pero tranquila tú puedes, cositas así” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

El acercamiento de las madres, si bien fue más enfocado al apoyo emocional, es importante mencionar que también su acercamiento fue a través de atacar, juzgar y culpabilizar a sus hijas por el hecho de haberse infectado. Muchos de estos ataques y formas de juzgar a sus hijas respecto al VPH, tenían que ver con que se trataba de una infección de transmisión sexual y porque su posicionamiento ante la sexualidad era más apegada a las formas tradicionales que enaltecían la importancia de que las mujeres se mantuvieran vírgenes hasta el matrimonio. Además la educación sexual en el hogar había sido nula en la mayoría de los casos, lo cual no generó espacios de confianza y comunicación más abierta sobre estos temas.

“ Mi mamá por ejemplo, sí me apoyo, pero sí estuvo un poco resentida, por qué, por él, oye pero si tenías la información, oye por qué no lo hiciste, oye, pues mira es algo que, pues vas a tener que cargar toda tu vida, y mira... no sé, fue, o sea sí me apoyo, si me apoyo porque, porque digo sí me acompañó a esta consulta, sí, sí, pues tuvo atenciones cuando estuve en el tratamiento, o sea sí, pero sí hubo resentimientos...” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

5.1.2 Impacto de la infección por vph en la vida de las mujeres

Contraer la infección del VPH impacto en algunos aspectos de la vida de las mujeres y a continuación se mencionan:

A) Cambio en la forma de verse a sí mismas

La vivencia del VPH trajo consigo para algunas de las mujeres, un cambio en la forma de verse a sí mismas, debido a que enfrentarse a nuevas situaciones les permitió conocerse más y darse cuenta de su capacidad de afrontar procesos que afectaban su salud como es el caso del VPH. Aunque es importante mencionar que dichos cambios en la forma de verse fueron diferentes en cada una de las participantes.

Para Elena, quien no contó con el apoyo de la pareja durante todo el proceso del VPH, mencionó que el pasar por esta experiencia sola la hizo darse cuenta de su capacidad de resolver problemas y de tener más confianza y respeto hacia sí misma, los cuales fueron aprendizajes que le ayudaron a verse capaz de afrontar otras situaciones. De manera similar, Alicia comentó que vivir sola y hacerse cargo de sus propios cuidados relacionados con el VPH, como el no poder cagar objetos pesados, la hizo darse cuenta de que podía solucionar situaciones por sí misma, además de que concibió la enfermedad no como un obstáculo sino como una situación que no tenía porque detener los proyectos de su vida.

“Al yo no tener el apoyo de la persona con la que, la que me contagió, pues aprendes a recuperar confianza en ti misma y en reponerte y eso, eso, sí me hizo reponerme de muchas situaciones posteriores, el volver a confiar en mí, el saber que yo, que sí puedes, a pesar de lo sentimentales que somos las mujeres en general, eh... el haber pasado por esta situación, posteriormente en otro tipo de situaciones sí me hizo tener más fuerza de voluntad, de cuidarme, de hacer más cosas” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

“...el hecho de darme cuenta de no poder cargar cosas y tener esa convicción de que no podía hacerlo y tenía que cuidarme, yo tenía que arreglármelas porque pues vivía sola, entonces así tenía que sacar todas las cosas por mí misma y pues pude hacerlo, al mismo tiempo, me cae el veinte de que una enfermedad no me iba a detener que no me iba a quedar ya sin tener una vida, más bien dije no, pues se me corrió pero eso no detiene las cosas o las proyectos que tenga en puerta” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Esta vivencia también trajo para Isabel, el respetarse, ser más sincera consigo misma y tener más responsabilidad sexual para evitar exponerse a ser contagiada o contagiar a alguien más.

“...en tu personalidad cambias mucho, para empezar, si no eras sincera, más bien tienes que volverte sincera, y sobre todo sincera contigo misma; si no eres respetuosa, pues más bien te hace volverte respetuosa ¿no?, significa también, significa un cambio ¿no?...esta parte de la responsabilidad sexual con los demás, o sea, cómo decirlo, te limita mucho, o sea si tu, si tu pensabas que... por ejemplo yo pensaba ¿no?, ¿Quiero tener muchas parejas sexuales?, ahorita digo no, porque, no se vale ni estarme exponiendo, ni estarlos exponiendo” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

B) Impacto en las formas de vivir el cuerpo y las sexualidades

La vivencia del VPH impactó sobre todo la vida sexual de las mujeres, en gran parte porque a partir de esta experiencia y los cuidados que se derivaron de ella provocaron cambios importantes en sus sexualidades y formas de vivir el cuerpo.

Todas las mujeres mencionaron tener miedo a las relaciones sexuales una vez que se enteraron de tener VPH y haberse sometido a una cirugía. Este miedo tenía que ver con el hecho de que tener relaciones sexuales les recordaba a las participantes el que habían sido contagiadas, y fue lento el proceso para poder volverse a sentir cómodas para reanudar su vida sexual. Al respecto Elena comenta:

“...la primera vez que volví a tener relaciones sexuales después de lo de la intervención, que fue con él, pues fue, fue trágico ¿no?, te puedo decir que casi casi me puse a chillar, así de ¡ah! no quiero ¿no?, porque hasta yo creo que psicológicamente, pues ya no te debe de doler ¿no?, de hecho ya no te duele ni nada, pero, es más como una cosa mental, de temor, de no sé me va a doler, me va a lastimar, se va a zafar el condón, lo voy a contagiar, todo ese rollo que te... bueno ni siquiera pude tener una relación sexual satisfactoria en ese momento ¿no?, o sea, me puse mal, dije ya no quiero, ya no puedo” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

A raíz de este temor a tener relaciones sexuales algunas de las parejas se volvieron más cuidadosos en dicho ámbito.

“...mi vida sexual con él, pues, pues él como que era más cuidadoso conmigo ¿no?, o sea no, después de la operación no vaya a ser que te lastime, se volvió como muy cuidadoso, y pues yo igual también me volví como que cuidadosa” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Por otra parte, debido a que uno de los cuidados posteriores a la cirugía tenían que ver con tener un periodo de abstinencia sexual al menos por 3 meses para que el tejido del cuello del cérvix pudiera cicatrizar y regenerarse de manera adecuada. Tener un periodo de abstinencia sexual hizo posible en dos de las participantes tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo y cambiar la jerarquización de lo genital en su vida sexual, debido a que no podían tener relaciones coitales y en cambio generó poder buscar y experimentar más desde la globalidad y el erotismo.

“...en esos tres meses, también tuve como un conocimiento de mi propio cuerpo, como un conocimiento más profundo, de mi propio erotismo, como que me di cuenta que, el erotismo y las relaciones sexuales, no son, o sea como que no son solamente genitales ¿no?, sino que hay otras zonas erógenas y entonces hay como una exploración con mi pareja ¿no? y así, entonces sí me ayudo como en ese sentido porque tuve como un... como un acercamiento a otras formas eróticas ¿no?, otras formas de vivir la sexualidad, entonces estuvo como padre también ¿no?” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“ ...me di cuenta que podía hacer el amor de muchas formas y sexuales, y no precisamente con penetración o estimulación buco-genital, o estimulación manual- genital y no por eso dejaba de ser sexual, ni dejaba de ser rico, ni dejaba de a un lado los orgasmos, mas bien le daba importancia a todo el cuerpo, no se concentraba en la , no había genitalización vaya” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

De acuerdo con Sanz (1990/2003) la ideología dominante con respecto a las formas de vivir la sexualidad también se plasma en las vivencias corporales, en las formas de percibir las sensaciones, emociones, o incluso en la forma de manifestar el erotismo y el comportamiento sexual. Desde este punto de vista la autora menciona que el erotismo puede ser vivido desde la genitalidad (lo cual se relaciona más con la experiencia que tienen los varones) o desde la globalidad (relacionado con la experiencia en las mujeres). La genitalidad que se refiere a la focalización en lo genital, inhibe el desarrollo de una experiencia de la erótica desde la globalidad, de lo cual algunas participantes dieron cuenta, siendo así que atravesar el experiencia del VPH dio pie a incorporar la globalidad, que en términos de percepción del cuerpo, puede describirse como una sensación que se difunde por todo el cuerpo, dándose de este modo espacio a experimentar el erotismo con sus parejas de una manera distinta a la que al parecer ya habían normalizado. Esta transformación en la vivencia de sus cuerpos y sexualidades en las participantes mencionadas, también denotaron un acercamiento desde el placer y el disfrute, lo cual transtocó sus discursos en relación de al sentirse culpables de haber contraído una ITS por haber tenido relaciones sexuales.

C) Impacto en la dinámica de pareja

La infección por el VPH impactó de manera importante la dinámica de pareja, en la forma de relacionarse y en el ámbito sexual. El abordar la infección del VPH no solamente en la etapa del diagnóstico, hizo posible entender las implicaciones de esta infección como un proceso en el cual la vivencia de la pareja en las mujeres con VPH, no nada más se queda en la pareja de contagio sino que también involucra nuevas relaciones de pareja en las cuales salieron a relucir diferentes experiencias e implicaciones con respecto al VPH, puesto que ellas ya se encontraban en la etapa de seguimiento.

Algunas de las implicaciones de la infección en el ámbito de la pareja, visibilizaron violencia ejercida de los varones hacia las mujeres a través del chantaje y manipulación, lo cual evidencia las formas en que el poder se inscribe en las relaciones de pareja y que al pasar por esta experiencia también salen a relucir.

Al respecto Fernanda comentó, que a pesar de que ya había pasado el tiempo de cicatrización después de la cirugía, ella no se sentía cómoda para volver a tener actividad sexual y que la reacción de su pareja había sido de reclamo argumentando que ella no quería tener relaciones sexuales con él porque “ya no lo quería” .

“ ...Alguna vez, quizá intentamos (tener relaciones sexuales) y fue así de, no, espérate no quiero, me da miedo, siento dolor, y siento que aún tengo una lesión ahí, era como ese punto ¿no?, entonces mi pareja sí unas dos ocasiones sí se llegó a molestar, “es que tú ya no quieres nada conmigo”, y yo así de, no es que entiéndeme ¿no?, como a ti no te lo hicieron, pues que fácil se te hace ¿no?, a ti no te duele” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH).

Ante la reacción de la pareja, Fernanda comenta que lo que había sentido al escuchar tal respuesta de su pareja fue enojo.

“...el enojo de que entiéndeme o sea, si digo que no, no es porque no quiera, sino porque en verdad me duele y en verdad me siento mal, era mi enojo” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH)

No obstante, la misma participante comenta que pasar por el proceso del VPH con su pareja hizo que se unieran más.

“...siento que nos unió un poquito más como el vivir toda esta parte del procedimiento juntos fue como acercarnos más, y tener como algo que compartir no era como es el día de tu cita, es el día de ir a hacerte estudios, entonces ya esa parte de ese día es para ti y no hago planes y no nada, entonces era como sí, como unirnos un poco más” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH)

Como se puede apreciar la forma en que la pareja actuaba era ambivalente, es decir por un lado apoyaba a la participante en todo el proceso y cuidados del VPH, y por el otro la chantajeaba para poder tener relaciones sexuales, a pesar de que ella comentaba que aún no se sentía cómoda para tenerlas. En relación al chantaje, otra participante dijo que éste se dio para que ella no terminará la relación, utilizando el diagnóstico de la infección para justificar y garantizar el que ella permaneciera en la relación.

“... La pareja que tuve en ese momento, fue, pues muy comprensiva, pero al mismo tiempo como que psicológicamente utilizó que tuviéramos el VPH juntos...me chantajeaba de que yo era portadora y que lo había contagiado, al mismo tiempo me decía “No, no, este, tal vez yo te contagié, entonces tenemos que estar juntos para siempre”, y a mi me costó mucho trabajo terminar con él, por lo mismo, porque era una onda de sentir que, que nadie me iba a aceptar con el virus ¿no?...” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Para otra participante, el impacto de la noticia en su relación de pareja fue el terminar con ella, debido a que el diagnóstico del VPH develó infidelidades de parte de su pareja. A pesar de que posteriormente ella menciona que volvieron a intentar seguir con la relación, el enojo y malestar con respecto al contagio del virus hizo imposible poder mantenerla.

“...Todo, todo cambió porque sí creo que ese tipo de situaciones, no solamente es la cuestión de la infidelidad o de la deslealtad, que está en juego, cuando la salud ya está en juego, no está, ya no es tan fácil volver a pegar” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

Dos de las participantes, las cuales sus parejas se deslindaron de la responsabilidad al saber el diagnóstico positivo del VPH, iniciaron nuevas relaciones en donde la actitud de sus parejas fue muy diferente y de apertura a apoyarlas en este proceso. Es importante mencionar que la forma de ser de éstas nuevas parejas era completamente diferente a la de la pareja de contagio y tenían las siguientes características: paciente, cariñoso, honesto y preocupado por su salud.

“...una persona que, pues sí se cuida, que era, es que no sé cómo decirlo, que se preocupaba más, sí se preocupaba más por él y también por mi. Había, pues yo creo que había, pues sí había más cariño, más sentimientos involucrados que, que solo eso ¿no?, entonces sí era una persona que sí se preocupaba tanto por él como por mi, y esas son las diferencias” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

“...lo que él me ha enseñado, mas que nada, mi pareja, es esto mismo, el cuidarse aún más de lo que ya me estaba cuidando, o sea, tener más paciencia conmigo misma, tenerme más respeto, tenerme más amor ¿no?” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

En cuanto a la vida sexual con nuevas parejas, la mayoría de las participantes mencionó que fue un proceso difícil volver a tener relaciones sexuales y debido a que esto involucraba a la pareja, la actitud que éstas mostraron fue de comprensión y de retomarlas poco a poco.

“...él fue muy paciente (para volver a tener relaciones sexuales) , o sea nunca me presionó así de oye y ¿ya?, y ahorita ¿qué tal?, ¿y mañana podrás?, o sea no, no, al contrario, o sea sí fuimos hablando pues cada vez más, pues poco a poco del tema, pues fue, habiendo un

poquito más de confianza cada vez...” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH).

D) Impacto en la percepción e importancia de la salud

Fue notorio el impacto que tuvo esta experiencia en la importancia que estas mujeres le dieron a su salud. Al parecer tener que pasar por una cirugía, los tratamientos y en general por todo el proceso de cuidados respecto al VPH, les produjo a las mujeres reflexionar sobre los cuidados necesarios para mantenerse saludables. De este modo, algunas participantes mostraron más interés y compromiso por su salud, e inclusive una de ellas comentó que esta experiencia la ayudó a darse cuenta que su cuerpo es materia viva y que requiere de cuidados.

“...El veinte que me cae de que puedo ser consciente de que puedo ser una corporalidad, una materia viva que tengo que cuidar, que tiene sus necesidades orgánicas y que pues necesito procurar a mi cuerpo, básicamente” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

También mencionaron que algo que había contribuido a no darle importancia al cuidado de su salud sexual había sido el que veían muy lejano que esto les pudiera pasar a ellas, por la edad y porque creían que esta infección solo le daba a mujeres promiscuas.

“... cuando de pronto te ves en medio de una situación de salud que no te favorece te das cuenta de que no eres tan invencible como lo crees y que le puede suceder a cualquier persona y que no es propio de una población” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

5.1.3 Proceso de autocuidado en mujeres con vph

El autocuidado que vivieron las mujeres con VPH fue un proceso en donde las formas de vivir sus sexualidades y su cuerpo incidieron en la realización de acciones dirigidas a cuidar su salud. A pesar de que el autocuidado se refiere al cuidado personal en este estudio también se retomó las formas en que la pareja participó en dicho proceso. A continuación mencionaron algunos de puntos que sobresalieron en los testimonios de las participantes:

5.1.3.1 Autocuidado en mujeres con VPH

El autocuidado que las mujeres llevaron a cabo a consecuencia del VPH fue casi de manera inmediata, una vez que se enteraron del diagnóstico y éste se incrementó una vez que se sometían a cirugía. Algunos de los cuidados que las mujeres incorporaron fueron cambiar hábitos alimenticios, hacer ejercicio, no fumar, descansar, tomar los medicamentos que se les recetaban después de la cirugía, acudir a revisiones ginecológicas cada 3 o 6 meses, utilizar condón, además de trabajar el estado emocional y anímico con el objetivo de mantener un sistema inmunológico estable para evitar reincidir y volver a presentar lesiones a causa del virus. Con relación a los cuidados en el proceso del VPH, Alicia comenta:

“ ... tuve que tomar varios tratamientos: uno de ellos era como para regenerar la piel, que era como una vitamina E, otro era , para evitar la infección, alguna infección, y eh, eran 3, otro era como para desinflamar y como para el dolor, entonces, estuve en esos tratamientos como por... uno de ellos fue como de un mes, otro de ellos fue como por tres meses, el de... vitamina E, fue por tres meses, estuve tomando esos medicamentos. Me dijeron que no podía levantar cosas pesadas, y que pues no podía tener relaciones sexuales, en ese tiempo, en tres meses por lo menos, porque pues podía ocasionar alguna hemorragia... que comiera sanamente y que no me estresara, sobre todo porque, porque me hablaron de que podía ser como una cuestión también de estrés, el hecho de que bajan mis defensas, y entonces pues este, me podía volver a generar esa, pues la infección” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Es importante mencionar que estos cuidados no se mantuvieron de la misma manera a lo largo del tiempo, sino solo al principio y después de la cirugía. Posteriormente los cuidados como una alimentación saludable, el ejercicio y no fumar se fueron dejando de realizar con el paso del tiempo pero la asistencia a las citas ginecológicas y el uso del condón se mantuvieron.

“...al principio me cuide un buen, así, todo lo que me dijeron que hiciera, y mis jugos y que comiera bien, que tenía que comer muchas verduras este, lo hice y digamos que fue como la época del susto, o sea, lo hice durante el tiempo que me sentí amenazada en la salud, y después lo solté. Sí, o sea, empecé como a comer otro tipo de cosas que, pues que no estaban como incluidas en mi dieta pero que si trato de apegarme lo más que pueda a los alimentos como que están más sanos” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH).

Tal y como comentó Verónica, sobre su autocuidado, es relevante hacer hincapié que algunos de los cuidados que incorporó de manera inmediata y que no se mantuvieron a lo largo del tiempo, permitieron comprender que el autocuidado no se refiere solamente a la incorporación de conductas saludables, sino que es un proceso, en donde los aprendizajes sociales, subjetividades así como las historias de vidas impactan el cuidado o descuido de la salud.

A) Concepción de autocuidado

La visión que tenían las mujeres con respecto al cuidado de su salud en algunos casos incluía actividades que garantizaran la salud física, aunque también otras participantes incluían el bienestar psicológico y sólo una manifestó también que el autocuidado también tenía que ver con sus relaciones personales y con el ambiente.

“...Un bienestar pues mental, psicológico y pues no sé, es como junto con pegado ¿no? estar bien. Si estas bien de mentalmente, pues puedes tener capacidad de cuidarte” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“...ir al médico, ahorita estoy yendo más al médico, pues sí, estar como en comunión con las personas, con tu ambiente, también te ayuda mucho” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“...es como una gran inversión, pero en ti misma, desde el autocuidado desde la higiene en general, pero así como de hábito de limpieza, como de alimentación, incluso pues puedo decir que el autocuidado hasta tiene el impacto hasta en lo psicológico, porque la inversión

al asistir a una terapia, pues también es autocuidado en el sentido de la salud mental”
(Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

B) Barreras en el autocuidado en mujeres con VPH

Algunas de las barreras que comentaron impiden el proceso de autocuidado en las mujeres con VPH tienen que ver con la falta de tiempo, los problemas con la pareja, el ritmo acelerado de vida, la impulsividad, pensar en los placeres inmediatos y los procesos emocionales.

En relación al proceso de autocuidado respecto al virus, Isabel comentó que el pensar que ya no tenía lesiones provocó que, en sus palabras, “la impulsividad” le ganara. Además comentó que dicha impulsividad y volver a lo habitual no le permitió seguirse preocupando por sí misma y su salud. Lo anterior pone sobre la mesa, cómo es que si bien la vivencia de un proceso que afecta la salud, como lo fue en este caso la infección del VPH, atravesar por dicha experiencia no alcanza para que el cuidado de sí en las mujeres continúe a lo largo del tiempo, lo cual evidencia que el autocuidado, de acuerdo con Arango (2007), es un proceso que involucra autoestima, la capacidad de pensarse a sí misma, priorizarse, tomar decisiones que favorezcan su salud y de asumirse como seres para sí.

“...así como que te confías, así de ¡ay! pues ya se desapareció y ¡ay, ya!, o sea, como que te gana... te gana lo habitual en vez de preocuparte más por ti, o en vez de ver más allá de las cosas, como que mi propia impulsividad me gana” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

En relación con los cuidados posteriores a la cirugía, la mayoría de las mujeres no tuvieron ningún problema excepto una participante que comentó, que puesto que no siguió las indicaciones de guardar reposo para que se diera de manera adecuada el proceso de cicatrización de la zona afectada, sufrió un sangrado que la llevo de nuevo a hospitalización. Al preguntarle sobre las barreras que no le habían permitido realizar los cuidados posteriores

a la cirugía menciona que el hecho de que los genitales femeninos estén de manera interna y no poder ver que tenía lesiones internas la hizo sentir que éstas no existían.

“...Y entonces creo ahí fue un poco lo que me sucedió, como al ver, al no tener como la evidencia externa, pues como que sentí que ya estaba muy bien, y que podía hacer muchas cosas, y pues obviamente el cuerpo me grito que no, que todavía no era tiempo” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

C) Estrategias para el autocuidado en mujeres con VPH

Las estrategias que utilizaron para poder llevar a cabo un proceso de autocuidado tuvieron que ver con tener tiempo para sí y dar prioridad a los proyectos personales en lugar de los familiares, el trabajar con las emociones y valorar su salud.

En el ámbito sexual, las estrategias que llevaron a las participantes al cuidado sexual fue la exigencia del uso del condón, una mejor comunicación y diálogo con la pareja con respecto a las prácticas sexuales, así como una mayor responsabilidad y conciencia sexual. Otros aspectos que también resultaron estratégicos para el autocuidado en las participantes fueron: el conocimiento, exploración, escucha corporal y la resignificación de sus cuerpos a partir de la experiencia de haber sido infectadas con el virus. Es preciso mencionar que estas estrategias serán más ampliamente abordadas en las secciones cuidados en el ámbito sexual y en la sección de autocuidado y cuerpo.

Por último es importante mencionar que en cada una de las entrevistadas las estrategias tenía que ver con sus contextos, procesos de la enfermedad y su historia personal.

Por ejemplo, para una de las participantes resultó crucial el haber decidido salir de su casa e independizarse, puesto que le ayudó a tener más tiempo para sí, para su realización personal, profesional y para realizar actividades para cuidar su salud.

“...Empecé a aprender a cuidarme yo sola, desde saber que tenía que desayunar ¿no?, de que tenía que tener en la casa, un mínimo ¿no?, no sé, aunque sean latas de atún, y pues eso me enseñó como a cuidarme, estuve haciendo ejercicio también, porque, pues cuando me

salgo de casa, pues empecé a sentir que tenía mucho tiempo, porque, pues nadie me iba a visitar, en la casa de mis papás, antes, se podía abrir, la puerta de afuera, todos podían entrar sin pedir ni siquiera permiso o tocar ¿no?, y entonces, incluso yo dormida, llegaban y me podían decir “¡Eri, necesito que me ayudes en tal!”, entonces estando en mi casa sola, pues me doy cuenta que tengo, suficiente tiempo y me metí a nadar, estuve en el gimnasio, corría en las mañanas, bueno, no siempre, sino que los hilaba, o por temporadas nadaba, o por temporadas corría y así, como que también hice, ese tipo de actividades. Me metí a algunos cursos, que yo también tenía ganas de hacer, y eso me hizo sentir bien, también, psicológicamente” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

D) Cuidados en el ámbito sexual

Los cuidados en el ámbito sexual que las mujeres tenían antes de la infección del VPH sí incluían el uso de métodos anticonceptivos (D.I.U, hormonas, condón), pero la utilización del condón que es el método de barrera que brinda mayor protección en el caso de ITS, no se usaba con tanta regularidad. Además su utilización se hacía más desde la idea de prevenir un embarazo que para prevenir una ITS, tal como lo señala la siguiente participante:

“...Al principio, pues utilizábamos así preservativo, sin ni siquiera cuestionarlo, pero, con el paso del tiempo un día le dije, “Oye, cómo quieres que nos cuidemos porque, porque a veces no teníamos preservativos y nos valía ¿no?, entonces si le llegue a decir, queremos tener hijos, hay que seguir así, no queremos tener hijos ahora por lo menos, tenemos que tomar una decisión” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

Las formas en las que se elegía qué método anticonceptivo utilizar en algunos casos sí implicó que la decisión fuera planeada y hablada con la pareja, pero en otras la decisión se hacía en función a las circunstancias del momento.

“... condón ¿cómo fue?, pues este ya en el momento, cuando iba a ocurrir lo que iba a ocurrir, fue cuando le dije, pero si tienes condón, si no, no, y dijo “sí, si tengo”, fue como

más por la situación que por algo planeado” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH)

Antes del diagnóstico de VPH la exigencia del uso del condón por las mujeres no se realizaba de manera constante en algunas de las participantes, y es a raíz de la vivencia del VPH que éstas comenzaron a exigirlo.

El tener una relación estable y considerar que no había situaciones de infidelidad entre ellos fue una razón por la cual dos mujeres mencionaron que no hacían uso del condón como método de protección, ya que consideraban a sus parejas de confianza, lo cual reducía el riesgo de contraer alguna ITS.

“...Me siento tan cómoda con mi pareja, le tengo tanta confianza, que quizás no exijo el condón ahora, no sé tiene como cosas así, el que esté con mi pareja, y que sea con él, porque yo creo que si hubiera otra persona, pues quizá sería distinto” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH).

Aquellas participantes que sí habían exigido el uso del condón a sus parejas, éstas no accedieron argumentando que al usarlo “no se sentía igual”, que no se sentía cómodo, y que “antes no se usaba tanto el condón”.

“...él era un machista, y entonces dentro de su machismo, era “no uses condón”. Entonces cuando empecé a saber más de sexualidad y todo esto, yo empecé a exigir el condón ¿no?, y cuando lo empecé a exigir fue en el momento en el que hubo más problemas, así de “pero por qué, si no lo habíamos utilizado y no se siente igual” ...y yo así como que... no, no esta bien, no esta padre porque a mi me esta dando muchas pautas que él no me quiere cuidar, ni tampoco él se está cuidando ¿no?” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

La reflexión que hace la participante ante la negativa de su pareja a protegerse, refleja la forma en que los aprendizajes y mandatos de género donde en los hombres se valora culturalmente las conductas de riesgo (como por ejemplo no utilizar condón) como

expresiones de la masculinidad afecta su salud y la salud de las mujeres. Al respecto otra participante también comenta:

“...si era un chico bastante promiscuo ¿no?, o sea cuando yo estaba con él, no era la única persona con la que él tenía.... eso yo no lo sabía, me enteré pues me fui enterando con el tiempo de todo lo que había pasado bastante libertino y en esa situación, tampoco cuidaba mucho de su salud, no le preocupaba mucho, su... sí su estado de salud no le preocupaba mucho ¿no?” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH).

Otras expresiones de la masculinidad tradicional que en el ámbito de la sexualidad tiene que ver con tener muchas parejas y cuidar poco de su salud, también son construcciones que de acuerdo a los testimonios de las mujeres sí estaban presentes en algunas de sus parejas.

En cuanto al cambio en el cuidado sexual que las mujeres mencionaron después de pasar por la vivencia del VPH fue la exigencia y uso del condón así como una mayor responsabilidad y conciencia sexual respecto a sí mismas pero también con sus parejas.

“... Sí cambio a partir de que a mi me dieron de alta y pude volver a tener relaciones sexuales, lo que hicimos fue utilizar condón y ya no hubo sexo oral” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

“ El cuidarte, el decir ok, si no hay protección, lo siento mucho ¿no?, ni modo, y tanto por ti como por la otra persona, y respecto a la otra persona por todas las personas con las que tiene que ver ¿no?, porque es una cadena interminable. Entonces, llevo a una responsabilidad, hasta cierto punto moral, el saber que lo tienes, y el cuidar a la persona con la que vas a tener que ver, y a las personas con las que esta persona en un futuro, en un presente tiene que ver” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

La exigencia y el uso del condón se dio en nuevas relaciones de pareja donde las características de los mismos eran distintas, mostraban interés por la salud de las participantes y no se apegaban a los mandatos tradiciones de masculinidad.

“ Al yo decirle, “oye tengo esto”, implicó el... ok, pues nos tenemos que cuidar siempre ¿no? y siempre nos cuidamos,.. viví las dos partes de una persona que no le importó (tener relaciones sexuales sin protección) y te apuesto que lo sigue haciendo, y no le importa, y la otra persona que lo tomó en serio y que, bueno fue, se respeto a sí mismo y a las personas con las que salió y tuvo relaciones ” (Elena, 23 años, Licenciatura, 3 años de infección VPH)

5.1.3.2 Autocuidado y participación de la pareja

En cuanto al autocuidado de la pareja en relación al VPH lo único que se llevó a cabo fue la realización de estudios diagnósticos en donde en ninguno de los casos dio un resultado positivo. Esto trajo como consecuencia que al no tener pruebas de la presencia del virus y no percibirse como portadores del mismo, no realizaron otros cuidados como la incorporación de nuevas formas de alimentación, ejercicio, descanso, etc. Cabe resaltar que la realización de los exámenes diagnósticos los realizaron a petición de las mujeres y que pocas veces desde la atención médica se habló sobre el tratamiento de los hombres para la infección del VPH.

“ ...él siempre ha sido él que “oye, yo te compró el medicamento”, y yo bueno, pues cómpramelos, entonces, no como cuidarse él, pero siempre ha estado presente en ese punto, o cuando ha habido la pauta para que esté presente” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura , 3 años de infección VPH)

No obstante, algunas de las parejas de las mujeres entrevistadas incluyeron la utilización del condón para el cuidado sexual, y acompañaban a las mujeres en los cuidados que tenían que realizar del tratamiento del VPH, como lo era llevarlas a las citas ginecológicas, ayudarlas a cargar cosas pesadas, debido a que parte del tratamiento posterior a la intervención es no cargar cosas pesadas y en mayor medida su apoyo era de forma económica.

5.1.3.3 Autocuidado y cuerpo

Atravesar por la experiencia del VPH y los cuidados que esto conlleva provocó un cambio en la forma de relacionarse y ver a su propio cuerpo. Para algunas mujeres esto generó una mayor conciencia y escucha corporal, incorporar la exploración de genitales e incluso conocer y vivir su cuerpo desde nuevas miradas. En el siguiente apartado se hablara más a detalle sobre las formas en que el autocuidado se vinculo con el cuerpo.

A) El cuerpo a través de la vivencia del VPH

Las participantes veían a sus cuerpos desde la parte biológica pero también como medio de expresión, de pensamientos, emociones e inclusive como “ un templo” para una de las participantes.

“...Pues si mi cuerpo es todo. No lo veo solamente como la parte biológica sino es como mi manera de expresarme, es mi medio de expresarme es amor también, porque siento amor por mi cuerpo y por mí entonces no solamente es como la parte física, sino la parte que conlleva mi cuerpo, mis sentimientos, mis emociones, la manera de que puedo expresar a los demás mi cariño, mi aprecio, mi enojo, y demás” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH).

Antes de la vivencia del VPH la concepción sobre su cuerpo fue diferente en cada una de las participantes. Para algunas, su cuerpo no era tomado en cuenta, es decir “no lo volteaban a ver” , debido a que el cuerpo era vivido desde lo racional dejando a un lado lo emocional y la escucha de sensaciones.

En sus testimonios se alcanzan a ver discursos que colocan al cuerpo de las mujeres como algo prohibido, oculto y restringido. Al respecto una de ellas comenta:

“ ...yo lo viví así como, yo creo que como la mayoría de las personas lo viven, como algo prohibido, oculto y que causa vergüenza y pena ¿no?, yo así lo vivía ¿no? ...siempre tienes

que ocultar también tus olores, eso también es algo muy feo ¿por qué las mujeres tenemos que ocultar nuestros olores? ¿No? Entonces... o también esta parte de la primera menstruación de no a nadie le digas porque no sé, cualquier pendejada ¿no?, o estarte viendo que si te manchaste, que si no te manchaste, y sí te manchas es vergüenza para todos ¿no? (risas). Y esas cosas tan básicas, tan normales en una mujer, o sea, cómo toda la educación, como todo va diciendo está mal, está prohibido, es vergonzoso, es asqueroso, no lo muestres, ocúltalo en lo más profundo de tu interior” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH).

Al reflexionar sobre la forma en que socialmente se han construido maneras de mirar y significar el cuerpo de las mujeres, la participante no se queda en dicha concepción, sino que cambia su forma de ver su cuerpo y por ende de vivir su sexualidad.

“...yo creo que es más que nada el aspecto espiritual lo que más me, me ha alimentado el amor hacia lo sexual, eso me ha ayudado mucho, porque ya no ves tu cuerpo como tu cuerpo, sino como tu templo ¿no?, ya no ves tus genitales como un aparato reproductor o un algo que te da placer ¿no?, sino más como una parte sagrada donde reside la vida ¿no?, la energía, donde reside la felicidad también ¿no?, la unión con otra persona ¿no?, o sea ves las cosas, yo las veo de manera diferente, las veo más profundas” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH).

Durante este proceso el cambio en cuanto a la forma de percibir, mirar y vivir su cuerpo, como se observa tuvo que ver con el cuestionamiento hacia los cánones normativos sobre el cuerpo de las mujeres, en lo cual pasar por dicha experiencia ayudo a generar un proceso de reflexión en algunas de las participantes. Por ejemplo la experiencia de una de las mujeres al realizarse la colposcopia fue el de conocer sus genitales desde adentro, lo cual para ella significó completar la imagen que tenía de sí. Conocerse desde adentro le permitió cambiar la percepción que tenía de su cuerpo y deconstruir la idea que tenía de su vagina como algo feo. Al respecto comenta:

“ La primera vez que me hicieron una colposcopia, lo que ocurrió fue que, yo tenía la

sensación de que cuando viera mi vagina, se iba a ver mal, o los doctores la iban a ver mal ¿no?, como si tal vez mi vagina estuviera fea o rara por un desconocimiento ¿no?, o muy distinta a la de las otras mujeres ¿no?, o sea como si, bueno pues me van a hacer una colposcopia porque me lo recomendaron porque a lo mejor tengo algo, eso me generaba la sensación de que iba a ver mi vagina destruida ¿no?, bueno mi útero destruido ¿no?, y bueno cuando lo vi, pues sí tuve una percepción súper distinta de mi propio cuerpo, porque pues se ve súper bonito ¿no?, o sea es como el interior de mi cuerpo y es lindo, o sea como que me quito la idea de que mi cuerpo era feo ¿no?, supongo que en algún momento se me... interioricé, que tal vez mi cuerpo era feo ¿no?, sí en ese momento como que cambió mi percepción” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH).

Pasar por este proceso provocó en la participante poder materializar y resignificar la forma de percibir a su propio cuerpo.

“...la verosimilitud que pudo haberme dado la pantalla, me generó, como si me hubiera completado un rompecabezas que solo le faltaba una pieza: observarme por dentro... fue bastante pues agradable nuevo, por decirlo de alguna forma y pues sí yo creo que cambió mi percepción de, o sea, como que antes era una cuestión más como de imaginación o como de ilusión, la idea de mi cuerpo y se materializa cuando estoy en este proceso” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

La resignificación sobre los cuerpos no fue igual en todas las participantes, siendo así que una de ellas comenta al respecto que al enterarse del virus su percepción cambió de un cuerpo limpio a un cuerpo sucio:

“...lo sentía (al cuerpo) como limpio como algo que no estaba sucio, y después del virus, sí se vio reducida esa concepción de que no soy alguien tan limpio” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

B) Exploración y escucha corporal en mujeres con VPH

Debido a que socialmente a las mujeres se les ha reprimido el autoconocimiento y encuentro con sus genitales, las participantes mencionaron que antes del diagnóstico era nula la exploración y observación que tenían de sus genitales y fue al pasar por esta experiencia que comenzaron a explorar y revisarlos más continuamente para estar al pendiente de cambios producidos por el VPH.

“...no tuve esa educación y yo misma me costó trabajo, explorarme ¿no?, explorar mi cuerpo, darme cuenta que, si había algún cambio, etc. Es después del virus que ya empecé a explorar” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

En cuanto a la identificación de cambios o malestares que pudieran avisar a las participantes sobre algún síntoma del VPH, algunas comentan que fue esta identificación lo que les llevo a ir al ginecólogo, mientras que en otras no sucedió así.

“...por eso fue que acudí también al ginecólogo porque sentía una molestia ligera, entonces dije “¡ay no pues quien sabe qué es!” antes de que sea algo que sea irreversible, mejor voy a ir al médico” (Alicia, 29 años, pasante, 3 años de infección VPH)

“...el gran antecedente para saber que tuve que algo no estaba bien, fue la coloración de la menstruación, la coloración y el olor, yo soy irregular, pero no había sido tan irregular en mis periodos, sin embargo hubo periodos de mucha irregularidad acompañados de un olor fétido, y de una coloración distinta a la normal, esas fueron como las situaciones que presenté como síntomas previos a saber que estaba enferma, y mucha inflamación en el área abdominal, aunque se dice que el virus del papiloma es asintomático, quizás sí pero creo que cuando ya está muy desarrollado o en la latencia de que se sepa, si aparecen como ese tipo de síntomas” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

Este nuevo acercamiento de las mujeres con su cuerpo propició mayor conciencia de su cuerpo en cuanto a sensaciones, malestares y cambios, es decir, de escucha corporal.

“...He aprendido a escucharlo, o sea si me siento mal de la garganta inmediatamente hago algo para estar bien, si me duele la cabeza no es algo que deje pasar y siempre trato de encontrar los porqués se siento uno así, porque creo que hoy ya identifico que pues el cuerpo habla, y habla un lenguaje que solamente el dolor puede decir qué es lo que está sucediendo, porque es como se manifiesta a través del dolor, así como se manifiesta a través del placer, se manifiesta a través del dolor y es así como lo he aprendido a escuchar” (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

“...Me llevo al punto de la meditación, porque no hay mejor, yo siento, yo siento ¿no?, para mí no hay mejor forma de escuchar a tu cuerpo que a partir de la meditación. Estar realmente contigo, mínimo 20 minutos al día. Estar examinado desde tus pies, hasta tu cabeza, qué es lo que te duele, qué es lo que no te duele ¿no?, qué es lo que te dice, oye hazme caso o lo que te dice, ay, estas bien, o hasta decirle a tu cuerpo, “oye perdóname, no te vuelvo a hacer esto”, por ejemplo mi estúpida gastritis, así como que perdóname, ya no quiero hacerte esto, no sé, o sea estarte reconciliando con todo tu cuerpo, no nada más con tus genitales, sino no sé, con tu estómago, con tus riñones, con tu hígado, con tu garganta, con todo eso. Estarte reconciliándote contigo misma, siendo sincera, respetándote, amándote para mí” (Isabel, 24 años, pasante, 3 años de infección VPH)

5.1.3.4 Redes de apoyo

Las redes de apoyo que las mujeres tenían eran en mayor medida la familia, los amigos y la pareja; y en menor medida la terapia psicológica y la religión. A pesar de ello el apoyo sobre todo de la familia tenía dobles mensajes ya que por un lado brindaban la ayuda a las participantes pero por el otro, culpaban a las participantes de haber adquirido la infección puesto que relacionaban al VPH con la promiscuidad. El apoyo que los familiares les brindaron a las participantes fue desde el aspecto económico, de cuidados, y emocional.

Las amistades apoyaban a las mujeres brindándoles acompañamiento a las consultas médicas pero sobre todo apoyo emocional. Las mujeres reportaron que con el apoyo de las amistades se sentían más cómodas, acogidas y no se sentían juzgadas.

“...Pues con ella me sentía como cómoda, platicarle mi, ah es que ay, me siento así porque me dijeron esto allá ¿no? en la clínica, o me siento feliz porque ya voy bien ¿no?, entonces con ella me sentía con esta libertad de platicar de este tema y puedes hablar de todo, y entonces sin tabú ¿no?. Me sentía como tranquila ¿no?, como alguien más a quien contarle a parte de mi novio y de mi familia, mi amiga a la que le podía contar” (Fernanda, 21 años, Estudiante de licenciatura, 3 años de infección VPH)

Sólo dos de las entrevistadas contaron con apoyo terapéutico lo cual les ayudo a trabajar la parte emocional que les permitía tener su sistema inmunológico en mejores condiciones; y por último sólo una participante mencionó a la religión y la fe como una red de apoyo para afrontar la situación.

“..Tuve un proceso terapéutico como para poder contener toda esta situación tan trágica ¿no?, porque yo pensaba que casi, casi, me iba a morir al otro día, y que iba a dejar sin mamá a mi hija. (Verónica, 34 años, Licenciatura, 2 años de infección VPH)

5.2 Discusión

Abordar la problemática del VPH tomando en consideración las voces de las mujeres, permitió el acercamiento a las vivencias y experiencias a través de sus narrativas sobre las implicaciones de las construcciones de género, el papel de la pareja y el proceso de autocuidado a raíz de dicha infección, permitiendo así dar cuenta de que atravesar por esta situación tiene un impacto en la vida cotidiana de las mujeres: en lo emocional, en lo físico, en sus sexualidades, en sus cuerpos, sus formas de cuidados y en su salud.

Retomar las construcciones de género en la vivencia del VPH, conlleva a hablar sobre las normatividades de género asociadas con la sexualidad, que de acuerdo con Amuchastegui (2001) son concebidas como relaciones de poder en el sentido que juegan un importante papel de la construcción de la subjetividad. Las normatividades relacionadas con las sexualidades para los hombres tienen que ver con el que sean heterosexuales, activos, tengan múltiples conquistas sexuales, saber de sexo, satisfacer inmediatamente un impulso que se ve como incontrolable, ser fuerte, arriesgado e invulnerable (Melhus, 1998; Villaseñor-Farias y Castañeda Torres, 2003). En contraparte algunos de los ideales en relación a las sexualidades de las mujeres de acuerdo con Szanzs (1998) establecen comportamientos en vías del control de su reproducción, como lo es la virginidad antes del matrimonio, pasividad, no reconocimiento del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá del propio deseo o voluntad, fidelidad, y orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad.

Dichas normatividades de género se manifestaron a través de las narrativas de las participantes impactando de manera importante sus experiencias y vivencias con respecto al virus, y a continuación se mencionan:

De acuerdo con las participantes el uso del condón no fue utilizado de manera constante en sus prácticas sexuales, debido a que algunas de ellas consideraban que el hecho de tener relaciones sexuales dentro del marco de una relación estable, las hacía sentir "seguras" con respecto a contraer alguna ITS, bajo el presupuesto de fidelidad como acuerdo en la relación de pareja, aunque cabe mencionar que el diagnóstico positivo a VPH para algunas de ellas

justamente se relacionó con una situación de infidelidad por parte de sus parejas. Esta situación puede ser explicada con lo que Herrera y Campero (2002) mencionan con respecto a que la sexualidad femenina está fuertemente marcada por las nociones de amor romántico, en donde muchas mujeres legitiman sus deseos sexuales y dan a la sexualidad un significado afectivo, que con la finalidad de demostrar dicho amor sin condiciones ni infidelidades, algunas deciden no utilizar condón en sus prácticas sexuales puesto que el "condón es visto como una señal de pérdida de confianza en la pareja haya o no fundamentos para tenerla" (p.559). La forma de demostrar "amor" a través de relaciones sexuales sin protección en algunas mujeres vinculado con mandatos de género de la masculinidad como lo es el tener múltiples conquistas sexuales, pueden ser un obstáculo para la salud sexual de ambos, aunque en el caso del VPH, con más afectaciones para la salud de las mujeres. Al respecto, el papel de los hombres en este estudio, de acuerdo con Sabo (2000) provocó sinergias de salud negativas relacionadas con el género que afectó la salud de las mujeres, aunque también de acuerdo con lo mencionado por las participantes en relación a sus parejas, éstas al cumplir con las normatividades de la masculinidad hegemónica provocaron repercusiones en su propia salud, ya que al seguir patrones como adoptar conductas de riesgo, déficit de comportamientos de cuidados, omnipotencia, autosuficiencia, entre otros (Bonino, 2004; Muñoz, 2012; Keijzer, 2003), no posibilitaron el tener conductas de autocuidado.

Siguiendo con las implicaciones del VPH en las mujeres en el ámbito sexual, este trabajo en concordancia con otros estudios (Montes, 2006; Casados, 2008; Da Silva y Jiménez, 2005; Wiesner et al, 2009; entre otros) reportó que las mujeres tienen temor a las relaciones sexuales una vez que se han enterado del diagnóstico positivo a VPH y después de haber sido operadas para la eliminación de las lesiones del virus, debido a que les recuerda la situación del contagio o por miedo al rechazo al comentar el diagnóstico a nuevas parejas sexuales.

La vivencia del VPH en relación con la sexualidad también trajo consigo la estigmatización de las participantes puesto que se relacionaba el contagio con sus prácticas sexuales, las cuales en algunos casos, personas cercanas a ellas (pareja, madre, padre, personal médico) juzgaban como promiscuas, lo que provocó reducir sus redes de apoyo, ya que buscar ayuda

implicaba contar sobre su diagnóstico y con ello ser posiblemente estigmatizadas, juzgadas y discriminadas. Lo anterior también fue reportado por Arellano-Gálvez y Castro-Vázquez (2013) quienes mencionaron que el estigma de las mujeres con VPH que sale a relucir cuando saben que tiene una "infección" transmitida sexualmente, refuerza la idea de que la enfermedad es un castigo por haber tenido prácticas sexuales socialmente rechazadas o que salían de la "norma".

Ligado con lo anterior, otra de las formas en que los discursos normativos tuvieron influencia en la experiencia del VPH, se relacionó con la vivencia de la culpa en las mujeres en cuanto al contagio, culpa que refiere a una conceptualización del ejercicio de la sexualidad como pecado, el cual trajo como "castigo" contraer la infección. Dicha construcción que las mujeres narraron con respecto al contagio del virus, utiliza la vivencia de la culpa en las mujeres como vía para mantener sus cuerpos y sexualidades controlados, es decir, que ante la supuesta transgresión a las normatividades (virginidad/ monogamia/ pasividad), la infección actúa como una situación que vuelve a poner incapié en la disciplina de la conducta sexual como vía para evitar los "castigos" (ITS) que dañan su salud sexual.

Al respecto una investigación titulada "Sexo seguro, cuerpos disciplinados" realizada por Quintana (2010), en Ecuador por medio de una etnografía multisituada que a través de un análisis documental, entrevistas a profundidad con mujeres infectadas de VPH así como entrevistas a médicos/as, la autora exploró las formas discursivas institucionales-médicas y sociales respecto a la sexualidad femenina así como de los discursos sobre el "sexo seguro" de las mujeres que han sido infectadas por el VPH. Reportó que efectivamente a través de la infección del virus se articulaban discursos orientados al control de los cuerpos y sexualidades de las mujeres, y al respecto menciona lo siguiente: las formas en que se relaciona la sexualidad y la salud dentro del imaginario de las discursividades médicas y políticas públicas eran vistas como "alarma social" para el control de los cuerpos; la valoración de la sexualidad desde su condición de peligrosidad, que se manifiesta en el caso del contagio del VPH, apuntaba a una forma (renovada) de control que actúa a través de discursos en el temor, es decir, que se sostienen en el pánico social; la discursiva que se mantiene dentro del consultorio médico en relación con el VPH es enfocado únicamente a las

mujeres, en donde los discursos de prevención del contagio del virus consiste en la abstinencia sexual o el mantenimiento de una relación exclusiva (monogámica) entre personas no infectadas; y por último, la autora comentó que por el manejo mediático que se hace del tema, éste posibilita espacios de negociaciones personales y cotidianos y que, en esta medida confronta a la normatividad, aunque no con perfiles tan claros y definidos, pero que conducen a pensar que respecto a la sexualidad aún vivimos en una libertad condicionada, sobre el control de cuerpos y sexualidades en mujeres con VPH.

Con base en estas experiencias y vivencias en relación al VPH en las mujeres, se pone sobre la mesa las formas en que los cuerpos y sexualidades de las mujeres han sido controlados a lo largo del tiempo a través de estructuras de poder, entre ellas la ideología del sistema patriarcal que ha contribuido a la expropiación del cuerpo, sexualidades y subjetividades de las mujeres produciendo así cuerpos y sexualidades “para otros” (García-Aguilar, 2007). La cultura patriarcal produce, reproduce, promueve valores asociados a la distinción y segregación de las personas a partir de su sexo. Mientras, la sociedad se encarga de instrumentalizar los agentes (pedagógicos, coercitivos, valorativos) para hacer cumplir la normatividad asociada con la condición de género, a través de un proceso de socialización, que con la ayuda de los agentes, produce y reproduce relaciones de poder o de respeto a las diferencias, así como el lenguaje social, los modelos y mecanismos para la interiorización (Fernández, 2010). En el caso de las participantes, la interiorización de las normas de género permeo las formas en que la infección del virus les afectaba, como por ejemplo en relación a la culpa y la estigmatización que mencionaban tener al respecto, aunque es preciso mencionar que en algunas participantes se generó un cuestionamiento a dichos mandatos en cuanto a la forma de vivir sus cuerpos y sexualidades. Este cuestionamiento llevo a resignificar la idea que las participantes tenían de sus cuerpos que en palabras de *Isabel (24 años, pasante, 3 años de infección VPH)* lo concebía como “*algo prohibido, oculto y que causa vergüenza y pena*”, mirada que no propiciaba el acercamiento a sus cuerpos y por tanto su escucha y exploración, aspectos importantes para su autocuidado.

Es la vivencia del virus a través de la cual las participantes incorporaron a su vida cotidiana algunas prácticas de cuidado: realizar ejercicio, no fumar, descansar, y acudir más

regularmente a revisiones ginecológicas, aunque dichas prácticas tuvieron un mayor alcance al momento de enterarse de la infección, de modo que no se mantuvieron a lo largo del tiempo; exigencia del uso de condón; concepción del cuerpo como vivo el cual requiere cuidados; así como la incorporación de la autoexploración y escucha corporal. Es importante mencionar que la incorporación de estas formas de autocuidado en mujeres con VPH se relacionan con la apropiación del cuerpo, es decir, su paso del "para otros" al "para sí", que a su vez también se relaciona con algunos indicadores de la autonomía psicológica, planteada por Reyes (2007) y que a continuación se mencionan: la autonomía de juicio (capacidad crítica sobre las normas sociales aprendidas), conciencia de sí misma, definición de espacios propios y límites en las relaciones con los demás, así como la capacidad para solucionar problemas, organizar el tiempo y tomar decisiones sobre la base de ideas, sentimientos, metas y deseos propios. De esta manera la presencia de estos indicadores de autonomía psicológica fueron aspectos estratégicos que para algunas de las participantes posibilitó el acercamiento a la apropiación del cuerpo y con ello dieran relevancia a tiempos, espacios y acciones para el mantenimiento de su salud en general, aunque de manera más marcada en el cuidado de su salud sexual, incorporando de esta forma la exigencia del uso del condón a sus parejas, acción que antes del diagnóstico no era realizada de manera regular.

La forma de conceptualización del autocuidado en este trabajo fue desde un enfoque relacional (donde el cuidado a sí misma/o implicaba el cuidado hacia el otro/a) y social, ya que consideró importante no perder de vista aspectos macrosociales que a nivel estructural también impactan el cuidado de la salud, como lo es el género, la clase social, nivel socioeconómico, así como no contar con seguro médico, la pobreza, el desempleo, falta de tiempo, etc. Lo anterior es importante debido a que tal y como lo menciona Esquivel (2011), el hecho de que el autocuidado se realice en el ámbito "privado" no quiere decir que no este atravesado por lo "social" en términos de género y clase, y por lo "público" de las políticas que directa o indirectamente impactan su provisión, además de que evidencia que si bien hay aspecto de índole individual, no es sólo una cuestión de responsabilidad del individuo sino que también hay condiciones sociales que compete a otras instancias.

En ese sentido dentro de la vivencia del VPH en mujeres, la convivencia con las instituciones de salud resultó un aspecto importante en su proceso de autocuidado. En esta investigación al igual que en otras investigaciones (Castro-Vázquez y Arellano-Gánvez, 2010 y Reartes, 2007), se evidenció un maltrato del personal médico, un trato basado en prejuicios de género, discriminación y estigmatización dentro de los consultorios médicos hacia las mujeres. Esto era puesto en acción desde el diagnóstico positivo a VPH, donde los médicos/as preguntaban sobre el número de parejas sexuales a la participante, para luego dar pie a comentarios orientados a juzgar sus prácticas sexuales; falta de información con respecto a lo que ocasionaba el virus en sus parejas y las formas de atención en ellos; negligencia médica basada en prejuicios de género; y en un caso obstaculización al acceso de métodos anticonceptivos basada en la discriminación del médico hacia la participante. Lo mencionado dista mucho de lo enunciado en la cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes, que basada en acuerdos internacionales menciona entre otros derechos el siguiente:

Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva: La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Tengo derecho a recibir servicios de salud sexual, gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. *El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben ser sometidas a ningún prejuicio.*

A través de las narrativas de las participantes se da cuenta de la existencia de relaciones de poder, asimétricas, verticales y jerárquicas en la relación médico/a paciente, relaciones que no están exentas de la influencia de construcciones de género que dentro del consultorio entran en juego (Estrada, 2009 y Brown, et al, 2013). Al respecto Rostagnol (2008 en Quintana, 2010) menciona que los ginecólogos/as "vehiculizan" normas asociadas con la sexualidad, que pasan a formar parte de la subjetividad de las mujeres y, de esta manera, facilitan u obstaculizan la construcción y el ejercicio de los derechos sexuales. Es por ellos, que recuperar desde las voces de las mujeres su vivencia de las consultas ginecológicas provee de evidencias para dar cuenta de la importancia de la transversalización de género en los sistemas de salud, si es que se quiere garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y

reproductivos de las mujeres, así como para erradicar la violencia institucional, puesto que estos aspectos también afectan su salud.

Por último, no solamente desde la práctica médica los sesgos de género impactaron la vivencia de las mujeres con respecto al VPH, sino también desde la creación de conocimiento que se ha realizado al respecto. Las participantes al preguntarles sobre la vivencia de sus parejas en relación al virus, hicieron mención de que éstos no se percibían como enfermos, ni portadores y por lo tanto tampoco responsables sobre algún cuidado en relación al virus. Además a lo largo de las narraciones de las participantes, las implicaciones que había tenido la pareja en el tema fueron relevantes desde el contagio mismo, así como en todo el proceso de autocuidado posterior, ya que la invisibilización de los varones como portadores, propició la completa responsabilización del cuidado sexual en ellas. A pesar de que se han realizado algunas investigaciones en donde se incluye a varones portadores del virus (Casados, 2008; Villaseñor et al., 2008 y Reartes, 2007) y que también concuerdan con lo que las participantes mencionaron, el hecho de haberles preguntado a las mujeres desde sus vivencias y miradas sobre sus parejas en todo el proceso del VPH, posibilitó el acercamiento a las formas en que esto impacta de manera directa en la salud de las mujeres, así como en otras áreas de su vida como en sus sexualidades, en lo emocional y el estigma que experimentan a partir de la infección.

5.3 Conclusiones

La realización del presente estudio aportó información en cuanto a la vivencia del VPH, vista como un proceso en donde las construcciones de género atraviesan dicha experiencia, poniendo en juego los cuerpos, sexualidades e identidades de género que lejos de permanecer fijas e inmóviles, de acuerdo con las narraciones de las participantes fueron dinámicas y se transformaron. Abordar la temática de esta manera, no solamente visibilizó las implicaciones del género en las subjetividades de las participantes y su relación con el otro/a, sino que también en las instituciones de salud, en la creación de conocimiento sobre el VPH, políticas públicas y en la práctica médica.

En cuanto a la creación de conocimiento sobre el VPH, el análisis de género y los fundamentos epistemológicos feministas, que considera que la persona que conoce está situada y por lo tanto que el conocimiento es situado y está influenciado por los aprendizajes de género y demás bagaje social de quien investiga, posibilitó una mirada crítica sobre la información que se ha recabado con respecto al virus y los sesgos de género en la forma de abordar esta temática. En este sentido, la poca información sobre el VPH en varones desde la biomedicina, que bajo el argumento científico de las pocas afectaciones en sus cuerpos se ha dejado de lado, trajo como consecuencia la desvinculación de los varones en los tratamientos y políticas públicas sobre este problema de salud. En contraparte la información, métodos de tamizaje y tratamientos se ha direccionado a las mujeres, y lo que esto conlleva, someter a sus cuerpos a la mirada médica, al estigma, discriminación, así como a los costos del tratamiento, asignándoles la responsabilidad de la prevención y control del virus, lo que las posiciona como las encargadas del cuidado sexual de un virus que contagia tanto a hombres como a mujeres.

Lo antes mencionado no sólo tuvo un impacto en el nivel de la creación de conocimientos, sino que también en la práctica médica, puesto que los médicos/as no tomaron en consideración a los varones en los tratamientos, lo cual también influyó en las actitudes que tomaron las parejas de las participantes quienes no se asumieron como infectados, portadores, ni como enfermos. Esta construcción de la infección como privativa de las mujeres, en las vivencias de las mujeres tuvo como consecuencias: que a pesar de que una

pareja de las participantes sabía que era portador del virus no le informará a ella y con esto su contagio del virus; el no involucramiento de los varones en las prácticas de autocuidado para evitar la activación del virus; y el que fueran las mujeres quienes se hicieran cargo de los cuidados, tratamientos y costos físicos, emocionales y económicos que el virus les ocasionó. Esta construcción de la infección como "de las mujeres" dio como resultado que sus parejas al no verse como infectados, no tomaran medidas preventivas para evitar el contagio del virus a más mujeres, así como el no tomar medidas de cuidado hacia sí mismos para evitar la activación del virus, ya que como se ha mencionado una de las características del virus es que no se cura sino que se mantiene activo o apagado dependiendo del estado de salud de la persona. El hecho de haber introducido el tema de los hombres y el VPH narrado desde la experiencia de las mujeres entrevistadas, tiene que ver con lo que Tena (2010) mencionó sobre que la incorporación de los varones desde los acercamientos feministas permite vislumbrar aquellos obstáculos para la eliminación de prácticas culturales y opresivas para las mujeres, en este caso para aquellas prácticas que en el contexto del contagio del virus se originan y que afectan la salud de las mujeres.

En cuanto a la vivencia del VPH en las mujeres, a través de sus relatos, se dio cuenta de que el contagio marco un antes y un después en su vida, sobre todo en relación a sus sexualidades y sus cuerpos. A pesar de que en un primer momento la sexualidad de las mujeres significó culpa, estigma y temor por tratarse de una infección de transmisión sexual; atravesar dicha experiencia en algunas participantes trajo la exploración de nuevas formas de vivirla, más desde un erotismo de la globalidad que de la genitalidad. De igual forma, la vivencia en la mayoría de las mujeres del cuerpo era como algo oculto, prohibido y vergonzoso, pero a través de la infección del virus se generó un acercamiento al cuerpo desde la autoexploración y la escucha corporal orientados a su cuidado. Estas transformaciones dan cuenta de que las vivencias de la sexualidad y el cuerpo no son algo natural, sino una construcción en donde tanto el contexto histórico, político y cultural como las historias personales de cada participante impactaron su vivencia. De esta manera, a pesar de que si bien en las narraciones de las mujeres se podían identificar discursos que denotaban la internalización de normatividades de género en relación al cuerpo y la sexualidad, éstas al ser cuestionadas, en algunas mujeres propició la identificación y deconstrucción de los discursos dominantes que

ejercían control sobre su cuerpo y sexualidad, pudiendo dar paso a la apropiación de sus cuerpos.

Por otra parte, el proceso de la dinámica de pareja en la vivencia del VPH, conllevó a la visibilización de las participantes de que estar viviendo violencia de género en el ámbito de pareja, aunque esto también trajo consigo el cuestionamiento sobre sus relaciones pasadas, dando paso a la construcción de nuevas relaciones en las cuales, según describen las participantes se sienten más cómodas y donde el cuidado sexual es relacional.

En relación con la vivencia de violencia de género en el ámbito de pareja, las participantes comentaron que pasar por esta experiencia las llevó a visibilizarla, de modo que identificaron cómo fue que a través del chantaje y manipulaciones, sus parejas estaban ejerciendo violencia hacia ellas, lo que evidencia las formas en que el poder se inscribe en las relaciones de pareja. La manera en que esto ocurrió fue por medio de manipulaciones de la pareja para presionar a una de las participantes para tener relaciones sexuales, a pesar de que ella aún no se sentía cómoda para tenerlas después de la cirugía; así como también el chantaje que vivió una participante debido a que su pareja utilizaba la infección de transmisión sexual como vía para que ella se mantuviera en la relación, con el argumento de que puesto que ambos tenían la infección tenían que permanecer juntos para siempre.

En contraparte, las participantes mencionaron que atravesar por esta experiencia también conllevó a un cuestionamiento sobre las relaciones de pareja que habían tenido, y es a través de este cuestionamiento y visibilización de la violencia de género en el ámbito de pareja, que la elección de sus parejas posteriores tenían otras características (pacientes, cariñosos, honestos y preocupados por su salud), las cuales propiciaron un mejor cuidado sexual.

Estas formas de concientización y cuestionamiento que las participantes mencionaron en el ámbito de pareja, también se hicieron evidentes en relación con la forma de vivir sus cuerpos, sexualidades así como en sus formas de autocuidado, lo cual da cuenta de los cambios y transiciones de las participantes que a través de esta vivencia tuvieron en relación con estos aspectos. Este cuestionamiento, rupturas y resignificación de sus cuerpos, sexualidades y formas de cuidado pueden considerarse como formas de resistencia contra la

dominación y control a los cuales han sido sometidos dichos cuerpos y sexualidades, pero que al ser cuestionados posibilitan procesos de cambios en vías de la transformación de las relaciones de género, los cánones y normatividades de género.

Esta posibilidad de transformación, de acuerdo con Butler (2001) puede ocurrir por el carácter performativo del género, donde si bien es cierto que es a través de actos repetitivos, ritualizados y significantes constantes que los sujetos, día a día practican y tienden a la repetición de normas y formas instituidas, es también a través de la performatividad que se ofrecen las posibilidades de transformación.

La infección del virus del papiloma se relacionó de manera importante con el tema de los cuidados como un eje central para las mujeres, lo que las llevó de manera casi inmediata a la incorporación de nuevas prácticas de cuidado, las cuales no se mantuvieron con la misma intensidad todo el tiempo. El hecho de que atravesar por la experiencia de una ITS como lo es el VPH, no alcanzara para dar continuidad y temporalidad al cuidado de sí en las participantes, permite la comprensión del autocuidado como un proceso que implica no sólo la preocupación por la salud, o la realización metódica de una serie de acciones encaminadas a la salud, sino que tiene que ver con un cuerpo para sí, es decir con la vivencia de un cuerpo que más que articularse a las necesidades de las/los otros, es vivido para y desde las necesidades propias. Aunque, además de un cuerpo para sí, el autocuidado involucra otros aspectos relacionados con el autoestima, la capacidad de pensarse a sí misma, priorizarse, tomar decisiones que favorezcan la salud, y de asumirse como seres para sí (Arango , 2007). De este modo, el proceso de autocuidado en las participantes no sucedió de manera inmediata sino ligado a las formas en que se construyó una sexualidad y cuerpo para sí, así como de asumirse como seres para sí. Algunas de las estrategias que las participantes mencionaron que fueron importantes para su autocuidado, tuvieron que ver con tener tiempo para sí, dar prioridad a los proyectos personales en lugar de los familiares, realizar un trabajo desde lo emocional, valorar su salud; el conocimiento, exploración y escucha corporal así como la resignificación de sus cuerpos; y en cuando al cuidado sexual tuvo que ver con la exigencia del uso del condón, tener una mejor comunicación y diálogo con la pareja en relación a las prácticas sexuales, una mayor responsabilidad y conciencia del cuidado sexual.

Dichas estrategias permiten vislumbrar que autocuidarse es un proceso complejo, dinámico y a su vez, un reflejo de empoderamiento, que en el caso de las mujeres posibilita un ser para sí, un cuerpo para sí y una sexualidad para sí.

Ahora bien, la forma de abordar el cuidado en este trabajo, se realizó desde una perspectiva relacional en donde insertar a la discusión los aportes que Gilligan (1985) menciona, sobre la ética del cuidado pueden ayudar a replantear las formas de relacionarse con los otros/as y generar transiciones que lleven a hombres y a mujeres a una moral que retome la responsabilidad y el cuidado; que incluya al yo y a los otros/as considerados como interdependientes; y en donde se incluya un posicionamiento de abogate en que *“todos tenemos responsabilidades, de cuidar unos de otros”* (p.239). Desde esta perspectiva, el cuidado no se refiere a la renuncia de sí, tal y como ocurre generalmente en la socialización de las mujeres, sino que se refiere a tener en cuenta las propias necesidades y cuidados, sin perder de vista el contexto, a los otros/as y su cuidado, es decir, proclama un cuidado desde la corresponsabilidad que posibilita el derecho a cuidar y ser cuidado basada en la responsabilidad mutua. La ética del cuidado entonces, posibilitaría el cuidar(se) y por tanto que tanto hombres como mujeres disfruten de una mejor salud.

A pesar de que la vivencia del virus propició la incorporación de prácticas de cuidado en ellas, también es importante mencionar que los discursos que desde la biomedicina exhorta a las mujeres a *“tomar las riendas de su propia vida”* y por tanto a ser responsables del cuidado sexual, tal y como ocurre con el VPH, revelan una identificación de mujer-cuidado basada en una visión esencialista de las mujeres, y asumiendo un modelo individual y voluntarista, deja de lado la intersubjetividad e influencia de los condicionamientos socioculturales y económicos contextuales (Pérez, 2012), tales como las construcciones de género en los cuerpos y sexualidades de las mujeres, que a lo largo del estudio se evidencian intervinieron en propiciar un cuidado de la salud sexual en ellas. Además la responsabilización del cuidado sexual relacionado al VPH sólo en las mujeres aprueba y reproduce el discurso sobre la sexualidad masculina como despreocupada y sin cuidados, la cual se percibe como natural e inevitable en los varones (Pérez, 2012), mientras que son los cuerpos de las mujeres con VPH, los que se ven sometidos a una mirada normatizadora desde la medicina.

En cuanto a la práctica médica me parece importante puntualizar que las experiencias que narraron las mujeres con respecto al trato en la consulta ginecológica, dan cuenta de la violencia institucional que en muchas ocasiones se queda silenciada, en donde el consultorio médico es un espacio que reproduce estereotipos de género, es autoritario, jerárquico y donde se ejerce poder bajo la concepción del médico/a – profesionalista que sabe y un paciente visto como ignorante. Las voces de las mujeres que narraron lo antes mencionado sobre la consulta ginecológica hacen un llamado a evidenciar cómo la violencia institucional es un obstáculo importante para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos así como para el acceso y cuidado de la salud sexual de las mujeres.

Es necesario no solamente evidenciar las formas en que la relación médico/a-paciente constituye un obstáculo para una atención médica de calidad y para acceso al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sino que resulta igualmente importante evidenciar cuáles son los impactos en la atención de salud que se relacionan con el Modelo Médico Hegemónico, que de acuerdo con Torsal (2007) las aproximaciones feministas han contribuido, tomando una postura crítica sobre dicho modelo en relación con la salud y cuerpo de mujeres y hombres. Es desde esta mirada que a continuación evidencio de acuerdo a las experiencias de las participantes cómo influyó en su atención ginecológica este modelo. Desde el punto de vista de los médicos/as, los cuerpos de las mujeres en la consulta ginecológica de acuerdo con Schiavoni y Fretes (2011), son vistos como “cuerpos ginecologizados” (de la cintura para abajo), como cuerpos fragmentados y dicotómicamente/cuerpo (Esteban, 2006). Esta mirada médica se caracteriza por la objetivación del cuerpo de las mujeres que sobre la camilla y una vez recostadas, lo que pasa a primer plano son los órganos sexuales (Brown, et al, 2013), mientras que la cara es invisibilizada, al igual que su historia de vida, contexto y sensaciones. En contraste, la experiencia desde las mujeres sobre la revisión ginecológica de acuerdo con las participantes, es sumamente incómoda, pues implicaba mostrar su cuerpo desnudo lo cual les provocó vergüenza y pena, debido a que las formas de socialización de las mujeres con respecto a sus cuerpos es que éstos deben ocultarse (Sanzs 2003). Por otra parte las participantes comentaron que las maneras en que se llevan a cabo las pruebas de tamizaje (colposcopia, PAP, etc) son dolorosas e invasivas, ya que implica el que se introduzca un espejo ginecológico en el tracto genital, y por lo cual resulta una vivencia incómoda.

Tomar en cuenta y ahondar sobre estas experiencias en relación con la consulta ginecológica, es de suma importancia, puesto que generalmente dichas experiencias se quedan silenciadas, a pesar de que tomarlas en cuenta, visibiliza las sensaciones que no solamente tienen que ver con los genitales, sino con todo una serie de construcciones sobre la sexualidad, los cuerpos e identidades de género que da cuenta de un cuerpo que no está fragmentado, sino de un cuerpo como una integridad, un cuerpo construido social e históricamente, y un cuerpo que está atravesado por el género y que reclama ser visto como tal. Estas experiencias invitan a replantear o cambiar el paradigma del modelo médico hegemónico que no genera canales de comunicación entre la experiencia de las/los pacientes y la práctica médica, generar dichos canales ayudaría a elaborar políticas públicas desde la colaboración activa de las personas a quienes va dirigida, lo que permitiría generar una reflexión conjunta que tome consideración de los aspectos cotidianos, sociales, culturales, institucionales y estructurales que favorezcan el éxito de las formas de intervención.

Ahunado a lo hasta ahora comentado, otro aspecto relacionado con el modelo médico hegemónico es que instrumenta una práctica mercantilista (Maglio, 2009), en donde la salud de mujeres y hombres, pasa a ser un negocio y que tal y como una de las participantes refirió, más allá de recomendar los estudios y/o medicamentos necesarios, los médicos/as recomiendan aquellos que impliquen un gasto que convenga a sus intereses.

Ante todo este panorama, la presente investigación evidencio las implicaciones que hay detrás de una infección de transmisión sexual, como lo es el VPH, siendo así que los aportes de esta tesis fueron visibilizar a través del género como categoría de análisis las formas en que las construcciones de género atraviesan esta infección desde distintos niveles (individual, institucional, social y estructural) y actores (mujeres, hombres , familia y médicos/as).

A partir de la información y acercamiento de la presente investigación sobre las construcciones de género, atuocuidado individual y en pareja en mujeres con VPH, se recomienda en vías de crear modelos de prevención y atención del VPH más efectivos , lo que se comenta a continuación:

- Un acercamiento de la salud que integre a la categoría género en la investigación , en las políticas públicas y en la formación de médicos/as.

Incluir la perspectiva de género en estos sectores en el caso del VPH, tiene como objetivo contar con información tanto de mujeres como de hombres sobre la incidencia del Virus y con base en ello realizar estrategias que no solo responsabilice a las mujeres del cuidado sexual, sino que haga partícipes tanto a hombres como a mujeres en el cuidado de la salud sexual.

Incorporar la perspectiva de género en la creación de políticas para la prevención y atención del VPH, conlleva a considerar la condición de género en interacción con otras categorías (raza, etnia, clase, edad, preferencia sexual, etc.); tener en cuenta la influencia de las normatividades de género, procesos de socialización, aprendizajes, roles y estereotipos de género; así como considerar las formas de vivir las sexualidades, el cuerpo y las identidades de género como factores que inciden en la salud y en formas de cuidado de hombres y mujeres.

La incorporación de la perspectiva de género en la formación médica resulta de suma importancia para garantizar una atención que no esté basada en prejuicios y estereotipos de género; y para que los médicos/as no sean un obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

- Creación de nuevos modelos de salud, en donde la relación entre los/las médicos y las personas sea horizontal, y donde la mirada médica del cuerpo no sea desde una percepción esencialista, biologicista y dicotómica, sino integral, desde lo biológico, social y cultural.
- Generar canales de comunicación que consideren las experiencias de hombres y mujeres que se han infectado con el VPH para la elaboración de políticas públicas, de modo que se pueda dar una participación activa desde las personas a quienes van dirigidas las estrategias y acciones preventivas, así como de quienes se encargan de hacer las políticas públicas, para generar una reflexión conjunta que tome

consideración de los aspectos cotidianos, sociales, culturales, institucionales y estructurales.

- Considerar al autocuidado como un proceso complejo, dinámico que incluye trabajar sobre el ser para sí, la apropiación del cuerpo y una sexualidad para sí. De este modo se propone que para realizar propuestas de intervención se debe tener en cuenta que no es algo que ocurre de manera inmediata, sino que es un proceso que involucra trabajar distintos aspectos personales, corporales y en relación a la sexualidad.

Otras líneas de investigación

Para finalizar a continuación se expondrán algunas interrogantes que aunque no se desarrollaron en el presente trabajo, constituyen nuevas líneas de investigación que podrían ayudar a tener un panorama más completo del tema de interés:

- La vivencia de los hombres con VPH en relación a la construcción de sus sexualidades, cuerpos e identidades de género; la atención médica durante este proceso así como en relación a la dinámica de pareja.
- Los procesos de autocuidado en hombres, conocer sobre los obstáculos y estrategias del cuidado de la salud, así como la forma en que las construcciones de género inciden en este proceso.
- El análisis sobre las construcciones de género en la consulta ginecológica desde la mirada de los médicos/as así como también desde la vivencia de hombres y mujeres.
- La violencia institucional y estructural en la atención ginecología.
- Una aproximación sobre los discursos institucionales sobre el cuidado sexual, las normatividades de género y el control de los cuerpos.
- Las formas de resistencias en relación a las normatividades de género de hombres y mujeres y las maneras en que contribuyen (o no) al autocuidado.
- Obstáculos y estrategias para garantizar el acceso y la apropiación subjetiva de los derechos sexuales y reproductivos.

REFERENCIAS

Accladius NN, Mandal C. (2000) Cervical cytology screening for sexually active teenagers. *int J STD AIDS*, 11, 648- 650. Recuperado de: <http://std.sagepub.com/content/11/10/648.short>

Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z (2000) Papillomavirus detection: demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 182, 257-264. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10694321>

Aguilar J., A., Leyva A., G., Angulo, D., Salinas, A. y Lazcano E., C. (2003). Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 100-106. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100015

Alaniz, A., Flores, J. y Salazar, C. (2009). Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 52, 69-72. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/14769>

Álvarez-Gayou. J (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.

Amigot, P y Pujal, M. (2009) Una lectura del género como dispositivo de poder. *Sociológica*, 24 (70), 115-152. Recuperado de: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7005.pdf>

Amuchástegui, A (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: EDAMEZ-Population Council.

Arango, Y (2007). Autocuidado, género y desarrollo Humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La manzana de la discordia*, 2(4), 107-115. Recuperado de: <http://manzanadiscordia.univalle.edu.co/volumenes/articulos/A2N4/art8.pdf>

Arsquez, M. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas de VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios sociales*, 42, 261-277. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41728341011>

Ashing-Giwa KT, et al (2004). The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psychooncology*, 13, 709-28. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704077/>

Ayala, G y Sánchez, G (2004) Identidades Masculinas y la Salud de las Mujeres. *Perinatol Reprod Hum*, 18(1), 53-61. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372004000100007&script=sci_abstract

Barajas, M (2009). *La comunicación de la ciencia frente a la salud y la enfermedad: El CaCu y la vacuna contra el VPH*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Barberá E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel Psicología.

Barbieri, T (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. *Debates en sociología* 18, 2-19. Recuperado de: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/Estudios%20Basicos%204/3.%20Certezas%20y%20malos%20entendidos.pdf

Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.

Baudino, V. y Reising, A. (2000) Algunas reflexiones sobre el proceso de investigación desde la práctica. *Cinta de moebio*, (9), 1-13. Recuperado: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100903>

Bautista, N. (2011) *Procesos de la investigación cualitativa: Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: El manual moderno.

Bejarana, I. (2004) Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Cuadernos de la facultad de ciencias sociales*.(24) 13-22. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-81042004000200001&script=sci_arttext

Blazquez, N (2010). Epistemología Feminista: Temas centrales. En Blazquez, N; Flores, N; Ríos Everardo, M (2010) *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 21-38) México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología.

Bleeker, M., Heideman, D., Snijders, P., Horenblas, S., Dillner, J. y Meijer, C. (2009). Penile” Cancer: Epidemiology, pathogenesis and prevention. *World Journal of Urology*, 27 (2), 141-150. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18607597>

Bonino, L. (2004). Masculinidad, salud y sistema sanitario: El caso de la violencia masculina. En C. Ruiz Jarabo y P. Blanco, *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección* (pp. 71-80). Madrid: Díaz de Santos. Recuperado de: <http://www.luisbonino.com/pdf/MASCULINIDAD%20y%20sist%20sanitario.pdf>

Bourdieu, P (2000). *La dominación masculina*. Buenos Aires: Paidós.

Bosch FX, Lorina A, Muños N, Meijer CJ, Shah KV. (2002) The causal relation between human papillomavirus and cervical cáncer. *J Clin Pathol*, 55 (4): 244-265. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11919208>

Bosch, F.X. y Muñoz, N. (2002). The viral etiology of cervical cancer. *Virus Research*, 89 (2), 183-190. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12445658>

Briones G. (2001). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Santiago de Chile: Ed. Centro Iberoamericano de Educación a Distancia.

Brown, J; Pecheny, M; Gattoni, S y Tamburrino, C (2013). Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. *Revista ártemis*, 15(1), 135-148. Recuperado de: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/16644>

Buendía, L. (1994). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.

Burd, E.M. (2003). Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical Microbiology Review*, 16, 1-17. Recuperado de: <http://cmr.asm.org/content/16/1/1.short>

Burín, M y Merler, I. (1998) *Género y familia: poder, amor, sexualidad en la construcción de la subjetividad*. México: Paidós.

Bustos, O. (2001). Género y socialización: Familia, Escuela y Medios de Comunicación (pp 289-351). En M.A. González Pérez y J. Mendoza Garcia (compils). *Significados colectivos: Procesos y reflexiones teóricas*. México: Tec. De Monterrey/CIIACS).

Butler, J. (1996/2013). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault (303-326). En Lamas M. *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*.

Butler, Judith (2001) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós

Cádiz, N. (2006). Autocuidado una cuestión de Poder. *Revista U.D.C.A. Actualidad y Divulgación Científica* 9 (1), 21-29. Recuperado de: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/0123-4226/4/25.pdf>

Calderón, M (2010) *La vivencia del cuerpo en el Cáncer Cervicouterino*. Tesis de doctorado .Universidad Nacional Autónoma de México.

Cardoso M.A., Pascual R, Moreno G., Figueroa M.E., Serrano C. (2007). Investigación cualitativa y Fenomenología en Salud. *Revista Especializada en Ciencias Sociales*, 10 (1-2). Recuerdo de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/32887>

Carey, J., Morgan, M. y Oxtoby, M. (1996) Intercoder agreement in analysis of responses to open-ended interview questions: examples from tuberculosis research. *Cultural anthropology methods*, 8 (3), 1-5. Recuperado de: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library_software_answer_intercol.pdf

Cartilla de los Derechos Sexuales y reproductivos (S.F.) Recuperado el 20 de Noviembre del 2013, de: <http://portaldic10.cd hdf.org.mx/index.php?id=publisexjovenes04>

Carvalho AP, Tonete VL, Parada MG. (2010) Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,18(6):1187-1194. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_20.pdf

Carver, P.R., Yungler, J.L. y Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*. 49,(3/4). Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1024423012063#page-1>

Casados, E. (2008). Viviendo con el virus del papiloma humano. Marginación y desigualdades de género en la población campesina de Los tuxtlas, Veracruz México.

Working Paper Series No. 14. Observatory on Inequality in Latin America Small Grant Recipient 2007'2008, p . 1-48. Recuperado de: <http://www.sitemason.com/files/IMZuNy/SMALL%20GRANTS%202008%20REPO>

Castañeda, P (2008). Metodología de la investigación feminista. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades CEIHC- de la Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM-México, DF, México Fundación Guatemala.

Cataño, M y Hurtado, G (2012). Test de VPH (Captura de Híbridos II) en pacientes tratadas con radiofrecuencia. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 4 (1),13-21. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi121c.pdf>

Castellanos, G (2006) *Sexo, género y feminismo: tres categorías en pugna. Colombia: La manzana de la discordia.*

Castellsagué, X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncology*. 110, 4-7. Recuperado de: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/Natural%20history%20and%20epidemiology%20of%20HPV%20infection%20and%20cervical%20cancer.pdf

Castro, R (2011). *Teoría social y salud*. México: Lugar editorial.

Castro, R y Bronfman M. (1993). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cad Saúde Pública*. 9, 375-94. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/24.pdf>

Castro, M.C. y Arellano, M.C. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud pública Méx*, 52 (3), 207-212. Recuperado de: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Mayo%20Junio/4-mujeres.pdf

Chacón, J (2006) Genotipos de virus del papiloma humano más frecuentes en mujeres con citología cervicovaginal alterada utilizando técnicas de captura de híbridos y reacción en cadena de la polimerasa. *Clin Invest Gin Obst.* 33(3). Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7/genotipos-virus-papiloma-humano-mas-frecuentes-mujeres-13087818-originales-2006>

Chéchile, G. (2009). Instituto Virtual de Urología. Instituto Médico Tecnológico e Instituto de Enfermedades Prostáticas Barcelona. Consultado 2011 Noviembre 27. Disponible en: http://www.urovirtual.net/pacient_e/saber/dietacancer/pdf/dieta_cancer.pdf.

Chilet, E.(2011). Un Marco Teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: Haciendo visible lo invisible. *Feminismo/s*, (18), 353-363. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25512/1/Feminismos_18_22.pdf

Chirolla, G. (2007). Reseña de Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí de Humberto Cubides Cipaguatla. *Nómadas.* 26, 241-143. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105115241023>

Cobo, R (2005) El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de trabajo social.* (18), 249-258. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110249A/7595>

Coello, R (2013) *Cómo trabajar la economía de los cuidados en la cooperación para el desarrollo.* Sevilla: Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/aacid/images/Servicios/Publicaciones/guia_economia_cuidados.pdf

Colliere MF (1993). *Promover la vida.* Madrid: MacGraw-Hill interamericana.

Collignon. M. (2011) Discursos sociales sobre la sexualidad: narrativas sobre la diversidad sexual y prácticas de resistencia. *Nueva época*, (16), 133-160. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n16/n16a6.pdf>

Conzuelo, A (2006). *Papilomavirus. Los más viejos del mundo*. Editorial Trillas. México.

Córdova, R (2002). *Cuerpo y sexualidad. Tres perspectivas de análisis desde las ciencias sociales*. México: Instituto de investigaciones Histórico-Sociales, Universidad Veracruzana. Recuperado de: <http://www.uv.mx/ihs/files/2012/11/Cuaderno13.pdf>

Corona A, y Hardy, S (2009) En-Gendered Surveillance: Women on the age of a Watched Cervix. *Surveillance y Society* 6(4), 388- 397. Recuperado de: <http://www.surveillance-ansociety.org/ojs/index.php/journal/article/viewArticle/cervix>

Courtenay WH (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50,1385-1401. Recuperado de: [http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/1295951502373/resourceId/4292165/content/courtenay\[1\].pdf](http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/1295951502373/resourceId/4292165/content/courtenay[1].pdf)

Cruz, A (9 de Agosto, 2010). Jóvenes informados pero no precavidos, un Problema de Salud. *Cronica*. Recuperado de: <http://www.cronica.com.mx/notas/2010/524347.html>

Cuesta-Benjurnea, C. (1999) Las mujeres y el manejo de un síntoma: De la valoración a la selección. *Salud Pública Mex*, 41, 124-9. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n2/41n2a06.pdf>

Da Silva, ML, Jiménez MT. (2005) Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol Obstretic, Mex*, 73 (10), 531-536. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510d.pdf>

Denny L., Bhatla N., Wittet S. (2010). VPH y el cáncer de cuello de útero: prevención y tratamiento con énfasis en lugares con pocos recursos en El cáncer también se puede prevenir: Protección contra las infecciones que provocan cáncer. Unión Internacional Contra el Cáncer. 19-26

Dickerman JD (2007). Circumcision in the time of HIV: when is there enough evidence to revise the American Academy of Pediatrics' policy on circumcision? *Pediatrics*. *Pediatrics* 119 (5), 1006-107. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17473102>

Durante E. (2001). *La entrevista clínica: una aproximación metodológica*. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, editores, et al. *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. Buenos Aires: Panamericana.

Emans S, Laufer M, Goldstein D (2002). *Pediatric and Adolescent Gynecology*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Esplen, E. (2009). *Género y cuidados. Una mirada general*. Bridge Development-gender. Recuperado de: <http://www.sendasal.org/sites/default/files/GeneroYcuidado.pdf>

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agencia*. Serie Atando Cabos Deshaciendo nudos.. Recuperado de: http://www.americalinagenera.org/es/documentos/Atando_Cabos.pdf

Esteban, M. (2006) El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud colectiva*, 2 (1), 9-20. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002

Estrada, J. (2009) La articulación de las categorías: género y salud: un desafío inseparable. *Revista Gerencia y Políticas* 8(17), 106-122. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a07.pdf>

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. (2010) Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008, *Int. J Cancer*, 127(2), 2893-2917. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21351269>

Fernández, M, McCurdy S, Avery S, Tyson S, Morales D, Flores, et al (2009). HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border. *Ethn Health*, 4, 607-624. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874420/>

Fernández, R. L. (2010) Género y ciencia: entre la tradición y la transgresión en Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. En Blazquez, N; Flores, N; Ríos Everardo, M (2010) *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp.79-10). México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología.

Figueroa-Perea, J.G. (1998) Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1), 87-96. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1998000500018&script=sci_arttext

Fonseca, C y Quintero M. L. (2008): “Aproximaciones teóricas sobre la construcción cultural del género”. En Fonseca C, y Quintero M. L. *Temas emergentes en los estudios de género*. México: M.A. Porrúa.

Foucault M. (1981) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

Foucault M. (1987). *Historia de la Sexualidad: La inquietude de sí*. México: Siglo XXI: 135-148.

Foucault, Michel (1978). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI

Foucault, Michael (1995/2000). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona, España: Paidós.

Foucault, M (1996/2005). *La hermenéutica del sujeto*. Madrid: Akal.

Garcea, R y Di Maio, D (2007). *The papillomaviruses*. USA: Springer

García-Aguilar (2007). El cuerpo femenino, un largo trayecto hacia el "para sí". En Muñiz, E y Lis, M. *Pensar el cuerpo*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

García-Clavente Ma M., Jiménez Ma L., Martínez-Morante E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Serie Monografías Escuela Andaluza de Salud Pública No. 48. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO%20ssa.pdf

Gayón, E.; Hernández, O.; Sam, S.; Lombardo, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecol Obstet Mex*, 76 (2), 88-96. Recuperado de: [http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2008/febrero2008/Ginecol%20Obstet%20Mex%202008-76\(2\)-88-96.pdf](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2008/febrero2008/Ginecol%20Obstet%20Mex%202008-76(2)-88-96.pdf)

Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica

Giraldo, R. (2008). La resistencia y la estética de la existencia de Michel Foucault. *Entramado*, 4(2), 90-100. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265420459008>

Goffman, E (1989) *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grela, C y López, A. (s.f) *Mujeres, Salud Mental y Género*. Uruguay: Comisión de la Mujer, Intendencia Municipal de Montevideo. Recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/musa.pdf>

Gutmann, M. (2004) “Hombres carnales: Las políticas somáticas de la salud reproductiva masculina”. *Maguaré*, 18, 221-240. Recuperado de: http://www.academia.edu/3034374/_Hombres_carnales_Las_politicas_somaticas_de_la_salud_reproductiva_masculina

Harding, S (1996) *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

Hernández A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 8 (17),173-185. Recuperado en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2663/1924>

Hernández, L. Et alt (2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus del Papiloma Humano. *Revista Digital Universitaria*, 13, (9), 1-16. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>

Herrera, C y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad de invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambio en el tema. *Salud pública de México*,44 (6), 554-564. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000600008&script=sci_arttext

Herrera, C. (2009) *Invisible al ojo clínico: Violencia de pareja y atención de la salud en México*. México: Flasco México, UNAM IIS, Instituto Nacional de Salud Pública.

Hierro, G (1990). La doble moral burguesa mexicana vs la nueva moral de la igualdad. *En Normas y prácticas morales y cívicas la vida cotidiana*. Ramírez-Saiz, J. México: Ed. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Humanidades, UNAM. Miguel Angel Porrúa. Grupo Editorial México.

Hierro, G (1994). Ética y Sexualidad. *En Antología de la Sexualidad Humana Tomo I*. Coordinadores Pérez-Fernández, J y Rubio, Et al. México: Miguel Angel Porrúa

Hierro, Graciela (2001) *La ética del placer*. México: Programa Editorial de la Coordinación de Humanidades, UNAM .

Hidalgo-Martínez, A (2006). El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomedica* 17 (1),81-84. Recuperado de: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb0617110.pdf>

Ho GY, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang CJ, Palan P, et al (1995). Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *J Natl Cancer Inst*, 87 (18), 1345-1371. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7658497>

Huamani C, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J (2008). Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Revista peruana de Medicina experta en Salud Publica*, 25 (1), 44-50. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n1/a07v25n1.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2011). Mortalidad ¿De qué morimos los mexicanos?. Recuperado el 9 de octubre de 2013 de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2011). Defunciones generales de mujeres por principales causas de mortalidad, 2011. Recuperado el 9 de octubre de 2013 de:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo125&s=est&c=23589>

Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2013). Muy alto el porcentaje de mujeres menores de 30 años con VPH. Recuperado el 9 de octubre de 2013 de:
<http://www.insp.mx/centros/salud-poblacional/prensa/1308-muy-alto-el-porcentaje-de-mujeres-menores-de-30-anos-con-vph.html>

ISSSTE- Boletín 2005. Existen más de 100 tipos de virus del papiloma humano. Consultado 2011 octubre 1. Disponible en:http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2005/enero/b005_2005.html.

Ito, E & Vargas, B (2005) *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Izquierdo, M.J (2004). El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y Género. *Debate Feminista*, 15 (30), 129-153. Recuperado de: http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id_articulo=961&id_volumen=9

Juárez-Albarrán, J y Juárez-Gómez, C. (2008). Vacuna contra el virus del papiloma humano. *Revista Médica del IMSS*, 46 (6) 631-637. Recuperado de: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A204.pdf

Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En Cáceres et al, *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp.137-152). Lima: Internacional Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Krippendorff, K. (1990) *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.

Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topías*. México: INMUJERES D.F. Recuperado de: <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/ElFeminismoenmiVida.pdf>

Lamas, M (1996/2013) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En Lamas, M. *El género. La construcción social de la diferencia sexual*.(pp. 327-364) México: Programa Universitario de Estudios de Género: Miguel ángel Porrua.

Lange, I; Urrutia, M; Campos, C; Gallegos, E; Herrera L.M; Jaimovich,S; Luarte, M; Madigan, E; Fonseca da Cruz, I (2006) *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www7.uc.cl/enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf>

Lara, N., Taméz, S., Eibenschutz, C. y Morales, S. (2000). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: J. Mercado y T. Torres (comps) *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés Ed., p 97-122.

Lazcano-Ponce, E, et alt.(2009) Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México. *Salud pública de México* 51 (4), 336-341. Recuperado de: http://bvs.insp.mx/articulos/2/11/legislacion_enero.pdf

Lazcano E., C., Castro, R., Allen, B., Nájera, P., Alonso, P. y Hernández, A.M. (2000). *Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino*. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. México: Editorial Médica Panamericana.

León, G., Bosques, O., Silveira, P., De la Torre, A., Soto, P. y Rodríguez, B. (2009). Incidencia de los factores en mujeres cubanas con diagnóstico de cérvix. *Rev cubana mad*, 48 (1).1-9 Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=oK15gBd9gyo>

Leyva, A. *et al.* (2003) La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina, *Salud pública de México*, 45 (5), 589-593. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s5/v45s5a03.pdf>

List, M. (2005). Hombres: cuerpo, género y sexualidad. *Cuicuilco*,12 (33), 173-202. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35103310>

López, F. (1988). Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género En J. Fernández (coor). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.

Luna, M.; Fajardo, H.; Sánchez, G. (2013). Cáncer cervicouterino ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad? En Flores, A. Y Espejel, A. *Género y Desarrollo: Problemas de la Población I* (pp. 189-114) México: Universidad Autónoma de Tlaxcala. Recuperado de <http://www.ciisder.com.mx/libros/GENERO%20Y%20DESARROLLO.%20PROBLEMAS%20DE%20LA%20POBLACION%201.pdf>

Mac Queen, K. McLellan, E., Kay, K. y Milstein, B. (1998) Codebook development for team-based qualitative analysis. *Cultural anthropology methods*, 10 (2),31-36. Recuperado de: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library_software_answer_codebook.pdf

Madrid, L (2011). Realizando "diagnósticos diferenciales de los modelos teóricos del proceso salud- enfermedad". *Kairos. Revista de temas sociales*,15, (28), 1-13. Recuperado de: <http://www.revistakairos.org/k28-06.htm>

Maduro JH, et al (2003) Acute and long term toxicity following radiotherapy alone or in combination with chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 29, 471-488. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14585258>

Maffía, D. (2010) Género y políticas en ciencia y tecnología en Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. En Blazquez, N; Flores, N; Ríos Everardo, M (2010) *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 139-154) México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología.

Maglio, F. (2009). “Entre la evidencia y la narrativa” en Etcheverry, Buzzi, Agrest, Maglio, Ortiz, Chiozza, Kraus, Gherardi, Greca y Ceriani Cernadas, *¿Por qué ser médico hoy? Puentes entre la formación y la práctica médica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Mammas, I., Sourvinos, G. Y Spandidos, D. (2009). Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. *European Journal Pediatrics*, 168, 267-273. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00431-008-0882-z>

Martín, L. (2003) Aplicaciones de la Psicología en el proceso Salud Enfermedad. *Revista cubana salud Pública* 29 (3), 275-281. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu12303.pdf

Martínez B. I. (2003) Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de psicología* 34(2), 253-266. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61739/88524>

Martínez, I. (2004). Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género. En E. Barberá e I. Martínez (Coords), *Psicología y Género*. Madrid: Pearson.

Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México, Trillas.

Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1(2). 1-9. Recuperado de: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>

Mc Caffery k., Waller J., Nazroo J. & Wardle J. (2006) Impacto social y psicológico de la prueba del VPH en el cribado cervical: un estudio cualitativo. *Sex Transm infect*, 82(2) 169-174. Recuperado de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17631056>

Melo, G. y Waliszewski, S. (2009). El virus del papiloma humano. *Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana*. Consultado 2011 septiembre 23. Recuperado de: http://www.uv.mx/cienci_ahombre/revistae/vol2_2num2/articulos/virus/index.html

Melhus, M. (1998), “Configuring Gender: Male and Female in Mexican Heterosexual and Homosexual Relations”. *Ethnos*, 63, 350-382. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00141844.1998.9981580#pr>

Méndez L. y Fulchiron A. (2010). Módulo 4: Subjetividad en clave feminista. Heterorealidad. en *Serie “Escuela de formación política feminista”*. Alianza Recuperado de: [http://www.semillosdepensamientos.org/include/uploads/nodo/MODULO_4_\(SUBJETIVIDAD\).pdf](http://www.semillosdepensamientos.org/include/uploads/nodo/MODULO_4_(SUBJETIVIDAD).pdf)

Menéndez, E (s/f). “La crisis y el modelo médico hegemónico”. *Cuaderno Médicos Sociales* (33) Recuperado de: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n21a071.pdf>

Menéndez, E. (2008). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas en Spinelli, H. (Comp.) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar.

Meneses, F., Lazcano E., C., Lino, M., Hernández, M., Nájera, P., Sepúlveda, J. y Lezama, M.A. (2003). Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 28 a 50 años en México. *Revista del Instituto de Cancerología de México*, 45, 17-23.

Meza, Ma. P;Carreño, J; Morales, F; Aranda, C; Sánchez, C; y Espíndola, J. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Perinatol Reproducción Humana*, 22 (3), 168-173. Recuperado de: http://www.sumedico.com/documentos/30_documento.pdf

Miller, M., y Riechert, B. (1994) Identifying themes via concept mapping: a new method of content analysis. (Disertation, Association for education in journalism and mass communication annual meeting, University of Tennessee, 1994).

Montes, L et al (2006). Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Cervicouterino. *Revista Chilena de Ginecología*, 71 (2), 129-134. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000200010&script=sci_arttext

Muñoz F. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*. 5(3), 391-401. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300007

Muñoz, C; Cabrero, J; Richart M, Orts Ma. I, Cabañero, M. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería clínica* 15(2), 78-87 Recuperado de: <http://enfezaragoza-unam.blogspot.mx/2007/01/la-medicin-de-los-autocuidados> .

Muñoz, N. (2000). Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. *Journal of Clinical Virology*, 19 (1-2) 1-5. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11091143>

Muñoz, N. (2012). Aprendizajes de Género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2 (2), 6-26. Recuperado de: http://journaldatabase.org/articles/aprendizajes_genero_y_cuidado_si_en.html

Muñoz, N., Bosh, F., De San José, S., Herrero, R., Castellsaqué, X., Shah, K., et al. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 348, 518-527. Recuperado de: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021641>

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer de cuello del útero y de la mama en la atención primaria.

Olavarría, J (2006) Hombres e identidades de género: Algunos elementos sobre los recursos de poder y violencia masculina. En *Debates sobre masculinidades: poder , desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. Coordinadores Gloria Careaga y Salvador Cruz Sierra México, Universidad Nacional Autónoma de México, programa universitario de estudios de género.

Ortiz, T (2002) *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Elvida Ramos, p.29-42. Recuperado de: <http://www.ugr.es/~tortiz/Genero%20y%20androcentrismo.PDF>

Ortiz, T (2006). *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista*, Oviedo: KRK ediciones.

Parkin, DM, Bray F. (2006) The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*, 24 (suppl 3), S11–S25. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16949997>

Paterman, C (1996). *Críticas feministas a la dicotomía público/privado*. Barcelona: Paidós.

Paterson, B. (2001). Myth of Empowerment in Chronic Illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5) 574-581. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1046/j.13652648.2001.01786.x/asset/j.13652648.2001.01786.x.pdf?v=1&t=hmc6gjoe&s=4d6e2dc552f9da152925a07f964ca58fafc147de>

Pérez, A (2012). Una mirada antropológica sobre los ideales normativos de género en la promoción del (auto) cuidado relativo a la anticoncepción. *Revista Dos Puntas*, IV(6), 93-100. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4216213>

Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. Técnicas de análisis de datos. Madrid: La Muralla S. A.

Pérez-Declercq, A. (2012). Una mirada antropológica sobre los ideales normativos de género en la promoción del (auto) cuidado relativo a la anticoncepción. *Revista Dos Puntas*, 4 (6), 93-100. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4216213>

Pombo, M. (2012) La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Margen*, (66), 1-11. Recuperado de: http://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf

Programa de Acción específico 2007-2012 Cáncer Cervicouterino. Secretaria de Salud. Reperado de: <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/interes-cacu/pa-cacu.html>

Provoste P y Berlagoscky F. (2002) Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile. *Género, equidad y reforma de la salud*

en Chile. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
Recueroado de: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Cuadernillo2.pdf>

Quintana, Ma.S. (2010) *Sexo seguro, cuerpos disciplinados*. Ecuador: FLACSO.
Recuperado de: <http://flacsoandes.org/dspace/handle/10469/1252#.Uvcbe6DfGUg>

Rathgeber, E. M, Vlassoff, C (1993). Gender and tropical diseases: A new research focus. *Social Science Medicine* 37 (4), 513-520. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8211263>

Reartes, D (2007) Características y dificultades en la atención de varones infectados por el virus del papiloma humano (VPH). La experiencia de un servicio de salud en la ciudad de México. *Estudios de Antropología Biológica*,13 (2),787-803, Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/26418>

Reyes-Bravo, R.M. (2005). La autonomía psicológica en mujeres profesionales: análisis de un caso. *Otras Miradas*, 5 (001), 1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18350101>

Rivara, G. (2007). El proyecto en la ética del placer de Graciela Hierro. La lámpara de Diógenes, *revista de filosofía*. 15 (8),160-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84401513>

Rocha, S.T.E. y Díaz- Loving, R. (2011). *Identidades de género. Más allá de cuerpos y mitos*. México: Trillas.

Rodríguez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En Giron, A. *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden economico internacional emergente*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Recuperado de: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/sursur/giron_correa/22RodriguezE.pdf

Rodríguez, G. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Rojas, J. y Zubizarreta, M. (2007) Reflexiones del estilo de vida y vigencia de autocuidado en la atención primaria de salud. *Revista Cubana enfermería* 23(1), 1-12. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf07107.pdf>

Rubio, D y Restrepo, D (2004). Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista colombiana de psicología*, (13), 102-112. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401311.pdf>

Rubín, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "Economía política" del sexo. *Revista Nueva Antropología* 30(3), 95-145. Recuperado de: <http://www.caladona.org/grups/uploads/2007/05/EI%20trafico%20de%20mujeres2.pdf>

Ruiz, M (2004). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 118-125. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400019&script=sci_arttext

Sabo, D (2000) *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género*. Publicación ocasional No. 4. OPS . Recuperado de: <http://salud.ahige.org/pdf/comprenderlasaluddeloshombres.pdf>

Sabo, D y Gordon, D (1995). *Men's health and illness: Gender, power and the body*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.

Sam, S.; Ortiz, A.; y Lira, J. (2011). Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecología y Obstetricia en México*, 79, 214-224. Recuperado de: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2011/ABRIL/Femego4/FEMEGO4.10VIRUS.pdf>

Sanz, F. (1990/2003) *Psicoerotismo femenino y masculino. Para unas relaciones placenteras autónomas y justas*. Barcelona :Kairos.

Sanz, F. (1995/2007). *Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad en la terapia de reencuentro*. Barcelona:Kairos

Schiavoni y Fretes (2011). Cuerpos innombrables y cuerpos dominados. Perspectivas de las usuarias y el equipo de salud en el Programa de Salud reproductiva y procreación responsable. En Citro, S (Coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Editorial biblos.

Scott, J. (2011) Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis?. *La manzana de la discordia* 1(6), 95-101. Recuperado de: <http://manzanadiscordia.univalle.edu.co/volumenes/articulos/V6N1/art9.pdf>

Sen, G, George A y Ostlin P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Publicación original No. 14 , Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2012/files/2011/02/Incorporar-la-perspectiva-de-género.pdf>

Sellors, J. Y Sankaranarayanan (2003). *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes*. EUA: Organización Panamericana de la salud. Recuperado de: <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>

Sibaja (2013). Consideraciones teóricas: la salud sexual y la prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres. *Rev. Reflexiones*, 92 (2), 79-90. Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/viewFile/8769/8259>

Soto, G. (2008) *Guía sobre el Virus del Papiloma Humano*. México: Demac.

Steinar, K (2011). *Las entrevistas en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Syrjanen S. Puranen M.(2000) Human papillomavirus infection in children. The potential role of maternal transmission. *Crit Rev Biol Med*, 11(2),259-274. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12002819>

Szasz, I (2000) Varones mexicanos: Género, sexualidad y salud reproductiva. *Estudios Feministas*, (8). 186- 199. Recuperado de: journal.ufsc.br/index.php/ref/article/download/9877/9102

Szasz, I. (1998), “Los varones y la sexualidad. Aportes del pensamiento feminista y primeros acercamientos a su estudio en México”, en S. Lerner (comp.), *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.

Tamayo, T. y Varona, S. (2006). Infección por papiloma virus humano en adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 32, 1-6. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v32n2/gin12206.pdf>

Tena, O (2010). Estudiar masculinidad ¿para qué?. En Blazquez, N; Flores, N; Ríos Everardo, M (2010) *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 21-38) México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología.

Tatti, S. (2008) *Colposcopia y patologías del tracto genital en la era de la vacunación*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Tirado, L., Mohar, A., López, M., García, A., Franco, F. y Borgues, G. (2005). Factores de riesgo de cáncer cervicouterino, invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 47(5) 342-350. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647504>

Tobian AA, Quinn TC (2009) Herpes simplex virus type 2 and syphilis infections with HIV: an evolving synergy in transmission and prevention. *Curr Opin HIV AIDS*; 4(4) 294-299. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2752434/>

Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

Tosal, B (2007) Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia. *Feminismos* 10, 79-91. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6127/1/Feminismos_10_06.pdf

Torres-Poveda K, Burguete A, Bermúdez-Morales V, Madrid-Marina V (2008) La infección por el virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino: una perspectiva de salud pública. *Revista de investigación Clínica*. 60 (5), 414-420. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2008/nn085h.pdf>

Trew, K. y Kremer, J. (1998). *Gender and Psychology*. London: Arnold.

Uribe J.T. (1999). El Autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*. 17(2), 109-118. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>

Urrutia MT, Poupin L, Concha X, Viñales D, Iglesias C y Reyes V. (2006) ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer Cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 73(2): 98-

103. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000200005&script=sci_arttext

Valdés, R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 49-59. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/26504790_Factores_que_influyen_en_el_comportamiento_Preventivo_del_cncer_cervicouterino

Vargas, V y Acosta, G (2007). Vacunas para virus del papiloma humano. *Enfermedades del Tracto Genital Inferior* 1(1),36-44. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=104&IDARTICULO=13505&IDPUBLICACION=1398>

Vasilachis de Galindo, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Villaseñor, M, et al (2008) Coeducación para prevenir Cáncer Cérvico-Uterino: La perspectiva de mujeres y hombres en el Centro Occidente de México. En Villaseñor, M. *Género y Salud: Atisbos sobre la academia en Guadalajara* (pp.137-168). México: Instituto Municipal de las Mujeres en Guadalajara.

Villaseñor-Farías, M. y J. D. Castañeda-Torres (2003), “Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes”, *Salud Pública de México*, vol. 45, pp. S44-S57. Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000406>

Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Patho*, 189(1) 12-29. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10451482>

Weeks, J (1998). *Sexualidad*. México: Paidós-Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.

Weeks, Jeffrey (1998) La construcción de las identidades genéricas y sexuales, la naturaleza problemática de las identidades en Szasz, I y Lerner, S. *Sexualidades en México* (1999-222). México: El colegio de México.

Wiesner, C, Acosta, J., Díaz, A., Tovar, S. y Salcedo, H (2009) Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Rev Colomb Cancerol* 2009;13(3),145-156. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=61414&id_seccion=1161&id_ejemplar=6183&id_revista=92

Ybarra J, Pérez B y Romero D (2012). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 22 (2), 185- 194. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Jos%E9%20Luis%20Ybarra%20Sagarduy.pdf>

Zamberlin, N; Thouyaret, L; Arrossi,S (2013). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello del útero y realización de PAP*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino.

Zarco, C (2006) *Creencias que tienen las mujeres en la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino*. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana.

Zarco, J (2000) El Análisis de Contenido Cualitativo de Prensa como Soporte Técnico para la Asesoría Política. *Investigación y Marketing* (66), 50-53. Recuperado de: <http://www.aedemo.es/aedemo3/socios/revista66/ad-66-07.pdf>

