

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN**

TESIS

**CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES FRENTE AL  
DIAGNÓSTICO DE VPH EN MUJERES**

PRESENTA

MCE. Mariely Acosta Alvarez

PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORA EN ESTUDIOS SOCIOCULTURALES

TUTORES

Dr. Alejandro García Macías

Dra. Silvia Marcela Bénard Calva

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTORAL

Dr. Miguel Ángel Sahagún Padilla

Aguascalientes, Ags., 23 de enero de 2023.

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

**CARTA DE VOTO APROBATORIO  
INDIVIDUAL**

**MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA  
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**PRESENTE**

Por medio del presente como **TUTOR** designado de la estudiante **MARIELY ACOSTA ALVAREZ** con ID **5162** quien realizó la tesis titulada: **CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VPH EN MUJERES**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**"Se Lumen Proferre"**  
**Aguascalientes, Ags., a 23 de enero de 2023.**

  
**DR. ALEJANDRO GARCÍA MACÍAS**  
**Tutor de tesis**

c.c.p.- Interesado  
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado

**CARTA DE VOTO APROBATORIO  
INDIVIDUAL**

**MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA  
DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**PRESENTE**

Por medio del presente como **COTUTOR** designado del estudiante **MARIELY ACOSTA ALVAREZ** con ID **5162** quien realizó *la tesis* titulada: **CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VPH EN MUJERES**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**"Se Lumen Proferre"**

**Aguascalientes, Ags., a día 19 de enero de 2023.**

  
**DRA. SILVIA MARCELA BÉNARD CALVA**  
**Cotutor de tesis**

c.c.p.- Interesado  
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado

**CARTA DE VOTO APROBATORIO  
INDIVIDUAL**

**MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA  
DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

PRESENTE

Por medio del presente como **ASESOR** designado del estudiante **MARIELY ACOSTA ALVAREZ** con ID **5162** quien realizó *la tesis* titulada: **CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VPH EN MUJERES**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**"Se Lumen Proferre"**  
**Aguascalientes, Ags., a día 19 de enero de 2023.**

  
**DR. MIGUEL ÁNGEL SAHAGÚN PADILLA**  
**Asesor de tesis**

c.c.p.- Interesado  
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado

Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 23/01/2023

NOMBRE: MARIELY ACOSTA ALVAREZ ID 5162

PROGRAMA: DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIOCULTURALES LGAC (del posgrado): COMUNICACIÓN Y LENGUAJES

TIPO DE TRABAJO: ( X ) Tesis ( ) Trabajo Práctico

TITULO: CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VPH EN MUJERES.

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): Analizar las experiencias físicas y emocionales de las mujeres con un diagnóstico afirmativo de Virus de Papiloma Humano, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento.

INDICAR SI NO N.A. (NO APLICA) SEGÚN CORRESPONDA:

INDICAR	SI	NO	N.A. (NO APLICA)	SEGÚN CORRESPONDA:
<b>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</b>				
SI				El trabajo es congruente con las LGAC del programa de posgrado
SI				La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI				Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI				Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI				Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI				El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI				Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
SI				Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI				Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
<b>El egresado cumple con lo siguiente:</b>				
SI				Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI				Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, predoctoral, etc)
SI				Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI				Cuenta con la carta de satisfacción del Usuario
SI				Coincide con el título y objetivo registrado
SI				Tiene congruencia con cuerpos académicos
SI				Tiene el CVU del Conacyt actualizado
SI				Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales (en caso que proceda)
<b>En caso de Tesis por artículos científicos publicados</b>				
NO				Aceptación o Publicación de los artículos según el nivel del programa
NO				El estudiante es el primer autor
NO				El autor de correspondencia es el Tutor del Núcleo Académico Básico
NO				En los artículos se ven reflejados los objetivos de la tesis, ya que son producto de este trabajo de investigación.
NO				Los artículos integran los capítulos de la tesis y se presentan en el idioma en que fueron publicados
NO				La aceptación o publicación de los artículos en revistas indexadas de alto impacto

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado:

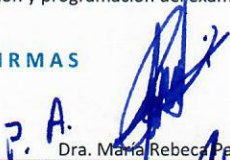
Sí  X

No \_\_\_\_\_

Elaboró:

FIRMAS

\* NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADSCRIPCIÓN:

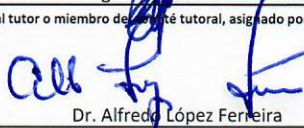
P. A.   
Dra. María Rebeca Padilla de la Torre

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO:

  
Dr. Rodrigo Alejandro De la C. Torres

\* En caso de conflicto de intereses, firmará un revisor miembro del NAB de la LGAC correspondiente distinto al tutor o miembro del comité tutorial, asignado por el Decano

Revisó:

  
Dr. Alfredo López Ferreira

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Autorizó:

  
Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

**Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado**

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



**MTRA. MARIELY ACOSTA ALVAREZ  
P R E S E N T E .-**

Apreciable Mtra.

Por este medio quiero notificarle de la aceptación de su manuscrito “Mirada sociocultural con perspectiva de género de dos trayectorias de atención médica en mujeres que viven con VPH”, para su publicación en el número 47 de *Caleidoscopio - Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*.

Agradeciendo su interés en publicar en nuestra revista, le envío saludos cordiales.

A T E N T A M E N T E  
Aguascalientes, Ags., 23 de julio de 2022  
*Se Lumen Proferre*

Dr. Miguel Angel Sahagún Padilla  
Director de Caleidoscopio

## Agradecimientos

A mi alma mater y espacio de trabajo, la Universidad Autónoma de Aguascalientes por las gestiones pertinentes para el logro de este proyecto.

A la Enfermería, carrera que amo y a la cual debo lo que soy.

A mis estudiantes, por sus palabras de aliento, abrazos y empatía cuando me veían angustiada por tanto trabajo.

A mi comité tutorial el Dr. Alejandro García Macías, la Dra. Silvia M. Bénard Calva y el Dr. Miguel Angel Sahagún Padilla por su apoyo, tiempo dedicado a mi proyecto, paciencia y conocimientos.

A la Dra. Mónica Adriana Luna Blanco por todo su acompañamiento, asesoría y tiempo consagrados a esta investigación. A la Dra. Yesica Yolanda Ramírez Flores por todo el aprendizaje.

Principalmente agradezco a las mujeres que entrevisté por su confianza, tiempo y consejos para sobrellevar este tipo de padecimientos, sin ellas no sería posible esta investigación.

A mi abuelita Avelina Ortiz Coronado (partera) y tía María Estefana Coronado Ortiz (enfermera) -que en paz descansen-, porque ellas me enseñaron que ser mujer no debe limitar nuestras posibilidades.

A mi mamá Cita Elida Alvarez Ortiz, porque si ella no me hubiera insistido en concluir este gran reto no lo hubiera hecho, también gracias a sus acompañamientos, escuchas y consejos; pero, sobre todo gracias a ti mamá por ser mamá de mi hijo cuando yo no podía por estar trabajando en este proyecto.

A mis hermanos Mara Anel, Nataly Andrea, Rogelio, Elida Aglae y Edna Rubí, los amo, gracias por apoyarme en mis locuras.

A mi amiga la Dra. María Magdalena Aranda Delgado porque siempre creíste en mí, lloraste conmigo, me acompañaste en las buenas y en las malas, y nunca me dejaste sola. Te amo hermana del alma.

A mi hijo Armando Santacruz Acosta por su amor, acompañamiento en tiempos complicados por el estudio, abrazos, por ser testigo de mi esfuerzo, y sobre todo por aguantar mis ausencias como madre y defectos. Te amo hijo.

A mis amigos porque no dejaron de serlo cuando no podía estar con ellos.

***Dedicatorias***

*Para las mujeres que están viviendo  
la experiencia del estigma de la enfermedad, no están solas.*

*Para las mujeres entrevistadas en esta investigación.*





## Contenido

Contenido .....	1
Índice de tablas .....	3
Índice de gráficas y esquemas .....	4
Resumen .....	5
Abstract .....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. Definición del problema y justificación .....	8
1.1 Enunciación del problema y su fundamentación.....	8
1.2 Estado de la cuestión.....	20
1.3 Posicionamiento de la investigadora.....	31
1.4 Planteamiento de preguntas de investigación .....	36
1.5 Objetivo General .....	37
1.5.1 Objetivos específicos .....	37
Capítulo 2. Marco teórico - metodológico .....	38
2.1 Conceptos .....	39
2.2 Categorías teóricas .....	43
2.2.1 Género y salud.....	44
2.2.2 Experiencia del padecimiento.....	49
2.2.3 Corporalidad.....	55
2.2.4 Prácticas sexuales y conocimiento de la infección por VPH.....	60
2.2.5 Redes sociales de apoyo y salud.....	65
Capítulo 3. Trabajo de campo.....	69

3.3.1 Etnografía .....	72
3.3.2 Técnicas de recolección de datos .....	73
3.3.3 Observación .....	74
3.3.4 Entrevistas semiestructuradas.....	74
3.3.5 Diario de campo .....	76
3.3.6 Población de estudio.....	76
3.3.7 Análisis de datos .....	77
3.3.8 Adaptaciones metodológicas durante la pandemia de COVID 19 .....	79
3.3.9 Consideraciones éticas.....	80
Capítulo 4. Género y salud en mujeres que fueron diagnosticadas con VPH.	
Resultados y discusión .....	82
4.1 Acercamiento a la población de estudio.....	82
Ejercicio de reflexión para contextualizar al lector sobre las situaciones a las que se enfrentan las mujeres con un diagnóstico de VPH .....	90
4.2 Experiencias de atención con profesionales de la salud .....	92
a) Perfil descriptivo de las mujeres entrevistadas.....	93
b) Experiencias de atención.....	96
c) Estigma de profesionales de la salud hacia las mujeres.....	111
4.3 Experiencias emocionales y estigma social – autoestigma en mujeres que vivieron el diagnóstico de VPH .....	118
a) Experiencias emocionales .....	118
b) Estigma social y autoestigma del VPH.....	134
c) Sana o enferma.....	144
4.4 Impacto corporal, sexual y las redes de apoyo de las mujeres que viven con VPH.....	145

a) Experiencias físicas .....	146
b) Corporizar el VPH .....	147
c) Redes sociales de apoyo y salud .....	162
Capítulo 5. Conclusiones y desafíos .....	172
Referencias .....	178
Apéndices.....	188
Apéndice No. 1 Guía para entrevista sobre características básicas de las mujeres VPH positivas.....	188
Apéndice No. 2 Guía de Observación.....	189
Apéndice No. 3 Guía de entrevista semiestructurada .....	190
Apéndice No. 4 “Formulario de consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación” .....	194
Apéndice No. 5 Información para las participantes sobre el proyecto de investigación.....	196
Apéndice No. 6 Guía de Transcripción .....	198
Apéndice No. 7 Guía de Observación y Ficha reflexiva .....	200

### **Índice de tablas**

Tabla 1. Incidencia de Cáncer cervicouterino 2008-2017 en Aguascalientes.....	16
Tabla 2. Pruebas por PCR en Aguascalientes 2019 .....	17
Tabla 3. Códigos ATLAS.ti .....	83
Tabla 4. Características de la población en estudio .....	93

## Índice de gráficas y esquemas

Gráfica 1. Mortalidad por Cáncer cervicouterino en países de la OCDE.....	11
Gráfica 2. Tendencia de las defunciones y tasas de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México 2000 - 2012 .....	12
Gráfica 3. Distribución de defunciones por cáncer del cuello en México por edad al momento de la defunción, 2013 .....	13
Gráfica 4. Defunciones y tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 años o más 2014 por estados.....	14
Gráfica 5. Tipos de VPH-AR asociados a cáncer de cuello uterino en México .....	15
Gráfica 6. Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en el estado de Aguascalientes periodo 2010-2019.....	16
Esquema 7. Marco Teórico.....	38
Esquema 8. Categorías teóricas .....	43
Esquema 9. Teoría Fundamentada: Proceso de análisis de los datos.....	79
Esquema 10. Categorías de análisis.....	86
Esquema 11. Subcategoría Experiencias de atención .....	97
Esquema 12. Subcategoría Experiencias emocionales .....	119
Esquema 13. Subcategoría Estigma social y autoestigma del VPH.....	135
Esquema 14. Subcategoría Corporizar el VPH .....	148
Esquema 15. Subcategoría Decisiones sexuales.....	157
Esquema 16. Subcategoría Redes sociales de apoyo y salud .....	163

## **Resumen**

La investigación que se presenta pretende analizar las experiencias físicas y emocionales en mujeres que vivieron el diagnóstico de VPH, así como el impacto en su corporalidad, prácticas sexuales, redes sociales de apoyo y experiencias de atención médica; y así conocer elementos subjetivos que experimentan las mujeres, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento, las construcciones socioculturales de género, mejorar la atención de los profesionales de salud y buscar otras estrategias de prevención. La metodología que se utilizó fue a partir de la investigación cualitativa, la etnografía y la teoría fundamentada; con apoyo de un marco teórico dentro de los estudios socioculturales, la teoría de género, la antropología médica y el análisis del cuerpo. Los resultados principales encontrados fueron, a partir de una categoría axial denominada Género y salud, inmersa en tres grandes categorías: Experiencias de atención con profesionales de la salud, Experiencias emocionales y estigma social e Impacto corporal, sexual y en las redes de apoyo.

## **Abstract**

The research presented here aims to analyze the physical and emotional experiences of women who have been diagnosed with HPV, as well as the impact on their corporeality, sexual practices, social support networks and medical care experiences; and thus learn about the subjective elements experienced by women, in order to contribute to the understanding of the experience of the disease, the sociocultural constructions of gender, improve the care provided by health professionals and seek other prevention strategies. The methodology used was based on qualitative research, ethnography and grounded theory; supported by a theoretical framework within sociocultural studies, gender theory, medical anthropology and analysis of the body. The main results found were, based on an axial category called Gender and health, immersed in three main categories: Experiences of care with health professionals, Emotional experiences and social stigma, and Corporal, sexual and support network impact.

## Introducción

Este documento da cuenta de la investigación titulada “Construcciones socioculturales frente al diagnóstico de virus del papiloma humano en mujeres (VPH en adelante)”. El objetivo que guio todo el estudio fue analizar las experiencias físicas y emocionales en mujeres frente el diagnóstico de VPH, y también profundizar en el impacto en su corporalidad, sus prácticas sexuales y sus redes sociales de apoyo en salud, con el fin de conocer los elementos subjetivos que ellas experimentan, y así contribuir a la comprensión de las experiencias del padecimiento, lo cual favorece a la mejora de la atención de los profesionales de la salud y a buscar otras estrategias de prevención de VPH.

Cabe resaltar que las primeras inquietudes que guiaron esta indagación tienen que ver con exponer qué dicen las mujeres en estas condiciones sobre su proceso de diagnóstico, atención y salud, con el cometido de aproximarnos a una comprensión más profunda de las formas en que se construyen socioculturalmente dichas experiencias.

Por ende, la finalidad principal de esta investigación es analizar las experiencias físicas y emocionales en mujeres que viven con VPH, lo cual engloba: el impacto en su corporalidad, prácticas sexuales, redes sociales de apoyo y experiencias de atención médica; así como también conocer elementos subjetivos que experimentan las mujeres, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento, las construcciones socioculturales de género, mejorar la atención de los profesionales de salud y buscar otras estrategias de prevención

El marco teórico que sostiene estas búsquedas proviene de los estudios socioculturales, la antropología médica- particularmente en la interfaz género y salud- y el análisis del cuerpo.

En primera instancia, este encuadre desde los estudios culturales favoreció a la

aplicación y uso de las diversas herramientas interdisciplinarias que, desde el planteamiento del problema, se mostraron como necesarias y, además, conllevó a reflexionar que la realización de una investigación sobre un diagnóstico biomédico con herramientas de la antropología, la teoría de género y los estudios sobre el cuerpo requería de un campo que enlazara el entramado de estas disciplinas.

Por lo tanto, no se pudo dejar de lado la luz que provee la antropología médica sobre los estudios de las enfermedades y cómo éstas en su complejidad generan constructos socioculturales que es indispensable atender. De entrada, se tuvo la idea de que el diagnóstico de VPH modificaba las conductas de las mujeres que lo recibían, pero hacía falta indagar sobre dichas conductas, emociones y agencias.

Respecto a la teoría de género y los estudios sobre el cuerpo, se hace evidente que, al ser el VPH principalmente un diagnóstico que tiene afecciones mayores en el cuerpo de las mujeres, estas perspectivas iban a ser fundamentales para la problematización de este trabajo.

Metodológicamente, esta investigación empleó la etnografía, la teoría fundamentada y las entrevistas semiestructuradas, ya que eran herramientas indispensables que permitirían búsquedas profundas sobre los aspectos socioculturales que han sido abordados a lo largo de este escrito.

El documento está elaborado a partir de cuatro apartados que van desde el planteamiento del problema de investigación, pasando por el abordaje del marco teórico, el metodológico, discusión y análisis de resultados y, finalmente, las conclusiones y desafíos.

Para terminar con esta introducción, cabe enfatizar que en la disciplina de enfermería es primordial proporcionar el cuidado holístico, por lo que, con esta investigación, se invita, a los profesionales de la salud a que hagan la diferencia, a que cuestionen el sistema biomédico hegemónico de salud, a que

hagan investigaciones distintas y se les invita a leer este texto con la voluntad de desaprender y volver a aprender en beneficio de la sociedad y las usuarias.

## **Capítulo 1. Definición del problema y justificación**

### **1.1 Enunciación del problema y su fundamentación**

Según la American Cancer Society los virus del papiloma humano son un grupo de más de 150 virus relacionados. Asimismo, más de 40 tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) pueden transmitirse fácilmente por contacto sexual directo de la piel y las membranas mucosas de personas infectadas, a la piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Particularmente, pueden transmitirse por contacto sexual vaginal, anal y oral; y también puede ocurrir cuando una persona infectada no presenta síntomas, aún si sólo ocurrió con una persona, aunque es más probable en personas con múltiples parejas (American Cancer Society, 2017).

La mayoría de las infecciones por VPH de alto riesgo ocurren sin síntomas, desaparecen en 1 o 2 años y no causan cáncer. Sin embargo, algunas infecciones por VPH pueden persistir por muchos años. Las infecciones persistentes por tipos de VPH de alto riesgo pueden resultar en cambios celulares que, si no se tratan, pueden evolucionar a cáncer. Además, los virus del papiloma humano de alto riesgo causan varios tipos de cáncer, entre ellos el cáncer cervicouterino (CaCu) y prácticamente todos los casos de cáncer cervical son causados por infecciones por VPH, siendo dos tipos, el 16 y el 18, identificados como los responsables de casi 70% de todos los casos (American Cancer Society, 2017).

Algunos tipos de VPH pueden causar papilomas o verrugas (tumores no cancerosos) otros, los menos comunes, pueden provocar cáncer de ano, vaginal, de vulva, pene, boca y garganta. Cabe mencionar, que el condón no



protege del todo contra esta infección pues el VPH puede estar en partes de la piel que no cubre, es decir, la única manera de evitar infectarse es no tener sexo vaginal, oral ni anal, así como evitar el contacto de esas áreas con la piel de otra persona. Con respecto al tratamiento, aún no se cuenta con uno que sea totalmente efectivo. Más bien, lo que se puede tratar son los cambios celulares (verrugas, crecimientos celulares anormales y lesiones cancerígenas) por medio de ácidos, sustancias que las queman, conización, etcétera, los cuales se eligen dependiendo del grado de lesión. Además, el virus se puede contener o atenuar con el propio sistema inmunológico, pero no se puede eliminar por completo.

Las pruebas de detección del VPH son: el Papanicolaou (o citología), que detecta células anormales y lesiones cancerígenas en el cuello de la matriz, las cuales pueden estar asociadas al VPH; y la prueba de VPH por captura de híbridos o PCR o identificación del ADN del VPH, que son más específicas pues identifican el tipo de virus. Cabe mencionar que en los hombres no se practican pruebas de identificación del VPH pues es poco común que afecte al hombre. En estos casos sólo se realiza exploración física para identificar las verrugas por detrás del glande o alrededor del prepucio, pero, como ya se mencionó antes, algunos virus no tienen sintomatología hasta etapas avanzadas como el cáncer.

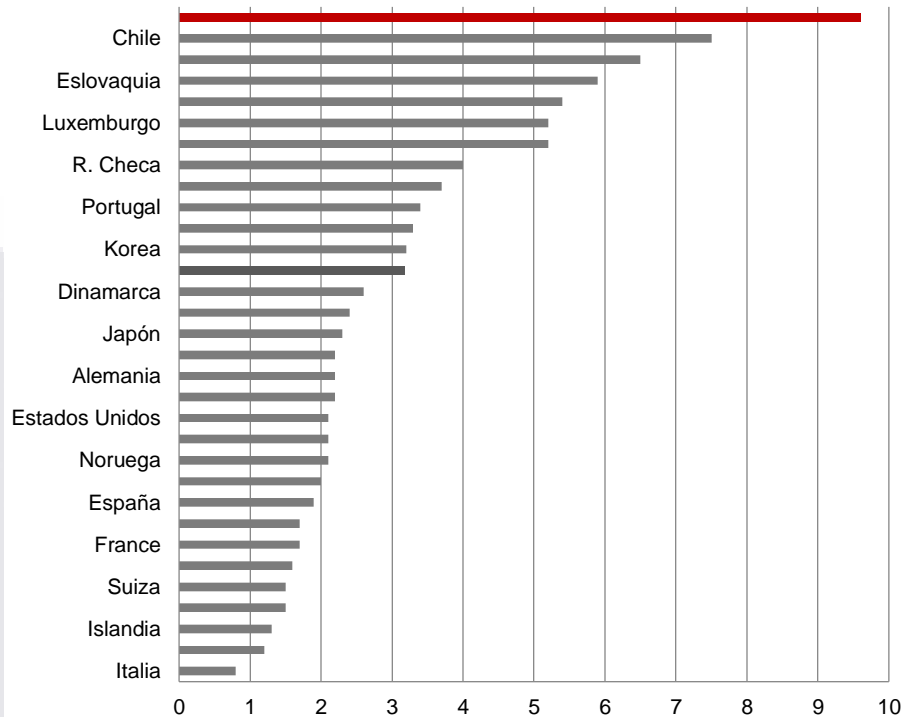
Sobre la detección oportuna del cáncer, en México el programa de salud sexual y reproductiva implementa el programa de detección oportuna y control del CaCu en mujeres de 35 a 64 años con la identificación de VPH de alto riesgo y la citología en mujeres de 25 a 34 años. Este dato proporciona información importante de cómo se llevan a cabo estrategias encaminadas a evitar más muertes por este cáncer (León-Maldonado et al., 2014).

A continuación, se mencionan algunas estadísticas que son importantes para

contextualizar este problema de salud pública. Estos datos se obtuvieron con apoyo de la secretaria de salud del estado de Aguascalientes, y fueron recopilados desde el inicio del proceso de doctorado en 2018. Algunos de ellos datan del año 2010 y apoyan en la comparación de estos.

El cáncer del cuello uterino es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre mujeres, con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. Asimismo, es una importante causa de muerte por un tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. Sus tasas de mortalidad van de 2 en Asia Occidental a 27.6 defunciones por 100,000 mujeres en África Oriental. En América Latina el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.

En cuanto a la mortalidad en la región, ésta es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3). De manera específica, en México el cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente, se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones en mujeres con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades en el territorio mexicano con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino fueron para Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4) (Secretaría de Salud, 2015).

**Gráfica 1. Mortalidad por Cáncer cervicouterino en países de la OCDE**

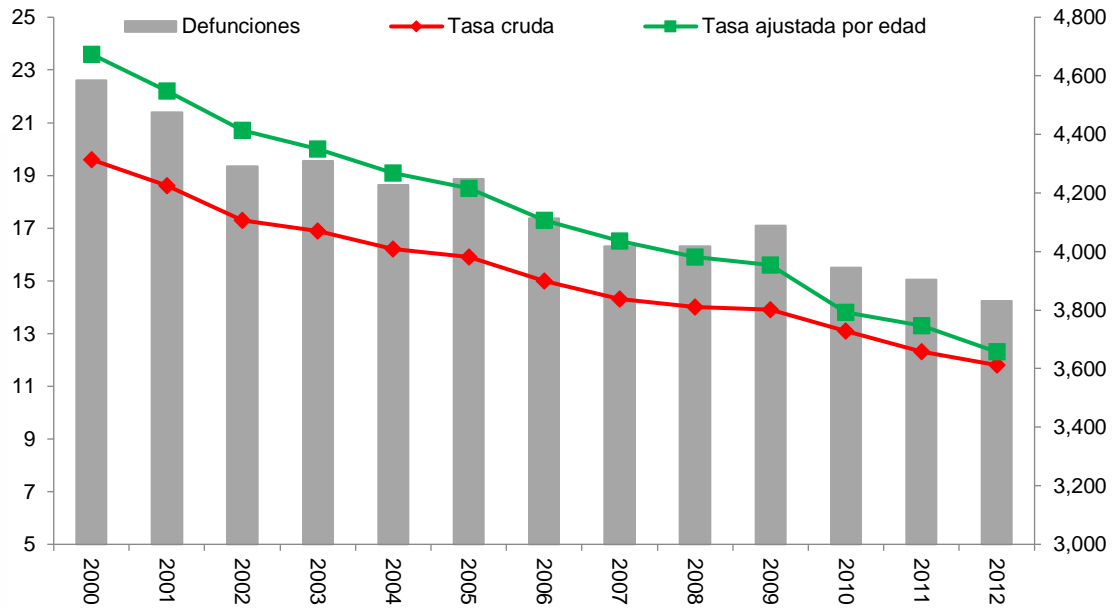
\* Tasas estandarizadas por edad, por 100,000 mujeres

Fuente: OCDE Health Data 2011.

Nota: México fue el país con mayor mortalidad por CACU dentro de los países de la OCDE.

De la gráfica anterior, se puede analizar que, aunque fue un dato del año 2011, México tuvo el primer lugar de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) con mayor mortalidad por cáncer cervicouterino, lo que demuestra -una vez más- la necesidad de mejorar nuestro programa de salud reproductiva para garantizar la salud de las mujeres con respecto a este padecimiento.

**Gráfica 2. Tendencia de las defunciones y tasas de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México 2000 - 2012**

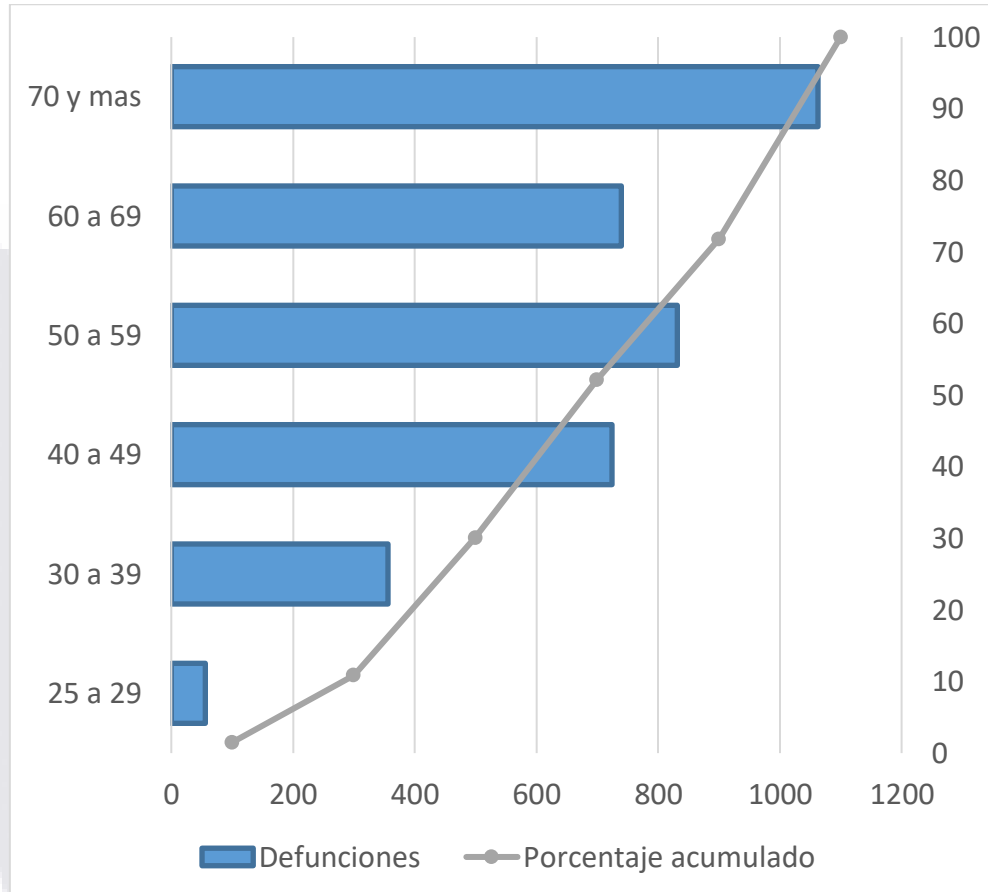


\*Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.  
 - Reducción de la tasa cruda 40% y reducción de la tasa ajustada 48%.

Fuente: SSA/DGIS. Base multidimensional de las defunciones 1997 – 2013

En esta gráfica se puede identificar la tendencia de las defunciones y tasas de mortalidad por CACU en México desde el año 2000 al 2012, con una notoria disminución de los casos.

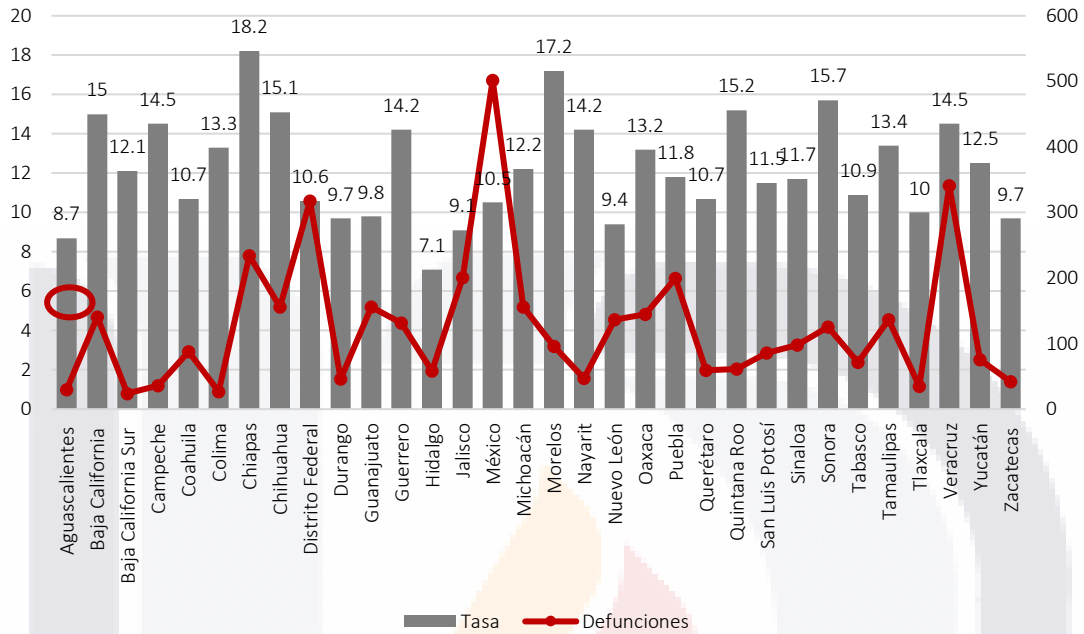
**Gráfica 3. Distribución de defunciones por cáncer del cuello en México por edad al momento de la defunción, 2013**



Fuente: SSA/DGIS. Base multidimensional de las defunciones. 1997 – 2013.

Como en la literatura científica está comprobado: a mayor edad hay mayor riesgo de tener problemas por CACU, y hay un marcado énfasis en el grupo de edad de mujeres de entre 40 a 59 años.

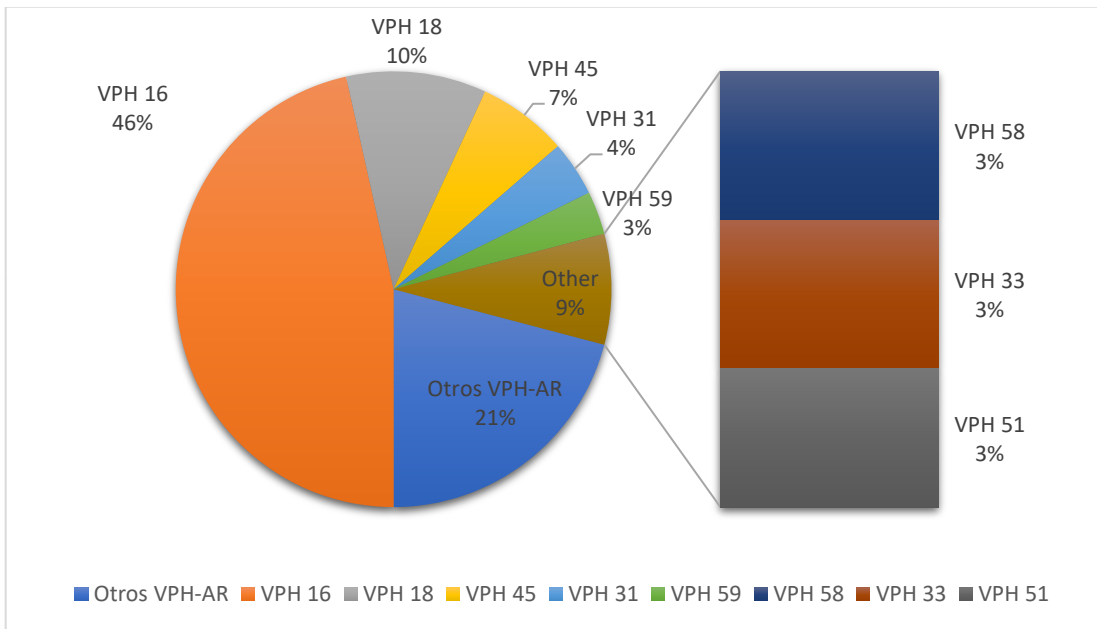
**Gráfica 4. Defunciones y tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 años o más 2014 por estados**



Fuente: SSA/DGIS.

Es importante mencionar que, en la gráfica anterior, el estado de Aguascalientes presenta una tasa de mortalidad por CACU de 8.7 en el año 2014.

**Gráfica 5. Tipos de VPH-AR asociados a cáncer de cuello uterino en México**



Fuente: SSA/DGIS.

La gráfica anterior muestra que el 46% de los casos positivos de VPH son del tipo 16, mientras que 10% son del tipo 18, lo cual, suma un 56% de los casos de CACU en México asociados a estos dos tipos de virus.

Estas estadísticas, comparadas con las de países de primer mundo, demuestran que en México se debe buscar la mejora de los programas de salud y las políticas públicas desarrolladas en relación con el problema, debido a que en general no han sido suficientes y hace falta implementar estrategias que potencien el decremento en el número de muertes anuales por CaCu. Además, resulta primordial mejorar la calidad de vida de estas mujeres y su atención médica al momento de ser detectado un resultado anormal.

**Estadísticas proporcionadas por la Secretaría de Salud del estado de Aguascalientes**

**Tabla 1. Incidencia de Cáncer cervicouterino 2008-2017 en Aguascalientes**

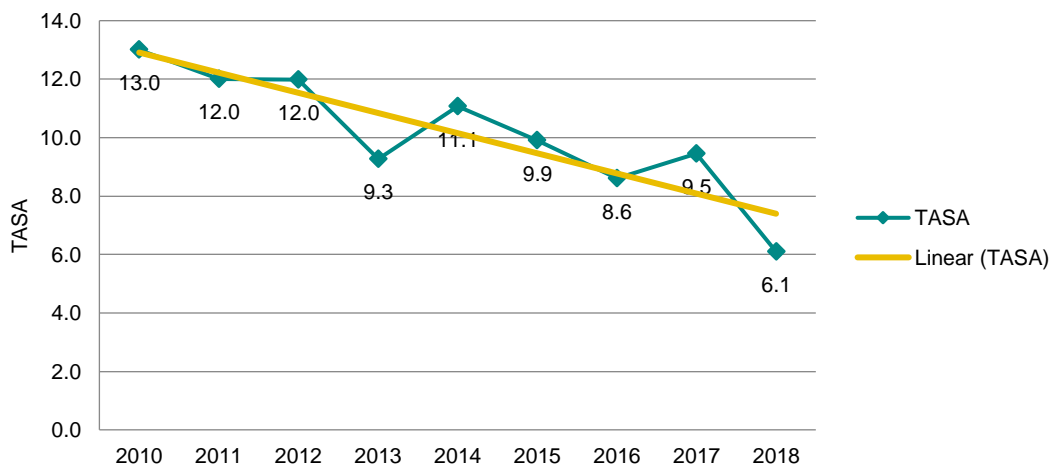
Año	Número de pruebas aplicadas para la detección	Número de casos detectados en el año	Casos en tratamiento
2008	10279	27	27
2009	8826	31	30
2010	21595	28	28
2011	17695	33	31
2012	18766	33	32
2013	19751	35	35
2014	26468	37	37
2015	21359	36	35
2016	12834	48	48
2017	5615*	31**	31

\*Estudios 2017, información enero – mayo  
 \*\*Casos 2017, enero – 22 junio

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la responsable del Programa de Cáncer de la Mujer, Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

En esta tabla se nota el aumento paulatino de los nuevos casos detectados cada año, con una incidencia de 27 casos en 2008 hasta 48 en el 2016.

**Gráfica 6. Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en el estado de Aguascalientes periodo 2010-2019**





Número	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
de muertes	40	38	39	31	38	35	31	35	23	25

\* Mortalidad enero – noviembre 2019.

Nota: Tasa por 100,000 mujeres de 25 y más años.

Fuente: En este momento, el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones no se encuentra habilitado para su consulta, por lo que esta información se obtuvo del Sistema Paralelo, que es por medio de carpetas de certificados de defunción, Departamento de Estadística (ISSEA).

En la gráfica y tabla, se muestra cómo la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en Aguascalientes ha disminuido gradualmente cada año desde el 2010 hasta el 2018, pero aún tenemos casos de muertes de mujeres por esta causa, lo que ayuda a sustentar la necesidad de seguir buscando estrategias para mejorar la atención prestada en los servicios de salud a las mujeres que presentan el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual -como el VPH- con un pool de alto riesgo para contraer cáncer cervicouterino.

**Tabla 2. Pruebas por PCR en Aguascalientes 2019**

Muestras recibidas	Muestras procesadas por PCR	Muestras positivas	Pruebas válidas	Pruebas inválidas
8511	9767	1262	9746	21

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la responsable del Programa de Cáncer de la Mujer, Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

Sobre la tabla anterior, las muestras positivas a VPH en el estado de Aguascalientes en el año 2019 equivalen al 12.9% de las pruebas válidas realizadas. Cabe aclarar que las muestras procesadas son más que las recibidas, puesto que en algunas ocasiones éstas se procesan doble para confirmar el resultado en caso de duda.

A partir de todos los datos desarrollados anteriormente, se puede contextualizar la problemática de salud del VPH – Cáncer. Sin embargo, la situación va más

allá ya que, en el campo de la salud, al momento de dar un diagnóstico y tratamiento, regularmente no se consideran los factores / elementos del contexto social y cultural que intervienen en la manera en que las mujeres enfrentan sus procesos SEA, que les permiten o no tratarse, asumirse enfermas o no, sentirse estigmatizadas, entre muchas otras situaciones. Es necesario conocer esa complejidad en un sentido holístico, es decir, no sólo en el aspecto biomédico sino también el sociocultural.

Por tanto, la propuesta del presente proyecto de investigación es comprender esos procesos sociales y culturales que se despliegan tras recibir un diagnóstico afirmativo a VPH y, a partir de ello, dar cuenta de la experiencia de la configuración del padecimiento, estudiando las experiencias de estas mujeres vista desde una perspectiva holística, y tomando en cuenta el sentir de las mujeres y sus construcciones socioculturales a partir del diagnóstico de esta infección, para conocer qué miedos, inquietudes y percepciones tienen las mujeres -es decir, *cómo lo padecen*- y así contribuir a la comprensión del mismo, así como a mejorar la atención de los profesionales de salud y a buscar otras estrategias de prevención.

Coincido con Do Prado y colaboradores en cuanto argumentan que los “nuevos problemas requieren nuevos enfoques metodológicos y estructuras conceptuales; y es necesario cambiar el patrón y la forma del hecho de conocer” (do Prado et al., 2013). Históricamente, se ha abordado el estudio de la enfermedad desde un enfoque positivista, cuantitativo y biológico; y, aunque se han realizado estudios desde la temática de las ciencias sociales abordando los procesos socioculturales acerca de la salud/enfermedad/atención (SEA), es necesario ahondar más en el tema, ya que las construcciones sociales son cambiantes y dependen del contexto y de su historia. Esto nos permitirá modificar esas formas de actuar derivadas de los estudios de corte positivista y dar otras pautas para la intervención en la prevención, tratamiento y

rehabilitación de las mujeres con infecciones de transmisión sexual, como el VPH y así evitar más muertes por CaCu.

Además, siguiendo a Guba y Lincoln, este estudio parte de reconocer que no hay un modo único de hacer ciencia, así como no hay solamente un modo de ver el mundo. Hay una variedad de prácticas científicas desarrolladas de modos particulares y diversos, las cuales tienen sustrato en distintas visiones del mundo. A esto lo llamamos paradigma, que es el sistema de supuestos fundamentales que guían al investigador, no solamente en la selección de los métodos, sino en la fundamentación ontológica y epistemológica de los mismos (Guba & Lincoln, 2000).

Así mismo, es importante mencionar que la enfermería es una profesión con proyección social, encargada del cuidado de las personas de una manera holística, integral, biopsicosocial. Por lo tanto, qué mejor que realizar un estudio transdisciplinario, entrelazando los estudios de género y salud, la perspectiva sociocultural y la antropología médica con la enfermería y los estudios del cuerpo.

La manera en cómo vivimos la enfermedad y la salud no se puede estandarizar, es decir, no se puede decir que cada persona enferma de igual manera, ya que es atravesada por su contexto social, político, económico y cultural. Por eso es necesario que se profundice en cómo se experimenta una enfermedad, y qué diferencias existen en cada una de las mujeres diagnosticadas con VPH para que sean una herramienta que nos permita profundizar en la comprensión del fenómeno y proporcionar así el cuidado y la atención holística que éste requiere.

De este modo, hay razones de peso que justifican la pertinencia de esta investigación: en primer lugar, que en el campo de la enfermería y la salud hace

falta profundizar en la experiencia de vivir con un padecimiento, y también en cómo las mujeres con un diagnóstico de VPH viven esta realidad, ya que, proporcionar cuidados, diagnósticos y darles atención en salud, difícilmente incluye factores sociales y culturales que intervienen en la manera en que las mujeres experimentan su padecimiento.

En segundo lugar, hay situaciones dentro del proceso salud/enfermedad/atención (SEA) que poco se problematizan en el área médica y es necesario hacerlo para mejorar las prácticas de salud disponibles para esta población. Asimismo, es fundamental contar con elementos que nos informen sobre cómo las mujeres experimentan su padecimiento, y cuáles son los factores dentro del contexto sociocultural de Aguascalientes que les permiten, o no, tratarse y adaptarse al proceso. Además, es necesario analizar todo el trayecto, desde que se proporciona el diagnóstico y durante el tratamiento, ya que este padecimiento es complejo y fundamental para preservar la salud y evitar más contagios y muertes por cáncer cervicouterino. Para ello, es de fundamental importancia ir más allá de la perspectiva biomédica prevaleciente, acompañándola de un abordaje sociocultural, de tal manera que se puedan conocer rasgos de nuestra sociedad y de nuestra cultura que puedan empoderar y que capacitan a las mujeres para enfrentar situaciones que las etiquetan o estigmatizan. De esta manera se permitirá que cuenten con recursos personales para buscar diferentes estrategias de prevención, atención y cuidado.

## **1.2 Estado de la cuestión**

Según el propósito de este proyecto, se pone especial atención en las investigaciones relacionadas con el VPH y la investigación cualitativa (la mayoría), principalmente aquellas que abordan las experiencias de las mujeres ante esta infección y su diagnóstico, tanto en el momento de la confirmación de este, como en el proceso de asimilar y reconocerse con esta infección, y

finalmente, con el padecer que deriva de esta experiencia. Por ejemplo, hay estudios que evidencian cómo estos procesos inciden sobre las prácticas sexuales, concepciones sobre el cuerpo y las parejas de las mujeres diagnosticadas. Además, analizaré estudios cualitativos concernientes a los motivos y barreras relacionadas con las prácticas de Papanicolaou y conocimientos sobre qué es el VPH, el CaCu, cómo prevenir y diagnosticar estas enfermedades y sobre los mitos o creencias que pueda tener la población en general.

Acerca de las experiencias de mujeres que vivieron un diagnóstico de infección por VPH, son variadas las narraciones que reportaron diversas investigaciones sobre el proceso de recibir un diagnóstico, principalmente las alteraciones respecto al *estado emocional*, donde señalan vivir un proceso doloroso (León-Maldonado et al., 2016), con *miedo, angustia, incertidumbre, estrés, preocupación y ansiedad* con respecto a su estado de salud, su recuperación y la relación que tiene el virus con el cáncer cérvicouterino (Acosta et al., 2013; Arellano & Castro, 2013; Castanedo et al., 2013; da Silva Marques & Gimenez, 2005; León-Maldonado et al., 2014, 2016; Parente et al., 2016; Wiesner et al., 2009).

Adicionalmente, relatos de mujeres mencionan *desconfianza y decepción* hacia sus parejas debido a que no saben si ellos las contagiaron. Muchas entrevistadas informaron que es decepcionante quedar infectadas de una enfermedad incurable por una persona en quien confían, y sugieren la posibilidad de *infidelidad y separación* de la pareja (da Silva Marques & Gimenez, 2005; León-Maldonado et al., 2014, 2016; Parente et al., 2016), mientras que otras mujeres experimentaron enojo, lo que proporcionó problemas en la relación de pareja y su terminación (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

Por otro lado, cuando las mujeres reflexionan sobre el hecho de que han tenido más de una pareja, esto repercute en sus estados de ánimo y su salud emocional, ya que consideran las relaciones sexuales como inmorales y vergonzosas (Arellano & Castro, 2013). Además, las mujeres tienen la

autopercepción de *culpa y vergüenza* al asumir diagnósticos con estrecha vinculación con la sexualidad, fidelidad y creencias religiosas (Aranda, 2010; Arellano G. & Castro V., 2013; del Pilar Meza-Rodríguez et al., 2011; Gutiérrez Zambrano et al., 2018; O'Connor et al., 2014; Parente et al., 2016; Wiesner et al., 2009) mientras que otras mujeres se sienten culpables con la idea de haber descuidado su salud (Wiesner et al., 2009). Además, existe la creencia de que los hombres son quienes transmiten el virus, lo que hace que las mujeres los consideren como *culpables* (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014; León-Maldonado et al., 2014, 2016; Palacios Rodríguez et al., 2016). Otras mujeres se preguntan si había sido su marido o su pareja actual quien las contagió, pero la mayoría pensaba que probablemente había sido su pareja anterior (O'Connor et al., 2014).

A su vez, cabe enfatizar que “la posibilidad de contagio por transmisión sexual genera conflictos en la esfera biopsicosocial que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres y en el seguimiento de los programas dirigidos a la prevención temprana del cáncer de cuello uterino, y el propio de las enfermedades de transmisión sexual” (da Silva Marques & Gimenez, 2005, 532).

En cuanto al *estigma de las infecciones de transmisión sexual*, se demuestra que “la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual son dimensiones del imaginario social que como patrón cultural son sometidas a la indagación pública; se estigmatiza así la intimidad y la vida sexual y se fiscaliza para que se cumplan las normas sociales legitimadas” (Arellano G. & Castro V., 2013, 270).

Así mismo, habría que decir que existe el *estigma social* puesto que la sexualidad es un componente de la vida de las personas que se encuentra sujeta a diversas normativas sociales que han llevado a estigmatizar ciertos comportamientos y prácticas, sobre todo las prácticas sexuales relacionadas con el número de parejas, el inicio temprano de las relaciones sexuales y la poca higiene (Arellano G. & Castro V., 2013; Gutiérrez Zambrano et al., 2018; O'Connor et al., 2014; Palacios Rodríguez et al., 2016). A veces, el impacto

emocional sufrido por dicho diagnóstico podría hacer más daño que los síntomas clínicos causados por el virus. De ahí que, padecer VPH, en especial para las mujeres, es causa de señalamiento y rechazo (Gutiérrez Zambrano et al., 2018). También, narraciones de mujeres expresan sentirse juzgadas y cuestionadas por médicos, lo que se traduce en culpabilizarlas y reproduce el estigma relacionado con las enfermedades (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

Por ende, las mujeres viven la experiencia como un *estigma*, pues aluden a la sexualidad, fidelidad y creencias religiosas, por lo que ponen en marcha estrategias protectoras para evitar ser estigmatizadas. Sin embargo, la mayoría de las mujeres no ha vivido un rechazo abierto por la enfermedad, en este caso el estigma, pero se perciben a sí mismas como personas estigmatizadas, ya que sienten una permanente incertidumbre por no saber lo que los demás piensan de ellas, y se autoimponen un estigma o estigma interno que es el temor de ser discriminadas por percibirse como poseedoras de atributos socialmente reprobables o no aceptados, aunque los otros no los identifiquen. Por lo tanto, se perciben a sí mismas de manera negativa, con sensaciones de *desprecio, impureza, suciedad, pena, vergüenza, culpa* y con la idea de la enfermedad como *castigo* (Arellano G. & Castro V., 2013; Wiesner et al., 2009). Este estigma interno refleja las desigualdades de poder e impide a la persona llevar una vida plena además de vivir en silencio el proceso de salud enfermedad atención ante el VPH, debido al temor sobre lo que otros piensan de ellas y sus relaciones de pareja (Arellano G. & Castro V., 2013).

Una estrategia protectora o de adaptación de las mujeres es ocultar a sus parejas el diagnóstico de VPH por miedo a la reacción de la pareja, al rechazo o ruptura de la relación (Parente et al., 2016; Wiesner-Ceballos et al., 2006). Otras sí lo comunicaban, pero sólo a un círculo muy reducido de personas, regularmente en la red familiar (Arellano & Castro, 2013; Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014).

Hay que mencionar, además, que mujeres con VPH indican que las relaciones sexuales son inmorales y es vergonzoso aceptar y verbalizar a otros que se ha tenido más de una pareja, lo que repercute sobre sus estados de ánimo y salud emocional, lo cual deriva en que se aíslen y vivan una enfermedad en silencio como medida protectora ante el posible estigma y discriminación (Arellano G. & Castro V., 2013).

En lo que toca a las implicaciones en las prácticas sexuales, algunas mujeres deciden no relacionarse sexualmente con sus parejas hasta terminar el tratamiento a causa de la existencia del miedo a sostener relaciones sexuales e infectar a la pareja, el riesgo de cáncer y ser infectadas nuevamente (da Silva Marques & Gimenez, 2005; Parente et al., 2016; Wiesner et al., 2009).

Sobre las relaciones de poder y problemas de género, relatos muestran que el hombre tiene el poder de decisión sobre el uso del condón, y a la mujer no se le ofrece la oportunidad de negociación. Por tanto, las mujeres tienen poca libertad para expresarse, mientras que la voluntad masculina se toma muchas veces como única y verdad absoluta, lo que expone a las mujeres al riesgo (Almeida et al., 2009). Además, otros testimonios señalaron implicaciones como eventos de violencia por parte de la pareja masculina contra la mujer que tuvo un resultado afirmativo a la prueba de VPH (León-Maldonado et al., 2014).

Por el contrario, son pocas, pero existen narraciones de mujeres que sintieron cambios positivos en su vida, como el estar más atentas a su salud (autocuidado). Asimismo, agradecen tener el diagnóstico temprano y tener una actitud positiva ante el tratamiento (da Silva Marques & Gimenez, 2005; Parente et al., 2016).

Con respecto a las mujeres que decidieron hablar sobre su padecimiento, éstas lo hicieron con otras mujeres o con familiares y, sobre las relaciones de apoyo con los profesionales de la salud, la mayoría menciona problemas de comunicación y mala o poca información sobre la sexualidad y las implicaciones emocionales que conlleva el tener una infección de transmisión



sexual (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014).

Sobre los conocimientos, en cuanto a la forma de contagio, las mujeres confían en la pareja, consideran que los acuerdos de fidelidad las protegen de las infecciones de transmisión sexual y deciden no usar condón cuando se relacionan emocionalmente, adoptando la justificativa de la confianza como confirmación del afecto asociado al no uso del preservativo (Almeida et al., 2009; Parente et al., 2016).

Para ser más específicos, existe una marcada necesidad de información de las mujeres alrededor del VPH, lo cual se traduce en impactos negativos, como tristeza, preocupación, enojo y pena (Acosta et al., 2013; Hernández-Márquez et al., 2016; León-Maldonado et al., 2014; O'Connor et al., 2014; Parente et al., 2016; Wiesner et al., 2009). Baste como muestra un estudio que señala que ninguna de las mujeres participantes tenía conocimientos respecto al VPH con detalle, que no entendían el motivo de la infección sobre todo en mujeres que carecían de pareja durante más de un año y que no estaban enteradas de que era posible tener la infección sin síntomas (da Silva Marques & Gimenez, 2005).

Por otro lado, algunos médicos no mencionan a las mujeres el diagnóstico de infección por VPH y su relación con el contagio por transmisión sexual, así como tampoco la relación del cáncer con el VPH antes de tener un diagnóstico confirmado. Además, proporcionan poca información como previsión ante el temor y estigma que genera el virus, ya que piensan que así minimizan las preguntas de las pacientes y sus repercusiones en las relaciones de pareja (Arellano G. & Castro V., 2013; Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014; Wiesner et al., 2009). En contraste con los médicos generales, los ginecólogos ven importante y necesario suministrar toda la información desde el comienzo, pero debe tenerse en cuenta que todo lo que se dice puede causar un impacto negativo en las mujeres y en sus parejas. Sobre esto piensan que estas son reacciones que no se pueden evitar independientemente del nivel de información otorgado, pues mencionan que la ansiedad y búsqueda de

culpables es inevitable (Wiesner et al., 2009).

En cuanto a creencias erróneas, un ejemplo es pensar que, a partir de realizarse un procedimiento diagnóstico, en este caso la autotoma vaginal para la identificación del ADN del VPH, no habrá resultados malos, es decir, que se cree que el simple hecho de realizarse la prueba diagnóstica es un tratamiento o una acción curativa (Acosta et al., 2013; Wiesner-Ceballos et al., 2006). También hay mujeres que creen que es posible adquirir la infección en baños públicos o, en lo que se refiere a la manifestación de síntomas, más del 50% de las mujeres esperan que la infección por VPH se manifieste con molestias genitales, como comezón o ardor y un 28% piensa que su tratamiento es por medio de antibióticos, lo que genera temor cuando se les indica que no hay tratamiento alguno (Hernández-Márquez et al., 2016; Parente et al., 2016).

A su vez, en una investigación, mujeres expresaron ideas equívocas como que se puede transmitir el virus por la saliva o por el contacto con pertenencias íntimas como el jabón de olor, toalla y sábanas (Parente et al., 2016). Otra creencia errónea es pensar que el VPH es una consecuencia de llevar una salud sexual con descuido y principalmente con mala higiene (Palacios Rodríguez et al., 2016). Por último, hay preocupación sobre lo que van a pensar los demás si saben que la mujer se hizo la prueba de captura de híbridos para VPH, pues piensan que sólo la requieren las mujeres infieles (León-Maldonado et al., 2014).

Otro rasgo importante para mencionar refiere a las barreras y motivaciones para la prevención e identificación del VPH. En relación con las barreras psicológicas para realizarse el Papanicolaou (PAP), destacan el miedo a obtener un resultado adverso, el dolor del examen o a la falta de higiene del material (espejo vaginal); asimismo, se incluyen aspectos como el pudor- ya que el examen puede ser tomado por un varón- así como también la presencia de personas extrañas en el consultorio de atención. Otras creencias erróneas

son que el PAP mueve el DIU, entre otros (Acosta et al., 2013; Valenzuela & Miranda, 2001). Asimismo, se reportan barreras culturales como el hecho de que las mujeres actúan priorizando lo urgente en lugar de lo importante, como podría ser el autocuidado de la salud, dándole prioridad a la familia e, incluso, documentan cómo algunos hombres se convierten en obstáculo para la toma de la citología porque desconfían de su pareja (Wiesner-Ceballos et al., 2006).

Por lo que se refiere a los sistemas de salud, destaca la ausencia de políticas preventivas sistemáticas, la falta de organización, la desinformación o información errónea entre las mujeres acerca de las características del CaCu y la utilidad del PAP. Por ejemplo, errores de información contenidos en un folleto oficial en que se señalaba que el PAP sirve para prevenir el cáncer y no para detectarlo precozmente. También hay barreras administrativas y obstáculos relacionados con el acto médico en sí, la falta de explicación por parte de los profesionales acerca del PAP, poco cuidado con la exposición del cuerpo, así como la percepción de una falta de privacidad, intromisión a la intimidad, incomodidad y falta de tiempo (Giraudó et al., 2006; Urrutia et al., 2008; Wiesner-Ceballos et al., 2006).

Al mismo tiempo, diferentes investigaciones coinciden en que es necesario fortalecer la consejería y educación para la salud en el programa de detección oportuna de CaCu (Acosta et al., 2013; León-Maldonado et al., 2014; O'Connor et al., 2014), ya que la falta de información parece favorecer la incertidumbre y otros impactos psicosociales negativos como el miedo y la angustia. Por tanto, se necesita concientizar al personal de salud encargado de estas actividades sobre la importancia de su papel como consejeros y promotores de salud en la transmisión de conocimientos de utilidad a las mujeres (León-Maldonado et al., 2016). Además, es importante generar acciones basadas en enfoques con una visión promocional de la salud sexual, una perspectiva de género y tomar en cuenta las creencias y conocimientos, pues no se pueden

estandarizar las necesidades de las mujeres en el proceso salud/enfermedad/atención. Adicionalmente, es necesario que los profesionales de la salud e instituciones de salud contemplen el alto grado de desinformación que hay sobre el VPH, sobre todo en los adolescentes (Arellano G. & Castro V., 2013; O'Connor et al., 2014; Palacios Rodríguez et al., 2016).

En resumen, con estos estudios es posible percatarse de la insuficiente información que tienen las mujeres acerca de la prevención del CaCu y muchos mitos relacionados con las prácticas sexuales que ayudan a vislumbrar el panorama que se puede encontrar con las mujeres que se abordaron en esta investigación. Además, es probable que haya mucha información técnica o científica, pero no está en un lenguaje claro que realmente se asiente en el sistema cultural y social de las mujeres.

De igual modo, estas investigaciones son un claro ejemplo de las implicaciones emocionales que pueden tener las mujeres al saberse con un virus transmitido sexualmente, los alcances en las relaciones de pareja y la importancia de enfatizar que este tipo de infecciones no sólo afectan a la esfera biológica o física, sino que determinan una serie de experiencias y cambios en el cotidiano de las mujeres relacionadas con la esfera emocional y psicológica, principalmente en la experiencia de padecer un diagnóstico positivo de VPH (Rodríguez et al., 2020).

Es necesario subrayar que en estas investigaciones se reportó que las mujeres se autoestigmatizan, lo que da una idea de cómo el contexto sociocultural puede tener un peso enorme en la vida cotidiana de las mujeres, y en las prácticas sexuales de las mismas, a partir de los roles de género sobre el “deber ser” para que no las etiqueten de promiscuas, sucias, infieles o de que merecen “el castigo” por cómo actúan (León-Maldonado et al., 2014; O'Connor et al., 2014; Wiesner et al., 2009). Simultáneamente, la preocupación de las mujeres para evitar ser estigmatizadas puede hacer que no hablen sobre el

diagnóstico de infección y, en consecuencia, sobre su experiencia de padecimiento, lo que provoca mayor angustia y las limita para acceder a redes sociales de apoyo, lo que puede mermar en la recuperación de su salud.

En conclusión, con este trabajo de búsqueda, recopilación, elección y análisis del estado del arte sobre el tema de investigación, se puede reconocer la gran variedad de estudios realizados, tanto en México como en otros países (Rodríguez et al., 2020), de los cuales destaca la necesidad de mejorar nuestros programas de detección oportuna de CaCu y VPH, con capacitación continua, actualizada y concientización del personal de salud sobre esta problemática, así como también acompañamiento y consejería como cuestiones básicas de la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por ende, mejorar las estrategias de prevención a partir de las necesidades socioculturales de la población es un compromiso de todos los involucrados en la atención de estas mujeres, fundamentalmente con un enfoque de género, para poder visibilizarlas.

Para finalizar, se enuncian los elementos socioculturales que fueron observados en estas investigaciones relacionadas con el proceso salud/enfermedad/atención vinculados a la infección del virus del papiloma humano en las mujeres, los cuales son:

1. *Afectaciones emocionales*: las mujeres refieren angustia, estrés, miedos, depresión y desconfianza a partir de saber que tienen VPH. Esto es preocupante pues el sistema inmunológico se puede debilitar cuando no hay un bienestar psicológico.
2. *Estigma y autoestigma*: existe discriminación debido al género; estigmatización de los demás a la mujer, ya que se le etiqueta como sucia, promiscua o que si tienen esa infección es por su culpa. Además, la auto estigmatización o auto censura que las mujeres se

hacen a ellas mismas debido a no cumplir con los cánones de ser “mujer” en la sociedad.

3. *Conocimientos*: La falta de conocimientos o conocimientos erróneos vinculados con los mitos transmitidos en la sociedad; con los amigos, familiares, algunos profesionales de la salud y otras personas con esta infección.
4. *Redes sociales de apoyo*:
  - a. Formales: Las relaciones de los profesionales de la salud y las mujeres son generalmente relaciones de poder o jerárquicas, que se caracterizan por una comunicación en la que sólo habla el profesional de la salud. Además, tratan de evitar hablar sobre el tema o de las formas de contagio para no llegar a hablar de la posible infidelidad. La mayoría de las mujeres no cuestionan al médico por las construcciones que socialmente se hacen alrededor de cómo los profesionales de la salud tienen el conocimiento y la última palabra.
  - b. Informales: Sobre las relaciones de pareja, las mujeres mencionan que se sienten solas y poco comprendidas, ya que no los sienten involucrados con sus tratamientos. Además, las mujeres se relacionan con otras mujeres para conseguir apoyo ya que las consideran más empáticas con su realidad. Con la familia y sociedad en general, las mujeres mencionan que no proporcionan toda la información sobre su padecimiento por el temor de ser estigmatizadas o cuestionadas sobre sus prácticas sexuales y etiquetadas como promiscuas.
5. *Prácticas sexuales*: Rompimiento de las relaciones de pareja debido a la reflexión de la posible infidelidad de los hombres o, en caso contrario, que los hombres cuestionan la fidelidad por parte de las mujeres y empieza una búsqueda de culpables que muchas veces termina con la fractura de la relación. Sobre el miedo al recontagio,

las mujeres refieren no querer tener relaciones sexuales para evitarlo o la necesidad de consensuar el uso del preservativo a partir de este resultado afirmativo a la prueba de VPH.

### **1.3 Posicionamiento de la investigadora**

En este apartado me voy a permitir escribir en primera persona, en aras de darle sentido a mi voz como experta en el tema. Pero antes de describir mi posicionamiento, haré una reflexión acerca de la autoetnografía y su utilidad dentro de esta investigación y, aunque debo resaltar que en este trabajo no se hace una reflexión a profundidad de mi propia experiencia, no puedo dejar de mencionar que es una herramienta que se encuentra inmersa a lo largo de mi investigación, desde la recolección de los datos hasta el análisis de los resultados y conclusiones.

Dicho de otra manera, esta investigación -a través del cuerpo- analiza los cambios que afectan la vida de las personas diagnosticadas con un padecimiento que los atraviesa desde el subconsciente hasta su coporealidad. Lo anterior, de acuerdo con Tamayo que menciona que: “Yo entiendo lo que pasa en mi cuerpo y en los cuerpos de los otros por medio de mi cuerpo” (Tamayo Duque, 2016:75).

Del mismo modo, el conocimiento incorporado no es sólo somático, afirma Tamayo, sino también mental y emocional, es decir, comprende historias culturales, creencias, valores y sentimientos. Por ende, para escribir desde el cuerpo se necesita incorporar información sobre valores sociales, creencias, códigos simbólicos y construcciones históricas para contextualizar la significación de lo estudiado a través del cuerpo.

Por consiguiente, la autoetnografía es una herramienta metodológica que me ayudó a identificar y reflexionar sobre los efectos que tienen las construcciones sociales y culturales frente a un proceso de salud/enfermedad/atención en la infección de VPH en mujeres a través de mi propia experiencia, por lo cual ahora puedo decir que, aunque sea la experiencia de una sola mujer, esta se encuentra situada dentro de un contexto social y cultural que puede ser similar al de otras mujeres de mi sociedad.

Así mismo, esta postura me posiciona como investigadora dentro de los datos a analizar, considerándolo como parte de la sociedad misma, ya que “La autoetnografía es una de las perspectivas que reconocen y dan lugar a la subjetividad, a lo emocional, y a la influencia del investigador en la investigación, en lugar de esconder estas cuestiones o asumir que no existen” (Bénard Calva, 2019).

Además, la autoetnografía, como método de investigación en enfermería, según Peterson: “se basa en el supuesto de que la realidad es multifacética y el papel de la cultura y su contexto es crucial para comprender la experiencia humana”. Entre las implicaciones para la enfermería, Peterson menciona que es “es una metodología con ideas novedosas y con oportunidades de examinar el impacto de la cultura personal y profesional de la identidad de las enfermeras en su práctica” (Peterson, 2015). También, menciona que la autoetnografía contribuye a la enfermería porque es una metodología poco utilizada por esta profesión, por lo que dar voz a los profesionales de enfermería que viven procesos de enfermedad y salud proporciona un enfoque diferente y, desde esta óptica distinta, la enfermera puede proporcionar datos sobre la experiencia humana que otros normalmente no podrían observar.

Para comprender mejor, Peterson señala que “a través de la autoetnografía, las enfermeras pueden acceder a un ámbito de experiencia privada que de otra manera nunca se hará público, ofreciendo el potencial para crear conciencia,



empoderar a otros y entrar en territorio desconocido. Con la valentía de hacerse vulnerable puede venir el poder para efectuar el cambio” (Peterson, 2015).

En otras palabras, tener la experiencia como enfermera y usuaria de los servicios de salud proporciona otra forma de ver la realidad; lo que consigue aportar al conocimiento de la relación de los profesionales de la salud y usuarios, a los procesos de SEA vistas desde la propia experiencia de un profesional de la salud, a los estudios de género, al tema de las redes sociales de apoyo y salud, a los estudios del cuerpo cuando está presente un estímulo como el padecimiento, a las subjetividades femeninas, entre muchos otros elementos que puede aportar esta metodología distinta, que funge principalmente como una forma de buscar la transdisciplinariedad y horizontalidad de diferentes disciplinas y métodos que ayuden a alcanzar los objetivos que considero aportan a la resolución y entendimiento de mi problema de investigación.

Habiendo hecho esta salvedad, me permito a continuación describir el lugar desde el cual escribo: soy enfermera especialista en el primer nivel de atención (es decir, en los temas de prevención, educación para la salud, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación, etcétera), investigadora, docente, estudiante, mujer, madre, hija, amiga y portadora de VPH. En mi experiencia como enfermera, he vivido y he observado cómo las mujeres con un diagnóstico de VPH somos etiquetadas de promiscuas, de sucias o hasta de merecer ese “castigo” por nuestro comportamiento sexual.

Además, he observado que somos vulnerables a que el personal de salud nos violente porque nos juzgan al saber que nos contagiamos de esta infección. Asimismo, cuando se nos entrega un resultado positivo a esta infección, podemos vivir un proceso de SEA difícil, muchas veces solas porque no

queremos que la gente se entere de nuestra situación. Más aún, la atención de los profesionales de la salud se ve sesgada por los prejuicios, sentimientos y tabúes que la sociedad nos hereda y reproducimos, lo que lo vuelve un proceso desgastante.

Al mismo tiempo, es necesario considerar los propios preconceptos sobre el padecimiento. Así, por ejemplo, cuando me entregaron el resultado afirmativo de VPH, lo primero que vino a mi mente fue: “¿tengo cáncer cervicouterino? y, si no lo tengo ¿llegaré a tener este tipo de cáncer? ¡No me quiero morir!” Yo tenía conocimientos científicos sobre esta enfermedad y me sentía agobiada y sola; lo que me llevó a preguntarme: “¿Las mujeres que pasan por esto y no son profesionales de la salud estarán confundidas?, ¿Cómo se sentirán?, ¿El acompañamiento y asesoría por parte de los profesionales de la salud será el óptimo según las necesidades de cada mujer?, ¿Considerarán los profesionales de la salud el contexto sociocultural para proporcionar ese apoyo durante el proceso de recuperación de la salud?”. Otras preguntas que me vinieron a la mente fueron: “¿quién me contagio?, ¿qué hice mal?, ¿por qué confié en que mi pareja no me iba a contagiar?”.

Soy enfermera y sé lo que puede pasar, sé la historia natural de la enfermedad por cáncer cervicouterino (CaCu). Siempre he dicho, “bendita ignorancia”, pues a veces no saber puede ayudar a no alarmarnos, pero también la ignorancia provoca incertidumbre y angustia. Entonces, las mujeres que no tienen este conocimiento: ¿cómo vivirán este proceso?

Por otra parte, he visto cómo mujeres prefieren no hacerse el Papanicolaou por miedo al resultado, porque nos dicen que “el que busca encuentra”, entonces mejor no me hago el estudio. Además, tienen miedo al procedimiento, porque no queremos que vean nuestro cuerpo desnudo y una parte tan íntima. Esto debido al maltrato recibido en experiencias anteriores por profesionales de la

salud que las dejaron expuestas, que hicieron expresiones de desagrado, o las lastimaron, etcétera. Además, muchas mujeres sufren el proceso de no poder decidir sobre su autocuidado, pues sus parejas no les permiten realizarse el Papanicolaou porque no quieren que vean su cuerpo desnudo otras personas.

Conviene subrayar, que considero importante poner atención en la siguiente interrogante: ¿cómo se construye socioculturalmente una enfermedad? El profesional de la salud debe proporcionar una atención adecuada a las necesidades de las mujeres, según sus creencias, su religión, su cultura, su sociedad, etcétera. Es decir, poner atención a sus construcciones socioculturales ante un proceso de SEA, pues esto puede definir si la usuaria realiza actividades de autocuidado y cuidado en salud, lo que repercute en recuperar o no su salud, entre muchos otros aspectos como; por ejemplo, la cuestión biológica. Pero el hecho de que muchas mujeres sigan falleciendo por una enfermedad como el CaCu es desalentador, pues la gran mayoría de estas muertes se pueden evitar con la realización de Papanicolaous anuales para detectar en etapas tempranas las lesiones y que puedan tomarse las medidas necesarias para su tratamiento. Por ende, discuro que los profesionales de la salud les debemos mucho a las mujeres que día a día son diagnósticas con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas y que mueren por esta causa.

Por otro lado, la relación del profesional de salud y la usuaria es trascendental para el éxito de un tratamiento, pero si se ve a la mujer como un cuerpo, biológicamente hablando, sin emociones, sin tabúes, sin preconceptos, etcétera; no podremos acompañarlas en su proceso de salud/enfermedad/atención de manera completa, es decir, debemos ver a la persona como una ser humana que vive, siente y corporiza eso que vive y siente, en este caso, ante una enfermedad. También es necesario ser empáticos ante el dolor, sufrimiento, ansiedad, cuestionamientos y la violencia de género que viven las mujeres en esta situación, lo que puede ayudarnos a

los profesionales de la salud a mejorar la atención, si no lo hacemos llevaremos a cuentas -por muchos años más- las muertes de esas mujeres.

Finalmente, en enfermería nos enseñan que debemos proporcionar el cuidado holístico, es decir, desde todas las esferas: biológica, física, psicológica, emocional y espiritual; entonces ¡hagámoslo!, yo invito a los profesionales de la salud a que cambiemos y hagamos la diferencia. Los invito a que cuestionen el sistema biomédico hegemónico de salud que practicamos actualmente la mayoría, a que hagamos investigaciones tomando en cuenta todas las esferas y los invito a leer esta investigación con la voluntad de desaprender y volver a aprender en beneficio de nuestra sociedad y nuestras usuarias.

#### **1.4 Planteamiento de preguntas de investigación**

El problema de investigación es un proceso que implica la formulación y/o adopción y desarrollo de una perspectiva y un enfoque con relación al tema de investigación (Vargas Matías, 2018). Polit y Tatano mencionan que un problema de investigación es una situación enigmática o problemática. El propósito de la investigación es “resolver” el problema –o contribuir a su solución– mediante la recolección de datos relevantes.

Además, un planteamiento del problema articula el problema y es un *argumento* que explica la necesidad de un estudio (Polit P. & Tatano Beck, 2018). Con la redacción de este documento, se ensaya la problematización, estado del arte, objetivos y abordaje teórico metodológico de este fenómeno de estudio para así fundamentar la necesidad de esta investigación y principalmente aportar una perspectiva diferente al estudio del proceso salud/enfermedad/atención, pero desde un enfoque sociocultural.

El título de esta investigación es “Construcciones socioculturales frente al

diagnóstico de VPH en mujeres", en esta se pretende conjuntar las disciplinas de enfermería y la antropología médica para tener una visión diferente y a profundidad del fenómeno de estudio. Por medio de la investigación cualitativa, con un abordaje sociocultural y desde la perspectiva de género y salud, se quiere comprender de manera detallada y contextualizada ¿qué construcciones socioculturales enmarca el recibir un resultado positivo de una infección de transmisión sexual como lo es el Virus del Papiloma Humano (VPH)? Otras preguntas son: ¿Para estas mujeres el hecho de recibir un diagnóstico de VPH implica sentirse o saberse enfermas?, ¿es importante el contexto sociocultural en la interpretación del padecimiento?; ¿qué redes sociales de apoyo en salud tienen las mujeres para poder sobrellevar la infección y lo que conlleva en sus vidas diarias?

### **1.5 Objetivo General**

Analizar las experiencias físicas y emocionales en mujeres que viven con VPH: el impacto en su corporalidad, prácticas sexuales, redes sociales de apoyo y experiencias de atención médica; así mismo, conocer elementos subjetivos que experimentan las mujeres, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento, las construcciones socioculturales de género, mejorar la atención de los profesionales de salud y buscar otras estrategias de prevención.

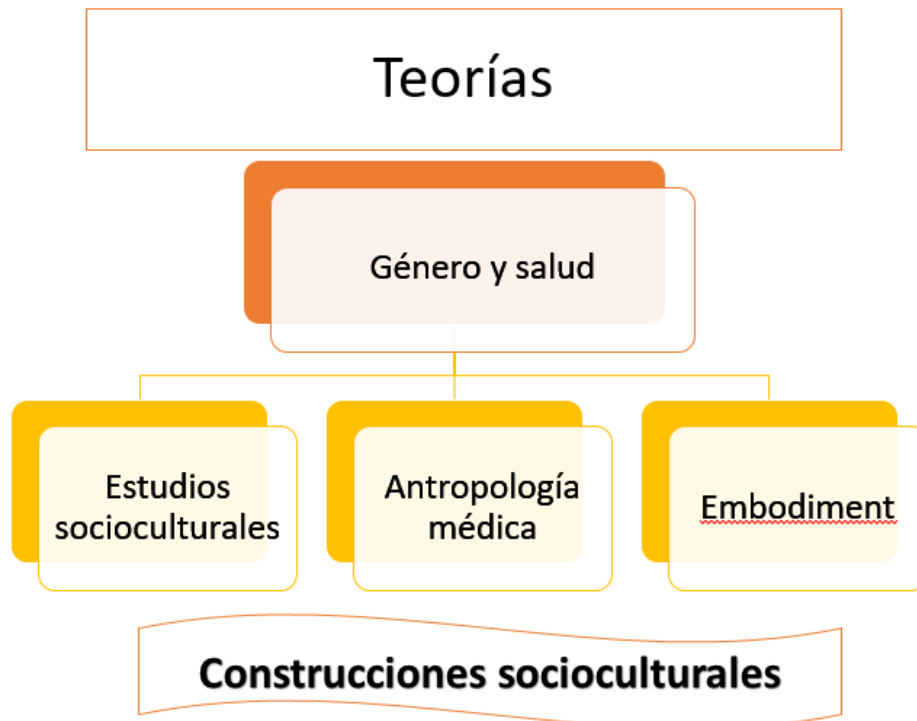
#### **1.5.1 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a las mujeres diagnosticadas con VPH a través de sus factores socioeconómicos, sus prácticas sexuales, reproductivas y tipo de atención en salud; para con ello tener un perfil que describa a las mujeres y así ubicarlas con mayor claridad en su contexto.

- b) Identificar las transformaciones de las mujeres sobre la capacidad de agencia en su salud sexual, reproductiva y autocuidado, y de esta forma conocer cuáles rasgos de nuestra sociedad y de nuestra cultura empoderan o capacitan a las mujeres para enfrentarse a situaciones que las etiquetan o estigmatizan.
- c) Analizar las construcciones socioculturales y de género que se forman en torno a la experiencia de mujeres en su atención médica después de ser diagnosticadas con VPH.

## Capítulo 2. Marco teórico - metodológico

Esquema 7. Marco Teórico



Fuente: Elaboración propia.

El esquema anterior, sirve para identificar el marco teórico que se utilizó en esta investigación, que parte desde un eje transversal que trastoca toda la investigación con la visión de género y la salud, con la intención de analizar las construcciones socioculturales de las mujeres con un diagnóstico de VPH desde estos ámbitos y así vislumbrar las desigualdades de género que pudieran existir ante este padecimiento. Lo anterior, apoyado a su vez de tres marcos teóricos que son los estudios socioculturales, la antropología médica y los estudios del cuerpo. A continuación, se hará referencia de los componentes de este esquema teórico.

## **2.1 Conceptos**

El enfoque teórico se realizó a través de los estudios de género y salud, a partir de los cuales se trabajan las categorías analíticas. Se pretende entrelazar los estudios socioculturales, la antropología médica y estudios del cuerpo, los cuales son desarrollados en este apartado. También se han identificado conceptos claves pertinentes para el problema de investigación, que se enuncian a continuación.

Primeramente, es necesario abordar el concepto de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, este concepto es somero ante el sinnúmero de factores determinantes de la salud y la enfermedad, sobre todo los relacionados con los estímulos sociales y culturales. Para los fines de esta investigación, la salud es un proceso que viven las personas que tienen un equilibrio entre los estímulos del medio ambiente (factores físicos, químicos, biológicos, sociales y culturales), agentes patológicos y el cuerpo mismo, que lucha constantemente por evitar “enfermar”. La palabra enfermar es puesta entre comillas porque, como ya se mencionó antes, la OMS dice que la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, pues, aunque la enfermedad no se

manifieste clínicamente, no quiere decir que no exista. Dicho en otras palabras, “la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino, en realidad, diferentes grados de adaptación del organismo al medio ambiente en que vive” (Lara y Mateos, 1999:400).

Existen muchas enfermedades que no se ven a simple vista, que no se manifiestan, por ejemplo, la infección por VPH regularmente no se manifiesta clínicamente hasta que hay una lesión mayor como malformaciones de las células o el cáncer cervicouterino. Además, habría que decir también que no todas las culturas manejan las mismas formas de determinar la salud y la enfermedad, puesto que, aunque provengan de un fundamento biológico común, se interpretan de maneras diversas y su significado se asocia a la cosmovisión que tengan el grupo social tenga (Lara y Mateos, 1999).

Por ende, el concepto de enfermedad, según la OMS, es la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Este término también tiene mayores implicaciones y no sólo las físicas, es decir, tiene un rol en la sociedad y está definida principalmente por un vínculo (médico-paciente) formado por partes articuladas funcionalmente. Las estructuras sociales que se ponen en juego en esta relación son: el rol del médico y el rol del enfermo (Parsons, 1976). Por tanto, el médico tiene el papel de legitimar la desviación y el enfermo de asumirse enfermo.

Según Lejarraga la enfermedad no existe como tal y no es un problema en sí. Más bien existe el fenómeno biológico que se distingue por romper una continuidad de hechos (romper la salud), pero si no está el ojo testigo del ser humano (diagnóstico de la enfermedad) que viene a otorgarle un sentido a ese acontecer, la naturaleza convive armónicamente con estas contingencias (Lejarraga, 2004).



Ahora bien, la realidad es un plano socialmente construido, simbólico e imaginario (Berger & Luckman, 1994) y, en este marco, es el individuo y “lo social”, es decir, la sociedad quien otorga los rótulos de enfermedad a determinada condición, es decir, la enfermedad es una construcción social, es en la cultura (Turner, 1989).

Por el contrario, cuando se hace alusión a la palabra *padecimiento*, es una referencia a la experiencia del proceso de enfermar, por ejemplo, la experiencia sociocultural que las mujeres viven ante el VPH, principalmente hablando desde los factores sociales y culturales que están interiorizados como parte de una sociedad, y cómo se construye ese proceso salud-enfermedad en la usuaria a partir de lo que la sociedad dicta o norma. Esto sustentado a partir del análisis de los términos *disease*, *illness* y *sickness*, sobre el aspecto de la dimensionalidad de la enfermedad a través del modelo antropológico, que consiste en proponer que la enfermedad debe analizarse como un fenómeno multidimensional. Es decir, el término *disease* se refiere a la dimensión biológica, *illness* a la dimensión cultural y *sickness* a la dimensión social (Esteban, 2007).; los dos últimos términos abonan al concepto de padecer o padecimiento que se mencionará a lo largo de este documento, con la finalidad de abordar las dimensiones culturales y sociales.

Otro concepto es el de infección, que se presenta cuando entran microbios en el organismo de una persona y se multiplican, lo cual causa malestar, daño a órganos y tejidos o enfermedad (*¿Qué Es Una Infección? | CDCF PCI, n.d.*). Por consiguiente, es ese proceso que tiene un agente patógeno, en este caso el VPH, para entrar al cuerpo, manifestarse clínicamente y así poder detectarse mediante un estudio diagnóstico como el Papanicolaou, colposcopia o captura de híbridos, lo cual puede producir una enfermedad como el CACU.

Por otro lado, está la cuestión del género. Reflexionando sobre este tema, se considera que es una herramienta teórica y metodológica que ayuda a analizar,

desde una perspectiva diferente, las desigualdades que existen en la sociedad, con la finalidad de que no se sigan reproduciendo. El estudio de género advierte lo que sucede al interior de los sistemas sociales y culturales; ya que busca comprender cómo el peso relativo de cada género cambia en relación con los opuestos de valores culturales y sociales establecidos. Además, desde esta perspectiva no sólo se aprende de las mujeres, sino también acerca de la sociedad a la que pertenecen. Es una forma de comprender a las mujeres no como un ente aislado de la sociedad sino como parte integral de ella (Lamas, 2018), puesto que el género es una construcción social y cultural del deber ser “hombre” o “mujer”: cómo nos vestimos, hablamos, caminamos, nos relacionamos, entre otros, lo que está definido por los estereotipos de género.

Ahora bien, el concepto de redes sociales de apoyo y salud se considera como las relaciones personales con otros de las que se puede sostener un individuo como estrategia para afrontar una situación difícil. En este caso, el afrontamiento al diagnóstico de VPH. Por ejemplo: las redes formales (institucionales y organizaciones - profesionales de la salud) e informales (familiares, amigos, pareja, etcétera) y por su función de apoyo (económico, cognoscitivo, emocional, etcétera) (Villaseñor-Cabrera et al., 2002).

Además, sobre la construcción sociocultural, como lo dicen Berger y Luckmann, la realidad se construye socialmente (Berger & Luckman, 1994), por lo tanto, la construcción sociocultural es la realidad que se construye socialmente a partir de algún fenómeno y se puede expresar mediante la narración de la experiencia.

Dicho lo anterior y parafraseando del libro *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino* (Castro Vásquez & Salazar Antúnez, 2001), los elementos socioculturales son aquellos aspectos como la edad, escolaridad, sector social de pertenencia, manejo de información, en este caso

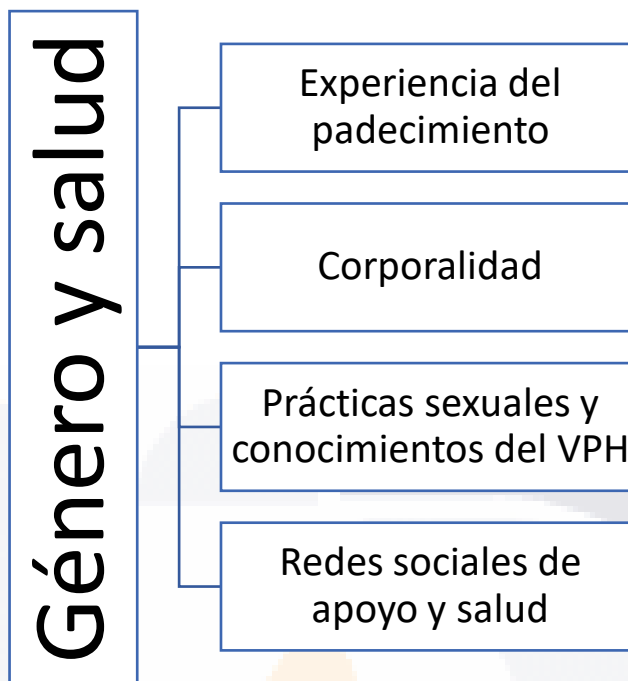
relacionados con el ejercicio de una salud sexual y reproductiva y de la infección por VPH, el uso y acceso a los servicios de salud, además de los aspectos de la cultura a que pertenecen el grupo de personas que intervienen y propician la conformación de una identidad particular que se vincula con las actitudes y prácticas de autocuidado, así como a las ideas y percepciones acerca de su proceso salud/enfermedad/atención (Castro Vásquez & Salazar Antúnez, 2001). Es decir, la perspectiva sociocultural proporciona una visión diferente de los fenómenos sociales, más completa, y nos apoya en la búsqueda de la transformación del actuar de las personas para mejorar su vida cotidiana (Sardar & van Loon, 2005). Es necesario ver más allá, e investigar cada fenómeno en particular y preguntarse: ¿qué factores sociales y culturales determinan la salud o la enfermedad?

Ciertamente, estas reflexiones invitan a posicionarse desde la experiencia de vida y saber que éstas las atraviesan cuando es momento de definir de qué manera se aborda un tema de investigación. Poder conocer cuáles rasgos de nuestra sociedad y de nuestra cultura empoderan o capacitan a las mujeres para enfrentarse a situaciones que las etiquetan o estigmatizan es una de las finalidades de esta investigación.

## **2.2 Categorías teóricas**

A continuación, se presenta un esquema general de las categorías que desarrollaré a partir de la postura teórica metodológica de género y salud.

### **Esquema 8. Categorías teóricas**



Fuente: Elaboración propia.

### 2.2.1 Género y salud

A lo largo de este proyecto se ha privilegiado la perspectiva de género como un marco transversal que trastoca todas las categorías. Ahora, en este apartado, se desarrollan algunas posturas que se consideran necesarias para agregar a lo expuesto, con el fin de profundizar en el tema de género y salud.

En cuanto al concepto de género, se considera como una construcción social y cultural del deber ser “hombre” o “mujer”: cómo nos vestimos, hablamos, caminamos, nos relacionamos, entre otros, y está definido por los estereotipos de género. Además, se trata de una herramienta teórica y metodológica que ayuda a analizar desde una perspectiva diferente las desigualdades que existen en la sociedad, con la finalidad de que no se sigan reproduciendo.

Un ejemplo de cómo son necesarias las investigaciones que toman en cuenta la visión de género es el trabajo de Lucia Ciccía titulado: “El sexo y el género

como variables en la investigación biomédica y la práctica clínica”. En él, la autora presenta un análisis sobre cómo las hipótesis neurocientíficas reproducen los sesgos sexistas y androcéntricos que dan continuidad a dicho discurso, lo cual permite a definir como desvíos o excepciones aquellos cuerpos cuyas características no se ajustan a ninguno de los dos grupos. Esta conceptualización supone legitimar en términos biológicos la lectura dicotómica de los sexos creada por el régimen patriarcal (dos tipos de organismos mutuamente excluyentes, patologizando todo lo que no se ajuste a ellos).

El objetivo de Ciccía fue evidenciar la contradicción entre el discurso neurocientífico acerca de la diferencia sexual y su verdadera implicación práctica y también revelar sesgos sexistas y androcéntricos que impregnan los supuestos e hipótesis que buscan constatar la existencia de un dimorfismo sexual cerebral. Aquí cabe aclarar que el género no es equivalente al sexo, y ambos deben ser considerados como posibles variables en los estudios clínicos. Esto se enfatiza ya que en las investigaciones biomédicas suelen utilizarse de manera intercambiable, sugiriendo que las conductas sociales se encuentran determinadas biológicamente (Ciccía, 2017).

Por ende, en esta investigación la autora hace un recorrido por múltiples investigaciones biomédicas que tienen el sesgo androcéntrico y, a partir de esto, analiza el impacto en la vida diaria de las mujeres y en la reproducción de estos discursos que legitiman las razones “científicas” para decir que el cerebro de los hombres y de las mujeres son distintos y que sólo existen este dimorfismo excluyendo a los que no entran en este dimorfismo cerebral.

De esta manera, Ciccía realiza un gran trabajo al identificar que la mayoría de las investigaciones de este tipo no quieren realizar estudios con mujeres o animales hembras debido a su “variabilidad hormonal”, cuando en realidad esta aseveración no tiene fundamento científico y lo único que provoca es que la sociedad siga replicando la idea desde un prejuicio de género. Además, se sostiene que está la afirmación de que las mujeres tienen un cerebro

capacitado sólo para proporcionar cuidados, habilidades en el habla y emocionales sigue contribuyendo a que las habilidades para el razonamiento matemático, espacial y lógico sean únicamente atribuidas al hombre como ente más completo y con mejores capacidades académicas. Por último, todas estas aseveraciones Ciccía las pone en tela de juicio y propone considerar que los cerebros no están conformados por características únicas, sino que son más una mezcla de diferentes habilidades y capacidades que no tienen nada que ver con ser hombre o ser mujer y que debemos dejar de estudiar bajo estas premisas y sesgos androcentristas.

En diversos estudios (Acosta et al., 2013; Arellano & Castro, 2013; Carolina Millán-Morales et al., 2019; da Silva Marques & Gimenez, 2005; León-Maldonado et al., 2014; Rodrigues et al., 2016), se observa el impacto negativo relacionado con la desigualdad de género en la vida cotidiana, donde las mujeres no pueden tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sus prácticas sexuales, debido a los estereotipos que dicta la sociedad y que nos dicen que no está bien tener demasiados conocimientos sobre la sexualidad, ya que esto es sinónimo de promiscuidad.

Entonces, las mujeres se construyen social y culturalmente a través de estos roles de género que todos debemos cumplir para el “deber ser”: ser buena madre, buena hija, buena esposa, buena mujer, etcétera; lo que las priva de elegir, decidir, pensar y actuar en beneficio de ellas mismas. La simple toma de decisión del uso o no de preservativo es una práctica mal vista en la sociedad, ya que si la mujer confía en su pareja debe olvidar el uso de estos dispositivos. Por esta y muchas razones más las mujeres viven su cotidianidad distinta a los hombres.

Barquet y Benítez mencionan que “el integrar la perspectiva de género en las instituciones permite apreciar cómo las diferencias derivadas de las interpretaciones que una sociedad da a lo que significa ser hombres y mujeres incide en la generación del desarrollo, el analizar las causas y los mecanismos

institucionales y culturales que estructuran la desigualdad de los sexos” (Barquet & Benítez Silva, 2012:10). También las autoras mencionan que los avances en la transversalización de la perspectiva de género no ha sido una tarea fácil, ya que el Estado no es neutral en cuanto al género se refiere y está definido por una tendencia a producir y reproducir desigualdades de género (Barquet & Benítez Silva, 2012:18).

Además, un concepto que se considera importante para este proyecto es la cultura, que según Zalpa es “el significado social de la realidad y su relación con la conducta de los seres humanos en agrupación” (Zalpa, 2011). La cultura es un fenómeno significativo para destacar en esta investigación ya que la manera como actuamos, pensamos, sentimos, hablamos, etcétera, está definida por nuestra cultura. Álvarez-Gayou menciona que “La cultura representa un término amorfo, no es algo que exista como tal, sino más bien algo que el investigador atribuye a un grupo conforme observa los patrones de conducta de éste en su vida diaria. La cultura se infiere a partir de las palabras y los actos de los miembros de un grupo” (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2010).

Las inequidades amplias y persistentes entre mujeres y hombres están relacionadas con muchos factores entre ellos la cultura y uno de los problemas que más aqueja es a la salud. Además, la desigualdad de género en educación, ingresos y trabajo restringe la capacidad de niñas y mujeres para proteger su salud. En materia de sexualidad para muchas mujeres es un tema poco abordado, sobre todo en los países en desarrollo, debido a que no es bien visto que las mujeres cuestionen sobre estos temas, lo que evita que tengan la información adecuada para protegerse y negociar las relaciones sexuales sin riesgo. El resultado muchas veces son embarazos no deseados, abortos peligrosos, complicaciones en el embarazo y parto e infecciones de transmisión sexual. Aunado a esto, las fallas en los sistemas de salud afectan directamente a las poblaciones más vulnerables, como las mujeres, que muchas veces se enfrentan a prejuicios relacionados con la sexualidad o la misma violencia de

género (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Lesley Doyal menciona que:

puede que la mejor manera de explicar las pautas de salud y enfermedad de las mujeres sea relacionarlas con las principales áreas de actividad que constituyen sus vidas” ... “distintas de los hombres por los roles y tareas que suelen desempeñar: trabajo doméstico, reproducción, gestación y maternidad, regulación de la fertilidad, mediante el control de la natalidad, y así sucesivamente” ... “Los principales determinantes del estado de salud de las mujeres proceden del efecto acumulativo de estas diversas labores. En consecuencia, cualquier análisis de la salud femenina tendrá que considerar la interacción entre influencias sociales, psicológicas y biológicas (Giddens, 2006:281,282).

En esta investigación se considera la perspectiva de género enfocada a la salud/enfermedad/atención como un referente teórico metodológico indispensable para poder identificar y reflexionar sobre los sesgos ideológicos androcéntricos que se presentan en la cotidianidad y que afectan a las mujeres. Ante esto, las ciencias de la salud no son una excepción, ya que existen marcadas diferencias en las connotaciones asociadas a los varones y a las mujeres, a sus cuerpos, sus prácticas y sus intereses. Estas diferencias son regularmente negativas y discriminatorias ante las mujeres, algunas ya se han mencionado a lo largo de este documento.

Además, se incorpora la perspectiva de género a la investigación debido a ese sesgo ideológico androcéntrico que invisibiliza a las mujeres como si no existieran o fueran poco relevantes (Serret Bravo, 2008). Un buen ejemplo es cuando se dice que, si hablamos de la palabra “hombre”, incluye a todos por igual, aunque sabemos que este término excluye a las mujeres. La invisibilidad a la que nos enfrentamos las mujeres existe en la educación, en la ciencia y en la vida misma y se hace evidente, por poner otros ejemplos, cuando no usamos



un lenguaje incluyente, cuando no se realizan investigaciones en mujeres porque se piensa que somos muy volubles debido a nuestros cambios hormonales, cuando se piensa que podemos provocar sesgos en los resultados de las investigaciones y los resultados en hombres se generalizan, cuando aseguramos en el cotidiano que las mujeres están hechas para el cuidado de los hijos, para estar en el espacio doméstico, que son poco asertivas al tomar decisiones debido a los cambios hormonales y que por esta razón no debemos ocupar puestos importantes, políticos o fuera del espacio doméstico, entre muchos otros ejemplos de desigualdad ideológica y después práctica (Barquet & Benítez Silva, 2012; Botia-Morillas, 2013; Ciccía, 2017).

Desde la perspectiva de género feminista (Sayavedra Herrerías & Flores Hernández, 1997):

La mayor parte de los malestares y las enfermedades serían sorteables si las mujeres viviesen en relaciones igualitarias, de respeto y apoyo a su desarrollo personal, si fuesen tratadas sin violencia y exclusión, y si contasen con modos de vida confortables, con alimentación, trabajo y descanso, diversión y actividades corporales y subjetivas de diversa índole –lúdicas, estéticas, eróticas, intelectuales-, satisfactorias y benéficas.

Por todo lo anterior, se necesita mejorar la atención de salud haciendo que los profesionales de la salud satisfagan las necesidades de los grupos vulnerables de una manera integral. Un ejemplo es tomando en cuenta las construcciones socioculturales de mujeres ante estos fenómenos. Otra manera es considerando las cuestiones de género en las investigaciones para la mejora del análisis e interpretación de los resultados.

### **2.2.2 Experiencia del padecimiento**

Joan W. Scott (2001) en su trabajo sobre la “Experiencia” analiza algunos significados que se le dieron a esta palabra a lo largo de la historia. “Hacer visible lo invisible”, es en lo que este artículo nos hace reflexionar. Esta frase hace pensar en las vidas de mujeres diagnosticadas con infecciones de transmisión sexual y preguntarse: ¿las mujeres con un diagnóstico de VPH son invisibilizadas por profesionales de la salud, por sus parejas, sus familias, por ellas mismas?

A través de las narrativas de estas mujeres, se intenta posibilitarlas para estar presentes, visibles en el ámbito público y no sólo en lo privado, presentes como personas a las que necesitamos darles el valor, a través de información útil y práctica para posibilitarlas en la toma de decisiones informadas y reflexionadas sobre su padecimiento. Parafraseando a Samuel Delany, escribir sobre estas experiencias da la posibilidad de convertir en histórico lo que hasta ahora había sido ocultado de la historia y de la realidad (Delany, 1988). Por tanto, con esta investigación se pretende proporcionar una imagen amplia y clara de la experiencia que viven las mujeres con un diagnóstico de VPH, para privilegiar lo visible por medio de la escritura.

Joan Scott menciona que: “la misión de los historiadores ha sido por mucho tiempo, documentar las vidas de quienes han sido omitidos o ignorados [...]y ha llamado la atención acerca de dimensiones de la vida y de la actividad humana usualmente consideradas poco dignas de ser mencionadas en la historia convencional” (Scott, 2001:46).

Por esta razón, el ejemplo que da Scott (2001) sobre la autobiografía de Samuel Delany (hombre, gay, negro, escritor de ciencia ficción) es estimulante ya que él narra su experiencia acerca de escribir sobre la historia de la diferencia: es decir, de la designación del “otro”, de los que salen de la supuesta norma, y de esta manera se da cuenta de que puede visibilizarse y tener una sensación de poder político al escribir sobre su experiencia de visitar los baños de St. Marks en 1963, donde se reúnen los homosexuales, rompiendo un

“silencio público sancionado absolutamente” (Delany, 1988) acerca de cuestiones de práctica sexual, es decir, revelar algo que existía pero no había sido visibilizado.

Según Joan Scott, cuando la evidencia ofrecida es la evidencia de la “experiencia”, su reclamo de referencialidad se ve aún más fortalecido, pues ¿qué podría ser más verdadero, después de todo, que el relato propio de un sujeto de lo que él o ella ha vivido? (Scott, 2001:47). Es decir ¿quién más podría relatar la experiencia de ser una mujer con infección de VPH, si no son ellas mismas, las mujeres contagiadas?

La evidencia de la experiencia se convierte entonces en evidencia del hecho de la diferencia, en una forma de explorar cómo se establece la diferencia, cómo opera, cómo y de qué maneras constituye sujetos que ven el mundo y que actúan en él (Scott, 2001:48).

Joan Scott alude a Teresa de Lauretis que menciona:

La experiencia es el proceso por el cual se construye la subjetividad para todos los seres sociales. A través de ese proceso uno se ubica o es ubicado en la realidad social y de ese modo percibe y comprende como subjetivas (referidas a y originadas en uno mismo) esas relaciones – materiales, económicas e interpersonales– que de hecho son sociales y, en una perspectiva más amplia, históricas (Scott, 2001:53).

Siguiendo a Scott, “La experiencia es, a la vez, siempre una interpretación y requiere una interpretación. Lo que cuenta como experiencia no es ni evidente ni claro y directo: está siempre en disputa, y por lo tanto siempre es político. El estudio de la experiencia debe, por consecuencia, poner siempre en cuestión su estatus originario en la explicación histórica” (Scott, 2001:72).

### **La sexualidad femenina invisible**

Para hacer visible lo invisible es necesario reflexionar sobre las

manipulaciones, represiones, ocultamientos y normalización que, a través de los siglos, se ha presentado sobre la sexualidad femenina. Como se menciona en el libro *Mujeres invisibles* (Valls-Llobet, 2008), la sexualidad de la mujer ha permanecido, a través de la historia, oculta para las propias mujeres y para los hombres que buscaron hacer “ciencia”, poniéndole normas para adecuarla a la sexualidad masculina.

Así, por ejemplo, a las mujeres sabias que descubrieron el uso de las plantas medicinales y el beneficio hormonal sobre ellas mismas, las quemaron como brujas por lo que no pudieron transmitir esos conocimientos a las siguientes generaciones, dejándolas huérfanas de información. Además, la medicina no entendía a las mujeres ni las escuchaba, por el contrario, a las mujeres que llegaron a concentrar toda la energía que no podían expresar las etiquetaron de histéricas, palabra que proviene del latín *histerus* que significa útero, lo que definían como enfermedad propia de la mujer. Esta denominación ha calado hasta nuestros días, pues ante cualquier manifestación en las mujeres que se escape de las normas de conducta establecidas por la sociedad se le da esta connotación negativa. Otro ejemplo de hechos que abonaron a la sexualidad femenina invisible es cómo la medicina aseguraba que las mujeres eran frías por naturaleza y, si sentían algún tipo de placer en el acto sexual, era debido a una alteración endocrinológica, esto en los años setenta. Asimismo, algunas religiones y normas sociales consideraban a las mujeres como prostitutas cuando sentían deseos de relacionarse sexualmente con personas del mismo sexo o de otros. Por ende, indiscutiblemente, “las mujeres han vivido una verdadera manipulación de su sexualidad, sobre todo las que hacían caso a las corrientes culturales dominantes y no a los propios impulsos y deseos” (Valls-Llobet, 2008:86).

Es así como el paradigma de la invisibilidad en las mujeres también se presenta en la asistencia sanitaria, tal es el caso de la enfermedad cardiovascular en las

mujeres, donde el dolor torácico es menospreciado o invisibilizado cuando es atípico, ya que la medicina tradicionalmente basa la patología en el sexo masculino y su sintomatología. Así que, cuando una mujer se presenta con síntomas atípicos (distintos a los de los hombres) como dolor retroexternal -que se irradia a las mandíbulas- con malestar estomacal (nauseas o indigestión), y/o cuando muestran gran expresividad al detallar sus síntomas, las perciben con implicaciones emocionales o simplemente son olvidados estos síntomas y menosprecian la posibilidad de un infarto, por lo cual se les mal diagnostica y las envían a sus casas sin estudios diagnósticos de alteraciones cardiovasculares. A este fenómeno Bernandine Healy en 1991 lo denominó síndrome de Yentl, sus investigaciones al respecto lograron visibilizar los factores de riesgo diferenciales y la sintomatología distinta en mujeres (Valls-Llobet, 2008).

Esta forma de invisibilizar a las mujeres se debe a la exclusión sistemática de ensayos clínicos, donde no se puede ver lo que no se mira o no se quiere mirar, lo que implica que si las investigaciones se basan en las necesidades y problemas de los grupos más favorecidos (en este caso hombres), las políticas públicas que emanen de estos estudios acaban beneficiando la salud de algunos, incrementando las desigualdades. Es por esto por lo que las formas de enfermar, de ser diagnosticados y tratados se limitan y sesgan al apoyo de unos cuantos, es decir, estas prácticas obstaculizan la mirada de género (Valls-Llobet, 2008).

Así mismo, la experiencia es una manera de vivir un fenómeno que nos encarna, nos cambia la vida, una epifanía, por ejemplo, un padecimiento. La experiencia podemos plasmarla por medio de la escritura, dibujarla, sentirla y acuerparnos en ella.

Igualmente, el enfermar y el sanar de las mujeres son manifestaciones de los conflictos vitales que las atraviesan. Sayavedra y Flores hacen reflexiones sobre si ser mujer es un riesgo para la salud y mencionan que:

La salud de las mujeres es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas. Por ello, su *condición de género* es sustrato de su salud, y la determina: No es aleatorio ser mujer; por el contrario, los contenidos de vida asignados a las mujeres por su género definen en gran medida su *estado vital*, sus riesgos, sus enfermedades y malestares, así como su potencial de vida sana y su expectativa de longevidad (Sayavedra Herrerías & Flores Hernández, 1997:16).

Además, es importante abordar esta categoría de la experiencia del padecimiento de las mujeres que viven con VPH, pues no significa lo mismo contagiarse de una infección de transmisión sexual para una mujer que para un hombre ya que, como se mencionó en el párrafo anterior, su condición de mujer las determina. En nuestra cultura regularmente es mal visto para una mujer contagiarse de infecciones de transmisión sexual debido a que los roles de género no posicionan a las mujeres dentro de la esfera sexual o si las vinculan con esta esfera es sólo con fines reproductivos. Para una mujer con VPH es muy difícil aceptar y contar a la sociedad, familiares y amigos sobre este padecimiento por el vínculo negativo que esto implica, por el estigma que la sociedad puede atribuirle (Arellano & Castro, 2013; Gutiérrez Zambrano et al., 2018). Por consiguiente, se considera que el conocer la experiencia de mujeres sobre este padecimiento proporciona bases para visualizarlas en un espacio socialmente construido y contextualizar su vivencia.

Además, sobre la Antropología médica, el autor Menéndez Eduardo L., con el artículo llamado “Antropología médica: espacios propios, campos de nadie”, hace hincapié en la ausencia de investigaciones y/o reflexión antropológica sobre determinados aspectos de la realidad social mexicana referidos al proceso salud/enfermedad/atención. Él menciona lo siguiente:

Algunas de estas problemáticas, a pesar de su importancia, no aparecen estudiadas por constituir algo así como una suerte de campos de nadie; dichas problemáticas no parecen corresponder al interés de una disciplina específica o aparecen como objeto potencial de varias especialidades dentro de las cuales no obstante no son prioritarias (Menéndez, 1997:87).

En ese sentido, se coincide con Menéndez, ya que las investigaciones en el área de enfermería están más encaminadas a explicar las patologías por medio de estadísticas y dejan de lado a la persona que tienen el padecimiento.

Adicionalmente, el “planteamiento antropológico consiste en proponer que la enfermedad debe entenderse como un fenómeno multidimensional frente a la unidimensionalidad analítica y centrada exclusivamente en la biología que ha articulado al modelo biomédico en los últimos tiempos” (Esteban, 2007:37). De esta manera, se considera que la antropología médica es un buen ejemplo de los esfuerzos de diferentes disciplinas por estudiar estos temas poco analizados. Es por esto que se propone esta investigación, ante la necesidad de una concepción distinta de la salud/enfermedad/atención en la que se puedan unir esfuerzos con otras disciplinas, para poder ofrecer un servicio de calidad a la población en riesgo.

### **2.2.3 Corporalidad**

Acerca de los estudios corporales, esta investigación se realizó con apoyo de la corriente de los estudios del cuerpo denominada *embodiment*, debido a que se considera significativo conocer las formas en que las mujeres encarnan o corporizan el padecimiento.

Para empezar, se mencionan algunas posturas sobre los estudios del cuerpo. Una de las autoras más prominentes en esta área es Mari Luz Esteban, quien

ha desarrollado la antropología del cuerpo, la salud y el género a profundidad en diferentes textos, a partir de sus reflexiones se desarrolla la postura sobre los estudios del cuerpo. Esteban retoma trabajos de Bryan Turner, Marcel Mauss, Michael Foucault, Pierre Bourdieu, Maurice Merleau-Ponty, Thomas Csordas, entre otros y señala que la teoría social del cuerpo es un enfoque teórico- metodológico relativamente nuevo, usado por personas que trabajan temáticas diversas, como la antropología de la salud y la antropología feminista. Asimismo, alude a que el cuerpo se convierte en nudo de estructura y acción que, además, está en el centro de una reflexión social y antropológica. También menciona que, para estos estudios, se utilizan diferentes términos como *embodiment*, *bodilyness*, corporalidad, encarnación, encarnado (a), corporización y corporiedad. Esto es característico de una interdisciplinariedad con base en disciplinas como la filosofía, la sociología, la antropología, la semiología, los estudios culturales y las manifestaciones artísticas y culturales.

Sobre el cuerpo Esteban menciona que:

el cuerpo de una nueva teoría social no es el cuerpo como signo, símbolo y significado” ... “sino el cuerpo como un objeto de estudio priorizado, como una manera diferente y alternativa de acceder al análisis de la existencia humana y la cultura, de las relaciones entre el sujeto, cuerpo y sociedad, entre naturaleza y cultura, entre lo orgánico y lo cultural, de la constitución, pero también de la fragmentación del sujeto (Esteban, 2013:28).

Por lo tanto, el cuerpo no sólo es un conjunto de órganos y tejidos que dan presencia a un ser, sino que es un conjunto de construcciones socioculturales que definen cómo existimos y nos relacionamos. Además, está comprendido por una parte biológica y física, estudiada a profundidad por las ciencias de la salud, pero que no es suficiente para estudiarlo como eje central, ya que el



cuerpo también está formado por su contexto social y se define por las pautas culturales que aprendemos desde niños. Bajo esta premisa, los movimientos, las expresiones, gesticulaciones, cómo hablamos, bailamos, comemos, vestimos, entre muchos otros, están definidos por lo que ese cuerpo corporiza, hace propio y encarna de nuestra realidad construida social y culturalmente.

También existen los estudios del cuerpo sobre la experiencia propia del investigador, por ejemplo, “Pensar (y escribir) con el cuerpo” es un artículo escrito por Anamaría Tamayo, en el que reflexiona sobre los estudios del cuerpo y el paradigma metodológico empleado en dichas investigaciones. La autora reflexiona sobre las posibilidades en las que la experiencia corporal propia del investigador es el insumo primario para el análisis cultural (Tamayo Duque, 2016). A partir del cuerpo como categoría de investigación, la autora propone dar una mirada a lo que significa pensar sobre el cuerpo con nuestro cuerpo, y cuáles son las diferencias entre pensar con el cuerpo, sobre el cuerpo y desde el cuerpo.

Antes que nada, la autora aborda el concepto de:

*Estar-en-el mundo* como la “base existencial de la cultura” nos permite partir del cuerpo, reconocido en términos experienciales, no tanto como un objeto externo a mi conciencia, sino como un sujeto, haciendo más débil la dualidad cartesiana cuerpo/mente y abriendo propuestas de concebir el cuerpo como la “condición permanente de la existencia”, que permite una apertura perceptual del mundo como la creación del mismo” [...] “La experiencia corporal misma de los y las investigadoras sería el sustrato indispensable de investigación, donde el conocimiento está atravesado indiscutiblemente por la experiencia” Tamayo menciona que “es impensable, al menos desde mi experiencia, hablar de cuerpos sin ser cuerpo y sin darle al cuerpo subjetividad (Tamayo Duque, 2016:71,74).

Al mismo tiempo, el cuerpo cambia conforme nos exponemos a estímulos distintos provenientes de otros cuerpos y del entorno. Pasan los años, nuestro cuerpo es otro y se puede expresar a partir de diferentes formas de pensar, vivir y sentir nuestra experiencia. Por tanto, la vida misma, las costumbres, culturas y estereotipos nos cambian. Ahora bien ¿el cuerpo cambia a partir de un diagnóstico biomédico de enfermedad? ¿cómo el cuerpo encarna o corporiza la enfermedad?, es decir, ¿cómo el cuerpo padece la enfermedad? Esta investigación, a través del cuerpo, puede analizar esos cambios que afectan la vida de las personas diagnosticadas con un padecimiento que los atraviesa desde el subconsciente hasta la corporeidad y la coporealidad.

El concepto de corporealidad (corporealities), según el texto editado por Foster, “es una estrategia para hablar del cuerpo vivido, concreto, el cuerpo en movimiento, y resaltar como estas acciones corpo-reales son los momentos en los que creamos, fortalecemos y desestabilizamos significados culturales” (Tamayo Duque, 2016:75).

El conocimiento incorporado no es sólo somático, afirma Tamayo, sino también mental y emocional. Asimismo, comprende historias culturales, creencias, valores y sentimientos. Por tanto, para escribir desde el cuerpo se necesita incorporar información sobre valores sociales, creencias, códigos simbólicos y construcciones históricas para contextualizar la significación de lo estudiado a través del cuerpo.

Reflexiona Tamayo que:

Si partimos de la idea del cuerpo humano como una categoría de la experiencia cultural más que como un sustrato físico dado; si pensamos en nuestro cuerpo como sitio de producción cultural y una experiencia física de la cultura; y, además, consideramos las posibilidades inagotables de significación en la materialidad del movimiento humano, entonces el guiño del ojo, como cada movimiento, tiene un significado

muy particular". "Lo que hacemos y lo que creemos está activamente vinculado en nuestro cuerpo y se expresa de manera activa en movimientos cotidianos o extracotidianos". "Pensar con el cuerpo y hacer investigación incorporando nuestra *corpo-realidad* supone compartir la experiencia social, atender con nuestro cuerpo a lo que nos rodea, incluyendo los otros cuerpos, de maneras específicas e intersubjetivas (Tamayo Duque, 2016:77,78).

Un ejemplo de este tipo de investigación es el realizado por Ana Sabrina Mora relatado en su artículo "El cuerpo investigador, el cuerpo investigado", en donde la autora se vale de su propia experiencia en el proceso de puerperio<sup>1</sup> para desarrollar la postura de las investigaciones socioantropológicas sobre el cuerpo, y sobre el cuerpo y la sexualidad, en particular. Ella ve al cuerpo como productor de conocimiento y de subjetividad, y considera que su propia experiencia del puerperio produce conocimiento, en relación con las perspectivas de análisis que proponen pensar el mundo y la vida con, a través y desde el cuerpo (Mora, 2009).

Mora menciona que estas experiencias, muchas de las cuales parten del cuerpo, tienen un impacto en la construcción de la subjetividad. La presencia de una persona que nos necesita para todo (disposición al cuidado del otro) y el hecho de haber experimentado lo que el propio cuerpo puede hacer, nos pueden llevar a reconectarnos con partes de una misma que se mantenían relegadas.

Mora señala que:

En el análisis de las experiencias y sus conexiones es posible ver que desde el cuerpo se produce subjetividad, se generan formas especiales

---

<sup>1</sup> El puerperio es la etapa después del parto hasta los 45 días donde la mujer se recupera de todos los cambios fisiológicos, anatómicos y hormonales que ocurren durante el embarazo.

de vincularse con el mundo y con los otros, se produce conocimiento”. “No hay duda de que el cuerpo es producido desde una historia colectiva, desde una biografía personal, familiar y vincular, desde un contexto histórico, desde un grupo social, desde situaciones, relaciones, miradas y controles”. Pero el cuerpo no es sólo receptor, él también produce, desde él se produce (Mora, 2009:29).

En el proceso del puerperio que describió la autora, se consigue identificar una forma en que se pueden realizar estudios del cuerpo. Se coincide con ella sobre la importancia de situarnos en un contexto y en un proceso histórico para poder comprender cómo se vive una experiencia, además, se concuerda en que el cuerpo puede ser visto como productor de conocimiento y como apoyo para poder comprender experiencias más allá de lo biológico o de los discursos heteronormados, androcéntricos y hegemónicos, es decir, como una forma más completa de ver sus implicaciones en los sentimientos, decisiones y en el mismo cuerpo ante procesos como los padecimientos.

#### **2.2.4 Prácticas sexuales y conocimiento de la infección por VPH**

Las prácticas sexuales se construyen socioculturalmente al igual que cualquier realidad, ya que estas están reguladas por patrones normativos sociales que definen el “deber ser” de un hombre y una mujer ante el ejercicio de la sexualidad. Sobre las prácticas sexuales se destaca la incidencia de actitudes machistas, sesgadas por lo construido socialmente, que aún existen en nuestra sociedad tanto dentro de las prácticas sexuales como en la atención de estas por los profesionales de la salud. Por actitudes machistas, me refiero a las prácticas en la vida cotidiana que hombres y mujeres reproducen a pesar de tener connotaciones de descredito, desigualdad e inequidad vinculada a los roles de género, que impactan en temas como violencia de género y discriminación, principalmente hacia las mujeres y grupos que salen de la

“normalidad” como homosexuales y personas de preferencias distintas a la heterosexualidad (Acosta et al., 2013; Arellano & Castro, 2013; Ciccía, 2017; Gutiérrez Zambrano et al., 2018; Palacios Rodríguez et al., 2016).

Además, existen mujeres que no puede decidir sobre su cuerpo y sus prácticas sexuales, ya que no es bien visto por la sociedad que las mujeres tengan conocimientos sobre la sexualidad (Arellano & Castro, 2013; da Silva Marques & Gimenez, 2005; Gutiérrez Zambrano et al., 2018). Asimismo, el juego de poder que ejercen los hombres también es una problemática que afecta a las mujeres, ya que muchas veces ellas no pueden decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos y prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual, debido a que la mayoría de las veces son los hombres quienes deciden si usan o no estos métodos, privando a las mujeres de decidir sobre su cuerpo.

Un ejemplo de esta problemática es lo plasmado en el libro *Forcejeos y resistencias, aportes sobre antropología médica y el cuerpo en las investigaciones de posgrado* (Luna Blanco & Fajardo Santana, 2018), particularmente en el primer capítulo titulado “Narrativas de riesgo de VIH/sida en mujeres parejas de migrantes internacionales” de la autora Rangel Flores, el cual tiene el objetivo identificar si han desarrollado una percepción del riesgo frente al VIH/sida estas mujeres, así como evidenciar cómo son las narrativas de riesgo que reproduce este grupo en particular en torno a la enfermedad. Para esto se realizó un estudio cualitativo con enfoque en la antropología de riesgo en dos localidades de San Luis Potosí, México de 2010 a 2013.

Además, se utilizó un mapa de implicación de riesgo en donde las mujeres deberían colocar unas tarjetas tan cerca o lejos del VIH/sida, como las concibieran. Estas tarjetas de actores sociales incluían: homosexuales, amas de casa, sexoservidoras, campesinos migrantes, profesionistas, adolescentes, albañiles o maestros de obra que, conforme completaban el mapa individualmente, debían desarrollar sus relatos respecto al riesgo y argumentar

su proximidad o lejanía. En total se trabajó con 21 mujeres.

En los resultados la autora menciona que la mayoría de las mujeres parejas de migrantes internacionales desalientan la construcción de la amenaza, e impulsan, en su lugar, la construcción de miedos y estigmas que obstaculizan el autocuidado y la prevención frente a la enfermedad. También resultó relevante que en las mujeres prevaleciera un sentido de inmunidad subjetiva, ya que ellas consideraban esta enfermedad como propia de homosexuales y sexoservidoras, en la medida de que su condición de heterosexualidad y matrimonio constituye una especie de escudo protector. A esto es a lo que se alude como información errónea muchas veces basada en mitos y tabúes transmitidos de generación en generación ya que, aunque las mujeres reconocen a los migrantes como un grupo de riesgo, se eximen a sí mismas y a sus parejas, inmunizándose desde lo moral y el “deber ser”, lo cual les impide ver la dimensión de su riesgo. Por ende, esta percepción de bajo riesgo las lleva a tomar decisiones que las hace vulnerables a infecciones de transmisión sexual como el VIH o el VPH.

Otro ejemplo está en el capítulo quinto del libro que se mencionó antes, el cual se titula “Virginidad y calentura: saberes de la sexualidad en un rito de paso de la comunidad binnizá de Juchitán, Oaxaca”, que fue escrito por la autora Nahima Dávalos Vázquez quien, por medio de su trabajo etnográfico, pretendió comprender el ritual matrimonial del rapto de la novia y cómo lo viven las juchitecas. Para esto, entrevistó a 9 personas, madres e hijas (dos generaciones) que fueron protagonistas o partícipes en el rapto y en las cuales la autora observó la construcción relacional del cuerpo y la sexualidad femenina.

El rapto consiste en un rito de paso para cuando el hombre quiere casarse y necesita comprobar la virginidad de su pareja mediante la ruptura del himen. Para esto introduce los dedos a la vagina y, si después viene el sangrado, acto seguido se podía comprobar la virginidad y casarse. Asimismo, esta

investigación identifica diferencias en la manera de realizar el rito de una generación a otra, principalmente relacionadas con que muchas de las mujeres jóvenes ya no son vírgenes y deben fingir el rito para no ser estigmatizadas por la sociedad. No obstante, lo que se quiere puntualizar es que, en los resultados obtenidos en general, las mujeres vivieron este proceso con temor y pena, aunque de maneras distintas. La autora pudo visibilizar las relaciones de poder que construyen el androcentrismo y adultocentrismo de la sexualidad sobre las femeninas, las cuales son prácticas reproducidas en la cotidianidad, independientemente del nivel socioeconómico, educativo, raza, entre otros, pero con la característica de la desigualdad de género, debido a la diferencia de oportunidades que las mujeres enfrentan cada día por las construcciones socioculturales frente a la práctica de la sexualidad de las féminas.

Sobre el tema de los conocimientos del VPH, en el estado del arte se abordaron algunos estudios que tuvieron como resultado los pocos o equivocados conocimientos que tienen las personas sobre el VPH y, asimismo, cómo la mayoría de las personas piden mayor explicación y educación para la salud en estos temas por parte de los profesionales expertos en el área. Además, existen muchos mitos y tabúes relacionados con las formas de infección, prevención y tratamientos que deben ser eliminados con información real y fácil de entender, para de esta manera apoyar en la capacidad de agencia de las personas sobre su salud y prevención de los padecimientos.

Por ejemplo, la investigadora Diana L. Reartes (Sánchez Ramírez & Luna Blanco, 2013) realizó un análisis de las prácticas médicas y los conflictos conyugales relacionados con la infección de VPH, el cual reveló que los profesionales de la salud reproducen actitudes machistas sesgadas por los discursos socioculturales que privilegian las normas dominantes sobre el ejercicio de la sexualidad entre hombres y mujeres. Cabe señalar que Reartes adoptó el referente teórico de la dimensión social del género y sus implicaciones en los procesos de salud sexual y reproductiva. Además, en este estudio, los médicos

refirieron que este tipo de diagnóstico tiene consecuencias vinculadas a la generación de alteraciones en la vida de pareja por tratarse de una infección que preferentemente se transmite por vía sexual, por lo cual prefieren mantenerse al margen y restringirse para no atender clínicamente la infección.

Por otra parte, se encontró que estos profesionales de la salud dan información sobre la posibilidad de contagio a través del contacto en baños públicos (a pesar de que es altamente improbable), y, también, se hace alusión a algunos médicos que dicen “mentiras piadosas” para evitar el conflicto de las parejas. Esto se vuelve un claro ejemplo de cómo la intervención médica, en lo que refiere a los asuntos de pareja, solo es proporcionada si se dirige a evitar problemas o a consolidar una relación, desprovveyendo a las mujeres de su derecho a información verídica. Menciona Reartes que esto: “nos muestra el reconocimiento médico de las distintas normatividades, valoraciones y permisos relacionados con el ejercicio sexual que nuestra sociedad impone de forma diferente a mujeres y varones” (Sánchez Ramírez & Luna Blanco, 2013:131). Al final, la autora sugiere que se capacite y sensibilice a los médicos para evitar estas prácticas y, a su vez, invita a analizar la posibilidad de que la consejería esté a cargo de otros profesionales de la salud como personal de enfermería, trabajo social o terapeutas debidamente entrenados para tratar con los aspectos emocionales.

En conclusión, se considera que analizar las experiencias de mujeres en relación con sus prácticas sexuales, así como los conocimientos que tienen sobre el VPH, son elementos necesarios para comprender las construcciones socioculturales de las mujeres que viven con VPH, ya que estas experiencias las posicionan en un tiempo y espacio enmarcado por sus interacciones con la sociedad, sus familias, parejas, personal médico y ellas mismas ante su propio cuerpo.



### 2.2.5 Redes sociales de apoyo y salud

En esta categoría se analizan algunos documentos vinculados con el tema de redes sociales de apoyo y salud, para poder explicar la importancia de conocer estas redes en el tema de la salud y la enfermedad. En este caso, las redes sociales de apoyo que tienen las mujeres diagnosticadas con VPH, para poder identificar cuáles personas son las que apoyan más a las mujeres con infecciones de VPH, a quiénes se acercan para confiar sus dolencias, malestares, miedos, inquietudes y experiencias frente a este diagnóstico. Todo esto con el fin de comprender mejor la forma en que enfrentan su padecimiento en lo cotidiano.

Se coincide con el concepto de que las redes sociales de apoyo son

una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán et al., 2003:43).

Así mismo, se considera que el estudio de las redes de apoyo social es una parte primordial para el estudio de las enfermedades, así como también lo es profundizar en lo que éstas provocan en la vida de las personas.

Se pueden estudiar a las redes sociales de apoyo ya sea por sus diferentes tipos de redes: las formales (instituciones y organizaciones) e informales (familiares, amigos, pareja, compañeros de trabajo, grupos de ayuda, etcétera), y también por su función de apoyo, ya sea apoyo instrumental como la ayuda económica, cognoscitivo con información y consejos referentes a la enfermedad y emocional para mejorar la autoestima y bienestar emocional (Villaseñor-Cabrera et al., 2002).

En el estudio de Villaseñor y colaboradores (2002), se realizó una investigación

cuantitativa en personas diagnosticados con SIDA para conocer el apoyo social que reciben a partir de factores como sus preferencias sexuales, la institución por la cual fueron atendidos, su estado civil y su ocupación. Fue un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México con 30 participantes, con sólo 4 mujeres y los demás hombres, de 18 a 55 años, más de la mitad eran homosexuales y el 70% eran solteros. Entre los resultados más importantes, encontraron que los homosexuales reciben menos apoyo, posiblemente asociado al estigma social en función de la preferencia sexual. Otro punto por destacar es que las personas no mencionan su padecimiento regularmente con otras personas debido al estigma social de estar infectado por el VIH, lo cual reduce sus posibilidades de obtener apoyo. Además, los casados recibieron más ayuda emocional e instrumental del cónyuge que de cualquier otra fuente. Por último, cabe mencionar que, en este estudio, fueron pocas las mujeres cuestionadas, lo que hace pensar que aún se necesita abordar más este tema y que tener una perspectiva de género aportaría mejores argumentos para analizar las desigualdades ante cualquier fenómeno.

Sin duda, el estudio anterior reitera que las redes sociales de apoyo en el tema de salud y la enfermedad relacionadas con infecciones de transmisión sexual son un aspecto importante por analizar para comprender cómo reaccionamos y nos conectamos con la sociedad, ya que la estigmatización de las personas con estos padecimientos se presenta y limita sus oportunidades de recuperar su salud.

Para ilustrar mejor la investigación de las redes de apoyo y salud, presento el artículo titulado “Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervicouterino”, el cual es un estudio cualitativo de 34 entrevistas semiestructuradas a mujeres de Hermosillo, Sonora, cuyo objetivo fue analizar el funcionamiento y tipos de redes de apoyo de mujeres diagnosticadas con infección de VPH, displasia y CaCu, Las autoras de este trabajo mencionan que

cada diagnóstico tiene connotaciones distintas en la percepción individual y en el imaginario social”, las cuales llevan a las mujeres a niveles de angustia e incertidumbre; y así deciden diferentes redes sociales de apoyo dependiendo del problema que tienen, debido principalmente a las implicaciones de dichos apoyos, ya que estos diagnósticos se relacionan con las prácticas sexuales de las mujeres y de este modo se expresan las desigualdades de género en las vivencias de la enfermedad. Identificaron que “las redes familiares y sociales ofrecen apoyo en los procesos de atención de las mujeres, pero el manejo de la información es limitado y reafirma los temores sobre el CaCu (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014).

Además, Castro Vásquez y Arellano Gálvez (2014) mencionan que “el manejo estigmatizante, como lo expresaron varias entrevistadas, limita buscar ayuda en sus redes, o bien, solicitar información, por el temor de sentirse señaladas, lo que demuestra como el ejercicio de la sexualidad femenina se halla cargado de mitos y sometido al juicio social, percepción que se refuerza al ser un asunto poco tratado por los médicos”.

Por ende, es necesario subrayar que, en los resultados de la investigación anterior, se encontró que la información que el personal médico proporciona (red social de apoyo institucional) a las mujeres es diferente para cada diagnóstico, pero no sobre las patologías o términos médicos, sino relacionado con buscar minimizar las preguntas por parte de las mujeres y los posibles problemas al interior de las parejas, debido a que están implícitas las desigualdades de género, donde la mujer es más cuestionada por sus prácticas sexuales. En efecto, este tipo de prácticas en los profesionales de la salud replican las desigualdades de género, legitimando el discurso heteronormativo y androcéntrico; ya que la poca información que proporcionan no ayuda a las mujeres a apropiarse de su autocuidado y limita la toma de decisiones informadas, provocando un aumento en la angustia debido a la incertidumbre.

En otros resultados, se encontró que las primeras redes que se gestionan y activan son las familiares, las cuales procuran que este diagnóstico quede en familia, siendo cuidadoras del manejo de la información que se proporciona a esa red social de apoyo, debido a que se pueden cuestionar las prácticas sexuales de la mujer; aunque hay otras mujeres que prefieren el silencio para evitar estos cuestionamientos.

Sobre la pareja, las mujeres entrevistadas mencionan que tienen apoyo emocional de parte de ellos, y lo nombran como “estar pendientes” de sus citas (les preguntan cómo les fue) o apoyos económicos, predominando la falta de acompañamiento en general de sus parejas a las consultas médicas. De esta manera se replican los roles de género, donde se privilegia la atención del cuidado y la esfera emocional a las mujeres, mientras que a los hombres se les adjudican las cuestiones prácticas como los recursos económicos.

Las autoras concluyen que las redes sociales de apoyo, formales o informales, son de vital importancia para hacerse de recursos. Por tanto, las mujeres que cuentan con redes sociales informales sólidas pueden enfrentar su proceso de atención con menor costo económico, y con menos angustia e incertidumbre. Además, destacan que estas redes están compuestas principalmente por otras mujeres, reproduciendo los estándares sociales de las mujeres como cuidadoras de la salud de los otros. Por último, las autoras mencionan que “la perspectiva de género nos brinda elementos para analizar las decisiones y gestiones de las mujeres, comprendiendo su posición en un medio social que enjuicia la sexualidad, sobre todo la femenina” (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014:233).

En resumen, esta búsqueda proporciona un panorama general de lo que se puede obtener en la presente investigación con el estudio de las redes sociales de apoyo, ya que se considera que estas redes pueden, además de proporcionar información importante sobre las formas de relacionarnos con otros ante el estímulo del padecimiento (como las relaciones de poder),

proporcionar datos privilegiados y complementarios para poder elaborar el cuadernillo para estudiantes de enfermería sobre las construcciones socioculturales de las mujeres portadoras de VPH, el cual pueda proporcionar información sobre una perspectiva más integral de cómo atender a las mujeres con este tipo de diagnóstico y cuáles redes de apoyo pueden tejer para su propio beneficio.

Todo lo anterior lleva a la pregunta: ¿qué posibilidades tienen las mujeres que viven con VPH de poseer redes sociales de apoyo?

### **Capítulo 3. Trabajo de campo**

En este apartado se responderá a las siguientes preguntas: ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Quién? y ¿Cómo?, siendo esta última pregunta en la que se profundizará más. Además, es importante destacar que esta investigación se abordó metodológicamente a partir de la investigación cualitativa, desde el diseño etnográfico con entrevistas semiestructuradas. A continuación, se desarrollan estas posturas.

Primeramente, se parte de la definición de estrategia de investigación la cual, según Maciá, refiere a cuando se habla de diseño en la investigación social, que, a su vez, corresponde al *cómo*, a *qué estrategia se ha* de adoptar en el abordaje del objeto de conocimiento a fin de alcanzar explicaciones y respuestas a las cuestiones e interrogantes planteadas en el estudio. Por consiguiente, el diseño refiere al desarrollo de una serie de acciones, más o menos consecutivas, que permiten al investigador acceder a la comprensión del objeto de estudio (Maciá Soler et al., 2014).

La finalidad de utilizar una metodología cualitativa radica principalmente en el hecho de que uno de los propósitos primarios de este estudio es conocer la

realidad sociocultural desde las vivencias de los actores sociales que la construyen. Para el estudio de este tipo de fenómenos sociales, a mi parecer, no es suficiente abordarlos con un paradigma positivista, más bien es necesario ir más allá, como lo menciona de Souza, haciendo alusión a Thomas Kuhn: “el progreso de la ciencia se produce por la ruptura de los paradigmas, por la puesta en discusión de las teorías y de los métodos, teniendo lugar así una verdadera revolución” (de Souza et al., 2003:14).

Lo anterior se menciona porque la investigación cuantitativa en las ciencias de la salud es la forma de investigación más común, mientras que el estudio de los fenómenos socioculturales relacionados con la salud y la enfermedad muchas veces no se toman en cuenta. Es decir, sólo se estudia la parte biológica, los cambios físicos medibles y no las percepciones, sentimientos, experiencias, emociones, etcétera. He aquí la importancia del estudio del individuo de manera holística.

Lo anterior puede fundamentarse, a partir de la siguiente definición expresada por De Souza:

La investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. Es decir, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables (De Souza et al., 2003:18).

Según Flick, la investigación cualitativa ha expandido su dominio debido a que los procesos de transformación social de nuestras sociedades contemporáneas se están concretando en procesos más simbólicos y subjetivos: los modos de construir identidad y de significar los espacios y procesos sociales (Flick, 2012).

Los investigadores cualitativos, entonces, más que investigar relaciones causa-efecto, se orientan a “la calidad y textura de la experiencia”, colocando su foco en las significaciones en las cuales se concretan las relaciones sociales y en base a las cuales construimos nuestra experiencia subjetiva y nuestras identidades. Por tanto, la investigación cualitativa involucra al investigador con el investigado, es decir, es una práctica que debe conectar con lo otro y de los cuales debe extraer la significación.

Una razón más para elegir la metodología cualitativa es que, como lo dice Botia, la estrategia cualitativa es fundamental para comprender la forma de cómo existen las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, y cómo en la práctica se asumen estas diferencias sociales y específicamente de género, reproduciéndolas o tratando de superarlas (Botia-Morillas, 2013).

Es importante tomar en cuenta, como lo menciona Polit y Tatano (2018), las características del diseño de investigación cualitativa, las cuales son: a) Es flexible, capaz de ajustarse a lo que se aprende durante la recolección de datos, b) Implica la triangulación de varias estrategias de recolección de datos, c) Tiende a ser holístico, se esfuerza para comprender el todo, d) Requiere que los investigadores participen de manera intensa y reflexiva, y puede demandar mucho tiempo; y por último, e) Se beneficia del análisis continuo de los datos para guiar las estrategias subsiguientes (Polit P. & Tatano Beck, 2018).

También es primordial saber, como lo menciona Maciá, que “cada metodología puede entenderse como una forma de reducción de la multidimensionalidad de la complejidad de la realidad social, de hacerla más manejable y comprensible. Cada metodología recorta y, al mismo tiempo, ayuda a configurar un determinado nivel de la realidad social, siendo preciso valorar la complementariedad de unas y otras en función del objeto de estudio” (Maciá Soler, Pedraz Marcos, Zarco Colón, Ramasco Gutiérrez, & Palmar Santos, 2014).

### 3.3.1 Etnografía

Por otro lado, sobre el concepto de etnografía, se coincide con lo que señala Álvarez-Gayou:

Es una descripción e interpretación de un grupo o de un sistema social o cultural. Wolcott (1999) considera que la etnografía es "una forma de mirar" y hace una clara distinción entre simplemente ver y mirar; asimismo, plantea como propósito de la investigación etnográfica describir lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen habitualmente y explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, presentando sus resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2010:76).

Así mismo, Maciá indica que la etnografía es el proceso metodológico global que caracteriza a la antropología social y posibilita retratar una cultura o grupo social a partir de la reconstrucción de las actividades y perspectivas de sus actores (Maciá Soler et al., 2014).

Por lo tanto, en la etnografía, quienes investigamos debemos estar abiertos a la novedad, a lo diferente, a lo diverso para poder recolectar datos, describirlos e interpretarlos sin juzgamientos o estereotipos, es decir, ser flexibles, sin ser intrusivos y tener capacidad de observación y de interacción con los actores sociales o con los informantes involucrados (do Prado et al., 2013:39).

Además, "el papel que juega la cultura en el proceso salud-enfermedad es fundamental, y más concretamente en el contexto de enfermería desde la antropología" [...] "permite abordar e ilustrar situaciones de cuidado develando significados que operan como llave para entender y comprender los comportamientos de nuestros sujetos de cuidado" (do Prado et al., 2013:48).



Por ende, la etnografía es una herramienta metodológica que ayudará a identificar y reflexionar sobre los efectos que tienen las construcciones sociales y culturales frente a un proceso de salud/enfermedad/atención en la infección de VPH en mujeres, las cuales han sido afectadas por un estímulo biológico, pero con implicaciones psicológicas que pueden mermar en la recuperación de la salud, en las prácticas sexuales, en el cuerpo, las emociones, las decisiones y las redes de apoyo social que se construyen para tratar de mejorar la salud.

Se considera que la experiencia de la investigadora como enfermera y usuaria proporciona otra óptica, otra forma de ver la realidad, lo que puede aportar al conocimiento de la relación de los profesionales de la salud y usuarios, a las experiencias de atención médicas vistas desde la propia experiencia de un profesional de la salud, a los estudios de género con la perspectiva de la auto experiencia en el proceso salud/enfermedad/atención, al tema de las redes sociales de apoyo y salud desde la propia experiencia, a los estudios del cuerpo cuando está presente un estímulo como el padecimiento, a las subjetividades femeninas, entre muchos otros elementos que puede aportar esta metodología distinta, principalmente a partir de una búsqueda basada en la transdisciplinariedad y horizontalidad de diferentes disciplinas y métodos que ayuden a alcanzar los objetivos que aportan a la resolución y entendimiento del problema de investigación.

Cabe señalar que en esta investigación se trabajó la etnografía a distancia por medio de video llamadas, debido a la problemática de la pandemia por COVID 19.

### **3.3.2 Técnicas de recolección de datos**

La observación, el llenado de diarios de campo y la realización de entrevistas semiestructuradas.

### **3.3.3 Observación**

Se prefiere la utilización de la observación con el fin de documentar sobre el contexto en el que las participantes del estudio se encuentran, pero no sólo me refiero a la cuestión visual, sino también a la observación de los sonidos y la utilización de los sentidos necesarios para poder observar detenidamente el espacio y a las mismas mujeres entrevistadas. Particularmente, a través de esta técnica, se documentó sistemáticamente lo siguiente: a) el contexto de las mujeres que participaran en la investigación (datos sociodemográficos, formas de comunicarse, religión, atención médica de salud, enfermedad, relaciones de familia, relaciones de pareja, etcétera) y b) el contexto en el que se desarrollaran las entrevistas.

A partir de la situación de confinamiento por la pandemia de COVID 19, lo planeado para realizar la observación no fue posible del todo, así que se implementaron estrategias para realizar la etnografía a distancia, para así poder obtener los datos.

### **3.3.4 Entrevistas semiestructuradas**

Las entrevistas semiestructuradas son una técnica utilizada por los investigadores cualitativos, con la que se pretende conseguir información sobre las percepciones, los estados afectivos, los juicios, las opiniones y las representaciones de los individuos a partir de su marco personal de referencia y con relación a situaciones específicas. Con esta técnica se intenta preservar la expresión de las contradicciones, las tensiones, los conflictos, el caos, las rupturas y los caracteres circulares que forman parte de la experiencia humana. Por tanto, más que el control simple de técnicas, este tipo de entrevista requirió una actitud de escucha por parte de la investigadora y la manifestación de una actitud receptiva con el fin de estimular el compromiso y la expresión de las participantes.

En consonancia con lo anterior, estas entrevistas fueron realizadas con la ayuda de una guía semiestructurada previamente desarrollada. Cada entrevista tuvo la duración necesaria, se llevaron a cabo por videollamada y sólo dos de manera presencial en sus domicilios, en el momento acordado por las participantes. En ocasiones, se regresó a realizar más entrevistas para profundizar en los temas que así lo requerían, por ejemplo, cuando algún tema no se abordó con la profundidad necesaria en el momento o, como en el caso de la segunda mujer entrevistada, que aún no tenía su cita con la ginecóloga y había preguntas que no podría responder hasta después de esa cita. Estas entrevistas se realizaron de abril a diciembre de 2020.

En esta investigación las entrevistas fueron una manera de acceder a la realidad de las mujeres conociendo sus intersubjetividades por medio del diálogo, permitiendo recabar la experiencia de las participantes en cuanto al fenómeno de estudio. El momento de las entrevistas fue determinado con arreglo a la disponibilidad de cada usuaria. Los encuentros se trataron de hacer en un lugar íntimo (de preferencia su casa), con el fin de favorecer un ambiente de confianza y de intercambio. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas íntegramente.

Además, la utilización de las entrevistas semiestructuradas tuvo como objetivo, en el cuadro de esta investigación: analizar las experiencias físicas y emocionales en mujeres ante el diagnóstico de VPH, el impacto en su corporalidad, prácticas sexuales y redes sociales de apoyo, con el fin de conocer elementos subjetivos que experimentan las mujeres, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento, a mejorar la atención de los profesionales de salud y a buscar otras estrategias de prevención.

Además, esta técnica también ayudó a caracterizar a las mujeres diagnosticadas con VPH a través de sus factores socioeconómicos (edad, escolaridad, ingresos mensuales, estado civil, entre otros), sus prácticas sexuales, reproductivas (inicio de vida sexual, menarca, número de parejas sexuales, gestas, partos, cesáreas, abortos, número de citologías vaginales realizadas, métodos anticonceptivos utilizados, etcétera) y tipo de atención en salud. Todo esto con el fin de tener un perfil que describa a las mujeres y así poder contextualizar esa población. Así mismo, sirvió para cumplir el objetivo de identificar las transformaciones de la mujer sobre la capacidad de agencia en su salud sexual, reproductiva y autocuidado, para de esta forma conocer cuáles rasgos de nuestra sociedad y de nuestra cultura empoderan o capacitan a las mujeres para enfrentarse a situaciones que las etiquetan o estigmatizan. Por último, fue un gran apoyo para analizar las construcciones socioculturales y de género que se forman en torno a la experiencia de atención médica de una mujer diagnosticada con VPH.

### **3.3.5 Diario de campo**

Con el diario de campo se documentaron los eventos concretos del terreno, el desarrollo de las operaciones de la investigación, sus esfuerzos para dar un sentido y una coherencia de las diferentes observaciones que acumuló, así como sus propias reacciones frente a los eventos ocurridos durante el desarrollo de la investigación. Además, el diario de campo fue el espacio para reflexionar sobre las respuestas de cada mujer, sus gesticulaciones, pausas, llantos, risas, miedos y las similitudes entre cada entrevista, lo que permitió a la investigadora ir elaborando los códigos en ATLAS.ti, y, a su vez, las posibles categorías principales y subcategorías de análisis.

### **3.3.6 Población de estudio**

Para la selección de las participantes en este estudio cualitativo se tuvo presente que, con el propósito de comprender sus construcciones socioculturales, deberían ser mujeres con un diagnóstico de VPH, en edades de 18 a 60 años, sin importar diagnósticos agregados de otras patologías como neoplasias, cáncer in situ o metástasis.

El tipo de muestreo fue por conveniencia, hasta obtener la saturación del dato. Además, por bola de nieve se hizo la invitación a contactos de la propia investigadora y estos, a su vez, transmitieron la información a otras personas. Sobre esto cabe destacar que al principio no fue fácil encontrar mujeres que quisieran participar debido al tema. Algunas negaron tener un diagnóstico de VPH (aunque no era así), ya que tratar este asunto implica hablar de sus prácticas sexuales, número de parejas sexuales, métodos de prevención de infecciones, posibles infidelidades, entre muchas otras causas. Otras mujeres participaron, pero manifestaron su preocupación ante la confidencialidad de la información que proporcionarían, por lo cual se les explicó que sus nombres no serían publicados (uso de un pseudónimo) en aras de cuidar la secrecía de su información.

Por lo que se refiere al primer acercamiento, en éste se les explicó el objetivo de la investigación y consideraciones generales del mismo y, asimismo, se agendó una cita para trabajar las entrevistas en sus casas o por video llamada si ellas estaban de acuerdo. Posteriormente, se les proporcionó un consentimiento informado que debieron leer y firmar en caso de estar de acuerdo en participar (apéndice 4).

### **3.3.7 Análisis de datos**

El análisis realizado fue por medio del análisis de contenido y la Teoría Fundamentada. Los dos métodos son similares, por lo cual se pudieron

conjuntar. El primer método es una técnica que, de manera sistemática y organizada, describe y analiza el contenido de los mensajes, empezando por ideas que forman unidades de sentido y se agrupan en categorías y subcategorías con el fin de interpretarlas. Una forma de sistematizar estos datos es a través de un mapa conceptual, en donde, después de las múltiples lecturas de las entrevistas, se identifican temas comunes o ideas, partiendo de lo particular para llegar a lo general. Para este proceso de inducción primero hay que conceptualizar con ayuda del marco teórico, categorizar uniendo las ideas o temas similares, organizar por medio de un mapa conceptual y estructurar distribuyendo y ordenando las partes de un todo (de Souza Minayo, 2009; Mejía Arauz & Sandoval, 2009).

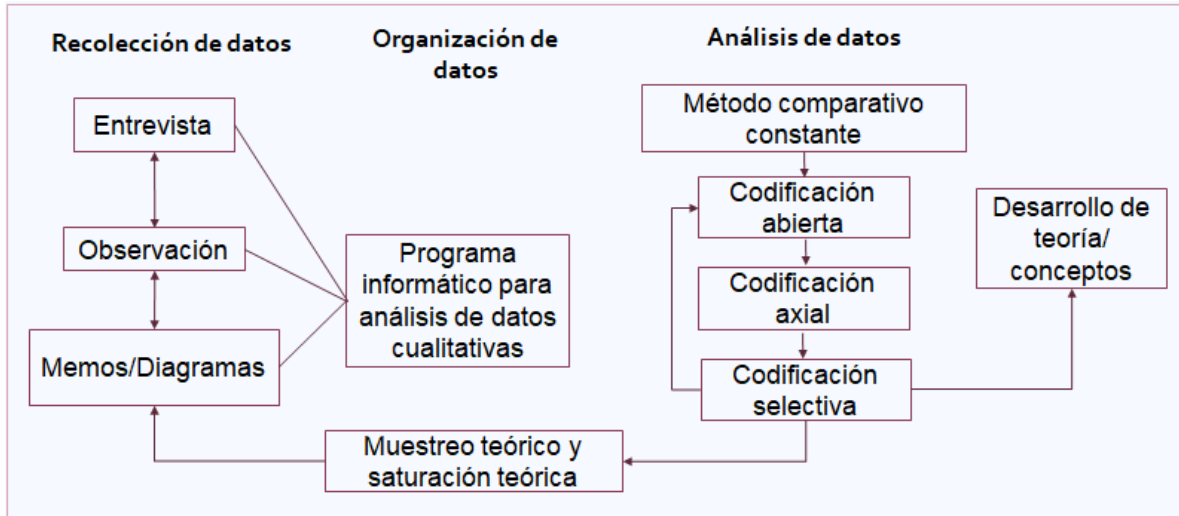
Por otro lado, la Teoría Fundamentada es la creación de conceptos a partir de los datos que se agrupan en categorías (codificación abierta, axial y selectiva), dentro de un marco teórico que proporciona información y análisis sobre un fenómeno, lo que ayuda a la investigación, proponiendo teoría o nuevos conocimientos científicos que, a su vez, ofrecen opciones para enfrentar los problemas de la vida profesional (Corbin, 2010; Vivar et al., 2010). Cabe decir que los datos que se analizaron con la Teoría Fundamentada provienen de las entrevistas, diarios de campo y observaciones.

Además, para poder desarrollar los códigos, se hicieron comparaciones constantes y preguntas generadoras; se le dieron nombres a esos conceptos o temas comunes y se propusieron esquemas para explicar el análisis realizado. Es decir, la propia investigadora fungió como instrumento de la recopilación de datos y del análisis. Por último, se realizó un proceso de integración de todas las categorías y se dio paso al reporte de análisis de resultados que se presenta en el capítulo 4 de este documento.

A continuación, se muestra un esquema que sintetiza el proceso de análisis

de los datos.

**Esquema 9. Teoría Fundamentada: Proceso de análisis de los datos**



Fuente: (Vivar et al., 2010)

Acorde con lo anterior, el análisis de contenido y la Teoría Fundamentada, se realizó con apoyo del software ATLAS.ti versión 8.4.5 en el cual se adjuntaron 14 documentos correspondientes a las 13 entrevistas y una más de seguimiento con la segunda participante. Posteriormente, se hicieron múltiples lecturas, se eligieron alrededor de 900 citas que la investigadora consideró que aportaban a fundamentar las ideas, las cuales se tradujeron, a su vez, en 54 códigos, que se caracterizaron por ser ideas comunes en las mujeres. Lo anterior fue un trabajo realizado de enero de 2021 hasta octubre de 2022 como parte del proceso de estudios de doctorado de la investigadora.

### 3.3.8 Adaptaciones metodológicas durante la pandemia de COVID 19

En cuanto al trabajo de campo, éste se vio obstaculizado y modificado por las condiciones de confinamiento debido a la pandemia por el COVID 19. A continuación, se enlistan las decisiones metodológicas y de trabajo de campo

durante el periodo antes mencionado:

1. No se pudieron realizar las entrevistas casa por casa con la población que se eligió previamente, ni tampoco se pudieron realizar entrevistas por vídeo llamada a la población que en un inicio se pensaba, ya que son de escasos recursos y la mayoría no tienen acceso a internet.
2. Se realizaron dos entrevistas en los domicilios de las mujeres, pero de un estrato económico más alto (invitadas por bola de nieve).
3. Se realizaron doce entrevistas en línea con participantes que tenían los recursos y tiempo para poder hacer la entrevista por vídeo llamada (una de estas fue de seguimiento). Este tipo de etnografía a distancia no es lo que se planeó al inicio en la metodología de este proyecto, pero, aun así, se hicieron las modificaciones necesarias, lo cual fue una excelente experiencia, pues las participantes se prestaron al diálogo y se obtuvo valiosa información sobre su experiencia con el padecimiento de VPH. No obstante, no se pudo ver a profundidad el espacio físico donde se desenvuelven las participantes.

### **3.3.9 Consideraciones éticas**

Este proyecto de investigación fue sometido a aprobación del Comité Tutorial y de la coordinación del Doctorado en Estudios Socioculturales de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Se afirma que solicitó a las participantes proveer por escrito su consentimiento informado. Además, el formulario de consentimiento (ver Apéndice No.4), establece el hecho de que las participantes reconocen haber recibido, discutido y comprendido la información necesaria sobre la investigación. Asimismo, la información sobre la investigación fue proporcionada de forma verbal y escrita (ver Apéndice No. 5).

Por otra parte, diversas estrategias, dirigidas a asegurar la confidencialidad de



los datos recabados en las entrevistas individuales, fueron respetadas en todo el curso de la investigación. Dichas estrategias son: a) los nombres de las participantes y toda otra información que pudiera revelar su identidad en los reportes permaneció como *confidencial*. Para ello, se asignó un pseudónimo a cada participante; b) toda aquella información y grabaciones derivadas del estudio se mantienen resguardadas, solamente la estudiante investigadora, la directora de tesis y comité tutorial tienen acceso a las mismas.

Esta investigación es sin riesgo según la clasificación de la Ley General de Salud, en el artículo 17, ya que menciona que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Sin embargo, se sabe que cualquier contacto o comunicación con otra persona puede conllevar riesgos pues, como ya se ha expuesto antes, somos personas que construimos nuestra realidad a partir de los estímulos de nuestro entorno, la cultura, la sociedad misma, etcétera. En consecuencia, considero importante estar disponible al diálogo antes, durante y después del desarrollo de esta investigación con las participantes y crear un vínculo de confianza, en caso de que requieran apoyo. Por ejemplo, ofrecerles materiales de consulta sobre el tema para responder sus preguntas y ofrecer mi apoyo como profesional de la salud por medio de consejería sobre educación para la salud.

De la misma manera, se consideraron también los criterios establecidos por los siguientes apartados:

1. Declaración de Helsinki, principios éticos para las investigaciones en seres humanos (Manzini, 2000).
2. Ley General de Salud (artículos 2, 3, 17, 68 frac. IV, Título quinto

Investigación para la salud, art. 96, 97, 99, 100 frac. IV consentimiento informado, 101, 102 frac. IV protocolo de investigación y 465 penas): reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud<sup>2</sup>.

3. Comité tutorial y coordinación del posgrado (criterios establecidos internos y externos).

## **Capítulo 4. Género y salud en mujeres que fueron diagnosticadas con VPH. Resultados y discusión**

### **4.1 Acercamiento a la población de estudio**

Inicialmente, este es un análisis general de las trece entrevistas realizadas (dos presenciales y once virtuales). Durante las trece entrevistas, la investigadora se sintió identificada con las mujeres, ya que muchas de las situaciones que ellas vivieron, también ella las vivió en su propio proceso de salud/enfermedad/atención relacionada con el VPH. Esto apoyó en el rapport necesario para tener ese diálogo fructífero y tan importante en la investigación cualitativa.

Acerca del análisis de los datos empíricos, éste ha sido propuesto conforme a la propia experiencia de la investigadora y el uso de la Teoría Fundamentada, con la intención de presentar una forma -entre muchas otras- de ver el mundo, procurando aportar al conocimiento científico, que después se puede utilizar para hacer una teoría que ofrezca opciones para enfrentar problemas de la vida, como es el caso de esta investigación, que atiende las construcciones

---

<sup>2</sup>Disponible en la página del Diario Oficial de la Federación, Ley general de salud.  
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>

socioculturales frente a un proceso de SEA. En palabras de Juliet Corbin, el conocimiento científico y la teoría, “...se puede revisar, actualizar y alterar para adaptarse al mundo tan cambiante en el que vivimos” (Corbin, 2010).

A continuación, se muestra una tabla donde se presentan los 54 códigos que resultaron del análisis de las entrevistas a las mujeres de este estudio y el número de veces que estos fueron encontrados en las entrevistas. Cabe señalar que estos códigos se utilizaron para sustentar y crear las categorías y subcategorías de este análisis de resultados, como ya se explicó anteriormente.

**Tabla 3. Códigos ATLAS.ti**

No.	Nombre del código	Número de veces encontrado en las entrevistas
1	Apoyo de la pareja	18
2	Atención de profesionales de la salud	236
3	Capacidad de agencia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y autocuidado	174
4	Castigo	4
5	Comparando sistemas de salud	11
6	Confianza en la pareja	7
7	Confusión	7
8	Construcciones sociales y culturales de una infección de transmisión sexual	55
9	Coraje	3
10	Corporizar el VPH	66
11	Deber ser en la sexualidad (pruebas dxs antes de tener sexo)	9
12	Decisiones en las prácticas sexuales después del VPH	60
13	Demanda más información	29
14	Diagnóstico y síntomas	62
15	Dificultades económicas por los gastos del VPH	7
16	Dudas de las participantes	22

17	Educación para la salud - consejos médicos	10
18	Estigma	71
19	Exclusividad, monogamia	4
20	Experiencia del padecimiento VPH	226
21	Experiencias previas VPH y CACU	25
22	Falta de apoyo de la pareja	25
23	Falta de privacidad, sentirse expuesta	7
24	Frases importantes	139
25	Incomodidad o dolor	66
26	Infidelidad y culpa	61
27	Inseguridad	6
28	Mejora la relación de pareja	2
29	Mensaje a los profesionales de la salud	38
30	Mensaje a otras mujeres	38
31	Miedo, temor, angustia	24
32	Mitos y tabúes VPH	16
33	Negación	2
34	Notas de la paciente	3
35	Opiniones sobre la entrevista	9
36	Placer sexual	3
37	Preocupación, frustración, trauma	36
38	Proceso SEA en soledad	9
39	Redes formales	6
40	Redes informales	81
41	Redes por función de apoyo	18
42	Relacionar VPH con cáncer	10
43	Saberes VPH	35
44	Sana o enferma	16
45	Sentirse sucia	11
46	Signos y síntomas previos al dx.	11
47	Tranquilidad	5
48	Tratamientos	79
49	Tristeza	15
50	Vacuna VPH	6
51	Vergüenza	9
52	Violación sexual	4
53	VPH en los hombres	31
54	¿Le dirías a una nueva pareja que tienes VPH?	33

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

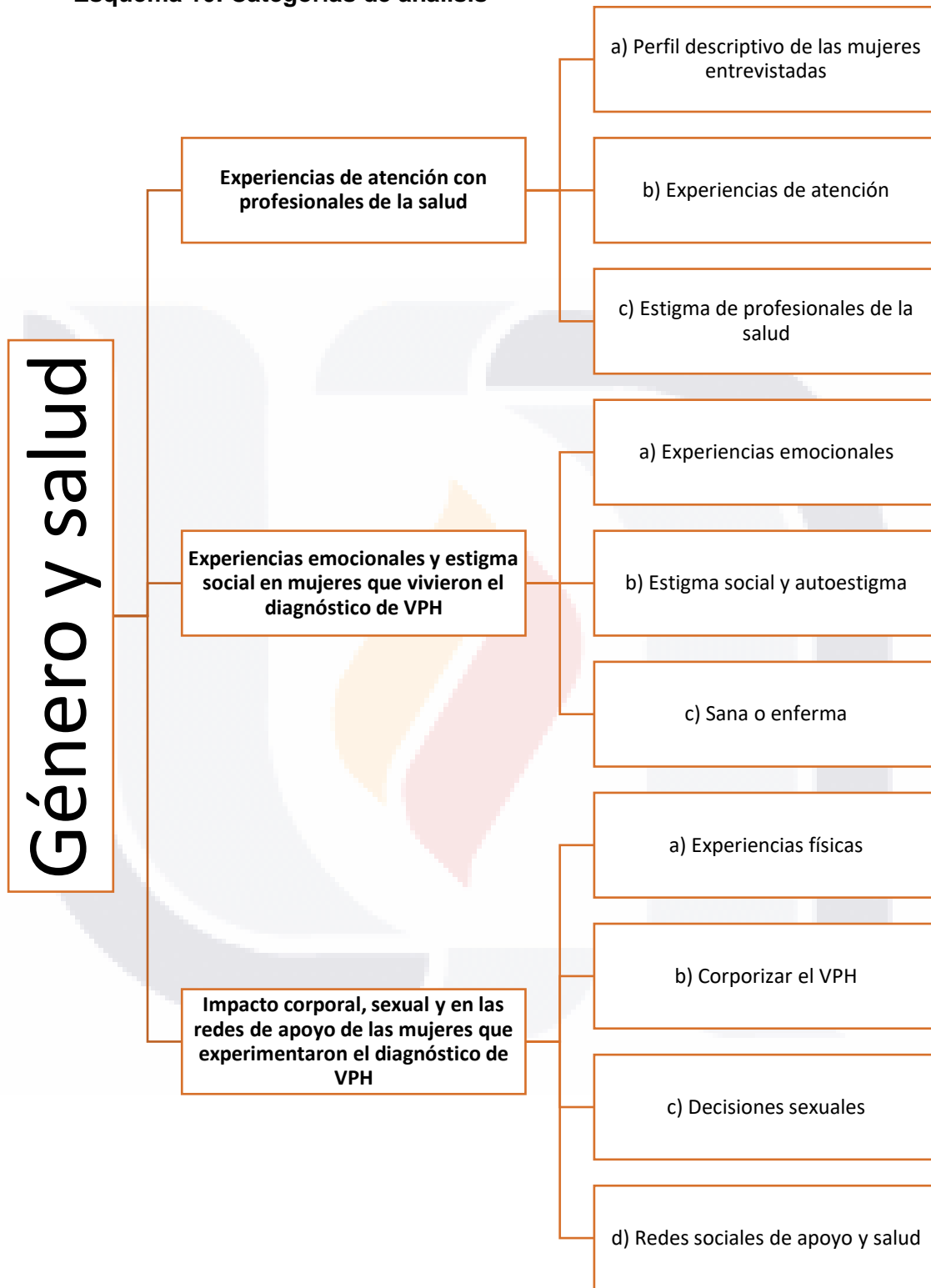
Es necesario recalcar, de acuerdo con lo que menciona Juliet Corbin:

Cuando se hace Teoría Fundamentada no se cuentan personas, así que normalmente no hay un número predeterminado de entrevistas o un número predeterminado de lugares; hablamos de la saturación porque el análisis es un concepto y lo que se busca es desarrollar conceptos en cuanto a sus propiedades y dimensiones; el producto final es una descripción fundamentada con una serie de conceptos bien desarrollados o una teoría que también se desarrolla a partir de sus propiedades y dimensiones, pero incluye, además, procesos y variaciones (Corbin, 2016:18).

A partir de esta reflexión, es necesario considerar que pueden existir informantes clave de los cuales se pueden obtener datos valiosos para el análisis, como es el caso en esta investigación de la entrevistada Guadalupe, quien aporta interesantes reflexiones a partir de su experiencia y se muestran en muchas de las citas elegidas para el análisis.

El siguiente esquema muestra las categorías de análisis que se trabajan en este apartado de resultados, el cual fue elaborado con apoyo de la Teoría Fundamentada (Corbin, 2010; Vivar et al., 2010) y el análisis de contenido, comenzando desde una codificación axial con el marco teórico de género y salud -que tiene la intención de trastocar todas las demás codificaciones- y siguiendo con categorías y subcategorías que provienen de las múltiples lecturas de las entrevistas, comparaciones y preguntas constantes, múltiples esquemas hechos y vueltos a hacer, análisis de los diarios de campo, reflexiones de memos y la observación; así como el arduo trabajo realizado con el software Atlas.ti. Todo esto con la finalidad de buscar esos temas afines entre cada entrevista, la forma en que no se relacionan y su importancia para la creación de conocimiento científico nuevo en el tema de las construcciones socioculturales frente al diagnóstico de VPH en mujeres.

Esquema 10. Categorías de análisis



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos analizados de las entrevistas.

De manera que, se muestra ahora una síntesis con la intención de exponer el anterior esquema, donde se identifican las construcciones socioculturales entorno a mujeres que experimentaron el diagnóstico de VPH en esta investigación, centrándose en una categoría axial denominada *Género y salud*, y está a su vez se encuadran inmersa en tres grandes categorías: 1. Experiencias de atención con profesionales de la salud, 2. Experiencias emocionales y estigma social y 3. Impacto corporal, sexual y en las redes de apoyo.

En lo respectivo a las *experiencias de atención de profesionales de la salud* se describen tres subcategorías:

- Perfil descriptivo de las mujeres entrevistadas, donde se caracteriza a las mujeres a través de sus factores socioeconómicos, sus prácticas sexuales, reproductivas y tipo de atención en salud, entre otros. Con esto se obtuvo un perfil que describe a las mujeres y las contextualiza.
- Experiencias de atención, que detalla lo que las mujeres dicen sobre la atención que reciben, por ejemplo: narrativas de falta de privacidad, sentirse expuestas, de procesos salud/enfermedad/atención traumáticos (principalmente durante el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento), desconfianza, demanda de información (pues tienen muchas dudas y a veces la información que se les da no es clara o incompleta (huérfanas de información)- trato digno (donde las mujeres se sienten mejor atendidas cuando se preocupan por responder todas sus dudas y, además, se toman el tiempo necesario para escucharlas y explicarles con detenimiento todos los procedimientos y avances de sus tratamientos). Asimismo, se describen algunos consejos a médicos, los cuales fueron hechos por las mujeres que fueron diagnosticadas con VPH, con el fin de que mejoren su atención, etcétera.

Sobre la categoría *experiencias emocionales y estigma social*, surgieron cuestiones tales como:

- el miedo, sobre todo cuando relacionan VPH con el cáncer. Además, enojo, coraje, tristeza, y creer que ya nadie volverá a valorarlas o quererlas. Hablan de sentirse solas, preocupadas, con incertidumbre, sentirse sucias, tener pena y vergüenza. También manifestaron sentirse engañadas, porque el diagnóstico suele relacionarse fuertemente con la posibilidad de infidelidad de sus parejas y, asimismo, se vincula con relaciones de poder desiguales, se habla del uso o no de preservativo. Esto último sin consentimiento, además de penetración. Por último, se alude a la posibilidad de un mundo ideal, en donde se puede pedir a las nuevas parejas sexuales estudios de laboratorio sobre ITS.
- Estigma y auto estigma del VPH, ya que dijeron sentir que era su responsabilidad haberse contagiado puesto que no se cuidaron. Además, se hizo presente la culpa, ya sea propia o que la adjudiquen a otra persona para no sentirse responsables totalmente. De esto deriva que sientan el padecimiento como castigo, lo cual conlleva a que las propias mujeres se imponen un auto estigma.

Ahora bien, sobre la última categoría principal: *impacto corporal, sexual y en las redes de apoyo*, se analizó lo siguiente:

- Experiencias físicas, como el dolor, incomodidad ante los procedimientos y la presencia de verrugas. Esto a través de la forma en que corporizan el VPH las mujeres, es decir, cómo encarnan, asumen y



hacen consciente que se tiene el padecimiento. Además de las capacidades de agencia en salud o autocuidado como modificaciones de las conductas o estilos de vida a partir de las intervenciones sobre sus cuerpos. Todo esto para confirmar la forma como se adaptan buscando mejorar sus prácticas de Autocuidado y Capacidad de agencia de cuidado, de manera que, con la identificación de estas transformaciones, se favorece para conocer los rasgos de nuestra sociedad y nuestra cultura que empoderan o capacitan a las mujeres para enfrentarse a este tipo de padecimientos, como lo es tener una red de apoyo en salud sólida, la buena comunicación y trato digno de los profesionales de la salud, tener acceso a la información, eliminar los estigmas y tabúes que la sociedad tiene sobre las ITS, entre otros.

- Decisiones sexuales después del VPH, donde se abordaron problemáticas sobre la sexualidad invisible, usar condón siempre, abstinencia sexual, decidir callar sobre el diagnóstico o no, entre otros.
- Redes sociales de apoyo en salud, donde destaca que todas las mujeres se sintieron más cómodas con otras mujeres para hablar del tema, lo que ayudó a sus redes de apoyo. Además, algunas mencionan sentirse juzgadas cuando hablaron del tema y prefirieron no comentarlo a muchas personas. Esto causó que se sintieran solas, pues la mayoría vivieron la falta de apoyo de la pareja y otras prefirieron no mencionar a sus siguientes parejas o a sus familias sobre el VPH por miedo a ser juzgadas.

### **Ejercicio de reflexión para contextualizar al lector sobre las situaciones a las que se enfrentan las mujeres con un diagnóstico de VPH**

En este espacio, se intenta contextualizar al lector sobre los procedimientos diagnósticos y tratamientos a los que se enfrentan las mujeres con un diagnóstico afirmativo de VPH. Con respecto al tratamiento del VPH, la ciencia no ha encontrado una cura para eliminar las distintas cepas del virus (aunque algunas de estas se eliminan con ayuda del sistema inmunológico, es decir, por inmunidad natural). En cuanto a los virus resistentes, no hay una pastilla o un procedimiento que lo elimine, pero lo que sí se ha desarrollado son acciones que, en la medida de lo posible, detienen el crecimiento de las lesiones dependiendo del estadio, ya que, si se diagnostica la lesión en una etapa muy avanzada como el cáncer in situ o lesiones más severas, es muy difícil eliminarlas. En otras palabras, el tratamiento que se proporciona a una mujer con esta infección no cura el VPH, más bien vigila la evolución de las lesiones por medio de citologías, biopsias y colposcopias regularmente cada seis meses, y posteriormente más espaciadas si la mujer va mejorando apoyada de una serie de consejos médicos y de promoción a la salud.

Cabe explicar que las citologías, captura de híbridos, biopsias y colposcopias son técnicas diagnósticas, donde se introduce un dispositivo llamado espejo vaginal por el introito vaginal para poder visualizar el cuello de la matriz. A partir de esto se toman muestras y se envían al laboratorio para analizarlas. Estos procedimientos son molestos para algunas mujeres, por el simple hecho de meter un objeto extraño en su vagina y la exposición de una parte íntima de su cuerpo. Por poner un ejemplo, la colposcopia va acompañada de sustancias frías (yodo y agua) que arden al contacto con la vagina (vinagre) y con el tejido del cuello uterino. Este ardor perdura por unos segundos y, si se detecta alguna lesión, el médico o médica realiza una biopsia, que es cortar un pedazo pequeño de tejido donde se encuentra la lesión (esto provoca dolor como cólico) para enviarla a patología.

Por otro lado, la crioterapia es un procedimiento donde se utilizan sustancias frías (a temperaturas muy bajas) para quemar las lesiones, después el tejido muere, se elimina y de esta manera se trata de evitar que se desarrolle más la lesión. Otro procedimiento es la conización cervical, que consiste en una técnica quirúrgica que corta tejido del cuello de la matriz a manera de cono con un bisturí o con un dispositivo que corta y quema a la vez para favorecer la cicatrización del tejido y evitar las hemorragias. Estos dos procedimientos pueden ser traumáticos y difíciles de sobrellevar para las mujeres, ya que el olor a carne quemada, el dolor cuando se anestesia y después del procedimiento, así como el hecho de perder parte de su cuerpo y la posibilidad de tener hemorragias en el postoperatorio son experiencias que tienen algunas mujeres que viven con VPH y que, sin duda, pueden cambiar su forma de ver su realidad.

Sobre los consejos médicos y de promoción a la salud, regularmente estos los promueve el ginecólogo o ginecóloga y son los siguientes: mejorar la alimentación, descanso, evitar el estrés, tomar ácido fólico, algunas vitaminas, no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas en exceso, hacer ejercicio, evitar el contagio con el uso de preservativo, entre otros consejos que privilegian el mejorar el estado de salud general de la mujer para ayudar a su sistema inmunológico a eliminar el virus, ya que ésta es la única forma de inactivarlo o controlarlo, pero no hay una certeza de que no vuelva a ocurrir a pesar de seguir todas las indicaciones.

Con este ejercicio se reflexiona sobre el quehacer y la responsabilidad que tenemos, como enfermeros y profesionales de la salud, ante estas mujeres, y la imperiosa necesidad de tomar en cuenta sus emociones y construcciones sociales y culturales ante el proceso salud/enfermedad/atención.

## 4.2 Experiencias de atención con profesionales de la salud

*“Ay, maldita suerte la mía” Guadalupe*

La finalidad de este apartado es describir las construcciones socioculturales de género que se forman en torno a la experiencia de una mujer en su atención con profesionales de la salud, después de ser diagnosticada con VPH. Reconstruir estos trayectos permite analizar cómo viven su proceso de atención frente a un padecimiento, reflexionando sobre las construcciones socioculturales de género para identificar las prácticas de discriminación, relaciones de poder, violencia y estigma que la sociedad y los profesionales de la salud apuntan hacia las mujeres.

Antes de iniciar este análisis, me gustaría recordar nuevamente al lector la reflexión que hace Lejarraga sobre las concepciones en torno a la salud, las cuales informan, de manera profunda pero no expresada, sobre la forma en la que tanto los profesionales de la salud como la mayoría de la gente conciben la salud y la enfermedad. Entonces, de acuerdo con Agustina Lejarraga:

La enfermedad se construye a través de un vínculo médico-paciente en el que se generan roles y expectativas de cumplimiento mutuo. La medicina es una respuesta de la cultura para legitimar la condición de enfermo en alguien que no puede continuar cumpliendo sus roles habituales. Hay escuelas que consideran la enfermedad como una desviación legítima en cuanto se asuma que el paciente no es responsable de su propia dolencia; si se asume responsabilidad, esa enfermedad pasa a considerarse una desviación ilegítima con una fuerte condición moral peyorativa (Lejarraga, 2004:271).

Del párrafo anterior, deriva la importancia de observar el análisis que se realiza en esta investigación, pues hay profesionales de la salud que siguen culpando al paciente de sus padecimientos y eso inmediatamente modifica las formas de

atención. Por ejemplo, como cuando mencionan que el usuario gordo merece sus dolencias pues “no se quiere” y “no se cuida”; “si se cuidará no estaría así”. Estos son discursos que reproducen el estigma que profesionales de la salud justifican cuando proporcionan un mal trato. Entonces, se responsabiliza al paciente y no se profundiza en las mil razones por las que su situación de salud puede estar limitada. Por tanto, es más fácil culpar que tomarse el tiempo de saber más sobre su situación.

**a) Perfil descriptivo de las mujeres entrevistadas**

**Tabla 4. Características de la población en estudio**

No.	Pseudónimo	Edo. Civil	Escolaridad	Diagnóstico VPH
1	Zulema	Casada	Licenciatura	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH
2	Tabata	Soltera	Licenciatura	Verrugas y lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH
3	Constanza	Soltera	Estudiando doctorado	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH
4	Melisa	Soltera	Licenciatura	Verrugas debido a VPH
5	Guadalupe	Unión libre	Maestría	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH
6	Leslie	Soltera	Licenciatura	Verrugas en la vagina debido a VPH
7	Edna	Soltera	Licenciatura	Clamidia y Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH
8	Ariadna	Casada	Maestría	ASCUS, VPH bajo riesgo

9	María Isabel	Soltera	Licenciatura	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH, Candidiasis
10	Tere	Soltera	Estudiando doctorado	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Cambios citopáticos asociados a infección por VPH, úlceras en el cuello del útero
11	Ana	Soltera	Estudiando doctorado	Verrugas en la vagina debido a VPH
12	Alex	Soltera	Estudiando doctorado	Verrugas, tiene al menos 2 tipos de VPH oncogénicos, lesiones de segundo grado dos veces
13	Claudia	Soltera	Licenciatura	Verrugas en la vagina debido a VPH

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos analizados de las entrevistas.

Por consiguiente, se realizaron entrevistas de abril a diciembre de 2020 a 13 mujeres que tuvieron un diagnóstico de VPH afirmativo, con apoyo de la guía de entrevista semiestructurada anexa en los apéndices de este documento. Las edades de las mujeres oscilaron de los 23 hasta 46 años con promedio de 30 años (mujeres en edad reproductiva). Fueron 10 mujeres solteras, 2 casadas y 1 en unión libre; 6 con estudios de licenciatura, 1 ingeniería, 2 con maestría y 4 estudiantes de doctorado, lo que se traduce en, mujeres con un nivel económico y educativo medio y alto. Además, 10 trabajan, 8 son originarias de Aguascalientes, 2 de la Ciudad de México, 2 del Estado de México y una de San Luis Potosí. 8 viven Aguascalientes, 4 en la ciudad de México y una en Europa (lo cual ayudó a poder hacer algunas comparaciones con los sistemas de salud según la experiencia de Ariadna).

Así mismo, las mujeres entrevistadas obtuvieron resultados diagnósticos de 8 Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado con cambios citopáticos

(LIEBG)<sup>3</sup> asociados a infección por VPH, 6 presentaron verrugas o condilomas asociados al VPH y una lesión de segundo grado (NIC II)<sup>4</sup>, es decir la mayoría (excepto una) tuvieron diagnósticos con sintomatología que se pueden controlar si se lleva un protocolo de atención adecuado de seguimiento. El inicio de vida sexual activa fue de 14 a 26 años (18 años edad promedio), Papanicolaous de 1 hasta 18 (5 promedio), número de parejas sexuales desde 1 hasta 23 (10.8 en promedio), sobre este dato algunas mujeres no quisieron dar la información exacta, pues mencionaban que no se sentían cómodas diciéndolo.

Las fechas del resultado de VPH varían desde 20 años atrás hasta 3 días antes de la entrevista (lo que apoyó para identificar que no hay mucha diferencia en las experiencias de las mujeres entrevistadas con respecto al padecimiento en los últimos 22 años). 11 de esos resultados fueron a partir del 2015 al 2020, menarcas de los 10 a 16 años siendo más común a los 11 años; todas cuentan con seguro social, ya sea IMSS o ISSTE (atención sanitaria pública) y 5, además, cuentan con seguro de gastos médicos (atención sanitaria privada); 8 mujeres no han tenido hijos, 5 mujeres tienen un hijo (a), dos mujeres tuvieron al menos un aborto. Alex estaba embarazada cuando le diagnosticaron el VPH. María Isabel cuenta que experimentó un episodio de abuso sexual cuando era niña. Además, en el momento de la entrevista, externó que hacía pocos meses había vivido un encuentro de tipo sexual en el que, sin su consentimiento, fue penetrada sin preservativo. Dichos episodios violentos le hacen difícil atravesar el proceso de salud/enfermedad/atención, pues las citas con el ginecólogo le provocan estrés, entre otras situaciones que se desarrollarán más a profundidad en la siguiente subcategoría de análisis.

---

<sup>3</sup> Área de células anormales que se forma en la superficie de ciertos órganos, como el cuello del útero, la vagina, la vulva, el ano y el esófago.

<sup>4</sup> Se encuentran células moderadamente anormales en la superficie del cuello uterino. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/lesion-escamosa-intraepitelial-de-bajo-grado>

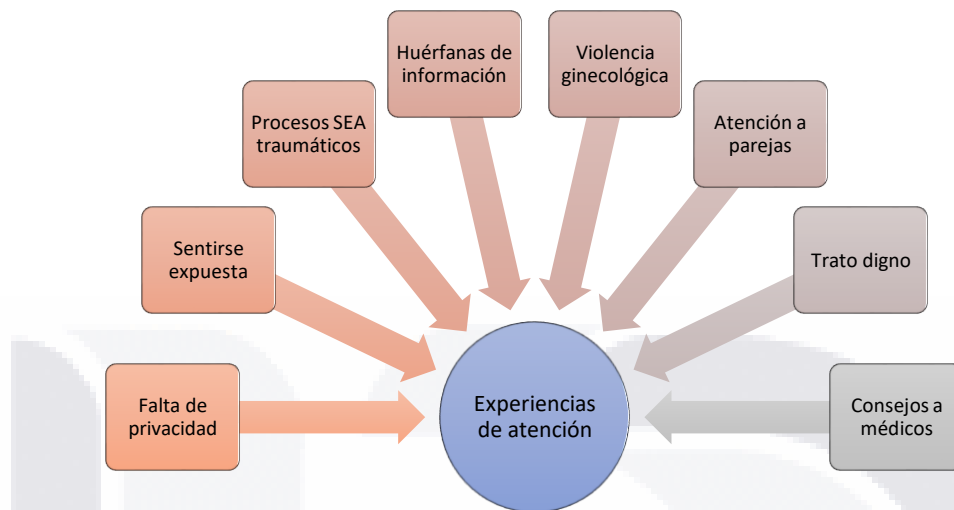
Sobre los tratamientos, a Guadalupe y Zulema les hicieron crioterapia hace 20 y 13 años antes de la entrevista, a Tere y Ana también les hicieron este procedimiento cuando tenían 20 y 17 años, muchos años antes de que les dieran el diagnóstico de VPH (lo que hace notar que ellas no supieron su diagnóstico, pero se puede deducir -por los datos brindados en las entrevistas- que se trataba de VPH desde esas edades. Esta problemática las pone más en riesgo, pues no llevaban un control como lo hacen las mujeres después de enterarse del resultado de VPH); a 5 mujeres les hicieron tratamiento químico con ácido, a Ariadna le hicieron tratamiento con láser para eliminar las verrugas (lo que se deduce que son los procedimientos más utilizados actualmente), a Constanza y María Isabel sólo les pidieron mejorar su estilo de vida (les dieron educación para la salud, consejos médicos); a Alex le han realizado dos conizaciones cervicales después de su resultado de NIC II. Ella estaba embarazada al momento del diagnóstico y su médico le comentó que esto pudo influir en el desarrollo de las lesiones neoplásicas, debido a que puede disminuir la efectividad del sistema inmunológico de la persona durante el embarazo (*Genital Warts During Pregnancy | American Pregnancy Association, n.d.*).

### **b) Experiencias de atención.**

*“Tengo un problema con el sistema médico porque, digamos que me han fallado varias veces, ¿sí? Me han fallado varias veces.” Guadalupe*  
*“Porque todos son así como robots.” Ariadna*



### Esquema 11. Subcategoría Experiencias de atención



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

En esta subcategoría se analizan las experiencias de las mujeres sobre la atención que recibieron de los profesionales de la salud, a partir de su diagnóstico y tratamiento.

#### Falta de privacidad y sentirse expuesta

En la etapa del diagnóstico, como ya se mencionó antes, se realizan pruebas, una historia clínica y valoración completa de la paciente para identificar las posibles enfermedades que la aquejan. En el caso del diagnóstico de la infección por VPH, es necesario realizar pruebas de laboratorio como la citología cérvico-vaginal o Papanicolaou, la colposcopia, las pruebas de identificación del ADN, tipificación y biopsias; todo ello dependiendo de la sintomatología o lo observado en la exploración del cuello del útero en la colposcopia. Estos procedimientos se recomienda realizarlos a partir del inicio de la vida sexual en la mujer o a los 25 años, lo que ocurra primero.

La toma de las muestras para citología, colposcopia o biopsia se realiza colocando a la paciente en posición ginecológica, es decir, recostada en una mesa de exploración descubierta de la cintura para abajo, con las piernas separadas y expuesta su vagina, pubis y ano. Estos procedimientos son invasivos, incómodos y vergonzosos para la mayoría de las pacientes pues se expone una parte íntima de su cuerpo (Acosta et al., 2013; Aranda, 2010; Urrutia et al., 2008). A continuación, un ejemplo.

Yo estaba como muy temerosa de que tuviera... porque te hacen exámenes así de SIDA o sea de todo, entonces yo estaba como muy temerosa porque a demás nunca me había hecho exámenes así tan profundos y la experiencia en sí misma, o sea el tomarme las muestras en general, mis experiencias con médicas y médicos cuando te meten el pato y todas estas cuestiones, siempre, aunque ellos te van avisando o sea "voy a hacer esto" "¿Esto te duele? ¿Te incomoda esto?" Te van preguntando, pues en sí mismo por ejemplo la postura o sea como que todo, la iluminación, el asiento frío, o sea como que toda esa experiencia corporal sensorial siempre me ha parecido muy fría, literal y distante entonces pues claro aunado el temor por las expectativas que tenía. Tere

Cabe señalar, que la confidencialidad es un elemento importante para crear confianza entre los profesionales de la salud y las mujeres. Sobre esto, algunas mujeres entrevistadas vivieron situaciones de falta de privacidad, lo cual hace más difícil para ellas un proceso de salud/enfermedad/atención (SEA).. Investigaciones demuestran que, algunas barreras para que los esfuerzos de las políticas sanitarias preventivas funcionen de manera adecuada, están relacionadas con el poco cuidado con la exposición del cuerpo, falta de privacidad, intromisión de la intimidad y la incomodidad que viven las mujeres durante sus procesos de atención sanitaria (Giraudó et al., 2006; Urrutia et al., 2008; Wiesner-Ceballos et al., 2006), algunas mujeres externaron lo siguiente

sobre este tema:

Este... la experiencia pues para mí fue un poquito como traumática porque creo que no se supo manejar de la forma más discreta o más humana, digamos, porque ... desde que llegué pues las recepcionistas como que vi que me señalaban de alguna manera, y como que entre ellas hablaban, de ¡Ay!, ¿es ella, no? pues a mí como paciente me asustaron, me inquietó mucho esa actitud y cuando ... el doctor, pasé a que me diera los resultados, pues también fue muy duro el doctor.  
Zulema

Las clínicas hospitalarias para mí siempre han sido como lugares poco "cobijosos" digámoslo así ¿No? Con cierta distancia, como distanciamiento corporal, pero también con distanciamiento afectivo digámoslo en esos términos en este caso particular era ginecólogo hombre, era una clínica particular, a demás yo estaba pagando el servicio, no era una clínica estatal ni nada así clínica así pues y aunque el chico, el médico parecía como muy respetuoso, educado, siempre me sentí en un espacio bastante poco íntimo, no sé como más nombrarlo.  
Tere

En relación con la experiencia del diagnóstico y la atención de los profesionales de la salud, otra entrevistada, Guadalupe, señala que, como fue a un hospital público, y de ante mano sabía que esos hospitales son de enseñanza, le tocó que muchos estudiantes entrarán a ver su exploración vaginal, pero no le pidieron su consentimiento ni le preguntaron si estaba de acuerdo. Esto fue lo que comentó:

"Nada más de repente era "Juanito, doctor Pancho, doctor no sé qué,

pásenle” Y yo así de “Sí, gracias, Guadalupe para todos” Este sí... digamos que esa fue una de las cosas que no fue cómoda, porque no nada más que llamaran a la gente, nada más creo que me dijeron “va a entrar un médico a ver” y yo “sí, bien”, uno, dos, tres, veinte... Y dije “Bueno ya, ya estoy aquí”. Digo, para mí no fue tan incómodo porque sí tengo esta idea de aportar de cierta manera, pero me imagino que para otras mujeres que no.”

Entonces, yo ya sabía que, además, finalmente, va a sonar raro, pero pues que te esté viendo medio mundo ahí y que estén moviendo tu pedacito de piel, ahí, de biopsia, pues también al mismo tiempo ayuda a otras mujeres, estás colaborando de algún modo a que las mujeres que lleguen en un futuro, que esos médicos que te están viendo y moviendo, en lugar de que estén tres minutos son como quince, en lo que llegan todos a ver, pues sabes que al final de cuentas, también otras mujeres se van a beneficiar de ese aprendizaje. Guadalupe

“... pues estás ahí toda expuesta, ¿no? Inmóvil y llegan y “¡Vengan a ver! ¡Vengan a ver”, y ahí va medio mundo a verte, y dices “no, bienvenidos, aquí está mi cola” Guadalupe

Constanza también opina sobre el asunto.

“Y sentía que... que... te pasan a un cuartito, donde, donde, te, te ven lo más íntimo de ti, eh... estás de verdad súper, estás incómoda. No es doloroso lo que te hacen, pero es incómodo porque estás exponiéndote estás... estás así enseñando tu intimidad a personas que no conoces y, y es como: “La que sigue”, este... “Sí, sí, límpiele aquí” Eh... “¡A ver! ¡Póngase aquí, suba aquí!” Ay, Dios mío, ¡o sea, soy una persona!” Constanza

Indiscutiblemente, gracias a la perspectiva de género se pueden identificar, a través de sus experiencias, las desigualdades con relación a la salud y los elementos que determinan el bienestar o el malestar de las mujeres, ya que como lo expresan Sayavedra y Flores, en nuestra sociedad ser mujer es un riesgo para la salud pues, como se identifica en esta investigación, a las mujeres se les etiqueta y estigmatiza por sus comportamientos sexuales cuando se sabe de un diagnóstico afirmativo a VPH. Esto también sucede en la atención que los profesionales de la salud proporcionan.

### **Procesos SEA traumáticos**

Los procesos de salud/enfermedad/atención (SEA) de algunas de las mujeres fueron traumáticos pues mencionan que los médicos no tenían empatía al momento de enterarlas de su diagnóstico o tratamiento, al grado de dar opciones difíciles de comprender y sin tratar de sopesar la información, lo que hacía sentir a las mujeres más preocupadas e incómodas.

Este, yo iba sola, y sí, me dijo que ... me dijo que tenía una enfermedad, la verdad yo ni siquiera sabía qué era eso y pues partiendo de que hace 13 años, pues no estaba la tecnología como ahorita, pues uno no era tan fácil que conociera, ¿no? Entonces, pues este, él me dijo que tenía esta enfermedad, que tenía papiloma y que iba en un grado, como en una fase tres, que estaba a punto de volverse cáncer, y que tenía tres opciones. Me dijo la primera es que le saquemos la matriz ... la segunda que le hagamos como un corte como en cono, o algo así me dijo. Si no, para mí fue muy ... triste (empieza a llorar y se le corta la voz). Zulema “Es todo un viacrucis.” Alex

Creo que el trato fue muy frío, fue como de “Bueno, a ver, siéntate” y

quítate la ropa y siéntate ahí y “a ver, abre las piernas”, como que forcejeaba mucho, no sé, yo de verdad, no sé si yo estaba muy vulnerable o algo, pero sí sentí como su trato muy hostil. Leslie

Bueno, fue muchísima información en aquel tiempo y también un poco traumático que, en un momento dado, quise como borrar todo de la mente. Ariadna

Entonces, yo le dije, “pero si me lo acaban de hacer hace seis meses, ¿por qué yo todavía tengo?”, y... no pues no sé, que sabe qué, vamos a hacer otro laser, o sea, en digamos... en un lapso de un año me hicieron dos láseres, entonces sí fue como “Uy” como muy traumático porque el segundo fue más largo, hubo un momento en que, pues sí me lastimaron, pues los riesgos que hay, ¿no? Yo me sentía como una basura. Ariadna

Estas situaciones provocaron desconfianza en los médicos y en el sistema de salud público, por lo que varias mujeres decidieron ir a consultorios privados, lo que puede mermar en la economía de los implicados y en su estabilidad emocional y, por ende, en su pronta recuperación (Rangel Esquivel, 2009).

Entonces, así como que tuvimos desconfianza y fuimos a otro lugar privado para que se lo hicieran y entonces ahí ya le dijeron y le dieron medicamento que estuvo tomando por 4 meses y luego ya volvió a hacerse el estudio y ya salió negativo. Pero efectivamente, digamos, él fue positivo para los mismos que yo tenía y uno más, uno más que yo no tenía. Pero nos pusimos necios a buscarlo, pero ahí en el Hospital General fue, yo le dije: “A mí, me preocupó mucho, porque tú me tienes confianza y todo, pero imagínate que le digas esto a un señor violento o a un señor que tiene... este... machista que golpea a su mujer pues igual está la mata porque los médicos tienen, así como una jerarquía y no

puedes decir eso... no puedes decir soltar esas palabras de esa manera, puedes generar cosas muy muy malas. Guadalupe

Pues si hablan así de “¡Ay hoy me tocó una vagina muy fea!” “Hoy me tocó una vulva, blablablá” bueno y ni siquiera hablan de vulvas, como que hablan de vaginas, y así o sea pues no, como que no me dan confianza ya sé que son los mismos que tienen consultorio privado por fuera, pero si no sé. María Isabel

Pues es complicado encontrar doctores serios. Claudia

¡Ay no! Es que no sé, pero tengo una sensación de que los hombres no deben de ser ginecólogos, yo lo que he sabido de experiencias de amigas con hombres son desagradables, en general. Claudia

### **Huérfanas de información**

Anteriormente, en el apartado de marco teórico y dentro del análisis de las categorías teóricas, se abordó el tema de la sexualidad femenina invisible, en la cual se hizo alusión al término huérfanas de información, con la finalidad de hacer notar cómo las mujeres -a lo largo de la historia- han vivido serias implicaciones en sus vidas en general y en su sexualidad en particular por distintos fenómenos (Valls-Llobet, 2008), lo que provoca que las mujeres tengan poco acceso a la información o que ésta sea confusa. Por ejemplo: las indicaciones de los procedimientos son poco claras o insuficientes, lo que se les menciona que sentirán durante los procedimientos no se acerca a la realidad, algunos doctores no mencionan que el VPH es una infección de transmisión sexual para evitar el temor y estigma que genera el virus, además de que piensan que así minimizan las preguntas de las pacientes y las posibles repercusiones de pareja (Arellano G. & Castro V., 2013; Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014; Wiesner et al., 2009), lo que favorece a la incertidumbre e impacta

negativa y psicológicamente a partir del miedo y la angustia de las mujeres que viven con VPH (Acosta et al., 2013; León-Maldonado et al., 2014; O'Connor et al., 2014).

O sea, de verdad yo pensé “si esto es por un puntito, ¡diosas! Qué pasa cuando hay algo más”. Guadalupe

No, no me quedo claro nada. O sea, la verdad es que más bien, mmm sentí como que me angustio, nada más. Zulema

A mí sí me dolió mucho. No sé si yo no soy muy tolerante al dolor. El doctor lo único que, tal vez yo mejoraría es que él me dijo: “unas dicen que duele, pero pues no es mucho, y yo dije pues el cómo sabe ¿verdad?”. Pero a mí sí me dolió, o sea, no sé si eran los nervios o qué, pero pues es ... se siente raro, o sea sí sientes, yo sí sentí dolor. Zulema

Una de las necesidades sentidas de las mujeres entrevistadas fue la de requerir más información de parte de los profesionales de la salud, tanto de la enfermedad misma, de los tratamientos y principalmente de los procedimientos que les iban a realizar, pues consideran que no fue suficiente la información con respecto a lo que sentirían, pues no era cercana a la realidad que vivieron:

... aunque te dan la explicación de “vas a sentir tal cosa”, en realidad no se acercó, o sea, eso que me dijeron que iba a sentir fue una de las quince cosas que sentí. No fue todo, nada más fue como “vas a sentir calor en las orejas” Pero nunca me dijeron que frío en los pies. Guadalupe

... si me hubieran dicho “¿Cuál ha sido tu peor cólico de la vida? Bueno, diez veces” Y ya más o menos sabes cuál va a ser el dolor y sabes qué



esperar y cómo prepararte también para ese dolor, porque pienso que, si te avisan antes tú ya te preparas de alguna manera, tu cuerpo se prepara, tú ya estás dispuesta a sentir el dolor. Guadalupe

No te dicen nada, te lo dicen como.... ¿Cómo decirlo? Es curiosa la información que te manejan como paciente. Ariadna

Entonces, eso sí fue como, como complicado porque ir descubriendo los dolores pues no está tan lindo, ¿no? O sea, te va sorprendiendo el dolor. Guadalupe

O sea, no tienen maldita idea de lo que vas a sentir, porque eran, desde ese momento tuve cólicos brutales, o sea, fueron unos cólicos terribles, o sea nunca me dijeron que iba a tener estos cólicos tan fuertes, en el momento en que estaba ocurriendo. Guadalupe

Es como ardor, no sé, pero yo sentía como si me inflaran, no sé si porque al principio a lo mejor agarra como aire, pero ... lo que recuerdo es que hasta me chillaban los oídos, como de que me subió la presión, o sea si me dolió, yo dije hay porque no me dijeron que me tomará algo. Zulema

... fueron hombres los que me hicieron el procedimiento, entonces, cuando te explican qué vas a sentir, en realidad no tienen idea de lo que vas a sentir. O sea, no tienen maldita idea de lo que vas a sentir. Guadalupe

Como se refleja en el extracto anterior, es muy importante que el personal de salud proporcione información sobre los procedimientos, ya que la incertidumbre y la angustia no las prepara para el dolor o la incomodidad.

Fue como... pues, además, como me habían hecho la biopsia ese mismo día, pues lo que me dijeron es “vas a sentir como tus orejas calientes”, bueno yo sentí que me iba a explotar el cerebro ¿sí? O sea, dijeron, “vamos a poner, vamos a ir subiendo... vamos a ir bajando la temperatura no sé qué tantos grados, no sé qué tanto” y yo “Ah, sí” y “vas a sentir un poquito de presión en los oídos” y yo “Ok”, no yo sentía que me iba a explotar la cabeza, yo la sentía caliente, hirviendo, o sea, y pues fueron como varios, como varios momentos de frío/ calor, frío/ calor, o sea, frío, temperatura normal, o sea, fueron como tres o cuatro y ya en la última yo decía “ya por Dios”. Guadalupe

Algo que me pareció desagradable fue el proceso. Me hicieron la crioterapia y ... sí me dijo el doctor que iba a estar como saliéndome como un líquido. Pues no, más bien parecía como si me hiciera de lapipí. Entonces, para mí fue desagradable, que no sabía qué tanto, no sabía que iba a ser tanto. O sea, yo tuve que seguir yendo a trabajar y eso, pero si traía mis toallas grandes, sin embargo, como dos veces, me mojé completamente como si me hubiera hecho del baño y pues en la calle. Bien incómodo y muy vergonzoso. Muy vergonzoso pues no era un reflejo, era algo que estaba saliendo y eso me pareció muy incómodo, la verdad es que si pasé como la vergüenza. Zulema

### **Violencia ginecológica**

La violencia ginecológica es otra forma de violencia de género y son “todas aquellas prácticas realizadas por miembros del equipo de salud que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, la transformación de procesos naturales en patológicos, la denegación de información o tratamiento, cuestiones todas ellas que pueden derivar en la pérdida de autonomía de las mujeres y/o

capacidad de tomar decisiones libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad" (Cárdenas Castro et al., 2020:188), Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud se capaciten constantemente con la finalidad de atender a las mujeres sin hacer daño o revictimizarlas, pues pueden ser "estigmatizada por su orientación sexual, identidad de género o modo de vida, cuando se viola su privacidad o cuando el acceso a una atención adecuada queda condicionada a su edad, nacionalidad, condición marital, étnica, social, cultural, económica o de cualquier otro tipo" (Chejter, 2015:12).

En el caso de algunas de las mujeres entrevistadas, ellas comentaron situaciones que se podrían catalogar como violencia ginecológica, por ejemplo:

Intenté ir con un ginecólogo que aquí me hizo la prueba cuando tenía ya 8 meses de diagnóstico y no me sentí tan cómoda con él, es... como que de pronto recargaba su mano en mi pierna y no me sentí cómoda si de por si no es como que me sienta muy cómoda y me toquen, bueno dependiendo de la persona y como con el sentimiento, no se depende como de muchos factores como el que me toquen, pero si o sea como que recargo su mano en mi pierna y no me agradó, o sea me acuerdo en específico que hizo eso y no me agradó, no me sentí cómoda y no quise volver con él. María Isabel

"Yo decía "soy nulípara, por Dios" Cuando me lo pusieron yo sentí que... también sentí que me iban a reventar los ojos o que me iban a sacar una muela por la cola, o sea, horrible fue traumático." Guadalupe

"Estaba también tratando de encontrar a una doctora de confianza, porque mis malas experiencias han sido aquí. Hace un par de años fui con un doctor... empezó a platicar pues porque también tengo relaciones sexuales con mujeres... y empezó a hacer mucho énfasis en que: "Pero

¿por qué otra mujer?” y “Ay, es que mi esposa me pidió intentar con una mujer” y yo: “¿¡Qué!?”. Claudia

En otro aspecto a mencionar, la mayoría de las mujeres entrevistadas prefieren la atención en salud de una mujer que de un hombre, las razones son variadas (Cecilia Tamburrino et al., 2007; *“Prefiero Ver Una Ginecóloga”; Mujeres Evitan Consultas Con Médicos Varones | La Silla Rota*, n.d.). Algunas buscan empatía y sensibilidad ante su situación y las mujeres profesionales se ajustan a sus necesidades pues piensan que son como ellas y las pueden entender. Es común que muchas de las pacientes se sienten más nerviosas al momento de exponer sus cuerpos y zonas genitales a hombres pues se sienten vulnerables. Esta sensación puede ir disminuyendo a medida de que las consultas son más regulares y que existe una mayor confianza de las pacientes hacia los profesionales de la salud, también puede disminuir cuando los especialistas en ginecología realizan sus exploraciones con carácter no erótico, es decir, no sexuales, en beneficio de la paciente y comodidad. Además, independientemente de todo lo anterior, la carga y significación sexual que la sociedad imprime en la mujer existe y se aprende desde pequeñas. Lo anterior va de acuerdo con la siguiente cita:

Los sucesivos encuentros y cambios de profesionales pueden interpretarse como intentos continuos de acomodarse en diferentes posiciones, encontrar una figura médica que reduzca la ambigüedad, establecer vínculos con profesionales donde se distingan claramente los límites, o donde situaciones externas fijen las fronteras de la relación. Este manejo implícito de la contradicción que genera la consulta permite en ocasiones explicar la preferencia de género del especialista (Cecilia Tamburrino et al., 2007).

De esto deriva la importancia de que hombres y mujeres profesionales de la

salud proporcionen atenciones sin violencia ginecológica. Dos ejemplos de narraciones donde se describe que prefieren la atención de mujeres y no de hombres se muestran a continuación:

No es lo mismo que te vea un hombre para tener relaciones, para darte placer, que te vea un hombre que te va a estar revisando algo... que te va a estar revisando tu parte... tus partes íntimas." Melisa

"Y he tenido experiencias donde sí me ha llegado a incomodar, me pasó con un médico hombre... y fue eso, que no me inspiró la confianza desde el momento en que lo percibí, pero generalmente pues por eso he tratado de ir con más mujeres, porque creo que también son más empáticas en estas situaciones. Claudia

### **Atención médica a las parejas de mujeres que fueron diagnosticadas con VPH**

Regularmente los médicos no piden estudios a las parejas de las mujeres con VPH, lo que angustia a las mujeres pues tienen miedo de volverse a contagiar, además de que se sienten frustradas pues piensan que a los hombres no les interesa, pues no les afecta.

Yo pues le dije que no iba a estar con él en la intimidad hasta que él se checara. Así que fue con un urólogo, pero pues no tenía nada. O sea, nada más le hizo una revisión física y pues no tenía nada. No le hizo exámenes. Zulema

Pues me dio un poco de coraje porque como que creo que le dijo que la prueba era dolorosa o algo así y que pues no se veía que tuviera síntomas y pues que no se lo recomendaba. Zulema

Esto reitera que, a pesar de que los hombres son portadores y transmisores del virus, no se les invita a responsabilizarse, por el contrario, se les excluye de las visitas al médico y de los procedimientos con la ligereza de decir que eso no les incumbe, pues no les afecta directamente. Mientras esta situación se siga manejando así, las mujeres seguirán siendo relegadas y sus procesos de SEA serán complicados.

### **Trato digno de los médicos, diferencia atención versus desatención**

El trato digno implica proporcionar una atención de calidad en salud, con información adecuada y condiciones de atención equitativas, es decir, sin discriminar ni violentar. Es necesario hacer conciencia en el personal de salud sobre la importancia de proporcionar ese trato digno y equitativo, pues de esto dependen muchas de las decisiones de las mujeres que inciden directamente sobre su recuperación y/o calidad de vida (León-Maldonado et al., 2016). En los anteriores ejemplos de este análisis se pudieron identificar casos de desatención o mala atención de los profesionales de la salud, lo que hizo sus procesos dificultosos. Ahora bien, en contraste, se presentan citas donde las mujeres entrevistadas comparten experiencias de trato digno:

Entonces cuando te encuentras a estas ginecólogas, bueno, a mí, en mi caso han sido mujeres, ¿no? Que te enseñan que hay otra forma de tratarte, ya no tienes temor de ir a hacerte los estudios.” Guadalupe

“En mí, en mi experiencia, son médicas las que me han... digamos, me han ayudado a quitar un montón de estigmas, a darme información...”  
Guadalupe

“Estaba una voz de un experto diciéndome: “Tranquila, esto es normal y

lo tuyo se puede tratar.” Entonces ahí fue como extraño, como confirmarlo, pero al mismo tiempo relajarme.” Edna

“Afortunadamente, yo tuve un acompañamiento con parteras y el tema del virus del papiloma humano se aborda de otras formas.” Tere

“Ver al doctor me ayuda, o sea, como que me amortigua mi tristeza, mi preocupación porque pues yo lo veo tranquilo, me dice vas bien, vas bien, y pues si realmente estoy confiando mucho en él.” Alex

“Me siento inmensamente feliz de que encontré a este ginecólogo porque yo de verdad me sentía como dividida.” Ariadna

“Diablos, o sea, ¿qué piensan los médicos? ¿Qué piensan que tratan qué? ¿Vacas? O qué” O sea, no, yo creo que hasta a las vacas las tratan mejor.” Ariadna

### **c) Estigma de profesionales de la salud hacia las mujeres**

Las infecciones de transmisión sexual son sometidas a acciones de fiscalización y estigmatización de la sociedad con la finalidad de que se cumplan las normas legitimadas por la propia sociedad (Arellano G. & Castro V., 2013). Lo anterior no excluye a los profesionales de la salud, pues estos también se encuentran inmersos en el imaginario social. En esta investigación, se pudieron identificar narraciones de mujeres que dicen sentirse cuestionadas, juzgadas y como merecedoras de un castigo por los médicos que las atendieron coincidiendo con otra investigación (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

Así, por ejemplo, cuando Guadalupe le pide a su pareja que se realice pruebas y le den el respectivo tratamiento para VPH, al no encontrar nada “malo” en él,

los médicos le hacen saber que es muy probable que lo estén engañando:

No pues no tiene nada, señor, usted no tiene nada... Seguramente su esposa está teniendo relaciones con otra persona y entonces lo engañó”. O sea, lo engañó en el sentido de que no solamente le puso el cuerno sino, lo engañó y le dice que fue usted, pero la que la tiene es ella y ella se lo pegó a usted.

Entonces, mi pareja les dice “Es que no, porque, o sea, no... yo fui la primera persona en su vida sexual, ella no puede, o sea, no, no hay forma y tenemos 3 meses, o sea, no hay forma y entonces él se puso, así como “Necesito que me digan porque nosotros queremos tener una vida sexual chida, y no la vamos a tener si yo no le puedo garantizar a ella que no soy portador”

También se presenta estigma de los profesionales hacia las mujeres que viven con VPH por el número de parejas sexuales:

Es que ustedes no entienden. ¿Cuántas parejas sexuales a tenido? Es que las jovencitas, este, ... pues como que no, no entendíamos. Que porque, era por promiscua, ¿no? Y yo le dije que pues eh ... incluso le dije que, que yo vine con usted para, o sea buscar justamente no embarazarme, pero no por eso quiere decir que yo tenga muchas parejas ¿no? Y bueno, pues yo salí llorando de ahí, para mí fue una experiencia muy desagradable, porque pues no sentí que me orientara en realidad sobre lo que ya después tuve que investigar qué era la enfermedad. Zulema

Mmm, le bajo, sí le bajo. Pero yo ya estaba llorando. O sea, ya me trató, así como de no a ver , pero déjeme le paso el teléfono de un amigo y que la atienda, y que no sé qué, pero ... pues digo, no sé si tenga que



ver que era un señor ya ... de unos 70 años, un señor grande, si puede ser que... bueno no que lo justifiquemos, pero... Sí, pero me parece que a lo mejor no estaba muy bien informado también él. Zulema

“Me pareció machista. Este ... pienso que se deberían abocar a, a darte la mayor información sobre el tema y a preguntarte si tienes dudas y a contestarlas. Y si ellos tienen algún comentario, alguna apreciación, pues si uno no se los pide, no tienen por qué darte esas recomendaciones o decirte su opinión respecto ... a que si tú, de seguro te pasó esto por eso o por aquello, o sea, me sentí como denigrada y este ... pues muy asustada. Y yo creo que un doctor debe de, primero, o sea, no nada más pensar en que te tiene que informar, sino, tener tacto. O sea, tener tacto y respeto porque de hecho yo ahorita que ya soy ..., pues tengo otra edad, estoy más grande, no permitiría que me tratarán así otra vez. Entonces se me hace que, pues sí fue ... este, se excedió.”  
Zulema

Acerca del tema del género y la salud, con respecto a las prenociones o preconcepciones, Guadalupe reflexiona sobre el juicio que algunos médicos ejercen sobre las mujeres; esto coincide con lo reportado en algunas trayectorias de atención de mujeres con VPH, que mencionan el cuestionamiento constante de sus sistemas de creencias y el “deber ser” como mujer (López Pacheco et al., 2020; Palacios Rodríguez et al., 2016).

... y también como esta cuestión de cómo cierto juicio de... no digo que todos los médicos hombres, pero en mi experiencia han sido ginecólogos hombres que tienen una cuestión de juicio de tus prácticas, una cuestión de juicio de tu autocuidado, también, ¿ajá? Como que “Ay ¡¿Cómo que no sabes qué tienes?!” No, pues aun cuando tengas doctorado, ¡no sabes! Guadalupe

Sientes que te puede juzgar, aunque el personal médico diga “yo no juzgo”, yo siempre he dicho que hay cosas que tienes en la cara que no puedes evitar.” invisibilizaba otra serie de factores y de entrada al compañero o al otro compa que estaba en esos momentos conmigo, le valía muchas cosas. Entonces, de pronto el discurso médico sí nos responsabiliza a nosotras más, en muchos sentidos: por no cuidarte, por acostarte con quien se te dé la gana, por no estarte haciendo los chequeos cotidianos, no hay una, hay un constante, pero al mismo tiempo nos infantiliza. Tere

La palabra “castigo” sale a relucir en la entrevista, pues para Guadalupe la forma en como algunos médicos tratan a las mujeres alude a un castigo por las prácticas “inadecuadas”:

Porque pudiendo hacerlo más amable, menos traumático para nosotras, usan todo el procedimiento doloroso como una forma de castigo. Yo de verdad que me imagino que es hasta de castigo, porque no sabemos los valores éticos y morales que tengan. Guadalupe

Además, se coincide con Sontag que menciona que:

Cualquier forma de desviación social puede ser considerada como una patología... Toda patología puede ser enfocada psicológicamente... Mientras que la primera pareciera aliviar el sentimiento de culpa, la segunda lo reafirma. Las teorías psicológicas de la enfermedad son maneras poderosísimas de culpabilizar al paciente. A este se le explica que, sin quererlo, ha causado su propia enfermedad, por lo que se le está haciendo sentir que bien merecido lo tiene (Sontag, 2019:70).

Con respecto al punto anterior, la misma Sontag menciona que:

“Opiniones tan descabelladas y peligrosas no solo descargan sobre el paciente la responsabilidad del mal que le aqueja, sino que, además de impedirle comprender la gama de tratamientos posibles, lo apartan implícitamente de todo tratamiento. Se da por sentado que la cura depende en primer término de la capacidad de amor propio del paciente, de hecho, muy puesta a prueba ya, o muy debilitada (Sontag, 2019:59).

Otro ejemplo, es cuando una de las mujeres entrevistadas quiso donar sangre y, aunque no mencionó que tenía VPH, se sintió estigmatizada por el personal de salud porque le dijeron que si había tenido más de dos parejas sexuales en los últimos cinco años no era buena su sangre:

Y entonces ahí como que yo sentí como que estigma, pero como que por eso lo refrasée y dije, pues es que no fue estigma porque ni siquiera mencioné lo del VPH, pero como que te recuerdan constantemente que tú no eres pura, de alguna forma. Entonces, digamos que a raíz del VPH cambió un poco esa forma de auto percibirme como limpia o no limpia, como pura o no pura, porque eso te hacen sentir, o sea, como ahí literal el contexto es la sangre, pues sí dices: “Ah, mi sangre no es pura, mi sangre no es digna de ser donada.” Edna

“No doné, me rechazaron y obviamente salí diciendo que me rechazaron porque traía la presión baja, no pude decir que me rechazaron por mi vida sexual, porque la familia ahí estaba expectante a ver si pude o no donar, y yo “No pues no, pero porque traía la presión baja” Edna

### **Mensaje a los profesionales de la salud**

En el apartado siguiente, se presentan algunas reflexiones -a manera de mensajes- que las mujeres entrevistadas envían a los profesionales de la salud a partir de la experiencia de su padecimiento:

Sí es importante que, que ... el personal de salud tenga en cuenta que es un choque, pues que traten de tener tacto al manejar esas situaciones. Desde simple y sencillamente yo llegar y que se me queden viendo las asistentes y cuchicheen, ¿no?, es como que deben tener cuidado con los resultados y como se maneja la información. Zulema

Pues yo les diría que, a pesar de que pase mucho tiempo, que, si me ha tocado, a pesar de que ya lleven mucho tiempo y de que tengan muchos conocimientos, pues siempre traten de no perder el lado humano, al estar atendiendo a una persona, porque a lo mejor para ellos significa una persona más a la que le dicen que tiene tal cosa, pero para la persona que recibe la noticia, pues le implica muchas cosas en su vida. Zulema

... que nos piensen como personas, que tenemos emociones, que también tenemos nuestros problemas, ...lo que menos necesitas son regaños o estigmas. Guadalupe

...estoy aquí porque quiero estar bien. Guadalupe

Pues... pues que no es nada más como ir a cumplir honorario, ¿no?  
Constanza

Respeto, o sea, de exigir respeto en el momento en que cuando llegan 20 médicos pues a lo mejor decir ¡ya, suficiente!... Guadalupe

Cerciorarse de que se entiende la información. Guadalupe

... saber las consecuencias informadas, ...decirte claramente lo que va a ocurrir, y con ese panorama decidir... Guadalupe

... no solo somos cuerpos, ...no somos cuerpos a los que les tienes que imponer tratamientos. Guadalupe

... no estigmatizar. Guadalupe

... que quede claro, que el trato que recibes en estos espacios médicos... es una cuestión de responsabilidad de quien ejerce su cuerpo, de quien vive su cuerpo, pero también es una cuestión, no sé si de modernizar, sino de incorporar no solo la cuestión de salud, sino yo diría incluso los valores, las emociones, en estos espacios ... Guadalupe

...tener una empatía para que tú regreses a la consulta, que digas lo que está pasando con tu cuerpo tiene que ver con una cuestión de confianza, quizá se construye. Guadalupe

Que aprendieran a pues comunicarse, porque hay veces que podemos no estar de acuerdo en... muchos no estamos de acuerdo en muchas cosas respecto a la vida, tenemos concepciones distintas de hacer y actuar, y pues tratar de minimizar nuestras expresiones, ¿no? Edna

En sus manos esta la tranquilidad de alguien ... no nada más es decir “ay no se iba a morir porque no le di bien la información”, pues no, no te vas a morir, ciertamente, pero cuánto tiempo vas a estar sufriendo, angustiado... Guadalupe

Capacitarse es la clave y estar donde nos gusta y hacer lo que nos gusta. Guadalupe

Les diría que pues que trataran de ser más abiertas porque creo que los

tiempos van cambiando y mientras más muestren esa actitud de rechazo, más van a alejar a las personas que realmente necesitan ayuda y atención. Entonces, al final va a pasar que muchas niñas y mujeres que necesitan ser atendidas, no sean atendidas por el miedo a lo que puedan decir, de ellas o ese rechazo que puedan sentir. Entonces, pues que sean más abiertas y pues que al final de cuentas, estemos de acuerdo o no con lo que otra persona diga o piense, todos somos seres humanos que merecemos respeto, entonces, que no se les olvide eso. Edna

#### **4.3 Experiencias emocionales y estigma social – autoestigma en mujeres que vivieron el diagnóstico de VPH**

##### **a) Experiencias emocionales**

"Sí, sí duele, pero duele más el alma" Constanza.

"Yo me sentía como una basura." Ariadna

"Es cuando veo que tengo eso, entonces dije "¿Quién chingados me lo pegó?" O sea, sí fue así como... es lo primero que piensa uno, o sea, te dicen "Lo tienes" y dices "¿Quién?". Ariadna

### Esquema 12. Subcategoría Experiencias emocionales



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

Las implicaciones emocionales de las mujeres entrevistadas son muy variadas desde miedo, enojo, coraje, tristeza, sentirse solas, preocupación, incertidumbre, sentirse sucias, pena, vergüenza, sentirse engañadas, estigma y autoestigma, responsabilidad, castigo y culpa, lo que coincide con estudios realizados por otras y otros autores mencionados anteriormente (da Silva Marques & Gimenez, 2005; Rodríguez et al., 2020).

#### Miedo

Hay distintas situaciones por las que las mujeres mostraron miedo, por ejemplo, a que en sus resultados de pruebas diagnósticas se presente alguna infección de transmisión sexual, lesiones o cáncer cervicouterino; miedo cuando se tardan en darles sus resultados, a los tratamientos que se puedan necesitar, a los costos, al dolor, a la incertidumbre de cómo pueda evolucionar el padecimiento, a no tener información, entre otros. Además de estas

preocupaciones, se le agrega el miedo a que las toquen, vean y a la posición ginecológica. Esto puede perjudicar en cómo sobrellevan sus procesos de atención, pues pueden estar más susceptibles a cualquier situación que se desencadene. A continuación, se muestran algunos ejemplos de la experiencia del miedo en las mujeres entrevistadas:

... lo que sé es que tengo un pánico de la posición ginecológica, ¿no?

... entonces vengo muriéndome de miedo... Guadalupe

Sí, acá sí me preocupé porque ya cuando te dicen que vas a... que ocupas algo, ya... no sé si sea considerado quirúrgico el láser, ya es... o algo más invasivo, pues es como "Ay, es por algo" ¿No? O sea, te da miedo, me dio miedo... no sabía nada del tema. Ariadna

Pues yo creo que a lo mejor si te hace que ... de cierta forma sientas cierta... como te diré, no te sientas tan libre a lo mejor, un poco de miedo, yo creo. Zulema

Lo primero que sientes es pena, es miedo, es nervio, pero ir decirle a alguien es lo mejor que puedes hacer para también tu sentirte más tranquila. Melisa

Te da miedo saber que tienes cosas, te da miedo las verrugas, te da miedo todo eso, y pues hígole vas sintiendo esos cambios y por lo pronto te dan miedo. Guadalupe

Si, de los condilomas, la primera vez me hizo el comentario así, me dijo: "se vale decir groserías", y yo así de ¡Aaah! ¡Madre santa, me va a doler muchísimo!, pero no, la verdad que no sentí tanto dolor. Ha porque me explico que era un ácido el cual hacía que se removieran los condilomas.



Tabata

El miedo es distinto en hombres y mujeres, en espacios y tiempos y el género contribuye a ver esas diferencias. En el caso de las infecciones de transmisión sexual, las mujeres viven sus emociones de forma distinta, ya que “Desde el punto de vista de las geografías feministas las emociones si bien son consideradas como una realidad individual y corporal, al mismo tiempo se conciben como colectivas e inseparables del entorno social, cultural y político (Aguilar & Soto Villagrán, 2013:199). El miedo en la mujer es parte de su cotidianidad pues se ha normalizado – construido socioculturalmente que el género femenino se sienta vulnerable, también basado en las relaciones de poder y las relaciones de género.

Entonces, el miedo que existe en mujeres con VPH puede ser: miedo a ser estigmatizadas, a ser culpadas de su padecimiento, miedo a lo que va a pasar, a los tratamientos, miedo a tener repercusiones en su salud, miedo a lo que la sociedad pueda decir de su forma de vivir su sexualidad, miedo a que su familia u otras personas se enteren, entre otros (da Silva Marques & Gimenez, 2005; Parente et al., 2016). Así mismo, el miedo también depende de las experiencias pasadas, es decir, de lo que la sociedad le enseñó a la mujer que debe tener miedo, del lugar, tiempo y espacio, de la edad, entre muchos otros factores. En esta investigación, sin duda, existen similitudes en las vivencias del miedo de estas mujeres, muy probablemente por ser parte de una sociedad, cultura, tiempo y espacio similares, lo que también las define y apoya para ejercer su agencia desde lo que ellas corporizaron de su padecimiento.

### **Relacionar VPH con cáncer**

Por la mente de algunas mujeres pasó la idea de relacionar la infección por VPH con el cáncer cervicouterino. Tal como se reporta en otros estudios, estas

percepciones son comunes y provocan temores (da Silva Marques & Gimenez, 2005; López Pacheco et al., 2020; Parente et al., 2016; Wiesner et al., 2009) y también miedo a no hacer lo suficiente para evitar que el VPH reaparezca en forma de verrugas, lesiones o evolucione a un cáncer cervicouterino:

... hasta que esto se resuelva no vamos a tener prácticas sexuales porque sería como estarle jugando, ¿no? a la ruleta, a ver si, este sí es el canceroso, este no es el canceroso. Guadalupe

Pues muy triste, muy sacada de onda porque no sabía qué me iba a pasar (voz entrecortada), te lo juro que pensaba que a lo mejor me tenía ... dije no pues, así como están las cosas me tenía, pues a lo mejor voy a estar sin cabello, o sea, no sé. Zulema

Pues es un poquito complicado ¿verdad? De que dices, pues es algo que, si se va a quitar, pero siempre va a estar contigo. Tabata

Creo que de las cosas que más preocupaban es que dije: “no pues ahora a ver si no te da cáncer o algo peor. Leslie

Eh... bueno, sobre el VPH, lo primero que yo pensé cuando me dijeron, así lo primero que pensé fue cáncer, y lo primero que me dijeron fue “tranquilízate, no es que tengas cáncer, o sea, esto sí eleva las posibilidades de que te dé cáncer, pero no a fuerzas, o sea, no si te cuidas... si ya eres consciente de que lo tienes, pues de qué manera cuidarte... Leslie

A mí me trastoco emocionalmente, no fue como “Chale” Viene la niña y algún día me va a dar cáncer sino me cuido o sea si no tengo control. Tere

Bueno, se puso bien dramático, del primero, se puso bien dramático, porque él ya estaba asegurando que iba tener cáncer, entonces él fue el que me alarmo, porque dije "no como crees" porque fue la misma tarde que me dieron el resultado y yo dije "A poco esto causa cáncer. Alex

### **Enojo, coraje**

Relatos de mujeres mencionan enojo al enterarse de que tenían una infección de transmisión sexual. Principalmente, porque se sintieron decepcionadas por quedar infectadas por una persona en quien confiaban (da Silva Marques & Gimenez, 2005; León-Maldonado et al., 2014, 2016; Parente et al., 2016), y también tuvieron problemas en la relación de pareja y su terminación (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010).

Hubo un momento que sentí mucha rabia, pero no fue precisamente con mi diagnóstico, sino el de mi mamá y el de saber que había sido mi papá, obviamente el que la contagió. En ese momento, me enojé mucho, y ya pues cuando supe que yo también fue como "ash pues una más. Ana

Dije: "Pues es que, si yo lo tengo, tú lo tienes" Me dio coraje." ... "¿Quién chingados me lo pegó?" O sea, sí fue así como... es lo primero que piensa uno, o sea, te dicen "Lo tienes" y dices "¿Quién?" ... "Sí, sí, sientes enojo, a mí me insistía mucho el ginecólogo, me decía: "Mira, lo primero que te va a decir... no te enfoques en buscar de dónde viene, porque no vas a saber y aunque supieras, ¿qué ganas?" Y sí es como... pues me sentía muy triste, pasé muchas cosas, era como sentimientos encontrados, desde, no sabía si había sido, por ejemplo, mi propio esposo, ahora esposo, que me lo pasó, o si fue alguien antes, o si en el inter. Ariadna

## Tristeza

Otra de las emociones mencionadas en las entrevistas fue la tristeza por enterarse de que tienen una infección de transmisión sexual, ya que pudieron ser contagiadas por sus parejas o porque sus parejas no las apoyan en este proceso de atención, es decir, como la tristeza por no ser demasiado cuerpo, como se menciona en el libro *Diario de una internación* (Silvestri, 2017).

Primero me sentí triste, pero después me fui calmando hasta el punto de que ahorita que le digo que yo lo veo como algo que... que está ahí, que se va a ir, se va a ir un día. Melisa

Sí, iba sola en esa ocasión ya estaba embarazada, ya estaba muy avanzado mi embarazo, me sentí muy triste, me sentí muy mal, me sentí muy preocupada, ansiosa, temerosa. Le marqué al papá de mi hija para contarle, me preocupaba la reacción de él, porque además nosotros ya teníamos tiempo sin protegernos digámoslo así y me preocupaba como que el dijera, o sea tuve que comunicarle "Oye tengo el virus y tú también ya lo tienes, cuídate las próximas veces que estés conmigo" pero también me preocupaba mucho que él pensara que yo, pues no sé, como un estigma social como con respecto a cuantas parejas sexuales, o sea te digo, además es un tema sensible para algunas masculinidades. Tere

Pero de mi pareja sí me entristeció mucho que... que se portara así, que... que... sí, que se haya portado de esa manera, y fue el, fue lo que hizo que me sintiera triste, porque por parte de mi mamá o de mi familia, no... no hubo ningún problema. Melisa

Quizá de pronto en las pláticas hay gente que dice "¡Ay no fuchi!" o piensa que, o sea, hacen como ciertas expresiones, como de repulsión

por así decirlo, pero pues ahorita ya no, quizá en algún momento, por esa parte si era como que me entristecía un poco, como que me agüitaba, pero pues ya ahorita no, porque muchas veces lo tienen y ni si quiera saben ¿No? Alex

### **Ya nadie me va a querer así**

El impacto emocional puede hacer más daño que los malestares físicos causados por el VPH, especialmente en las mujeres que se sienten señaladas o rechazadas (Gutiérrez Zambrano et al., 2018) y se demuestra en el siguiente extracto de entrevista.

Aunque sí sabía que era lo que iba a pasar tarde o temprano, o sea, sí me agüité y dije “Chale... Sí pensé “a lo mejor ya nadie me va a... me va a querer así. Melisa

Sobre el anterior extracto de entrevista salta a la vista que Melisa llegó a esa conclusión, pues se identifica cómo algunas mujeres pueden pensar que su vida en pareja se puede ver afectada a tal grado que ya nadie la querrá así. Esto puede mermar en su autoestima, salud mental y hasta en su sistema inmunológico pues los estados de ánimo deprimidos pueden bajar las defensas del cuerpo (*Estado de Ánimo Incide En La Salud*, n.d.).

Esta información no debe tomarse a la ligera al momento de darle seguimiento a las mujeres con este tipo de padecimientos, por el contrario, es deseable que se haga una valoración a profundidad con un psicólogo para poder identificar esas señales de alarma que afectan su salud mental y así apoyar a la recuperación de la salud con un sistema inmunológico no comprometido.

### **Sentirse sucias**

Las normas de conducta frente a la sexualidad, la fidelidad y creencias religiosas abonaron a que las mujeres vivan su experiencia con culpabilidad, estigma, desprecio, impureza, pena, vergüenza y culpa o la idea de enfermedad como castigo lo que también se presentó en esta investigación (Arellano G. & Castro V., 2013; Wiesner et al., 2009). Además, piensan que el VPH se manifiesta como resultado de llevar una vida sexual con mala higiene o salud sexual descuidada (Palacios Rodríguez et al., 2016). Lo anterior está relacionado con lo que la sociedad dicta, como lo menciona Castro (2001): "Todo acto que tiene que ver con eventos que implican al cuerpo, la reproducción, el erotismo y la sensualidad recae un contenido que los convierte en sucesos no "naturales" y con una carga negativa" (Castro Vásquez & Salazar Antúnez, 2001:118).

Al principio, te voy a ser bien sincera, sí me hacía sentir muy incómoda, este me, cuando me metía a bañar y me lavaba como que ni siquiera tenía como ganas de tocarme o sea para lavarme, no sé porque, pero sí sentía como, como, como malestar, no puedo decir tal cual, como repulsión, pero sí era como muy, muy de ay así ¡no me quiero tocar!.  
Tabata

Al principio cambió también mi sexualidad yo siento que, aunque estaba embarazada, mi pareja y yo no nos protegíamos y todo esto, me daba la sensación como si estuviéramos, como si yo estuviera sucia, digámoslo así y no sé me tenía muy intranquila." Tere

Las lesiones externas, o sea desagradable porque las ves, las sientes...  
Alex

La primera vez que me detecté, así como los condilomas como que me sentí, así como con asco, con como que decía "¡Ay, este no es mi

cuerpo!” Y tenía ganas como de arrancarme las verrugas y así como que decía “¡No! ¿Qué es esto?” Y así como que me daba miedo y como que decía “¡Ay no! Tabata

La verdad mucho tiempo, y eso sí presentó como un problema en... no entre mi esposo... bueno, yo hacia él, le decía “Me siento como sucia”, así me sentía. Ariadna

Esta idea como de mientras más coitos, si coitos tengas, más “sucia” entre comillas, yo sentía que mi vulva estaba contaminada, digámoslo así y que además era una especie de castigo por haber, no haber sido más cuidadosa conmigo o haber tenido experiencias sexuales sin ningún tipo de protección. Tere

Me siento como sucia”, así me sentía. Ariadna

Es como ver la zona genital como algo sucio, del que no se quiere saber, como algo feo porque generalmente esa es la imagen que dan o sea como si fuera algo feo. María Isabel

Son muchos los ejemplos que se identificaron en esta investigación sobre la relación que hacen las mujeres con su sexualidad, cuerpo, genitales, infecciones, entre muchos otros; con lo sucio, la culpa y la vergüenza, esta es una construcción social muy marcada en nuestra sociedad. Esto las hace vulnerables a ser discriminadas por ellas mismas, la sociedad y el personal de salud, lo que se traduce en estrés y angustia, y a su vez repercute en sus decisiones para buscar redes de apoyo en salud, en sus estados de salud, en la tranquilidad, hasta la calidad de vida. El siguiente apartado está íntimamente relacionado con el que se sientan sucias.

## **Pena y vergüenza**

Las mujeres entrevistadas coinciden en sentir pena y vergüenza debido a que se relaciona a las ITS con conductas que se consideran socialmente inadecuadas. Además, está la vergüenza de cómo comunicar esta información con sus parejas, familia y amigos, lo cual influye en sus redes de apoyo y también coincide con otras investigaciones realizadas con anterioridad (Wiesner et al., 2009):

Pero yo de verdad no me podía animar, y creo que hasta la fecha sigo sin poderme animar a decirle como a alguien más que tengo VPH ... pero así a mis parejas me cuesta un montón porque me da pena, y me preocupa mucho lo que me vayan a decir. Leslie

Pues como vergüenza de uno mismo, mm... pues sí creo que es más como un sentimiento de vergüenza, de culpabilidad, porque también en su momento me sentí muy culpable, sobre todo era como, yo me sentía mi mamá, diciéndome así de... no sé como el estigma social, una sola regañándose, sucia como en un sentido de pues estas cargando algo que no cualquier persona tiene, eso te hiciera valer menos que otra persona. María Isabel

Pues solía sentir un poco de estigma, pero creo que se ha ido reduciendo. Eh... ¿Qué se siente? Inseguridad... pena, un poco de pena... y ya. Edna

Le dije: "Oye, a veces me dan ganas de hablar de esto, pero como que pena al mismo tiempo" ¿no? Y dijo "Sí, pues sí, así pasa, nos da pena y nos sentimos inseguras. Edna



Mi pareja estaba viendo a alguien más, entonces, pues me sentía mal porque pues ya sabía que estaba con alguien más y que por x o y razón nos descuidamos, y sobre todo porque la primero al que le marqué cuando me dijeron que tenía VPH pues fue a él, y pues fue... mal, o sea, de hecho yo creo que también en su ignorancia de no saber qué es el VPH pues también se espantó un montón y pues lo primero que pensó fue que era mi culpa, entonces, pues todo mal, y pues sí me sentí súper súper mal, estaba espantada, este... me daba pena, me daba un chorro de vergüenza. O sea, creo que todas... muchas emociones feas, negativas en ese momento. Leslie

La pena y vergüenza también fue unos de los sentimientos que más se presentó en las mujeres entrevistadas, desde el no poder hablar del tema con otros o con nuevas parejas, o él relacionar la infección con algo malo o sucio o con las relaciones sexuales.

### **Sentirse solas**

Algunas de las mujeres entrevistadas mencionan que experimentaron sentimientos de soledad y la necesidad de que alguien les tomara la mano o las acompañara en su proceso de atención. Esto se puede considerar como una situación que puede ayudar a ser más llevadero su padecimiento en posteriores consultas:

Pues porque no había nadie (Llorando). Alex

Ajá y pues duele y más que nada por eso de pronto decía, “Porque nadie me chiquea. Alex

Te sientes como... como sola, como, de verdad yo quería tomarle la mano a alguien, o sea, se oye tan tonto, si tú quieres, pero ese día yo deseé que estuviera alguien conmigo para que me diera la mano, por toda la soledad que yo sentía, sentía mucha soledad. Constanza

Es poco común que las mujeres acudan acompañadas a las consultas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento sobre este tipo de padecimientos; lo que, según los resultados encontrados en esta investigación, debería reconsiderarse. Un mundo ideal sería que el sistema de salud proporcionará espacios seguros, con atención de calidez y la posibilidad de acompañamiento; hasta llegar a pensar en que sea un requisito, si así lo desea la mujer, estar acompañada al momento de las consultas. Ya que se demuestra en esta investigación que la mayoría de las mujeres prefieren que alguien las tome de la mano, las apoye y calme cuando se sienten expuestas.

### **Preocupación**

Al momento de entregarles sus resultados se sintieron preocupadas y ansiosas, tal y como lo reportan la mayoría de los estudios antes realizados sobre este tema (Ceballos et al., 2009; Da Silva Marques & Gimenez, 2005; Del Pilar Meza-Rodríguez et al., 2011; del Pilar Meza Rodríguez cols et al., 2008).

Bueno se puso bien dramático, del primero, se puso bien dramático, porque él ya estaba asegurando que iba tener cáncer. Entonces, él fue el que me alarmó, porque dije “no cómo crees” porque fue la misma tarde que me dieron el resultado y yo dije: “A poco esto causa cáncer”. Alex

Un poco preocupada, porque, o sea, preocupada en cuanto a la rapidez en la que yo tuviera la atención ya resolutiva, ¿no? O sea, el tratamiento. O sea, me preocupaba el tiempo porque era un hospital público, ya

sabemos que pueden pasar meses, ajá, entonces me preocupaba un poco eso, justo por la experiencia de mi hermana que, bueno, ella no sabía que tenía VPH, pasaron dos años o más y luego tuvo una recaída y nuevamente se tardó, entonces yo tenía mucha preocupación, no el VPH, la verdad es que el VPH no me preocupaba porque ya tenía el diagnóstico, lo que me preocupaba era el tiempo en el que iba a esperar para... Guadalupe

Lo que ya me dio como más incomodidad, y como que me empezó a preocupar, fue que, en el momento de ya tomar la muestra, todavía ni siquiera era la muestra de la lesión interna, pero por el... por las verrugas que había por fuera, la doctora inmediatamente me dijo: “Sí, esto sí es virus del papiloma. Edna

Una sensación como de frustración, como de “lo pude haber evitado”, esa sensación, y con ella sí tenía la sensación de “es una enfermedad grave”, es una sensación tipo, pues no sé qué se sienta tener cáncer, pero sí, una sensación como de “tengo algo malo que va a estar conmigo por mucho rato. Edna

La primera vez que fui a que me checaran lo de los condilomas la doctora me explicó, pero la verdad que todo se me hizo como muy borroso. Ya después de que salí de la cita, por lo mismo de que es algo de que no te esperas ¿verdad? Y es algo que no sabes cómo afrontarlo, digo tampoco es algo de que me puse súper mal, pero sí como se me fue la onda. Tabata

### **Incertidumbre**

Uno de los factores de riesgo para contraer el VPH es el número de parejas

sexuales, ya que a mayor número hay mayor probabilidad, aunque un sólo contacto, es decir, una sola pareja sexual puede propiciar el contagio. Este fue el caso de algunas de las mujeres entrevistadas. Por ejemplo, es el caso de Guadalupe, Zulema y Tabata, lo cual les causó frustración e incertidumbre.

Ay, maldita suerte la mía. Guadalupe

... no manches, tanto que me tardo para que al minuto tres VPH, ¡No! Ash, fue como un “no manches.” Guadalupe

Sí fue como un balde de agua fría porque, porque piensas que conoces a tu pareja ¿no? Te hace ver que, pues hay que, pues hay que ser conscientes de que no sabemos a, a veces si nuestra pareja puede estar con otra persona ¿verdad? [si]. Y de que debemos ser cuidadosas en eso y pues también de que no sabes si..., si tú tienes una pareja y no sabes con cuántas, o sea, cuánto está potencializado eso, o sea, si estuvo con una persona, esa otra persona con cuántas y así. Zulema

### **Sentirse engañadas - Infidelidad**

La infidelidad fue uno de los puntos en común en las mujeres entrevistadas, puesto que se sintieron decepcionadas al quedar infectadas por una persona en la que confían, lo cual generó que se sintieran engañadas por sus propias parejas al considerar que ellos las contagiaron. Incluso, algunas llegaron a pensar en la posibilidad de separación o distanciamiento (da Silva Marques & Gimenez, 2005; León-Maldonado et al., 2014, 2016; Parente et al., 2016). Sobre la confianza en sus parejas, algunas mujeres entrevistadas llegan a considerar que los acuerdos de fidelidad que tienen con sus parejas las protegen de las ITS. Sin embargo, lo más preocupante es que se confirma la confianza como una justificación a la falta de uso del preservativo (Almeida et al., 2009; Parente et al., 2016).

Lo que sí hubo, lo que, sí nos sacamos mucho de onda, no sé si él, pero yo sí, es de que ya tengo diez años de relación con esa persona y hasta ahorita pude notar lo del VPH. Tabata

Este porque estaba muy, pues muy sacada de onda no, cuando me enteré que se transmitía por vía sexual. Eh ... pues aparte de lo físico, estaba muy triste porque me di cuenta de que mi pareja había estado con alguien más. Zulema

La verdad es que él me dio como su versión de porque ... de que había pasado, con quién había estado, aunque yo en el fondo pienso a la fecha que hubo otros encuentros. Zulema

Pero lo que, si es que, no sé si tenga que ver, no éramos una pareja, había como un trato de exclusividad. Entonces, yo me quedé mucho tiempo sin tener relaciones y pues me engañó. Alex

### **Relaciones de poder**

Como se abordó en las categorías teóricas, existen dificultades a las que se enfrentan las mujeres debido a que son invisibilizadas en muchos aspectos, uno de ellos es su sexualidad. Las prácticas sexuales que están reguladas por patrones normativos sociales, las cuales definen tanto el “deber ser” de un hombre y una mujer ante el ejercicio de la sexualidad, así como el juego de poder que ejercen los hombres, afectan a las mujeres pues no pueden decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos y prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual, ya que, muchas de las veces, son los hombres quienes deciden si usan o no estos métodos, privando a las mujeres de decidir sobre su cuerpo (Almeida et al., 2009):

Ay, es que... todavía me cuesta hablar un poco de ello, todavía tengo un poco el miedo, pero me fui de vacaciones, allá me encontré con un amigo desde hace años, nos fuimos de fiesta. Regresando de la fiesta yo ya

estaba inconsciente, o sea, el güey se aprovechó totalmente y tuvimos sexo y yo me acuerdo de, a pesar de haber estado inconsciente, sí recuerdo haberle preguntado si tenía condones y yo justo, normalmente, sí cargo, pero como justo para yo ponerme una barrera de no voy a tener relaciones sexuales, no cargué, pero yo sabía que en algún punto era una forma de detenerme y pues este güey le valió. María Isabel

Sí y, o sea, vio que me molesté bastante, o sea, ya traía toda la intención pues igual podría caer en una violación, o sea, porque sí la metió así, y yo le dije como de “Güey a ver” y pues vio que me enojé y vio que sí me puse muy violenta y como muy... como que mi reacción tampoco fue adecuada, o sea, pero estaba enojada, o sea, tampoco es como que yo le hubiera pedido “Sí ponla ahí”. María Isabel

Exacto, sí y pues les vale o sea me dijo “¡Ay discúlpame! Es que yo creí que”... porque viene nuevamente este pedo de “cuando dicen no es sí”. María Isabel

“Y ahorita sí tengo un poco de miedo así de “puta madre otra vez volverme a hacer exámenes” porque también me hago exámenes de VPH, de VIH me hago uno general de ITS y justo me lo acabo de hacer con lo del Papanicolaou. Entonces, voy a tener otra vez el puto estrés de ir a hacerme exámenes, tomarme la pastilla, o sea, es... y para ellos no hay ninguna repercusión y eso me encabrona, me da impotencia, me frustra porque pues y además en ningún momento toco el tema así de “Oye ¿Te has hecho exámenes rutinarios?” yo le tuve que preguntar por qué de él no iba salir.” María Isabel

## **b) Estigma social y autoestigma del VPH**

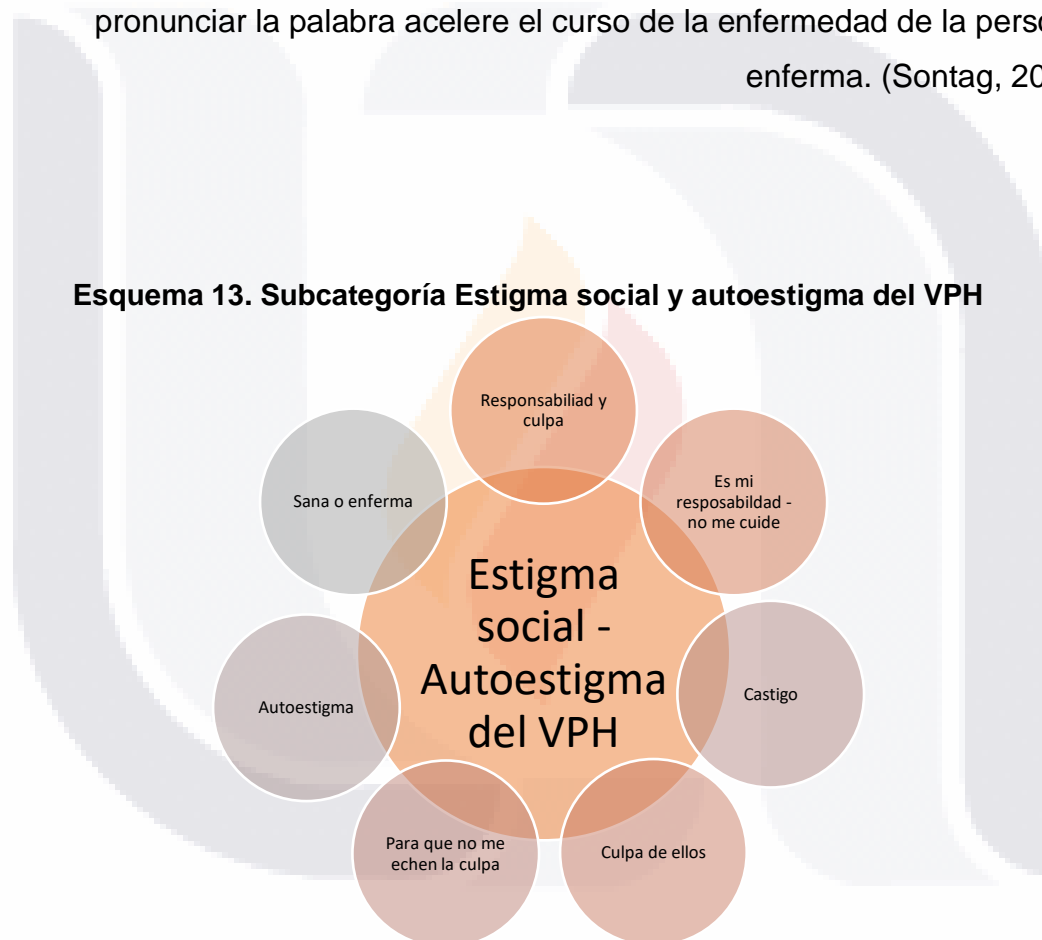
Yo me sentía como una basura.” Ariadna

Basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa.

(Sontag, 2019:14)

El contacto con quien sufre una enfermedad supuestamente misteriosa tiene inevitablemente algo de infracción; o peor, algo de violación de un tabú. Rehusarse a decir el nombre de la enfermedad, no vaya a ser que con solo pronunciar la palabra acelere el curso de la enfermedad de la persona enferma. (Sontag, 2019)

### Esquema 13. Subcategoría Estigma social y autoestigma del VPH



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

El estigma social sobre la sexualidad, lo hemos visto a lo largo de las experiencias de las mujeres de este estudio. La idea de que las conductas sexuales demeritan a las mujeres hace que se sientan responsables de la

infección, culpables y rechazadas (Arellano G. & Castro V., 2013; Gutiérrez Zambrano et al., 2018; O'Connor et al., 2014; Palacios Rodríguez et al., 2016). “El estigma es un proceso vinculado a las percepciones y actitudes sobre un atributo evaluado como negativo que lleva a comportamientos discriminatorios, mientras que el estigma interno deriva de la aceptación e internacionalización de estos atributos que lo hacen factible de discriminación” (Arellano & Castro, 2013, p. 265).

Al principio con todo este estigma que tenía, que te había comentado como me sentía culpable, etcétera, etcétera, No. Sí recuerdo que le comenté a una amiga llorando: “tengo una enfermedad, pero no te quiero decir, me siento mal me siento triste, estoy preocupada” y nunca le expliqué qué era a esta amiga y, conforme fui acercándome a otros tipos de discursos de salud, como que esto se me fue poco a poco quitando. Así como “ya” y llegó un momento que esta misma amiga le platicó: “sí güey, o sea, el virus, lalala, yo tengo virus, no pasa nada” y con toda calma, lo platicaba yo de una forma así muy casual, y fue esta misma amiga la que hace poco también me dijo: “Oye ¿Sabes qué? Tengo este pedo, ¿Qué chingados?” Y ella también se manifestó, no es la misma que se deprimió, pero también se sacó de onda.” Tere

Pues como vergüenza de uno mismo, mmm... pues sí creo que es más como un sentimiento de vergüenza, de culpabilidad, porque también en su momento me sentí muy culpable. Sobre todo era como, yo me sentía mi mamá, diciéndome así de... no sé como el estigma social, una sola regañándose, sucia como en un sentido de pues estás cargando algo que no cualquier persona tiene, eso te hiciera valer menos que otra persona.” María Isabel

O sea, sí me da pena, por ejemplo, no le puedo contar a cualquiera



porque me doy cuenta de que no todos están informados, pero como que ya no tan fácil deo que alguien me juzgue por eso. Zulema

### **Responsabilidad y culpa**

“El VPH se percibe como consecuencia de llevar una salud sexual de descuido y particularmente con mala higiene” (Palacios Rodríguez et al., 2016). Éstas son afirmaciones que también se expusieron en esta investigación, ya que las mujeres se sienten responsables de las decisiones que tomaron con anterioridad sobre su vida sexual y algunas veces lo pueden ver como un castigo o se sienten culpables (Arellano G. & Castro V., 2013; Wiesner et al., 2009).

Psicológicamente sí es el hecho de sentir que tengo un virus, de sentir que podría contagiar a alguien que no lo tiene, y que, pues no es justo, como esa incomodidad, o irresponsabilidad que... que ahí tiene que estar y que la gente tiene que saber. Claudia

Creo que la angustia más grande que puedes tener con este diagnóstico es: uno, culpa, o sea, sientes que hiciste algo mal y por eso lo tienes. No, o sea, tuve una vida sexual, porque además está muy vinculado con “ah, una vida sexual loca, que tuviste relaciones con mil personas”, “¿Y quién piensas que te lo pegó?” Creo que algo que, para mí, mi experiencia señala, es que no necesitas acostarte con media humanidad, o sea, yo nomás tuve una pareja, en ese momento, entonces, creo que no tiene nada que ver. Guadalupe

No me sentí tan mal porque dije pues en cierta parte lo busqué... no era un secreto, nunca ha sido un secreto que yo tenga relaciones sexuales sin protección, entonces este... sí yo en varias ocasiones tuve relaciones sexuales sin protección con más de una persona que no era mi pareja,

entonces sí dije pues no... no me lo merezco, mas ya sabía que iba a pasar, no fue nuevo. Melisa

Pues siento que me hace más vulnerable, que, si me preocupa, pero trato de pensar positivo, de pensar positivo y de decir “ok ya estoy en esto, no me cuide, otra vez, pues arréglalo ¿No? ¿Puedes arreglarlo? ¡Pues hazlo! Alex

Estaba llorando, o sea, yo no... o sea, no me la creía, y luego pensé que... yo me sentía súper culpable, porque dije: “no pues es que seguramente te descuidaste” o “pues fue tu culpa porque...” No sé, pensé mil cosas y obviamente a la que estaba culpando era a mí: “pues es que de seguro lo agarraste en cualquier parte” o “tú por descuidada por andar con cualquier persona”, pues porque soy como sexualmente activa y me gusta divertirme y salir con personas y dije: “seguramente en esas ocasiones, pues te descuidaste” o qué se yo, y pues me sentía súper culpable.” Leslie

Pero la verdad es que yo he tratado de hacerle saber que, pues esto no es su responsabilidad, porque yo como persona tuve la decisión de decir, “oye ¿sabes qué? ¡hay que cuidarnos!” Yo tuve el control de decir, y si lo llegamos a hacer, pero obviamente no siempre. Tabata

### **Castigo**

Se considera a la enfermedad como un castigo desde hace mucho tiempo, y es algo que ha prevalecido hasta nuestros días. Por poner un caso, la religión veía como un castigo divino a la enfermedad, algo que merece quien la posee. Incluso se llegó a pensar en que es el enfermo mismo quien provoca la enfermedad. Además, se daba por sentado que la cura dependía totalmente

del paciente, de su amor propio, y que debía hacer lo suficiente para estar sano. Por lo tanto, se le adjudicaba la doble responsabilidad de estar enfermo y de curarse. Por ende, la condición punitiva de la enfermedad tiene una larga historia (Sontag, 2019). De esta manera, la sociedad ha validado y construido una realidad alrededor de la salud y la enfermedad, donde se considera que las mujeres son culpables, por ejemplo, de tener una ITS, es decir, que se trata de un castigo que, a su vez, es resultado de sus costumbres, tales como: ser promiscuas, sucias, poco cuidadosas en su salud, etcétera.

Ay, a veces me hace sentir muy triste. Me hacía sentir triste, me hacía... como si yo me hubiera equivocado. Porque como así lo marca la sociedad, porque este... es algo... que se adquiere por relaciones sexuales y muchas veces eh... tenemos esos tabús, ¿verdad? Como mujeres, porque pues ¡Hasta pareciera un castigo que sólo es para las mujeres! Vamos, porque dices tú, el hombre también lo porta y es el que te lo pega al final de cuentas y a él pues realmente pocas veces les pasa, sí les pasa, pero pocas veces, no tanto como a las mujeres. Entonces, es eso, hay muchos tabús y eso te hace sentir hasta un poco... mmm... culpable, pudiera ser. Constanza

### **Culpa de ellos**

Las mujeres creen que los hombres transmiten el virus y piensan que son los culpables de transmitirlo. Además, algunas mujeres de este estudio se preguntaron quién las había contagiado: si su pareja actual o las anteriores, lo que las hizo sentirse frustradas (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014; León-Maldonado et al., 2014, 2016; O'Connor et al., 2014; Palacios Rodríguez et al., 2016).

Tristeza, pero también frustración. Porque sí es frustrante que a veces a

lo mejor no haya estado en tus manos, que no sea tu culpa eso y que tengas que cargar con eso. Zulema

Mientras no se les caiga el pene ni nada, ellos están bien ¿No? Alex

O sea, justamente creo que el problema no nada más deriva de pues nosotras sino también a ellos les vale, bueno en mi experiencia, a ellos les vale. María Isabel

Es cuando veo que tengo eso, entonces dije “¿Quién chingados me lo pegó?” O sea, sí fue así como... es lo primero que piensa uno, o sea, te dicen “Lo tienes” y dices “¿Quién?”. Ariadna

Porque si los hombres son portadores, y van esparciéndolo con el mundo y no le haces un... de verdad un estudio adecuado, ¡pues menudo favor le haces a las mujeres! Porque somos monógamos, pero habrá hombres que tienen varias parejas sexuales y ahí se va por el mundo... él dice: “yo no tengo nada”, ¿no? Guadalupe

### **Para que no me echen la culpa**

En el caso de Melisa, ella menciona que le comentó -a la pareja que tenía en ese tiempo- que ella le pagaba los estudios que se necesitarán para que no la culpará del posible contagio. Esto coincide con la búsqueda de culpables, es decir, si fue ella o sus parejas anteriores, o él y sus parejas anteriores. Esto causa un proceso mental desgastante que viven muchas de las mujeres que tienen esta ITS.

Entonces, yo le dije: “si quieres podemos ir, podemos ir a que este... te revise y... de una vez te diga qué onda si se ocupan estudios yo los

pago". Para que no estuviera llorando porque también sí dije, no vaya a estar ahí... que me vaya a echar la culpa o algo por el estilo y quitar si alguien ya me pasó... ya se lo pegó y apenas está reaccionando su cuerpo. Melisa

La búsqueda de culpables se presentó en la mayoría de las mujeres, es algo que reflexionan cuando saben que su padecimiento es una infección de transmisión sexual. Esta es una implicación muy seria sobre la construcción social, en este caso, de la infección, ya que como, en muchos de los casos, no se sabe como fue el contagio, no es posible saber quién tiene la culpa y a quien hacer responsable pero se tiene ese temor de que a las mujeres se les juzgue o culpe por su vida sexual pasada.

### **Autoestigma**

Entonces yo lo veo así, o sea, esto yo lo siento como responsabilidad totalmente mía. Tabata

Estudios como el de Arellano & Castro señalan que las mujeres con VPH "viven la experiencia como un estigma principalmente interno, basado en su autopercepción de culpa y vergüenza, al tener diagnósticos en estrecha vinculación con la sexualidad, fidelidad y creencias religiosas (Arellano & Castro, 2013). En relación con esto Guadalupe menciona:

Entonces, sí te sientes estigmatizada, discriminada, juzgada, difícilmente vas a regresar a un consultorio médico, es muy probablemente que prefieras morirte de lo que sea, a recibir esa carga tan brutal de juicio social, porque, además, es un juicio social de personas que tienen una jerarquía social, sí, en donde está la cuestión de la culpa, de que tú eres culpable de que a tu cuerpo le pasen cosas, y bueno, al cuerpo le pasan

cosas hagas o no hagas lo que quieras, o sea, el cuerpo tiene su propio lenguaje, su propia evidencia, sí tiene que ver con tus prácticas, yo no digo que no, pero yo ahí hasta lo mandaría a revisión, porque hay gente que corre maratones, súper saludables y se mueren de un infarto.

Por esta idea de que mientras más parejas sexuales tenemos, más propensas a contraer este tipo de enfermedad y es como si en nosotras toda esa responsabilidad cayera, corporalmente hablando. Tere

Y esta necesidad de ocultarlo, al mismo tiempo, es como hacernos menos merecedoras, menos valiosas, menos atractivas no sé cómo decir... yo al principio si me sentía como culpable porque yo sentía que yo había propiciado, que yo misma me había propiciado la situación en la que estaba. Tere

Un ejemplo de cómo las mujeres son silenciadas, de cómo ellas mismas se autoimponen un estigma (Arellano & Castro, 2013) se autocensuran e invisibilizan, es el problema al que se enfrentó al querer entrevistar en esta investigación a las mujeres que viven con VPH, pues por la contingencia relacionada al COVID 19, ya no se pudo realizar las entrevistas que se planearon realizar en una población de un centro de salud de Aguascalientes. Entonces, se empezó a indagar entre los contactos si alguien sabía de alguna persona con este diagnóstico, pero, aunque es una infección de transmisión sexual muy común, no lo decían y negaban ese hecho o negaban conocer a alguien con esa característica. Esto está relacionado a muchos factores: el hecho de ser una infección de transmisión sexual es uno, ya que muchas mujeres se sienten cuestionadas sobre su sexualidad y prefieren no decirlo (Acosta et al., 2013; Gutiérrez Zambrano et al., 2018; Palacios Rodríguez et al., 2016). Todo esto revela que esta información es muy difícil de conseguir y se prefiere no hablarlo para evitar el estigma de la sociedad.

La mayoría de las participantes de esta investigación mencionan que no han vivido un estigma abierto por su padecimiento, debido a que prefieren no mencionar su diagnóstico con muchas personas, puesto que temen lo que vayan a opinar sobre ellas, aunque también se perciben a ellas mismas con un estigma interno o autoestigma (Arellano G. & Castro V., 2013; Wiesner et al., 2009).

*Fue como este sentimiento de culpa, pues obviamente años de mala educación sexual, de pensamiento machista pues obviamente eso no se quita de un día para otro ¿No? Entonces me sentía una puta ¡No, no, no, horrible! Creo que más bien mi estigma fue más como social, fue más mi estigma como hacia mí misma que en realidad el del médico, porque en realidad el médico fue muy profesional. María Isabel*

*Y si les dices, te ven como con otros ojos, como si ya no fueras pura o sabe no sé qué pase por sus mentes, o sea, yo claro que me he dado cuenta que si hay mucho estigma al saber... por ejemplo, a ninguna de mis... no a una sí, a una sí le platiqué que tenía VPH, pero porque él, yo le había dicho "no quiero tener sexo sin condón, ¡No quiero, no quiero, no quiero!" Él insistía, él insistía, él insistía, y hasta ese punto yo le tuve que decir "Morro, tengo VPH" La verdad. María Isabel*

*La moral sí, o sea, cómo le iba a decir que me había ido a hacer un papanicolaou, cuando en teoría no debería de ya tener relaciones, según los ... pues lo que a uno lo educan. Zulema*

*¡Ay!, a veces me hace sentir muy triste. Me hacía sentir triste, me hacía... como si yo me hubiera equivocado. Porque como así lo marca la sociedad, porque este... es algo... que se adquiere por relaciones sexuales y muchas veces eh... tenemos esos tabús ¿verdad? Como mujeres, porque pues ¡Hasta pareciera un castigo que sólo es para las mujeres! Vamos, porque dices tú, el hombre también lo porta y es el que*

*te lo pega al final de cuentas y a él pues realmente pocas veces les pasa, sí les pasa, pero pocas veces, no tanto como a las mujeres. Entonces, es eso, hay muchos tabús y eso te hace sentir hasta un poco... mmm... culpable, pudiera ser. Constanza*

### **c) Sana o enferma**

Una de las preguntas que se le hizo a las mujeres entrevistadas fue si se consideraban sanas o enfermas, a lo cual la mayoría contestó sentirse sanas, aludiendo a que no es una enfermedad que cualquier persona pueda ver físicamente, o que puedan saber sin que ellas lo mencionen. Además, después de sus tratamientos y controles, no presentaron mayores problemas; aunque sí son conscientes de que tienen un virus que no pueden eliminar con medicamentos o tratamientos, pero sí con su propio sistema inmunológico.

¡Ay no!, qué difícil pregunta [risas] es muy difícil, pero, solo enferma en general o por el VPH, o sea si ya tengo una infección, estoy enferma... ¿estoy siempre enferma? Melisa

Pues es que sí es una enfermedad, pero... no lo había pensado... Pero creo que sí, ahora ya que lo pienso, pues sí es una enfermedad y pues sí estoy enferma, no estoy sana, porque estoy finalmente en un tratamiento, por algo. Melisa

Pues no es así como la cosa más bonita porque sabes que está ahí, que puede dañarte, pero este, pero pos, como que yo me siento como bien en cuanto a que es algo que hasta ahorita creo que he podido, pues Dios me ha ayudado a sobrellevar, en cuanto a que gracias a Dios no ha vuelto a ocurrir nada y es un poco como una situación que ahí tienes latente siempre. Zulema



Incluso soy una persona gorda, pero yo considero que mi salud es muy buena. Guadalupe

Me considero sana. Tere

Pues, pues sana me estoy tratando, y bueno, creo que he hecho, creo que en algún momento si yo presento como otros síntomas es porque no me cuido, de cualquier forma ¿No? Entonces creo que eso sí está mucho en cada uno, en cada una. Alex

Particularmente en este tema de sentirse sanas o enfermas, la investigadora de este estudio tenía un sesgo, producto de la misma formación y de la forma como se construye la salud y la enfermedad en el sistema biomédico hegemónico. El sesgo fue etiquetarlas de enfermas y pensar que todas las mujeres se considerarían enfermas por tener un diagnóstico afirmativo de VPH, situación que no ocurrió así, pues la mayoría de las mujeres se consideraron sanas. Sí hacen una reflexión al momento de cuestionarlas sobre su padecimiento, pero no es algo que las limita en el ámbito público. Es decir, hasta que se nombra y se legitima el diagnóstico se presenta una situación de “anormalidad”, pero si no se nombra no se ve y pareciera no existir, aunque esto principalmente las lleva a decidir muchas de las veces no hablar del tema.

#### **4.4 Impacto corporal, sexual y las redes de apoyo de las mujeres que viven con VPH**

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de

aquel otro lugar" (Sontag, 2019)

### **a) Experiencias físicas**

Sobre las experiencias físicas de mujeres que viven con VPH, principalmente son las relacionadas con la aparición de verrugas que les causaban malestar emocional, pues al tocarse o verlas les recordaban lo que habían vivido. Otros malestares físicos (dolor, incomodidad, etcétera) están íntimamente vinculados con los procedimientos diagnósticos y tratamiento, y ya se han abordado en la anterior categoría de análisis algunos ejemplos.

#### **Dolor, ardor e incomodidad**

A continuación, se muestran narraciones sobre la incomodidad, dolor, ardor ante las pruebas diagnósticas y tratamientos:

Yo creo que una parte muy importante es que creo que no solo es la vergüenza, sino la incomodidad, o sea, una cosa es que te avergüence que te vean y otra cosa es la incomodidad de los procedimientos.  
Guadalupe

"Es como ardor, no sé, pero yo sentía como si me inflaran, no sé si porque al principio a lo mejor agarra como aire, pero ... lo que recuerdo es que hasta me chillaban los oídos, como de que me subió la presión, o sea, sí me dolió, yo dije "ay, ¿por qué no me dijeron que me tomará algo?" Zulema

Recuerdo muy bien de la última entrevista que hicimos este, donde le decía que la primera vez que me detecté, así como los condilomas como que me sentí, así como con asco, con como que decía: "¡Ay, este no es

mi cuerpo!” Y tenía ganas como de arrancarme las verrugas y así como que decía “¡No! ¿Qué es esto?” Y así como que me daba miedo y como que decía “¡Ay no!” Tabata

A mí sí me dolió mucho. No sé si yo no soy muy tolerante al dolor. El doctor lo único que, tal vez yo mejoraría es que él me dijo: “unas dicen que duele, pero pues no es mucho” y yo dije: “pues el cómo sabe ¿verdad?” Pero a mí sí me dolió, o sea, no sé si eran los nervios o qué, pero pues es ... se siente raro, o sea si sientes, yo si sentí dolor. Zulema

Y sentía que... que... te pasan a un cuartito, donde, donde, te, te ven lo más íntimo de ti, eh... estás de verdad súper, estás incómoda. No es doloroso lo que te hacen, pero es incómodo porque estás exponiéndote estás... estás así enseñando tu intimidad a personas que no conoces y, y es como: “La que sigue”, este... “Sí, sí, límpiele aquí” Eh... “¡A ver! ¡Póngase aquí, suba aquí!” Ay, Dios mío, ¡o sea, soy una persona! Constanza

Pues sí, más que dolor incomodidad, porque en ese momento sí había muchos brotecitos, y pues yo me sentía muy incómoda conmigo misma, esa era la sensación. Claudia

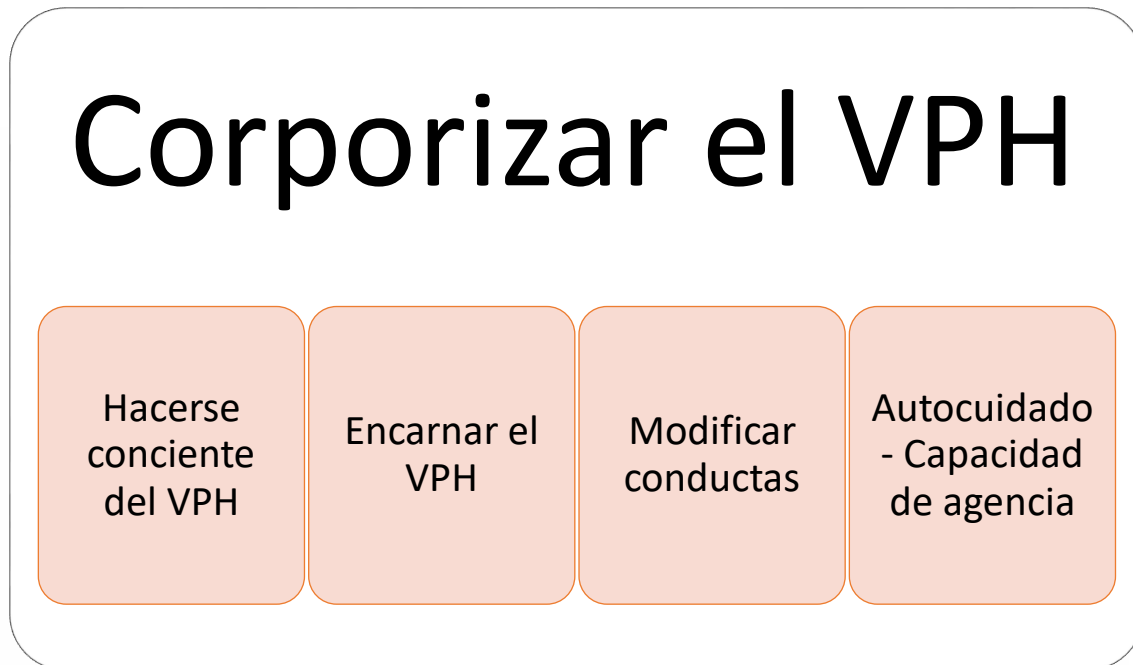
Me di cuenta que debes de estar como muy tranquila respecto a la toma de decisiones para no, pues sobre todo para no ponerte en una posición vulnerable de mayor sufrimiento físico. Guadalupe

Entonces, ahora ya es más visible porque se quedan cicatrices, marcas. Alex

## **b) Corporizar el VPH**

Algún síntoma como las verrugas que es mucho más visible, pues yo creo que puede dejar, literal, puede dejar huella, literal en tu cuerpo. Tere

#### Esquema 14. Subcategoría Corporizar el VPH



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

En esta subcategoría, se pretende analizar las manifestaciones corporales que presentaron las mujeres entrevistadas, las cuales les pudieron propiciar el encarnar el VPH, asumir o hacer conciente que se tiene un diagnóstico, así como modificar conductas a partir de la intervención sobre su cuerpo, tratamiento de lesiones y condilomas. Se sostiene que este hacerse conscientes de su propio padecimiento las apoya para mejorar sus prácticas de autocuidado y sus capacidades de agencia en salud.

El cuerpo cambia a partir de un diagnóstico biomédico de enfermedad, pues recibe una etiqueta o se le clasifica como defectuoso o falto de algo. En este caso, falto de salud o portador de un agente infeccioso. Por ende, la persona

se vuelve temerosa, preocupada y empieza a reflexionar sobre el padecimiento y sus posibles consecuencias. Además, toma decisiones con cautela, se vuelve hermética y no deja que todos lo sepan, pues dar esa información provoca que su padecimiento sea nombrado y señalado. La característica de un padecimiento que no se ve físicamente a simple vista hace que se pueda ocultar para proteger ese cuerpo del descrédito. No obstante, no siempre funciona no decirlo, no nombrarlo; porque esto puede implicar el aislamiento o el vivir un proceso SEA en soledad.

Además, el cuerpo puede presentar cambios físicamente: algunas veces aparecen verrugas en la boca, en el perineo, la vagina y ano; esto marca el cuerpo con un estigma físico de cuerpo distinto ya que, aunque no se vea a simple vista, la mujer sabe que lo tiene, lo que le puede causar asco, miedo, vergüenza, culpa, ansiedad, enojo, entre muchos otros sentimientos. Entonces, el cuerpo lo reconoce, la mujer lo encarna, lo siente, lo vive en su cotidianidad y determina muchas de sus prácticas sexuales y de agencia de autocuidado a partir de esa reflexión de cuerpo distinto y, entonces, el cuerpo fabrica memoria.

Por consiguiente, la memoria de los tratamientos, del dolor, del olor, del pinchazo, del contacto con las partes íntimas que el médico tiene cada vez que ausculta el cuerpo siempre están presentes. El cuerpo reaccionó ante estos estímulos, es decir, sintió esa intromisión, tembló, sintió cómo le introdujeron un objeto frío, y en cada ocasión lo sintió de forma distinta.

También el cuerpo hace memoria del roce, del placer, de la práctica sexual de riesgo que algunas veces se permite por el velo segador de la relación romántica, que hace creer que no se contagia el cuerpo por estar en una relación monógama, sin pensar en el pasado, como si el amor o la monogamia fuera una pastilla que evita las infecciones de transmisión sexual (Almeida et al., 2009; Castro Vásquez & Salazar Antúnez, 2001; Parente et al., 2016). A

partir de esto, aparece la memoria de la culpa por las decisiones, por el número de parejas, por no usar preservativo, por no ser cuerpo suficiente (Silvestri, 2017) para evitar el contagio, por no ser el cuerpo de mujer que se debe ser según la sociedad, pues se tiene un cuerpo defectuoso, un cuerpo infectado.

Estas afirmaciones apoyan que "es posible constatar que el hacer sentido de estas memorias pasa también por todos nuestros cuerpos, este pedazo de espacio (y tiempo) que cada uno ocupamos en este mundo" (Aguilar & Soto Villagrán, 2013:135). De este modo, se reitera la importancia de hacer sentir la memoria del cuerpo, tratando de conectar entre el cuerpo en estudio, el cuerpo propio del lector, del investigador, del que no sintió igual en su cuerpo, del profesional de la salud, de los cuerpos de las redes de apoyo y de otros cuerpos de mujeres con VPH con la finalidad de buscar un espacio de sensibilización social y no sólo de empatía.

Algunos ejemplos de estas formas de encarnar el padecimiento son las siguientes:

Pues tienes que como recolocar tu cuerpo, o sea, que las cosas vuelvan a su lugar, pero también tu relación con tu cuerpo. Guadalupe

"El cuerpo no vuelve a ser el mismo después de los tratamientos y necesitas recuperar la posibilidad de placer." Guadalupe

Yo quería sentir que mi cuerpo estaba otra vez bien, o sea, sabía si sabes que ya no vuelves, o sea, no vuelves a hacer la misma, ni por dentro, ni por fuera después de algo así, porque si son tratamientos la criocirugía y la electrocirugía son tratamientos que son invasivos y que son muy dolorosos y que, o sea, como que sí te queda la sensación corporal de que... no de que te niegues al placer, sino que tienes que

recuperar también de cierta manera... que recuperes la posibilidad del placer. Guadalupe

Siempre deben poner atención a lo que les pase en su cuerpo, debemos poner mucha atención en nuestro cuerpo, que... que nos pide, nos pide solito cuando necesita ayuda. Melisa

Sí, que ya puse más atención [risas] en mi zona íntima, ya después de eso todo... siempre... después de bañarme me veo, me toco también, entonces el beneficio es que estoy más atenta a lo que está pasando ahí. Melisa

Pues tienes que como recolocar tu cuerpo, o sea, que las cosas vuelvan a su lugar, pero también tu relación con tu cuerpo. Guadalupe

### **Autocuidado: Capacidad de agencia en la salud**

... aun teniendo las mejores prácticas de autocuidado del mundo, no puedes garantizar que no te de VPH...”. Guadalupe

“Hasta que pasas tu problema te pones a leer Constanza

Entonces nadie más te va a cuidar si no te cuidas tú. Alex

El autocuidado es definido por la OMS como "la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica" (*Autocuidado Para Personal En*

*Primera Línea de Respuesta En Situaciones de Emergencia En Latinoamérica (2021) | Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS), n.d.)*

Un hallazgo importante en esta investigación fue la necesidad de las mujeres de mejorar su salud, buscar más información sobre su padecimiento y el hecho de que se sentían agradecidas de tener el diagnóstico a tiempo para prevenir lesiones más graves, lo cual compagina con otros estudios relacionado con este tema (da Silva Marques & Gimenez, 2005; Parente et al., 2016).

La mayoría de las mujeres señala que sintió la necesidad de investigar sobre el padecimiento, tal como lo plantean López Pacheco y colaboradores en 2020.

... creo que también, el VPH lo que me da, también, es como investigar, investigar cualquier cosa extraña que yo veo. Guadalupe

Además, algunas mujeres se sintieron más conscientes de su cuerpo, su salud sexual y autocuidado, lo que provocó que se hicieran cargo de su salud sexual, a lo que aludiré como capacidad de agencia en la salud sexual y reproductiva de la mujer:

... creo que eso fue lo que de cierta manera fortaleció mi autocuidado no creo que de cierta manera eso fue el resultado ... pero también eso me ayudó a ver... Guadalupe

... son de estas cositas que sí hay un cambio, como una conciencia diferente. Guadalupe

En general, tener más cuidado estar más pendiente de mí. No echar en saco roto estarnos haciendo pruebas. Zulema

Pongo más atención y que sí que se quitó ese tabú y ese temor de ir a



hablar con alguien sobre tu sexualidad. Melisa

O sea, ni siquiera se te pasa por la mente, por la cabeza de estarte checando, pero sí me siento más cómoda al momento de estarme checando y viéndome que tengo y como está avanzando o que, como tengo mi vagina y así en este caso por lo de las verrugas. Tabata

Además, como parte de esa agencia de su propia salud sexual, mencionan que se deberían modificar nuestras prácticas sexuales y presentarnos con pruebas negativas antes de tener relaciones sexuales:

Hola mi nombre es Guadalupe, aquí está mi INE y aquí están mis pruebas negativas. Guadalupe

O sea, lo ideal sería hasta decir bueno vamos a hacernos pruebas ¿no?, pero no creo que sea tan factible. Zulema

Simultáneamente, la relación de pareja se fue modificando, pero sólo positivamente para el caso de dos mujeres entrevistadas, pues la mayoría tuvo problemas con su pareja después de saber el resultado de VPH:

... por otra parte, en el plano emocional, también nos une mucho a mi pareja y a mí, porque hicimos... ya al final después, digamos ya cuando regresó cierta normalidad, nos dimos cuenta que habíamos hecho lo que teníamos que hacer y que no esperamos mucho tiempo para hacerlo, ¿no? Entonces eso también, aunque éramos una pareja que recién estaba empezando, como que fortaleció nuestra relación, ¿no? Como... es como si los dos supiéramos que empezamos con cuaderno limpio. Guadalupe

También refieren la necesidad de transmitir lo aprendido con otras mujeres, amigas y familiares:

*Pues para mi familia, este pues yo creo que, a lo mejor ser consciente de que a mi hija tengo que explicarle esto. Zulema*

*No se lo dije así tal cual a mis hermanas tampoco de “se pueden acostar con quienes quieran” [risas] “espérense, no tampoco”, pero sí haciéndoles cierto hincapié en que se tienen que cuidar y... y que siempre deben poner atención a lo que les pasé en su cuerpo, debemos poner mucha atención en nuestro cuerpo, que... que nos pide, nos pide solito cuando necesita ayuda. Melisa*

*“Que se enteraran y que, crear también ese lazo con ellas de que, que no tengan pena de decirme, la pequeñita se impresionó cuando supo que ya había tenido así relaciones y eso, pero, porque pues tiene quince años. Entonces, sí le sacó ahí de onda, pero, eso esas son las implicaciones y lo que me da gusto de haberme enterado, que dije, qué bueno que pasó para poderles decir esto y que no les pase a ellas, eso sí es lo que quisiera evitar a toda costa. Melisa*

Así mismo, se hizo referencia a la importancia -para mujeres y hombres- de hablar de estos temas desde pequeños:

Uno de mujer es importante que a lo mejor desde chica te hagan consciente de eso, que te fijas aparte de ... o sea de otras características de la pareja que vas a tener, pues que, si te fijas en sus costumbres, en lo que puedas ver en relación a eso ¿verdad? Zulema

Por último, cabe mencionar que a veces la salud de las propias mujeres se deja de lado por la familia. Este fenómeno está relacionado con las actividades que

la sociedad dicta para las mujeres, como el cuidado de la salud de otros (Gilligan, 2013):

En general creo que estamos un poquito más enfocadas a estar pendiente de las necesidades de la familia y dejamos las necesidades propias para el final. Zulema

### **Mensaje a mujeres acerca de cómo vivir con VPH**

En el libro *Teoría de la mujer enferma* (Hedva, 2020) la autora reflexiona que una de las finalidades de su obra es “plantar resistencia a la noción de que una debe estar legitimado por una institución, para que luego intenten arreglarte según sus términos. No necesitan ser arregladas reinas mías, es el mundo el que necesita el arreglo”.

Con lo anterior como base, se preguntó a las mujeres que viven con VPH qué mensaje -a manera de consejo- le podrían dar a otras mujeres a partir de la experiencia de su padecimiento. Algunos son los que siguen:

Somos dueñas de nuestro cuerpo.

Siempre recordar que podemos decidir sobre nuestro cuerpo, o sea, que, aunque estén unos protocolos médicos y te digan que tienes que hacer un montón de cosas, que incluso tú puedes decidir hasta donde quieres que pase algo en tu cuerpo, incluso darte por vencida, es parte de tus decisiones y es válido.

Tú tienes todo el derecho de decir “Eso es muy doloroso para mí, no lo quiero” Eso es algo que también me dejó el VPH...

... saber las consecuencias informadas

Siempre preguntar, no quedarnos calladas,

a ver, qué me vas a hacer, ¿qué me vas a meter? Enséñamelo, ¿cuántos grados le vas a bajar a esa cosa? ¿Voy a sangrar? ¿Cuánto tiempo voy a sangrar?

... como responsable de mi cuerpo y de mi vida lo que haría diferente sería preguntar más, más hasta que se cansen...

... aun teniendo las mejores prácticas de autocuidado del mundo, no puedes garantizar que no te de VPH...

...estar como muy tranquila respecto a la toma de decisiones para no, pues sobre todo para no ponerte en una posición vulnerable de mayor sufrimiento físico ...

... no importa en qué momento llegue el diagnóstico, estamos vivas ...

... no somos un expediente médico ... la dignidad está por encima y la dignidad incluye información, decisión y que, si a veces hay que pelearse, pues también, yo no tengo, mi problema no es con médicos, con médicas, las enfermeras, no, no, no, mi problema es con un sistema médico que no... que ve cuerpos a reparar y no personas que tienen historias...

... estar enferma no es un pecado, estar enferma no es... no debería ser un estigma...

... vivir la enfermedad con dignidad también es muy importante...

... la médica, el médico puede estar totalmente en una onda prejuiciosa y estigmatizante, pero me toca a mí decirle que no me gusta cómo me está hablando.

... no, no quiero que esté nadie más aquí, nada más tú me puedes ver

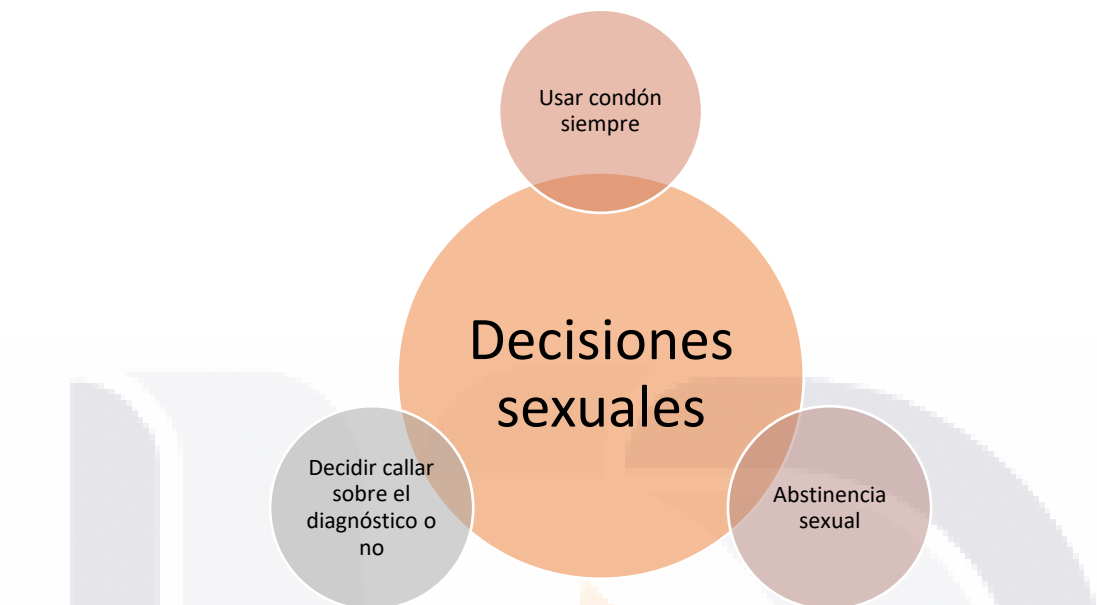
... además de ser médicos, médicas, enfermeras, personal de salud pues son como nosotras, ¿no? Entonces tienen también todos los estereotipos de género, toda una cultura de prejuicios, entonces, si bien puedo entender que tienen todo eso..., no por eso lo disculpo, los entiendo, pero no confié ya ciegamente.

... si no tienes una buena relación con una médico, un médico, una enfermera, pues busca otra opción.

Háganle estudios de laboratorio a sus parejas ... revisen si no tienen verrugas.

## **Decisiones sexuales después del VPH**

### **Esquema 15. Subcategoría Decisiones sexuales**



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

### **Usar condón siempre**

A partir del diagnóstico de VPH, todas las mujeres entrevistadas modificaron algunas conductas en lo referente a lo sexual: algunas decidieron usar condón siempre, otras abstenerse sexualmente hasta después de sus tratamientos o hasta después de que sus parejas fueran al médico, entre otras decisiones a causa de la existencia del miedo a sostener relaciones sexuales e infectar a la pareja, el riesgo de cáncer o ser infectadas nuevamente, lo cual coincide con otros estudios (da Silva Marques & Gimenez, 2005; Parente et al., 2016; Wiesner et al., 2009).

Sí, o sea, siento que sí la modifica en el sentido de que debes de ser más cuidadoso, y no sé, o sea, usar condón, creo que sobre todo más en el sentido de alerta y de cuidado y de consciencia es en la manera en la que lo cambia. Leslie

### **Abstinencia sexual**

Después de haber sido diagnosticadas con VPH, muchas de las mujeres entrevistadas hicieron referencia a la abstinencia sexual, la cual deriva de factores como incomodidad, vergüenza o incluso el miedo de transmitir o volver a contagiarse de este padecimiento. Sobre esto, Melisa habló de la forma que se abstuvo sexualmente por tres meses:

Seguía con mi novio, pero sí dejamos de tener relaciones... Y que tú se lo pegaste y blá blá blá, entonces este... que no pues... finalmente dejamos de tener relaciones y pues desde ahí ya... ya no he vuelto a tener relaciones. Melisa

Como a otras mujeres (López Pacheco et al., 2020), Guadalupe tuvo que tomar decisiones sobre sus prácticas sexuales para evitar reincidencias en el contagio y por temor a enfermarse más:

... bueno, no hay práctica sexual hasta que esto se resuelva", sino va a ser "me lo pegas, te lo pego, nos lo pegamos" y va a ser cuento de nunca acabar...

... después lo que sucedió es que, pues hay un periodo en que no puedes tener relaciones y yo lo extendí un poco, porque además ahí viene la parte en la que yo le pedí a mi pareja que también se hiciera diagnóstico, porque finalmente el que había tenido prácticas con alguien con VPH era él.

Pero si me acuerdo que batalle mucho para otra vez tener vida sexual.  
Zulema

Guadalupe menciona que ella no volvió a ser la misma después del diagnóstico

de VPH, ya que se preocupaba por el riesgo de volver a contagiarse, pero poco a poco fue recuperando su relación con su propio cuerpo:

... yo quería sentir que mi cuerpo estaba otra vez bien, o sea, sabía si sabes que ya no vuelves, o sea, no vuelves a hacer la misma, ni por dentro, ni por fuera después de algo así, porque si son tratamientos la criocirugía y la electrocirugía son tratamientos que son invasivos y que son muy dolorosos y que, o sea, como que sí te queda la sensación corporal de que... no de que te niegues al placer, sino que tienes que recuperar también de cierta manera... que recuperes la posibilidad del placer ...

Pues tienes que como recolocar tu cuerpo, o sea, que las cosas vuelvan a su lugar, pero también tu relación con tu cuerpo.

si bien no es una preocupación constante y tampoco era como que interviniera o interfiriera con mi vida sexual, o sea, no era algo que yo tuviera todo el tiempo presente, sino era como un recuerdo que está en tu cuerpo, ¿no? De decir "A la madre, sí sí" el tratamiento ese.

En cuanto a mi corporalidad, pues eso, nada más que, pues nunca volví a tener, no sé, entre el DIU y esto del VPH pues adiós 28 días exactos, jamás. O sea, 26 años de mi vida fui perfecta en mis tiempos y después se hizo un desastre mi cuerpo.

### **Decidir callar sobre el diagnóstico o no**

Otro hallazgo importante es que algunas de las mujeres entrevistadas se enfrentaron a la encrucijada de decidir hablar o no con sus parejas -del momento y a futuro- sobre su padecimiento, algunas decidieron ocultarlo para evitar el rechazo o la ruptura de la relación (Parente et al., 2016; Wiesner-



Ceballos et al., 2006), otras sí lo dijeron, pero enfrentaron problemas con sus parejas por falta de apoyo:

Es que siento el compromiso moral de decirlo, ¿no?. Edna

Cuando tenga un novio y... o sea ya, ya... siento que tengo ya la responsabilidad, la obligación de a la siguiente pareja que tenga, comentárselo, o sea, decírselo, porque tarde o temprano los hombres sí quieren estar sin protección. Llega un punto en el que sí sucede, como si puedo decirle “si quieres, va, pero está esto. Melisa

Pero yo de verdad no me podía animar, y creo que hasta la fecha sigo sin poderme animar a decirle como a alguien más que tengo VPH. Al único hombre que en serio le he contado, creo que fue a mi tío pues porque él era el ginecólogo y a mi mejor amigo, o sea, fue al único que le dije que tenía VPH y que pues ya... pero así a mis parejas me cuesta un montón porque me da pena, y me preocupa mucho lo que me vayan a decir. Leslie

No sé esto es algo que yo quisiera [risas] trabajar, pues hablarlo más, un poco más directo con la pareja, pero tratar quizá, antes de decir: “Ah, ¿qué crees? Yo soy positiva en VPH” como tantear el terreno, como decir “Oye, ¿tú qué sabes de estas enfermedades” ¿no? Así para cuando ya lo vayas a soltar, sabes ya qué decirle, o primero le das toda la información que puedas y luego ya le dices: “Ah, pues qué curioso, porque yo tengo” O algo así. Edna

La moral, si o sea como le iba a decir que me había ido a hacer un papanicolaou, cuando en teoría no debería de ya tener relaciones, según los ... pues lo que a uno lo educan. Zulema

Además, en uno de los casos el médico le sugiere a la paciente no decir a sus parejas nuevas que tiene VPH pues, en su experiencia, ha visto cómo etiquetan a las mujeres de promiscuas cuando lo dicen:

Yo prefiero que tú no digas nada, porque he visto en años y años de consulta, porque el doctor ya es grande, me dijo: "Yo he visto cómo maltratan a mis pacientes y a mí me da mucho coraje porque, o sea, siempre se les asocia si la mujer es como honesta, se le asocia con que es una puta, con que hizo y deshizo. Edna

"Me dijo: "Pues si es tu pareja estable, simplemente si en algún momento a él le sale una verruga o le sale algo, tráemelo, y yo se la quito y yo se la quemo y ya, asunto arreglado" me dice "porque la probabilidad de que a él se le manifieste algo es muchísimo más baja y sé que la probabilidad de a ti te maltraten es más alta", entonces él me dijo como "no, no le digas". Edna

Pensando que en el futuro vuelva a tomar pastillas, me surge esa interrogante moral, ¿no? Nuevamente de "lo digo o no lo digo" y si otra vez yo pienso que va a ser mi pareja estable y que ya con él me voy a casar, pero si al final por alguna razón no, pues igual, él va a andar ahí contagiándolo, ¿no?. Edna

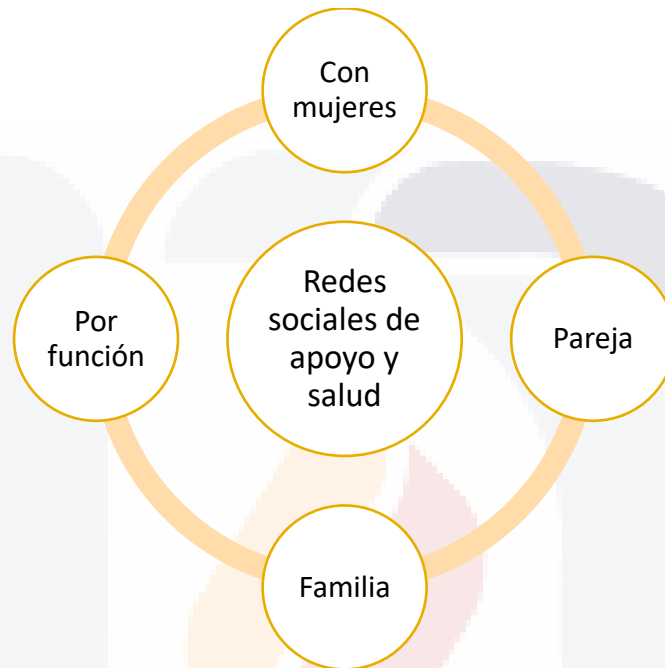
O sea, porque yo si la persona fuera quién lo tiene, yo sí quisiera saber, pero al mismo tiempo está como esta interrogante de, pues no sabes cómo se o va a tomar porque en principio no sé bien qué información tiene él al respecto, entonces, es ahí como el debate moral. Edna

### **c) Redes sociales de apoyo y salud**

Lo primero que sientes es pena, es miedo, es nervio, pero ir a decirle a

alguien es lo mejor que puedes hacer para también tu sentirte más  
tranquila. Melisa

### Esquema 16. Subcategoría Redes sociales de apoyo y salud



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos en Atlas.ti.

#### **Sentirse cómodas con otras mujeres para hablar del tema**

En cuanto a las redes de apoyo que hicieron las mujeres de este estudio, se destaca que prefieren hablar sobre el tema de su infección con otras mujeres, ya sean amigas o del círculo familiar, con la intención de planear estrategias de acompañamiento y gestión de recursos para la atención. Algunas otras, como ya se mencionó antes, decidieron no hablarlo por el temor de ser juzgadas (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014). Estas redes de apoyo con mujeres están principalmente basadas en la confianza, es decir, certidumbre de compartir su diagnóstico de una infección de transmisión sexual sin que las vayan a criticar o cuestionar por sus prácticas sexuales y que no compartan esta información con otros para evitar ser estigmatizadas.

Le hablé a una amiga, este... le comenté, que sabía yo que estaba más empapada del tema, le comenté y ella me explica efectivamente no es este... no necesariamente tiene que ser así, vamos, que es un resultado, [mmj] y que... hay que hacer exámenes para ver si realmente hay algo.  
Constanza

No, sí le platicué a mi amiga que la había pedido el contacto, le platicué qué... qué había pasado y así, y también le conté a mi mamá, le conté a mi hermana... mis hermanas, tengo dos hermanas más pequeñas y a mi mamá. Y pues sí les platicué y a la más pequeñita sí le dije. Melisa

Entonces, ahí tuve como una persona a quién contarle, una persona a quién decirle todo lo que estaba pasando, y también ahí compartimos un poco de información y de experiencia, sobre todo, entonces creo que eso también me ayudó a no sentirme tan perdida. Edna

Mi amiga fue a la que le platicué, pero con otras dos amigas también.  
Alex

Le hablé a una amiga, este... le comenté, que sabía yo que estaba más empapada del tema, le comenté y ella me explica efectivamente no es este... no necesariamente tiene que ser así, vamos, que es un resultado, y que... hay que hacer exámenes para ver si realmente hay algo.  
Constanza

A la siguiente cita me acompañó mi hermana y a la siguiente vez me acompañó mi mamá también. Pues, no... por su lado sí sentí el apoyo, pero fue más bien eso que digo... Y de mi amiga, también no hubo tanto problema, sí recuerdo que más bien fue como de “güey, ¿neta tuviste

alguna vez relaciones sin condón?” y yo... “sí.” Melisa

Les confío muchas cosas, o sea, creo que con ellas me siento tranquila. Que sé que... una, que no me van a juzgar de nada, o sea, porque pues ellas saben cómo soy, cómo me divierto y así, que nunca han juzgado mi manera de ser, que nunca habido como... yo creo que también eso estuvo padre, que no vieron que el VPH fue como “Ay fue porque andabas ahí con no sé quién”, fue así de “Ay no, tranquila, va a estar bien”, y creo que eso fue lo padre, que no son personas que me juzguen, sino que me apoyan, que me escuchan, que estuvieron ahí, creo que eso fue lo que me hizo platicarles primero a ellas, antes que a nadie. Leslie

Ya cuando, justo que ya pude platicarlo con una amiga, que ella también tenía VPH, pues como que me calmó un poco de saber que no soy la única y que... y lo primero que me dijo: “tranquila, o sea, hay un montón de mujeres que lo tenemos y hay unas que ni siquiera saben que lo tienen, entonces, tranquila, yo te ayudo. Leslie

La verdad es que mis amigas son un gran grupo de apoyo. María Isabel

En el caso de Melisa, una amiga la regaña y siente que la pueden juzgar si alguien se entera del VPH, lo que coincide con lo mencionado con otra investigación cuando se dice que “las relaciones de amistad no eran de confianza e intimidad como para compartir la información y buscar apoyos, ya que este diagnóstico alude a prácticas sexuales que podrían ser cuestionadas” (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014:215):

Nomás me hizo como, sí me hizo como el regaño, como amiga, pero, pero sí, en lo otro me sentí como triste, un poco, excluida, como si...

como si cualquiera que después se fuera a enterar me fuera a juzgar, no es tampoco que fuera por el mundo diciéndole a toda la gente, pero como que sí sentí eso. Melisa

Es por esto que en general las mujeres entrevistadas deciden ser más discretas con la información que comparten como una estrategia de protección, puesto que en la medida en que se socialice, es más factible que las señalen (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014). Asimismo, el silencio puede dificultar los procesos SEA, pues las mujeres no tienen la libertad para hablar sobre estos temas, lo que dificulta formar las redes de apoyo, principalmente por cómo la sociedad estigmatiza la sexualidad femenina.

### **Falta de apoyo de la pareja**

Algunas mujeres no tuvieron apoyo de sus parejas, lo que las hizo sentir solas y vulnerables. Esto coincide con otro estudio (Castro Vásquez & Arellano Gálvez, 2014). Y, además de esta falta de apoyo, también existieron casos en que las mujeres se sintieron más preocupadas cuando compartían la información de su diagnóstico de VPH con sus parejas, lo que implicó que esas redes de apoyo no lograran su función, sino que, por el contrario, hicieron que su proceso SEA más difícil:

O sea, ¿te atreves a escribirme para pedirme dinero, y no para responderme un asunto tan delicado como lo que te dije?". Y sí, le dije "vete mucho a chingar a tu madre" [risas] y ya, ahí quedó, no he vuelto a saber de él. Dejó una huella muy muy dura en mí, y pues una lección muy grande aprendida también, con el tema de los patanes. Claudia

Aunque digo que es algo que ya sabía que iba a pasar, sí... quiera o no, saber que algo estaba mal, sí me inquietó, me dio un poco de tristeza...

me dio mucha tristeza más bien la reacción de mi pareja en ese tiempo, sí me dio mucha tristeza que se portara el de esa manera porque no era como lo que yo esperaba. Sí, puedo decir que fue uno de los puntos que hizo que termináramos, no... no fue el cien por ciento, pero sí fue una de las razones por las que se tomó la decisión, porque me sentí incómoda, no me sentía tan apoyada por él y... me sorprendió porque es alguien de la edad y sí piensa uno que no va a... a tener tantos este... prejuicios, como gente, por ejemplo, más grande. Melisa

Pues, pues triste, me entristecía que no quisiera acompañarme y justo el único día que me iba a acompañar me internaron para que naciera mi hijo. Alex

Luego lo que me preocupó fue contarle a... pues a mi pareja en ese momento, porque dije: “no pues es que va a pensar lo peor” y evidentemente pensó lo peor y este... y ya pues me sentía todavía más mal. Leslie

“Yo creo la reacción del que era mi pareja, o sea, su reacción sobre cómo echarme la culpa, pues. Porque lo primero que pensó fue como: “No mames, pues si tú tienes VPH, seguramente yo también y esto es como tú culpa.” Y yo: “Pero si el que tiene otra pareja eres tú”, entonces yo creo la reacción si fue como súper gacha, y pues creo que eso fue de entre todo lo más desagradable. Leslie

### **Apoyo de la pareja**

Por el contrario, otras mujeres sí tuvieron apoyo de sus parejas y esto les dio tranquilidad. Sobre ese apoyo, Castro (2014) menciona que algunas mujeres lo nombran como “estar pendientes” (o mostrar interés), lo que coincide con lo

mencionado por la mayoría de las mujeres de esta investigación. Esto se refleja en cuestiones como: preguntarles cómo les fue, darles dinero para las consultas y tratamientos, llevarlas a las consultas -aunque por lo general no entraran con ellas- el apoyo emocional, entre otros. Este tipo de conductas están relacionadas con los roles de género, es decir, con el hecho de normalizar que la mujer se haga cargo del cuidado de la salud de los otros o de ella misma y el hombre no (Gilligan, 2013).

A continuación, se presentan ejemplos de apoyo de tipo emocional por parte de las parejas de las mujeres entrevistadas:

*Que él me dijo: “Tranquila, lo que te haya pasado no define quién eres, fue simple mala suerte, ¿no?” Y recuerdo que eso me tranquilizó muchísimo porque yo dije: “¿Este sujeto de verdad me está diciendo eso? Edna*

*También la persona con la que yo estaba involucrada en ese momento sentimentalmente tampoco juzgó y no hizo muchas preguntas, pero simplemente me dijo: “Lo que haya pasado no define quién eres, entonces tranquila”, entonces digamos que en ese sentido yo digo que fue suerte, porque sé que a otras personas no les va así. Edna*

*Sí, pues él siempre me acompaña, siempre me acompaña cuando voy con el ginecólogo. La última vez, bueno que me hice el papanicolaou, fui con un oncólogo porque traía una bolita, he pues en los labios (vaginales), pero me reviso el doctor y no era nada y él estuvo presente. Siempre está presente cuando... bueno yo le pido que me acompañe. Zulema*

*Es que no se toca el tema porque no fue un tema muy bonito, pero sí*



*podemos platicar cuando se necesita. Zulema*

*“Voy sola, pero yo sé que si le dijera “pasa conmigo”, él pasa, este... me acompaña y me espera en la sala de espera, este... si se ocupan cosas, pues él anda al pendiente, si... si hay alguna situación que se tenga que realizar antes de, pues él está... apoya. La verdad yo me siento muy apoyada por él. Constanza*

### **Redes de apoyo en la familia**

Las redes de apoyo en la familia son muy importantes. Destacan en las mujeres el apoyo de sus madres y hermanas, quienes las escuchaban, acompañaban algunas veces a las consultas y/o les apoyaban económicamente para sus tratamientos y estudios:

Con mi mamá, mi mamá no... pues ya me la esperaba ya sabía sí que iba a reaccionar de esa manera, no era un secreto que yo ya había tenido relaciones, que yo ya había iniciado mi vida sexual, pero pues yo ya esperaba más o menos su reacción. Incluso con mi papá también, en una plática, sí llegó al tema que le dije que yo había ido con la ginecóloga y se le salió un sustito como ¡Ahh!... ¿por qué?”. Pero se alarman más por el sentido de “¿Cómo mi hija ya tuvo relaciones?” Así, entonces este... me entristeció mucho porque mi papá... mis papás ya sabían, de mi mamá ya sabía que iba a reaccionar de esa manera. Melisa

Tuve que acercarme con mi hermana ... ella trabajaba en el ramo de la salud, para que me orientara un poquito más e ir con otro médico.  
Zulema

“La primera vez que fui a que me checaran lo de los condilomas la

doctora me explicó, pero la verdad que todo se me hizo como muy borroso, ya después de que salí de la cita, por lo mismo de que es algo de que no te esperas ¿verdad? Y es algo que no sabes cómo afrontarlo, digo tampoco es algo de que me puse super mal, pero si como que se me fue la onda y ya me hizo la recomendación mi hermana de que en cada cita o como yo me sintiera, hiciera mis anotaciones y dudas para tener esa información presente. Tabata

Pero conforme fui preguntando a las personas de más confianza, por ejemplo, a una de mis hermanas, ya me fui tranquilizando un poquito más, este y pues siempre esperando que los daños que tuviera, este fueran leves. Tabata

Luego luego que... que supe, me acerqué a ella (se refiere a su mamá) ... para ver...sabía que ella era la que tenía un poquito más de experiencia con ginecólogas. Melisa

Primero con mi hermana, que ella me ayudó mucho. Guadalupe

Sí, platiqué al principio cuando me enteré, lo platiqué con mucho temor a mi mamá y ahora lo platico con mucha más soltura en algún momento paso. Es curioso porque además me enteré después que mi mamá tiene el virus de papiloma humano porque mi papá se lo transmitió, pero porque mi papá se metía con otras mujeres, bueno se relacionaba sexualmente con otras mujeres y mi mamá ni enterada y ella súper fiel. Tere

Hasta el momento, hasta la fecha no lo he dicho a mis papás siquiera que tengo VPH. Pues una porque no los quiero preocupar y pues porque no sé, o sea, yo ya tengo mi vida y no quiero involucrarlos en eso. Leslie

Algunas mujeres presentaron dificultades económicas pues los estudios y tratamientos del VPH son costosos, por lo que se hicieron de redes de apoyo por función, en este caso para el apoyo económico. A continuación, se muestran algunas narrativas al respecto:

Me dijo: "Esto es preocupante" y yo... y entonces recuerdo que en ese momento lo que pensé fue como "¿A quién le puedo pedir apoyo? ¿A quién le puedo decir? ¿Quién me va a dar dinero para esto?" Edna

Sí estaba trabajando, sí estaba trabajando, pero sí me vi más angustiada porque pues no... era estudiante todavía, estaba acabando la carrera o acababa de acabar la carrera, pero ganaba muy poquito. Más bien ahí si tuve que este ... con mi pareja y con mi hermana... las personas que me apoyaron. Zulema

Gastadísima, sin un peso, y sí fue como de "Chin, o sea, a quién le digo, porque no tengo el dinero" y ahí como que se me acomodó un trabajo con una tía y entonces como que todo cayó ahora sí que, del cielo, como dicen, y se acomodó para que sin necesidad de andarlo contando yo solita, encontrara a las personas adecuadas, encontrara el dinero para poderme tratar. Edna

Entre que me hicieron la biopsia y que me hicieron el cono yo creo unos 15 días, porque, como era particular, pues ahí si ya depende si tienes dinero, y en ese entonces yo vivía con el Papá de mi hijo, él fue el que me apoyo con todo eso. Alex

Entonces, ellas, más bien, una de ellas me prestó dinero, otra me dejó dormir en su casa como gratis y así no me cobró. María Isabel

Por último, cabe enfatizar que las experiencias previas de cada mujer, además de la percepción individual y el imaginario social de pertenencia, definen sus decisiones en cuanto a formar o no redes de apoyo y de cómo las forman. En las mujeres entrevistadas se observó que el contar con una red de apoyo sólida les pudo ayudar a enfrentar su proceso SEA con menos angustia e incertidumbre, pues les proporciona apoyo emocional. De ahí radica la trascendencia de tener una red de apoyo en salud fuerte (Guzmán et al., 2003).

## **Capítulo 5. Conclusiones y desafíos**

En síntesis, los resultados generales que se obtuvieron en esta investigación fueron las construcciones socioculturales entorno a mujeres que experimentaron el diagnóstico de VPH, las cuales se centran en una categoría axial denominada *Género y salud* que, a su vez, se encuentra inmersa en tres grandes categorías: 1. Experiencias de atención con profesionales de la salud, 2. Experiencias emocionales y estigma social y 3. Impacto corporal, sexual y en las redes de apoyo. En este capítulo final, se presentan algunas afirmaciones generales observadas en esta investigación.

Para empezar, a la mayoría de las mujeres les gustaría tener mejores decisiones al elegir a sus parejas. Esto pensando en que se pudiera evitar el contagio de VPH. Además, se demostró que es importante tener una red de apoyo en salud para que las mujeres con este tipo de padecimientos puedan vivir procesos de Salud Enfermedad Atención (SEA) sean más llevaderos.

Por otro lado, a partir de su diagnóstico, las mujeres deciden estar más pendiente de su salud sexual y reproductiva. Generalmente, se realizan sus Papanicolaous cuando el médico lo recomienda, investigan más sobre el padecimiento, hablan con otras mujeres sobre su experiencia porque se sienten

más cómodas hablando con ellas, algunas cambian de ginecólogo pues buscan a alguien que les brinde confianza, la mayoría prefiere ser atendidas por mujeres y no por hombres.

Cabe señalar, que todas las mujeres dicen estar sanas, pero al comentar sobre su padecimiento se muestran preocupadas o temerosas de no hacer lo suficiente para evitar que aparezcan verrugas o lesiones que pueden evolucionar a cáncer. Lo anterior las acompaña en la toma de decisiones en su vida cotidiana, cuando tienen o no estilos de vida saludable, en el uso de métodos de barrera para impedir la transmisión de infecciones sexuales, en general en sus prácticas sexuales, etcétera.

La mayoría de las mujeres entrevistadas tuvieron problemas con sus parejas al momento de saber sobre la infección por VPH, principalmente debido a que se transmite sexualmente y a que les gustaría saber quién las contagió. Asimismo, quieren saber si está relacionado a alguna infidelidad o si es porque sus parejas fueron promiscuas antes de conocerlas. Además, existe un marcado sentimiento de culpa de las propias mujeres sobre estar contagiadas, quizá debido a sus prácticas sexuales, al número de parejas que han tenido o a la decisión de no cuidarse. Esta última, algunas veces es consciente pues relacionan la idea de amor y confianza con el hecho de tener una pareja estable y deciden no usar preservativo, cosa que puede ponerlas en riesgo, es decir, las mujeres de este estudio decidieron dejar de usar métodos de barrera cuando tienen una relación formal o de más tiempo, lo que las lleva a confiar en sus parejas y a bajar la guardia sobre los riesgos de contagio. Sin embargo, lo que no saben la mayoría de las mujeres entrevistadas, es que se pueden contagiar de una infección de transmisión sexual a pesar de que el contagio en sus parejas haya ocurrido hace mucho tiempo, sin implicar infidelidad o promiscuidad.

Cabe destacar también que las mujeres narraron con frecuencia experiencias de procesos de atención traumáticos, dolorosos, solitarios y difíciles pues en la atención de los profesionales de la salud muchas veces no tienen un trato digno, sienten la falta de privacidad, las cuestionan sobre sus prácticas sexuales, como el número de parejas, no cuidarse, tener parejas de mismo sexo, entre otros.

Dados los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir que se logró el objetivo del estudio, el cual fue analizar las experiencias físicas y emocionales en mujeres que viven con VPH: el impacto en su corporalidad, prácticas sexuales, redes sociales de apoyo y experiencias de atención médica; así como conocer elementos subjetivos que experimentan las mujeres, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento y las construcciones socioculturales de género.

Así mismo, uno de los principales aportes de esta investigación fue mostrar y problematizar la relevancia del contexto sociocultural en la interpretación de los padecimientos y así poder proporcionar cuidados holísticos a las usuarias, es decir, reflexionar sobre los muchos factores sociales y culturales que pueden influir en la salud o la enfermedad de las personas, algunos ejemplos son: el nivel educativo, el nivel económico, el acceso a la información en salud y el autocuidado, las redes sociales de apoyo en salud, el acceso a la atención en salud, la importancia de contar con políticas públicas adecuadas a las necesidades de la población y de los grupos vulnerables, entre otros.

Ahora bien, el acercamiento a las mujeres entrevistadas lleva a afirmar que se debe capacitar a los profesionales de la salud para abordar esta problemática de manera más humana, propiciando una comunicación efectiva con la usuaria, la reflexión y buscar palabras acordes a la necesidad de la persona. Para ello es fundamental cambiar el sistema biomédico hegemónico al que la costumbre legitima, en donde está “bien visto” que la persona o usuario de

servicio de salud no pregunte, no cuestione las decisiones de los profesionales de la salud, se quede callada y siga al pie de la letra las indicaciones, aunque no entienda del todo el porqué de ese tratamiento. Propiciar ese cambio requiere de conciencia comunitaria, responsabilidad compartida para, así, poder resignificar la salud y permitir a las usuarias empoderarse. No debe haber lugar para estigmatizar a las mujeres con diagnóstico positivo, y menos su vida sexual. Ello no tiene razón de ser, sobre todo si está claramente demostrado que con un solo contacto se puede contagiar la persona.

Por último, y no por ello menos importante, quiero dejar asentado en estas conclusiones que este largo proceso de investigación me llevó a problematizar y a finalmente cambiar un supuesto fundamental que, como investigadora, enfermera y portadora del VPH, había cargado por años: no estamos enfermas. Una y otra vez, las mujeres con las que dialogué no se consideran enfermas a partir de un diagnóstico de VPH, más bien se referían a una larga serie de procesos y cambios que tuvieron que experimentar. Por ejemplo, sus experiencias de autoestigma se manifiestan y se van enraizando conforme su padecimiento se menciona o se visibiliza con otros. Lo anterior fue un gran aprendizaje para la investigadora, pues tenía ese sesgo al pensar que las mujeres se considerarían enfermas, tal como ella lo había experimentado durante tantos años, dando por hecho que el diagnóstico se traducía en una enfermedad. Ahora, después de este largo proceso de indagación, logré comprender que “la enfermedad es el estigma”.

Acorde con lo mencionado, considero que es importante invitar a las mujeres a cuestionarlo todo, a no quedarse calladas. Modificar ese ser “paciente” pasivo por ser una persona empoderada, responsable de su propia salud, una persona crítica, que hace preguntas y que demanda información a los profesionales de la salud, ya que, como se demostró en esta investigación, las mujeres tienen mayor riesgo de ser cuestionadas, y el área de la salud no es una excepción,

ya que se les discrimina, violenta, no se les da el mismo valor a su opinión -en contraste con los hombres-, y se les juzga de histéricas, hormonales o locas cuando exigen la atención de salud de calidad. Generalmente, las pautas que la sociedad exige a la mujer es que sea sumisa y callada, lo cual se traslapa al área de la salud, generando que no se les deja hablar, preguntar o informarse. Más bien, se les etiqueta de “mujeres enfermas por su propia culpa”, y la culpa siempre las acompaña, como si ésta tuviera un origen divino atribuible a ciertas formas de vivir fuera de la norma de sociedad: “te portaste mal, entonces asume las consecuencias, por eso estás enferma”.

Además, y sobre la importancia de esta investigación es necesario recalcar que las formas de vivir, de realizar investigaciones, de hacer políticas públicas y de ejercer los procesos de SEA deben cambiar para garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres, mujeres y otros. Para ello, un gran reto es buscar puntos de acuerdo para seguir avanzando en la transversalización de la perspectiva de género y así incidir de manera positiva en las vidas de las mujeres. Un ejemplo es esta investigación con perspectiva de género, que logró contribuir a vislumbrar cómo experimentan la infección de VPH las mujeres y de esta manera buscar estrategias para evitar más muertes por cáncer cervicouterino.

Aunque hay situaciones que separan o hacen distintas a las mujeres, como la raza, estado socioeconómico, estado civil, nivel educativo, entre otros; se debe buscar lo que las une (De Miguel Álvarez, 2014), que es el ser mujer, una mujer que se construye a partir de lo que la sociedad dice y dicta, pero que también tiene libertad y tiene agencia. Para eso, y como un reto más, hay que propiciar que la mujer se empodere de su propia salud con el fin de que el cambio sea más y más evidente. De esta manera, visibilizar a las mujeres, sus cuerpos, sus espacios y sus actividades, así como apoyarlas en su capacidad de agencia respecto a su salud sexual y reproductiva es, por una parte, una tarea



de todos los profesionales de la salud y, por otra, es una manera eficaz de proporcionarles conocimientos, educación para la salud y crear conciencia de la importancia de que ellas puedan decidir sobre sus propios cuerpos.



## Referencias

- Acosta, M., Urbina, A., Ruiz, L., Rocha, R., & Nava, H. (2013). Percepciones y autoconcepto de las mujeres ante la autotoma vaginal: un acercamiento a la realidad vivida. *Rev Paraninfo Digital*, 19. <http://www.index-f.com/para/n19/209o.php>
- Aguilar, M. Á., & Soto Villagrán, P. (2013). *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las ciencias sociales*. Miguel Ángel Porrúa .
- Almeida, L. C. G. de, Rivemales, M. da C. C., Parga, E. J. de S., & Paiva, M. S. (2009). HIV/AIDS: comportamento sexual de mulheres e homens soropositivos. *Rev. Baiana Enferm*, 22/23(1/3). <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4988/3624>
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2010). *Cómo hacer investigación cualitativa* (2da.). Paidós Educador.
- American Cancer Society. (2017). *VPH y Cáncer*. <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/vph/vph-y-cancer.html>
- Aranda, P. (2010). *Los motivos de la “desidia”. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino*. El Colegio de Sonora.
- Arellano G., M. del C., & Castro V., M. del C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, 259–278.
- Arellano, M. C., & Castro, M. C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *The Stigma in Women Diagnosed with HPV, Dysplasia and Cervical Cancer in Hermosillo, Sonora.*, 21(42), 261–278. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=101865286&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

*Autocuidado para personal en primera línea de respuesta en situaciones de emergencia en Latinoamérica (2021) | Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS).* (n.d.). Retrieved December 3, 2022, from <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/autocuidado-para-personal-en-primera-linea-de-respuesta-en-situaciones-de-emergencia-en>

Barquet, M., & Benítez Silva, A. (2012). *La transversalización de la perspectiva de género: una estrategia para avanzar a la igualdad* (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ed.; Primera).

Bénard Calva, S. M. (2019). *Autoetnografía. Una metodología cualitativa* (Universidad Autónoma de Aguascalientes, Ed.; Primera).

Berger, P., & Luckman, T. (1994). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.

Botia-Morillas, C. (2013). Cómo diseñar una investigación para el análisis de las relaciones de género: aportaciones metodológicas. *Papers*, 98/3, 443–470. <http://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.5ED42DC&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Cárdenas Castro, M., Salinero Rates, S., & García Núñez, C. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3), 187–196.

Carolina Millán-Morales, R., Sinoe Medina-Gómez, O., & Villegas-Lara, B. (2019). Conocimiento de la vacuna contra el VPH y factores asociados con su aceptación en niñas de 9 a 12 años. *Knowledge about the HPV Vaccine and Factors Associated with Acceptance in Girls of 9 to 12 Years Old.*, 87(10), 660–667. <http://10.0.94.181/gom.v87i10.3065>

Castanedo, I. M., Escaño, V., & González, P. (2013). Enfermería y el virus del Papiloma Humano, a propósito de un caso. *Enfermería Docente*, 23–27. <http://www.index-f.com/edocente/100pdf/100-023.pdf>

Castro Vásquez, M. del C., & Arellano Gálvez, M. del C. (2014). Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 5(39), 208-208–

240. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362014000100009&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100009&lng=en&tlng=en)

Castro Vásquez, M. del C., & Salazar Antúnez, G. (2001). *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora.* (El Colegio).

Castro-Vásquez, M. del C., & Arellano-Gálvez, M. del C. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 52(3), 207–212. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=51301058&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Cecilia Tamburrino, M., Leonor Brown, J., Gattoni Mario Pecheny Cita, S., & Gattoni Mario Pecheny, S. (2007). *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica.* <http://www.aacademica.org/000-106/75>

Chejter, S. (2015). *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud.*

Ciccia, L. (2017). *El sexo y el género como variables en la investigación biomédica y la práctica clínica.*

Corbin, J. (2010). La investigación en la Teoría Fundamentada como un medio para generar conocimiento profesional. In S. Bénard Calva (Ed.), *La Teoría Fundamentada: Una metodología cualitativa* (pp. 13–54). Universidad Autónoma de Aguascalientes .

da Silva Marques, M. de L., & Gimenez, M. T. (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecol Obstet Mex*, 75:531-6.

de Souza, M., Ferreira, S., & Cruz, O. (2003). *Investigación Social* (1era.). Lugar editorial.

de Souza Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa* (Primera). Lugar Editorial.

del Pilar Meza-Rodríguez, M., Mancilla-Ramírez, J., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., Pimentel-Nieto, D., & Carreño-Meléndez, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma

humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(Artículo original), 17–22.  
www.medigraphic.org.mx

Delany, S. R. (1988). *The Motion of Light in Water: Sex and Science Fiction Writing in the East Village, 1957-1965*. New American Library.

do Prado, M. L., de Souza, M. L., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. (Primera). Organización Panamericana de la Salud.

*Estado de ánimo incide en la salud*. (n.d.). Retrieved December 4, 2022, from [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020\\_864.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_864.html)

Esteban, M. L. (2007). *Introducción a la antropología de la salud* (Asociación por el Derecho a la Salud, Ed.; Primera). OP.

Esteban, M. L. (2013). *Antropología del cuerpo. Géneros, itinerarios corporales, identidad y cambio*. (Bellaterra, Ed.; Segunda).

*Genital Warts During Pregnancy | American Pregnancy Association*. (n.d.). Retrieved August 12, 2022, from <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-concerns/genital-warts-during-pregnancy/>

Giddens, A. (2006). Sociología. In *Alianza Editorial*. Alianza Editorial.

Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Giraudó, N., Discacciati, V., Bakalar, K., Basualdo, N., & Dreyer, C. (2006). Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la ciudad de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3(2), 7–21.  
[https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios\\_attachs/6718.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/6718.pdf)

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2000). Competing paradigms in qualitative research. In *Handbook of qualitative research* (Segunda, pp. 105–117). Thousand Oaks: Sage Publications.

Gutiérrez Zambrano, L., Cantos Sánchez, M., Luzuriaga Saltos, M., Sabando Cedeño, J., Montañó Parrales, G., & Loo Vinuesa, G. (2018). VPH y cáncer cervicouterino como un estigma social: un estudio desde el punto de vista psicosocial. *Dominio de Las Ciencias*, 4(4), 25–35.

- <http://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.FE601A45&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. In CEPAL (Ed.), *Notas de población* (CEPAL, Nac, pp. 35–70).
- Hedva, J. (2020). *Teoría de la mujer enferma* (2da.). zineditorial.
- Hernández-Márquez, C. I., Brito-García, I., Mendoza-Martínez, M., Yunes-Díaz, E. M., & Hernández-Márquez, E. (2016). Conocimiento y creencias de mujeres del estado de Morelos sobre el virus del papiloma humano / Knowledge and beliefs of women from the state of Morelos about the human papilloma virus. *Revista Cubana de Enfermería*.  
<http://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0864.03192016000400004&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Lamas, M. (2018). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (Bonilla Artigas, Ed.; Tercera).
- Lara y Mateos, R. M. (1999). *Medicina y cultura: Hacia una formación integral del profesional de la salud* (Plaza y Valdes, Ed.).
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Arch. Argent. Pediatr*, 271–278.
- León-Maldonado, L., Allen-Leigh, B., & Lazcano-Ponce, E. (2014). Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud Pública de México*, 56(5), 519–527.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=98909698&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- León-Maldonado, L., Allen-Leigh, B., Torres-Ibarra, L., Salmerón, J., Thrasher, J. F., Lazcano-Ponce, E., Wentzell, E., Brown, B., & Billings, D. L. (2016). Perceptions and experiences of human papillomavirus (HPV) infection and testing among low-income Mexican women. *PLoS ONE*, 11(5), 1–14.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153367>

- López Pacheco, M., Calderón, M. del C., Yesenia Peña, E., & Gómez, G. (2020). Trayectorias de atención en mujeres con infección por virus del papiloma humano: un acercamiento biocultural. *Care Trajectories in Women with Human Papillomavirus Infection: A Biocultural Approach.*, 27(78), 189–209. <https://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=147037980&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Luna Blanco, M. A., & Fajardo Santana, H. (2018). *Forcejeos y Resistencias. Aportes sobre antropología médica y el cuerpo en las investigaciones de posgrado* (El Colegio). El Colegio de la Frontera Norte, A.C.
- Maciá Soler, L., Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación cualitativa*. Elsevier.
- Manzini, J. L. (2000). DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. *Acta Bioethica*, 6(2), 321–334. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Mejía Arauz, R., & Sandoval, S. A. (2009). *Tras las vetas de la investigación cualitativa* (Quinta reimpresión). ITESO.
- Menéndez, E. L. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, XV(51), 83–103. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905107>
- Mora, A. S. (2009). EL CUERPO INVESTIGADOR, EL CUERPO INVESTIGADO. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 45(iss 1), 11–37. <http://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.F5A076A&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- O'Connor, M., Costello, L., Murphy, J., Prendiville, W., Martin, C., O'Leary, J., & Sharp, L. (2014). 'I don't care whether it's HPV or ABC, I just want to know if I have cancer.' Factors influencing women's emotional responses to undergoing human papillomavirus testing in routine management in cervical screening: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(11), 1421–1430. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12741>

OMIS. (1946). *¿Cómo define la OMS a la salud?* <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=¿Cómo define la OMS la,ausencia de afecciones o enfermedades»>.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Las mujeres y la salud*.

Palacios Rodríguez, O. A., Méndez Martínez, S. L., Galarza Tejada, D. M., & Torres López, T. M. (2016). Dominios culturales de Salud Sexual y Virus del Papiloma Humano en adolescentes mexicanos. *Revista CES Psicología*, 2, 152. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.10>

Parente, J. A., de Sá Barreto, M. N. A., Figueiredo Vidal, E. C., Alves, A. G., de Souza, P., & Figueirêdo, E. C. (2016). Percepciones de mujeres portadoras del virus papiloma humano a cerca de la infección: estudio exploratorio. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15, 382–392. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5305>

Parsons, T. (1976). Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In *El sistema social*. (pp. 431–441; 473–476). Revista de occidente.

Peterson, A. L. (2015). A case for the use of autoethnography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 226–233. <https://doi.org/10.1111/jan.12501>

Polit P., D., & Tatano Beck, C. (2018). *Investigación en enfermería*. Wolters Kluwer. “Prefiero ver una ginecóloga”; mujeres evitan consultas con médicos varones | *La Silla Rota*. (n.d.). Retrieved September 17, 2022, from <https://lasillarota.com/lacadera-de-eva/2022/5/19/prefiero-ver-una-ginecologa-mujeres-evitan-consultas-con-medicos-varones-370866.html>

¿Qué es una infección? | CDCF PCI. (n.d.). Retrieved December 3, 2022, from <https://www.preventcancerinfections.org/es/health-tip-sheet/%C2%BFqu%C3%A9-es-una-infecci%C3%B3n>

Rangel Esquivel, J. M. (2009). *Trayectorias del proceso Salud/Enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México*. 1–18.

Rodrigues, B. G., Holzmann, A. P. F., Santos, A. G. P., Lima, C. de A., Gonçalves, R. P. F., & Santos, S. P. dos. (2016). Infecção pelo Papilomavírus Humano



(HPV) em mulheres portadoras de HIV/AIDS. *Enfermería Global*, 15(44), 13–24.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118684714&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Rodríguez, O. A. P., López, T. M. T., & Tejada, D. M. G. (2020). La experiencia de la persona adulta con la infección por virus del papiloma humano: una revisión panorámica. *Población y Salud En Mesoamérica*, 17(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40046>

Sánchez Ramírez, G., & Luna Blanco, M. (2013). *Infección por virus de Papiloma Humano y prevención de Cáncer cervical* (Primera). Colegio de la Frontera Sur Centro de Estudios Jurídicos y Sociales Mispat, A.C. Educación para las ciencias en Chiapas, A.C.

Sardar, Z., & van Loon, B. (2005). *Estudios culturales para todos*. Paidós.

Sayavedra Herrerías, G., & Flores Hernández, E. (1997). *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud* (Red de Muj).

Scott, J. W. (2001). "Experiencia." *La Ventada. Revista de Estudios de Género*, 42–73.

Secretaria de Salud. (2015). *Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino*. 8 de Septiembre de 2015. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>

Serret Bravo, E. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género* (Instituto).

Silvestri, L. (2017). *Games of Crohn. Diario de una internación* (Queen Ludd, Ed.).

Sontag, S. (2019). *La enfermedad y sus metáforas* (Primera reimpresión). DEBOLSILLO.

Tamayo Duque, A. (2016). Pensar (y escribir) con el cuerpo. *Artes La Revista*, Vol. 12(Núm. 19), 70–79. <http://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.56E4954&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica.

- Urrutia, M. T., Poupin, L., Concha, X., Viñales, D., Iglesias, C., & Reyes, V. (2008). ¿POR QUÉ LAS MUJERES NO SE TOMAN EL PAPANICOLAOU?: BARRERAS PERCIBIDAS POR UN GRUPO DE MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICOUTERINO AUGE. In *Revista chilena de obstetricia y ginecología* (Vol. 73, pp. 98–103). scielocl.
- Valenzuela, M., & Miranda, M. (2001). ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 75–80.
- Valls-Llobet, C. (2008). *Mujeres invisibles* (Tercera). DEBOLSILLO.
- Villaseñor-Cabrera, T., Rizo Curiel, G., & Orozco Mares, I. (2002). Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación En Salud*, IV, 0.
- Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Luis, C. G. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería Grounded theory as a qualitative research methodology in nursing. *Index de Enfermería*, 19(4), 283–288. <https://dibpxy.uaa.mx/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.7eee5cbe3b8d4efbbc8501a6705790a1&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Wiesner, C., Acosta, J., Díaz, A., Tovar, S., & Salcedo, H. (2009). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Cancerología*, 13(3), 145–156. <https://dibpxy.uaa.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0123901509701337&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Wiesner-Ceballos, C., Vejarano-Velandia, M., Caicedo-Mera, J. C., Tovar-Murillo, S. L., & Cendales-Duarte, R. (2006). La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 185–196. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42280304>
- Zalpa, G. (2011). *Cultura y acción social* (Plaza y Valdés, Ed.). Universidad Autónoma de Aguascalientes.



## Apéndices

### Apéndice No. 1 Guía para entrevista sobre características básicas de las mujeres VPH positivas

#### Datos sociodemográficos:

Edad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Ingresos económicos mensuales \_\_\_\_\_ Servicio Médico \_\_\_\_\_  
 ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Inicio de Vida sexual \_\_\_\_\_ Menarca \_\_\_\_\_ Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_  
 Gestas \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_  
 Hijos \_\_\_\_\_ Edades de los hijos \_\_\_\_\_ ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

Métodos anticonceptivos utilizados \_\_\_\_\_

Pareja migrante                      SI              NO

Numero de citologías vaginales que se ha realizado \_\_\_\_\_

Estudios de VPH \_\_\_\_\_ Fecha aproximada del último estudio \_\_\_\_\_

Resultados malos o alterados                      SI                      NO

Enfermedad ginecológica                      SI                      NO

Tratamientos por lesiones del útero recibidos \_\_\_\_\_

Medicamentos recetados \_\_\_\_\_

## Apéndice No. 2 Guía de Observación

### Estructura

- Ubicación del domicilio
- Tipo de construcción
- Tipo de Vivienda
- Servicios con los que cuentan

### Iluminación, ventilación, ruidos Entorno de la vivienda

- Limpieza
- Orden
- Simbologías religiosas y culturales

### Relaciones

- Tipo de convivencia familiar
- Tipo de convivencia conyugal

### Reacciones en la entrevista (para captar emociones)

- Gesticulaciones durante la entrevista
- Posiciones
- Lenguaje corporal
- Expresión
- Manifestación del estado de ánimo por gesticulación
- Tipo de contacto con la investigadora (visual, corporal, etcétera)
- Intervenciones en la entrevista (por quien, frecuencia, momentos, etcétera)

### Apéndice No. 3 Guía de entrevista semiestructurada<sup>5</sup>

**Tema. Conocimientos sobre VPH, medidas preventivas, formas de contagio, pruebas diagnósticas, tratamiento y cáncer cervicouterino.**

- ¿Qué es el VPH?
- ¿Qué piensa usted del VPH?
- ¿Qué medidas de prevención del VPH conoce?
- ¿Conoce alguna prueba para diagnosticar ITS?
- ¿Qué es el Papanicolaou?
- ¿Qué fue lo que la condujo a tomar la decisión de realizarse el estudio de Papanicolaou o identificación del VPH?
- ¿Conoce tratamientos para el VPH?
- ¿Conoce las formas de adquirir el VPH?
- ¿Qué es el cáncer cervicouterino?
- ¿Conoce las causas por las que las mujeres les puede dar cáncer de matriz?
- ¿Qué medidas de prevención del CaCu conoce?
- ¿Conoce tratamientos para el CaCu?

**Tema. Experiencia del diagnóstico de VPH.**

- Cuénteme ¿cuándo le diagnosticaron el VPH?
- ¿Dónde se hizo la prueba? ¿Por qué se la realizó ahí?
- ¿Cómo se sintió cuando le realizaron la prueba?
- ¿Quién le entregó sus resultados?
- ¿Cómo le dieron la información?
- ¿Le explicaron los resultados?
- ¿Cómo se sintió?
- ¿Qué hizo después de que le entregaron sus resultados?
- ¿En qué cambio su vida después de saberse portadora de VPH?

---

<sup>5</sup>Para realizar esta guía de entrevista se consideró el Cuestionario y Guía temática de la entrevista del libro Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino (Castro Vásquez & Salazar Antúnez, 2001).

### **Tema: Cuerpo de mujeres VPH positivas**

- ¿Qué cambios en su cuerpo ha experimentado?
- ¿Cómo se siente con esos cambios?
- ¿Qué síntomas tuvo antes de que le diagnosticaran el VPH?
- Cuando usted tiene infecciones, flujo o comezón vaginal ¿qué hace?
- ¿Dónde se encuentra la infección de VPH?
- ¿Presenta dolor en alguna parte de su cuerpo?
- ¿Cómo la hace sentir esta infección en su cuerpo?
- ¿Cómo considera usted su estado de salud? ¿Se considera sana o enferma?
- ¿Su menstruación es regular? ¿Si presenta irregularidades en su salud reproductiva ¿qué hace?

### **Tema: Subjetividades femeninas y masculinas**

- ¿Qué significó para usted obtener este resultado afirmativo de VPH?  
Hábleme de la experiencia que vivió
- ¿Qué espera usted después de su resultado?
- ¿Qué sentimientos desencadenó este resultado?
- ¿Qué es lo más desagradable que le ha pasado después de tener su resultado de VPH?
- ¿Usted cuida su salud?
- ¿Considera que las mujeres cuidamos nuestra salud?
- ¿Cómo se sintió su pareja al saber el resultado?
- ¿Cambio su pareja después de saber este resultado?

### **Tema: Prácticas sexuales**

- ¿Cómo manejo esta situación con su pareja?
- ¿Platica abiertamente sobre el tema?
- ¿Hábleme sobre sus prácticas sexuales después del diagnóstico?
- ¿Qué estrategias tienen para sobrellevar este resultado?
- En caso de cambio de pareja ¿qué medidas tomo con su nueva pareja?
- ¿Hablo con su nueva pareja sobre su diagnóstico de VPH?
- ¿Cómo reaccionó al saber este resultado?
- ¿Cómo se sintió usted al momento de hablar sobre esto con él?

- ¿De qué manera interviene o participa su pareja en las decisiones con respecto a su proceso de enfermedad?
- ¿Qué problemas enfrentan o han enfrentado relacionados con la salud reproductiva?
- ¿Tomaron acuerdos de pareja sobre el uso de preservativo?
- ¿Su pareja presenta algún síntoma de ITS?
- ¿Su pareja ha tenido alguna ITS?

**Tema: Significado de enfermar**

- ¿Qué importancia le atribuye usted a este resultado?
- ¿Qué implicaciones tuvo/tiene para usted el resultado?
  - ¿Cuáles son los problemas que, para usted, le ocasionó tener este resultado?
  - ¿Cuáles son los beneficios que, para usted, le ocasionó tener este resultado?
- ¿Por qué causas o razones usted piensa que muchas mujeres no optan por realizarse el Papanicolaou?
- ¿Qué le sugeriría usted a otras mujeres sobre este tema?
- Si usted pudiera cambiar algo de lo que le paso, ¿qué cambiaría?
- ¿Qué tratamiento le recomendó su médico?
- ¿Hizo cambios en sus hábitos de vida?
- ¿Logro mejorar su salud? ¿Cómo?

**Tema: Redes sociales de apoyo y salud Redes sociales de apoyo informales**

- ¿Qué implicaciones tuvo/tiene para su familia el que usted tuviera este resultado?
- ¿Tiene a alguien con quien pueda hablar abiertamente de su padecimiento?
- ¿A quién le comento sobre su enfermedad?
- ¿Cómo eligió a esa persona o personas?
- ¿Usted platica con sus familiares sobre su diagnóstico?
- Cuando requiere apoyo económico ¿a quién le pide ese apoyo?
- Cuando tiene que salir a trabajar o a consultas médicas ¿con quién cuida a sus hijos?
- En casa ¿quién hace los quehaceres?
- ¿Se reparten las labores del hogar entre todos los integrantes de la familia?
- ¿Modificaron esta repartición de labores en el hogar a partir de su diagnóstico de VPH?

**Redes sociales de apoyo formales**



- ¿El personal que le realizó la prueba le inspira confianza y seguridad?
- ¿Recibió información del personal de salud que le dio sus resultados?
- ¿Considera esa información suficiente?
- ¿Resolvió todas sus dudas?
- ¿Confía en los médicos y enfermeras para resolver dudas?
- ¿Le han dado alguna plática de información sobre el cáncer de la matriz y la prueba de Papanicolaou?
- Si la respuesta anterior es positiva, ¿Quién proporcionó esa plática?



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

## Apéndice No. 4 “Formulario de consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación”

### Título de la investigación:

**“Construcciones socioculturales frente al diagnóstico de VPH en mujeres”**

Estudiante investigadora:

MCE. Mariely Acosta Alvarez.

Directora académica:

Dra. Mónica Adriana Luna Blanco

Codirector:

Dr. Alejandro García Macías

Asesora:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Construcciones socioculturales frente al diagnóstico de VPH en mujeres”**, registrado y aprobado por las autoridades del Doctorado en Estudios Socioculturales del Centro de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

El objetivo del presente estudio es: Analizar las experiencias física y emocional a partir del diagnóstico de VPH en mujeres.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Permitir ser grabado en una entrevista individual realizada por la investigadora donde exprese mi experiencia y punto de vista sobre el tema del VPH. También se me explicó que se pueden realizar algunas entrevistas posteriores para profundizar en el tema.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- a) Ventajas de participar: el conocer y dar a conocer mi experiencia relacionada con el VPH para que se mejoren los servicios de salud reproductiva de mi comunidad.
- b) Riesgos o inconvenientes: No existe ningún riesgo por participar en esta investigación.

La investigadora se compromete a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

La investigadora me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante este estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo. La participante puede suspender su participación en cualquier momento del estudio sin que el centro de salud imponga sanciones o reduzca la calidad en su trato.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del investigador**

Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted tiene preguntas con relación a esta investigación, puede comunicarse (antes, durante, y después del proyecto) con la siguiente persona:

*Alumno Investigador:*  
*MCE. Mariely Acosta Alvarez*  
449 179 11 20

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Testigo 1)

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Testigo 2)

## Apéndice No. 5 Información para las participantes sobre el proyecto de investigación

### ***“Construcciones socioculturales frente al diagnóstico de VPH en mujeres”***

Estudiante investigadora:

MCE. Mariely Acosta Alvarez.

Directora académica:

Dra. Mónica Adriana Luna Blanco

Codirector:

Dr. Alejandro García Macías Asesora:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

### **Título de la investigación: “Construcciones socioculturales frente al diagnóstico de VPH”**

**Introducción:** Esta es una propuesta de investigación mediante el análisis sociocultural de una infección de transmisión sexual (VPH) en mujeres, puesto que en el área de la salud no han sido suficientes los esfuerzos para erradicar enfermedades prevenibles como esta. La manera como regularmente las ciencias de la salud estudian la enfermedad/salud/atención es a través del lente biológico y físico. Propongo una forma diferente de abordar el fenómeno, de una manera holística.

**Objetivo:** Analizar las experiencias física y emocional en mujeres ante el diagnóstico de VPH: el impacto en su corporalidad, prácticas sexuales y redes sociales de apoyo; y así conocer elementos subjetivos que experimentan las mujeres, para con ello contribuir a la comprensión de la experiencia del padecimiento, a mejorar la atención de los profesionales de salud y a buscar otras estrategias de prevención.

**Metodología:** Desde los estudios de género y salud, el análisis sociocultural, con apoyo de la antropología médica, los estudios del cuerpo, por medio de la etnografía con entrevistas semiestructuradas a las mujeres con diagnóstico de VPH.

**Modalidades de participación en la investigación:** Si acepta y está interesada en participar en este proyecto, debe de inicio firmar un formulario de consentimiento. Después debe aceptar ser grabado en una entrevista individual realizada por el estudiante – investigador, realizar un diario personal donde explique su experiencia en relación con el VPH, escriba sobre algunos temas de interés para esta investigación.

### **Criterios de inclusión:**

- a) Ser mujer diagnosticada positivamente con VPH.
- b) Pertenecer al Centro de Salud Las Cumbres
- c) Aceptar participar de forma voluntaria en este proyecto
- d) Edad de 18 a 60 años

**Criterios de exclusión:**

No haber aceptado voluntariamente la participar en el proyecto

**Ventajas de participar:** el conocer y dar a conocer mi experiencia relacionada con el VPH para que se mejoren los servicios de salud reproductiva de mi comunidad.

**Riesgos o inconvenientes:** No existe ningún riesgo por participar en esta investigación.

**Libertad de participación:** Su participación deberá ser de forma voluntaria e interrumpida cuando la participante lo desee.

**Confidencialidad:** Para asegurar la confidencialidad de los datos que usted nos proporcionará en las entrevistas, un pseudónimo le será acordado. Las informaciones grabadas serán estrictamente confidenciales, solamente el estudiante-investigador, los tutores y asesores tendrán acceso a los datos.

**Preguntas sobre la investigación:**

Si usted tiene preguntas con relación a esta investigación, puede comunicarse (antes, durante, y después del proyecto) con cualquiera de las siguientes personas:

*Alumno Investigador:*

*MCE. Mariely Acosta Alvarez*

449 179 11 20

### Apéndice No. 6 Guía de Transcripción

Observación que se realizará será de manera participante, la simbología y la puntuación se utilizará de acuerdo con la propuesta por Elsie Rockwell y Ruth Mercado (1980).

<b>Simbología y Puntuación</b>	<b>Significado</b>
“ ”	Registro verbal, textual de lo registrado (durante entrevista/observación) o de transcripción de grabación.
‘ ’	Registro verbal aproximado, registro en notas de campo (durante o inmediatamente después de entrevista).
[ ]	Registro verbal aproximado, de memoria, al hacer la revisión o inferido, cuando la grabación es clara.
Sin Puntuación	Versión indirecta, ejemplo No explicó que harían la junta...
/ /	Conductas no verbales o información del contexto paralelas al discurso -puede intercalarse.
( )	Interpretaciones o Interferencias sobre tono, actitudes, posibles significados dentro del contexto de la entrevista, por ejemplo (tono de duda), (tono de regaño), (tono de burla), (tono de pregunta).
(( ))	Interpretaciones o relaciones con otra información fuera del contexto; antecedentes que aclaran el sentido de diálogo.
...	Pausa mayor a lo normal.

¿ ?	Pregunta.
.	Para cambiar de tema y evitar ambigüedad.
'	Para evitar ambigüedad sintáctica.
-----	Cuando se cambia de tema momentáneamente o se intercalan frases.
.....	Verbal, no registrado o que no se recuerda. Puede agregarse tema aproximado y /o duración si se recuerda.
:	Diálogo indirecto dentro del verbal textual o aproximado.
<u>Subrayado</u>	Texto escrito, copiado del pizarrón, libros, etcétera.
	Tono de dictado.
%+	Inicia transcripción de grabación.
%-	Termina transcripción de grabación.

**Apéndice No. 7 Guía de Observación y Ficha reflexiva**

Fecha:	
Hora:	
Entrevista:	
Nombre de la persona entrevistada:	
Observaciones:	
Reflexiones:	

