

Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano

Emma Rosa Vargas-Daza,¹ Erica Divina Quiroz-Añorve,² Liliana Galicia-Rodríguez,¹ Enrique Villarreal-Ríos¹

¹Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro; ²Hospital General de Ometepec, Servicios Estatales de Salud, Guerrero. México.

Palabras clave:

Papillomavirus humano 16,
diagnóstico
Identidad de género
Enfermedades de transmisión sexual
Enfermería en salud comunitaria
Educación sexual

Resumen

Introducción: desde la visión médica se considera que las mujeres detectadas con el virus del papiloma humano (VPH) no siguen el tratamiento médico porque no saben las consecuencias para su salud o porque no quieren hacerlo. Esta visión deja de lado el sentir y la visión de la paciente sobre su proceso salud-enfermedad.

Metodología: estudio cualitativo que utiliza un enfoque o una aproximación fenomenológica para describir la experiencia de mujeres diagnosticadas con VPH. Se entrevistó a profundidad a 20 mujeres diagnosticadas (saturación de la teoría). Las informantes clave se identificaron en el listado nominal de la Clínica de Lesiones Tempranas del Hospital General de Ometepec, Guerrero. Las que aceptaron participar firmaron consentimiento informado. Para el análisis de datos se utilizó el método de Giorgi.

Resultados: las experiencias vividas de las mujeres diagnosticadas con el VPH se ubican entre la muerte física y su faceta como procreadoras, ya que el significado social de su sexualidad se centra en su función de mujer-madre. La promiscuidad de su pareja la consideran una actitud normal. El no usar condón es una cuestión que se establece ante la necesidad de ser reproductivas.

Conclusiones: la significación sociocultural que tiene la mujer como procreadora limita el uso del condón. Su definición social y cultural la ubica como alguien sin derecho a conocer su cuerpo, el goce de su sexualidad y el respeto por su cuerpo y su salud, a ser única responsable de la integración de la familia y el cuidado de los hijos.

Keywords:

Human papillomavirus 16,
diagnosis
Gender identity
Sexually transmitted diseases
Community health nursing
Sex education

Abstract

Introduction: From the medical point of view, women diagnosed with human papilloma virus (HPV) are noncompliant with treatment either because they are ignorant of the consequences for their health or because they simply do not want to comply. This view ignores the feelings and point of view of the patients about their health-illness process.

Methodology: This qualitative study used a phenomenological focus approach to describe the experience of women diagnosed with HPV. In-depth interviews were conducted with 20 women diagnosed with this virus. The key informants were identified from the Clínica de Lesiones Tempranas (Early Lesions Clinic) list at Ometepec General Hospital, in Guerrero, and signed informed consents. Giorgi's method was used for data analysis.

Results: The lived experiences of the women diagnosed with HPV are focused on physical death, and as reproductive women the social significance of their sexuality is centered on their function as wife-mother. The promiscuity of their partner is considered normal. Not using a condom is due to the need of being reproductive.

Conclusions: The sociocultural significance that the women have as procreators limits their use of condoms. Their social and cultural definition limits their right to know their body, to enjoy their sexuality, and their health. They are responsible for the family and for childcare.

Correspondencia:

Emma Rosa Vargas-Daza
Correo electrónico:
emma.vargas@imss.gob.mx
Fecha de recibido:
03/09/2013
Fecha de aceptado:
20/09/2013

Introducción

En la actualidad, el virus del papiloma humano (VPH) constituye un problema de salud pública a nivel mundial.¹ En México, el VPH es responsable aproximadamente del 36 % de todos los cánceres que se presentan en las mujeres entre los 25 y los 44 años. En el estado de Guerrero, en el municipio de Ometepec, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria 06 de la Costa Chica, entre el 2004 y el 2007 se identificaron 53 casos en mujeres de 45 a 65 años con VPH; en el Centro de Salud de Ometepec, 134 casos y en la Clínica de Displasias del Hospital General de Ometepec 70 casos; la edad de las mujeres diagnosticadas varió de los 24 a los 54 años de edad.² Para el manejo, control y prevención de esta enfermedad, en las instituciones de salud, y a través de programas de salud reproductiva, se aplica una serie de acciones y recomendaciones médicas, pero el aumento en la morbilidad hace necesario que estas se replanteen.

Una forma de entender y replantear nuevas acciones es a través del análisis del problema de salud desde un enfoque de género que permita visualizar cómo afecta a la salud la diferencia sexual, ya que el ser humano vive y se enferma a partir de los significados socioculturales de su género.³

Desde el enfoque del personal de salud, para esta problemática se manejan cifras estadísticas sobre la detección, el control y la mortalidad, las cuales permiten establecer supuestos, como el que tiene que ver con que la enfermedad avanza porque las mujeres no acuden a sus controles médicos, o bien, aquel con el que se afirma que las mujeres no siguen las indicaciones para su autocuidado. Pero ¿qué es lo que realmente está sucediendo? ¿Cómo vive la mujer diagnosticada con VPH este evento? ¿Qué le significa ser portadora de esta enfermedad de transmisión sexual? ¿Realmente es negligencia ante su salud? Reconocer que esta problemática está rebasando a los servicios de salud permitirá establecer estrategias conjuntas.

Para el logro de esta integración se requiere personal sensibilizado que escuche, comprenda e interprete el mundo sociocultural de las usuarias y que identifique sus paradigmas sobre ser mujer y su ser sexual. En este espacio encaja el profesional de enfermería que, por su perfil y por el lugar que ocupa en la atención, tiene contacto directo con la paciente. Asimismo, sus acciones le permiten llevar a cabo estrategias diferentes y aterrizadas al mundo sociocultural donde se desarrollan y desenvuelven las mujeres de estas comunidades. Por lo tanto, este artículo

inicia con la descripción de la experiencia vivida de las mujeres al ser diagnosticadas con el VPH y los ámbitos de su vida en los que son afectadas.

Metodología

Se diseñó un estudio cualitativo con un enfoque o aproximación fenomenológica para describir la experiencia de mujeres diagnosticadas con VPH que hicieron uso de los servicios de la Clínica de Lesiones Tempranas del Hospital General de Ometepec, Guerrero. Las que aceptaron llevar a cabo la entrevista fueron visitadas en su domicilio, o fueron entrevistadas dentro de la sala de espera del hospital. Se realizaron 20 entrevistas a profundidad, grabadas por la entrevistadora, previo consentimiento informado. El número de informantes clave se determinó de acuerdo con la saturación de la teoría (pregunta indagatoria).

Para la entrevista se utilizó una guía semiestructurada diseñada a partir de la indagación bibliográfica sobre la problemática de salud por el VPH, la morbilidad causada por el cáncer cervicouterino, y los hábitos y costumbres de la población para poder contextualizar las vivencias de estas mujeres. Esta guía constó de preguntas personales para caracterizar a la población: edad, convivencia o no con pareja, número de hijos, actividad y lugar de residencia. La pregunta para indagar su experiencia fue la siguiente: “¿cómo viviste la experiencia de haber sido diagnosticada con el VPH?”. En algunos casos se les preguntó: “¿qué sentiste, que pasó por tu mente en el momento en que te dijeron que tenías VPH?”

Para la recolección de datos se le solicitó a la doctora responsable de la clínica que permitiera abordar a las mujeres diagnosticadas con VPH. Se le explicó en qué consistía el estudio y su finalidad. Una vez que se obtuvo el permiso para realizar la invitación a las mujeres, los investigadores se comprometieron a:

- Que las entrevistas fueran respetuosas y receptivas.
- Que no realizarían comentarios hostiles, ni prejuiciosos.
- Repetir cuantas veces fuera necesario el objetivo de la entrevista.
- Dar por terminada la entrevista en el momento en que la paciente lo pidiera.
- Adaptarse al tiempo, lugar y lenguaje que empleaban las participantes.
- Dejar que las participantes que así lo solicitaran escucharan la grabación.
- Que las entrevistas se analizaran de manera conjunta.

- No incluir información que la participante no quisiera que se presentara.
- Pedir permiso para anotar comentarios que se hicieran fuera de la grabación.
- Que al detectar alguna necesidad, referirían a la participante con el profesional adecuado.

Con la información obtenida se procedió a los siguientes pasos:⁴

1. La transcripción de las entrevistas completas.
2. El análisis comprensivo.
3. La lectura general completa de cada descripción, a fin de comprender de una forma intuitiva el modo de existir de cada mujer en la situación que describía.
4. La relectura atenta de cada descripción, diversas veces, de modo que se profundizara en cómo el fenómeno investigado se revelaba en las charlas de los sujetos, para posibilitar la aprehensión de las unidades de significado. Estas unidades de significado no están explícitas en las transcripciones, sino que se revelan a partir de la mirada intencional del investigador, fundada en la cuestión orientadora.
5. La transformación de cada unidad de significado, a través del trabajo reflexivo, en discurso psicológico.
6. La identificación de las convergencias y divergencias entre las unidades de significado cuando los temas se repitieron en estas, construyendo, a partir de ahí, las categorías temáticas. La repetición de los temas indicaría que fue posible llegar a la esencia, al significado del fenómeno estudiado.
7. La articulación de una comprensión a partir de las categorías temáticas y realizar una descripción consistente de la estructura del fenómeno estudiado.

Las categorías temáticas se conformaron de la siguiente manera:

- Contexto de la población femenina que es enviada a la clínica de displasias.
- Características sociodemográficas de la población del estado de Guerrero.
- Experiencias vividas de las mujeres al momento de ser diagnosticadas con VPH.
- Aspectos relacionados con la forma en que viven este evento (ser portadoras de VPH).
- Áreas de la vida de la mujer que se afectan ante el hecho de ser positiva para VPH.

Resultados

Contexto social de la población estudiada

Con la organización de los servicios de salud y el otorgamiento de la atención, se toman en cuenta las características de la población usuaria para la forma de distribuir la atención médica. En este caso es importante establecer que existe gran dispersión geográfica, con deficientes vías de comunicación, contaminación ambiental y deficiente saneamiento público. Hay un predominio de dos etnias: la amusgo y la mixteca, en las que el analfabetismo predomina. Además, existe desnutrición en alto grado, conductas de riesgo como alcoholismo, tabaquismo y promiscuidad, así como un alto índice de migración de los hombres a otras ciudades o a otro país.

En la mayoría de las localidades que forman la Costa Chica, para hombres y mujeres es un tabú que la mujer permita que alguien extraño vea o toque sus genitales y mucho menos que esta persona sea del sexo masculino, lo que, aplicado a los servicios de salud, dificulta la detección oportuna de problemas de salud como las enfermedades de transmisión sexual en las mujeres, ya que no acuden a los servicios si el marido no les da permiso para poder recibir atención médica.⁵

Características sociodemográficas

Las mujeres que acudieron al hospital a recibir atención médica para su problema de infección por VPH provenían de diferentes comunidades o municipios del estado de Guerrero.

De las 16 que mencionaron su edad, el promedio se ubicó en 36.2 ± 9.6 años. En referencia al número de hijos, el promedio fue de 3.8 ± 3.1 hijos. De las 17 que mencionaron su actividad, el 30 % se dedicaba al hogar.

Experiencias vividas al ser diagnosticadas con VPH

Las mujeres al ser diagnosticadas médicamente como portadoras de VPH se sienten sentenciadas a muerte:

En ese momento pues yo sentía que ya me estaba muriendo que ya... este... no había nada que hacer, que ya mi vida se terminaba ahí, que ya no iba a poder salir adelante, que... todo, todo el mundo se venía abajo... (Mujer de 35 años, casada, enfermera. Entrevista 3.)

Estas mujeres definen el miedo a la muerte a partir de sus implicaciones —que viven a través de como se viven ellas como mujeres-madres y como viven e interpretan su sexualidad— en la familia y en su cuerpo físico.

Las mujeres se viven como las responsables de proveer protección y educación a los hijos, por lo que su ausencia (muerte) deja descubiertas estas funciones de mujeres-madres (procreadoras de los hijos).

... porque dicen que caía cáncer y que ya cayéndote el cáncer pues a morirte. Y pues yo dije 'ni modo. Si me voy morir, pues ya me voy a morir'. Al principio pues sí me sentía mal y triste, pero poco a poco fui... pidiéndole a Dios que me ayudara a no sentirme tan mal y a despejarme un poco la mente, porque fue lo único que pensaba: que me iba a morir, que era seguro que me iba a morir, que mis hijos se iban a quedar solos... (Mujer casada que convive con la pareja, trabajadora del campo. Entrevista 18.)

El papel de procreadora

El problema de la enfermedad se ubica en el útero, que desde la concepción de la mujer la define como procreadora (engendra a los hijos). Si la mujer pierde ese órgano, existe la concepción de que pierde su "ser mujer"; la parte de la sexualidad queda fuera de su contexto, de sus funciones como ser humano, como persona con necesidades.

En ese discurso, una mujer que no puede tener hijos no "es mujer". El cuerpo físico femenino es visto como el cuerpo del deber y no del placer. Esto mismo se presenta si consideramos que su valía como mujer se le asigna en función de haber tenido sexo solo con un hombre; "tener un solo marido".

Pues, decía yo, umm, 'pues ya me van a quitar la matriz', o sea, me agarró hasta dolor de cabeza, y ya me dijo mi marido: 'No. Vete al regional'. Y mis hijos preocupados. (Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar. Entrevista 6.)

... él todavía estaba conmigo cuando me operaron, porque ya no queremos... tener más hijos. Yo pensé... por mi bien también, porque como ya tenemos cinco... No me dijo mi esposo que se iba, no me dijo nada, pues está bien también porque como ya me operé... ya no puedo tener... hijos... (Mujer de 36 años, con pareja, dedicada al aseo. Entrevista 2.)

Cuando la pérdida del útero se debe a problemas de salud relacionados con el ejercicio de la sexualidad (enfermedades de transmisión sexual), la mujer es rechazada, sin importar que la pareja afectiva sea la responsable. No se considera la falta de protección durante el ejercicio de la sexualidad como la causa de la infección. A esta la relacionan con la infidelidad o el sexoservicio.

Pues al principio sí me sentía mal. Me sentía... sentía que todos me miraban, me miraban mal o que... me tenían asco o no sé qué. Me imaginaba muchas cosas... (Mujer casada que convive con la pareja, trabajadora del campo. Entrevista 18.)

Rechazo de la pareja y la comunidad: muerte social

Las mujeres que han tenido más de una pareja, ya sea porque se divorciaron, las abandonaron, se separaron o quedaron viudas, prefieren no hablar sobre su problema de salud con sus actuales parejas para no ser juzgadas o abandonadas. El miedo al rechazo lo manifiestan a través de la definición que se hace sobre las mujeres que presentan enfermedades de transmisión sexual.

— ¿Por qué te da pena decirle a tu pareja que estás enferma?
—Pues... pues me puede dejar... (Mujer de 36 años, abandonada por su esposo, con una nueva pareja, dedicada a la venta de alimentos. Entrevista 2.)

La sexualidad sigue siendo un tabú para las mujeres, quienes no son dueñas de su cuerpo y su sexualidad, pues ambos son de uso para el hombre, lo cual vulnera la salud de ellas.

Sí, o sea, de hecho, cuando a mí la doctora me dio la noticia... me empecé a sentir mal. Ya sentía que era otra, que ya no era la misma. Con el simple hecho de que yo veía mis pantaletas y decía... 'no, ya no me compro ni unas', me quedé así, me sentía, no sé, diferente... (Mujer de 35 años. Entrevista 17.)

Sin importar la actividad laboral ni el nivel académico, las mujeres interpretan el ejercicio de su sexualidad y sus riesgos de la misma manera, ya que consideran que el tener o cohabitar con una sola pareja sexual las protege de cualquier infección. El manejo y el ejercicio de la sexualidad de las mujeres dentro del matrimonio son considerados como un factor protector. Si la mujer presenta este problema de salud, se puede dudar de su "decencia",

porque “solo las mujeres malas, indecentes o sucias padecen enfermedades de transmisión sexual”; al final, los tres conceptos llevan a lo mismo.

Eh... lo que pasa es que, primero, yo nunca me había hecho el Papanicolaou. No me lo había hecho siendo médico. Pensaba que no tenía riesgos. A veces uno piensa que hay que tener múltiples parejas sexuales, infecciones vaginales o algo... (Mujer de 35 años, médica. Entrevista 5.)

La violencia física, verbal y económica se presentó en muchas de las mujeres entrevistadas, porque las parejas se sintieron “engañadas”. En algunos casos fueron las mujeres las que le reclamaron a su pareja por haber sido infectadas (tres mujeres con mayor información y grado de estudio), pero tampoco pusieron medidas de protección sexual.

... ¡Ah, que este! Según yo, quizá no me cuidaba y quién sabe qué cosa y como él acaba de llegar del norte, le digo: ‘de seguro [fuiste] tú, porque dicen que allá ni hacen el feo’, le digo y dice ‘no’ y quién sabe qué cosa. Le digo ‘es lo primero que dicen los hombres...’ (Mujer de 22 años, con pareja, trabajadora de una gasolinera. Entrevista 14.)

La mujer le sigue atribuyendo al hombre el poder de su cuerpo. En muchas ocasiones, las mujeres no acuden a consulta porque el marido no les da permiso o porque les da pena que otra persona les vea el cuerpo.

... ‘¡Pues reaccional!’ dice ‘pues, vamos al doctor a ver qué te dice más y vamos a ver, vamos a buscarle’. (Mujer de 37 años, convive con el esposo, dedicada al hogar. Entrevista 16.)

Ninguno de los dos integrantes de la pareja (el hombre y la mujer) se hace responsable de su cuerpo ni del ejercicio de su sexualidad.

... aprendí ahí a poner límites. Si sabes que sí va haber un contacto o una relación sexual, ¡con condón!.. Si no te pones el tratamiento tú tampoco, ya va a haber contacto sexual directo. (Mujer de 36 años, convive con el esposo, enfermera. Entrevista 3.)

La conducta sexual y las enfermedades de transmisión sexual son producto de conductas bien establecidas por ambos géneros: “no usar condón si somos pareja”, “las mujeres que se infectan son malas mujeres”, “porque él

no me cuidó”, “las mujeres se callan por miedo a ser señaladas por la comunidad como malas mujeres”, “la infidelidad en los hombres es aceptada”.

...en cierta forma era una mujer que me dejaba de todo lo que el esposo decía, él todo lo hacía, yo no ponía límites, no podía decidir sobre mí... (Mujer de 36 años. Entrevista 3)

Las mujeres casadas no se consideran en riesgo de ser infectadas porque cohabitan solo con una pareja sexual; en algunos casos ha sido la única pareja, y si el matrimonio es para formar una familia a través de la procreación, entonces las medidas preventivas como el uso del condón no están en su contexto contra las enfermedades de transmisión sexual sino como anticonceptivo.

Las mujeres aceptan que sus parejas ejerzan su sexualidad con otras mujeres y aun sabiéndolo no se protegen. Ellas no consideran la falta de protección (en este caso no utilizar el condón) como causa principal de contagio, sino el ejercicio de la sexualidad del marido con “mujeres malas”.

Conocen cómo se transmite pero se les dificulta hablar de ello porque es poner al descubierto el ejercicio de su sexualidad. Dicen no saber cómo se infectaron si solo lo hacen con el marido: solo las infieles o sexoservidoras se infectan.

Las funciones que se asignan a las mujeres y la definición que se realiza de su ser mujer, su cuerpo, su sexualidad y ser madres se manifiestan en la forma de cuidar su salud.

Aspectos relacionados con ser portadora de VPH

Por un lado, está la forma e intencionalidad con que el personal de salud da información sobre la enfermedad y sus consecuencias para lograr que la mujer acuda a hacerse la detección.

Yo me fui a hacer... el Papanicolaou cuando llegan... es gratis allá... Y allá me dijeron que... necesitaba operarme urgentemente porque tenía cáncer... Salí espantada y ya llegué aquí con la doctora y me dijo... ‘No es cáncer...’ Me pasó con ella y... me dijo que no, que era una pequeña infección, pero sí..., me espanté. (Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar. Originaria de Ometepec. Entrevista 6)

Por otro lado, está la información que las mujeres tienen en su comunidad sobre el VPH:

Yo [le] comentaba esa enfermedad solo a mis hermanas y ellas me dijeron que cuando ellas... este... Mis hermanas tenían un poco más de experiencia y me comentaron pues que eso es malo y me dejaron pensar..., este, es una enfermedad... que dicen que uno pierde la vida. Yo en ese momento me puse mal, yo pensaba cosas que no debería pensar (Mujer casada que convive con la pareja, trabaja el campo, originaria de Tierra Caliente. Entrevista 18.)

Aún se dan casos en los que las mujeres no tienen información sobre su cuerpo y las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo en aquellas que viven en comunidades de la Sierra de Guerrero.

La experiencia de ser portadora de VPH involucra en su contenido los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos que tienen sobre el cuerpo, el ser mujer, la sexualidad y las enfermedades sexuales.

Que su esposo se enojó porque... a lo mejor se juntó con otro hombre y halló esa enfermedad. (Mujer de 33 años, convive con el esposo, habla dialecto, originaria de San Juan Colorado. Entrevista 1.)

Pues porque es lo más lógico que hacen los hombres, echarle la culpa a la mujer. (Entrevista 18)

Áreas de la vida afectadas

En el área familiar se presentan separaciones físicas entre la pareja, ya sea que la mujer sea abandonada por la pareja o que pida el divorcio (solo en tres casos se identificó esta conducta). No se puede decir que se afectó la dinámica familiar, ya que las agresiones físicas y verbales son comunes para las mujeres.

... pues porque mi esposo iba a empezar a dudar si yo o él, o qué cosa había pasado ¿Por qué pasó eso?, ¿por qué? ... Él no sé si me haya sido infiel y yo, pues, desde... que me casé nunca tuve relaciones con ninguna otra persona ni antes de haberme casado con él... No sé si él me iba a culpar a mí o yo iba a culparlo... (Entrevista 18.)

El abandono emocional en las mujeres es percibido con mayor intensidad, dado que se sienten vulnerables ante la enfermedad.

A las mujeres con menos recursos económicos y escasas redes de apoyo familiar se les dificulta el acceso a la atención por no poder acudir constantemente a sus

citas o debido a la compra del medicamento. Algunas mujeres prefieren no ir a sus citas para no saber que está avanzando su enfermedad. "Si no lo sé, entonces no está pasando", debe de ser el razonamiento que fundamenta esa actitud.

Discusión

Las conductas de las mujeres ante la atención a la salud pueden ser analizadas desde el enfoque de género dentro de un contexto sociocultural en el que participan los servicios de salud, lo cual permite entender la experiencia de ser portadora de VPH.⁶

Desde su ser mujer-madre viven la experiencia de ser diagnosticadas con VPH como una sentencia de muerte física y sociocultural, cuestión que se enlaza con aspectos valorativos en los que padecer una enfermedad que se transmite vía sexual las devalúa socialmente como procreadoras y como madres, pero, además, su muerte física adquiere el significado de ya no poder cubrir su papel de protectoras de los hijos, ya que consideran que el padre los abandonará. Desde ese punto de vista, la mujer se erige como el único apoyo de la familia. Una de las razones puede estar sustentada en el hecho de que los roles o funciones del hombre dentro de la familia no lo ubican como cuidador de los hijos, sino solo tal vez como proveedor económico. Otra situación social es que los hombres de estas comunidades generalmente emigran a otras ciudades o países para mejorar su economía, mientras que las mujeres se hacen cargo de los hijos y de los gastos. Entonces, si ella falta, ¿quién se hará cargo de la familia?

Otra situación estriba en que algunos hombres no se hacen cargo de la economía familiar ni del cuidado de los hijos; incluso, en algunos casos son las mujeres las proveedoras de dinero al realizar trabajos domésticos, de comercio de pescado o como empleadas. Ellas perciben el alcoholismo, la violencia y la dependencia económica con respecto al hombre como falta de apoyo y seguridad, por lo que su muerte la viven como una tragedia para los hijos.

De acuerdo con Beatriz Selva,⁷ la elaboración de una pareja y el matrimonio suelen significar momentos cruciales en la vida de las mujeres, según la normatividad dominante; de ellas se espera que sean fundamentalmente esposas y madres. Desde el imaginario de la mujer, si ella no cumple con estas funciones socioculturales, entonces no es "mujer".

Dentro del contexto físico, en algunas sociedades, la pérdida del útero, el uso de un método definitivo e, in-

cluso, el uso del condón rompen la representación social sobre ser mujer. Si se considera dentro de una sociedad donde el matrimonio para la mujer significa formar una familia a través de la procreación, entonces la pérdida del útero significaría “ya no ser mujer”, porque ya no hay reproducción. Por otro lado, la utilización del condón es prácticamente imposible, ya que este funciona como método anticonceptivo y no como un método de protección contra enfermedades, y negarse a tener relaciones coitales con la pareja es incumplir con sus obligaciones de mujer y no procrear a los hijos en su vientre.

De acuerdo con Lagarde,⁸ el control del cuerpo femenino de las más diversas sociedades se ejerce sobre la sexualidad; en el caso de México, la sexualidad no se ejerce desde la mente hacia el cuerpo sino a través de la cultura.⁹ Desde la fenomenología, Merleau-Ponty, en su teoría sobre el *cuerpo vivido*, afirma que el cuerpo es el punto de referencia a través del cual se articula el mundo, en donde se ponen en juego toda la constelación de las relaciones subjetivas e intersubjetivas del ser humano en la sociedad. Desde esta perspectiva, el cuerpo es el campo primordial donde confluyen y se condicionan todas las experiencias, las situaciones vividas a través del cuerpo, el cual se nos va haciendo cada vez más personal.¹⁰

Velasco³ menciona que la construcción de la sexualidad femenina se puede vivir de dos formas. Una de ellas es *la natural*, que tiene como único fin la reproducción y que excluye y coloca en lo antinatural a lo que no tiene ese propósito. Así es que, de acuerdo con esta visión, la sexualidad femenina solo se acepta dentro del círculo conyugal y con fines reproductivos. A partir de esta construcción de la sexualidad femenina, la maternidad es considerada el eje estructurador de su valoración en conjunto con virtudes de abnegación, altruismo y sacrificio, que dejan fuera a la sexualidad; esta se vuelve el lado oscuro de la feminidad. Esto se constata con la definición que se hace sobre las mujeres que se infectan.

Mujeres y hombres responsabilizan a su pareja por el ejercicio de la sexualidad con otras parejas; la diferencia es que los hombres aceptan como normal ejercer su sexualidad con otras mujeres. Las conductas propias de género en relación con la salud de los hombres también influyen en el estado de salud de las mujeres, ya que en general las conductas masculinas hegemónicas tienden a condiciones de riesgo.¹¹ De acuerdo con López Díez,¹² la construcción de significados sobre el sexo y la sexualidad se sigue realizando desde el ángulo del poder patriarcal, en el que la necesidad es lograr el placer masculino.

Las mujeres infectadas (aunque sea su pareja quien la infectó) consideran que pierden su valor social como mujer “decente” y “con valía”, ya que solo las mujeres con “muchos maridos” se infectan.

De acuerdo con Velasco,³ el control de la sexualidad femenina y, en consecuencia, del cuerpo femenino se ejerce bajo distintos matices que se han hecho inherentes o naturales a su composición.

Es verdad que hombres y mujeres consideran que es la “mujer” quien transmite las enfermedades de transmisión sexual. En la mayoría de los casos, las mujeres entrevistadas expresaron que sus parejas consideran que “sus mujeres fueron infectadas por ejercer su sexualidad con muchos hombres”. ¿Esta aseveración se referirá a la sexualidad femenina, la cual solo tienen derecho de ejercer con ellos? Y, al no considerarse ellos portadores de la infección, ¿entonces es un castigo divino por ser malas mujeres?

Desde el enfoque y la necesidad médico-institucional esto puede ser parte de la explicación por la cual las mujeres no acuden a la detección oportuna de cáncer. Por un lado, la mujer vive su cuerpo como algo ajeno a ella, lo que la deja sin derecho a decidir, con la percepción de un cuerpo prohibido que no puede ser visto ni explorado por nadie —en muchos casos ni siquiera conocen su cuerpo— y, por lo tanto, su sexualidad es un tabú con el que el varón decide sobre sus necesidades de atención médica y sus condiciones de vida.

Conclusiones

Las experiencias vividas por las mujeres diagnosticadas con VPH se significan a través de la muerte ante una enfermedad conocida como cáncer.

El significado sociocultural que tiene la mujer como responsable de la integración de la familia y el cuidado de los hijos establece la gravedad de los problemas de salud que la aquejan.

La definición social sobre mujeres-madres dentro de un núcleo social aceptado llamado matrimonio y la función principal de la mujer de “reproductora de la familia”, conjuntamente con el concepto de mujer “buena” o “mala”, y esto relacionado con el ejercicio de su sexualidad, determina la forma de llevar esta y el uso de condón como barrera de protección contra las enfermedades de transmisión sexual. La afirmación “las mujeres son las que infectan” es falsa, pues hombres y mujeres significan de la misma manera el contagio.

En las mujeres, el problema no es la promiscuidad, es la afección física y psicológica que le transmite a la mujer una sensación de pérdida por su condición de género ante su salud y su sexualidad.

La manipulación de la información por parte del personal de salud para obligar a las mujeres de la población que analizamos a realizarse el Papanicolaou, así como la información popular que se maneja sobre la infección del

virus del papiloma humano, le dan un carácter fatalista al padecimiento.

Las mujeres se contagian de infecciones de transmisión sexual porque se definen dentro de la convivencia de pareja (matrimonio) como procreadoras, lo que limita el uso del condón. Su definición social y cultural las ubica como seres sin derecho a conocer su cuerpo, al goce de su sexualidad y respeto por su cuerpo y su salud por parte del varón.

Referencias

1. Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Bol Pediatr*. 2007;47:213-8. [En línea]: http://www.sccalp.org/boletin/201/BolPediatr2007_47_213-218.pdf. [Consultado 30/09/2013].
2. Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM) 2004-2007. Jurisdicción Sanitaria 06 Costa Chica, Ometepepec, Guerrero. [En línea]: <http://sicam-cacu.salud.gob.mx/ccuCasosPositivosDisp.asp> [Consultado 30/09/2013].
3. Velasco S. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diplomado de Especialización en Género y Salud Pública. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madrid; 2006.
4. Giorgi A. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(1):11-5.
5. Tiburcio-Cayetano H. Mujeres indígenas y desarrollo. En: Programa Universitario México, Nación Multicultural. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: SIPIG-UNAM: Secretaría de Asuntos Indígenas del Gobierno del Estado de Guerrero; 2009. [En línea] http://www.nacionmulticultural.unam.mx//edespig/diagnostico_y_perspectivas/RECUADROS/CAPITULO%2012/1%20Mujeres%20indigenas%20y%20desarrollo.pdf [Consultado 10/04/2013].
6. González Recillas AC. El cuerpo del monotipo. Tesis profesional para optar por el grado de Licenciatura en Artes Plásticas con especialidad en Escultura, Universidad de las Américas, Puebla; 2003. [En línea] http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lesc/cruz_g_a/capitulo2.pdf [Consultado 10/07/2013].
7. Selva B. Comportamientos reproductivos y sus valoraciones. Un estudio de caso con mujeres de la colonia Guerrero. En: Salles V, McPhail E, Aguilar C. (coord.). *Textos y pretextos: once estudios sobre la mujer*. México: El Colegio de México; 1991.
8. Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 2a. ed. (Colección posgrado; 8) México: UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, Coordinación de Estudios de Posgrado; 1993.
9. Szasz I. Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate Feminista*. 1998;18:77-104. [En línea] <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/sexual416.pdf> [Consultado 10/04/2013].
10. Godina-Herrera C. La teoría de género en la perspectiva fenomenológica del cuerpo vivido. *La lámpara de Diógenes*. 2001;2(3). [En línea] <http://www.lidiogenes.buap.mx/revistas/3/a2la3ar5.htm> [Consultado 27/03/2013].
11. Hartigan P. *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. (Publicación Ocasional 7) Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies; 2001. [En línea] <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/807/9275322872.pdf?sequence=1> [Consultado 10/04/2013].
12. López-Díez P. Cambios en los significados culturales de la mujer a través de los anuncios de higiene íntima femenina. [En línea] <http://www.pilarlopezdiez.eu/pdf/CambioSigniCul.pdf> [Consultado 12/04/2013].

Cómo citar este artículo:

Vargas-Daza ER, Quiroz-Añorve ED, Galicia-Rodríguez L, Villarreal-Ríos E. Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(1):5-12.