

El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH): construcción social del contagio en parejas mexicanas

Diana L. Reartes

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS), Unidad Sureste
[dlrp8@prodigy.net.mx]

Introducción

La infección por el virus del papiloma humano es una enfermedad que se ubica dentro de las producidas por contacto sexual; afecta tanto a mujeres como a varones y se transmite principalmente a través de la actividad sexual con un compañero o compañera infectado, aunque la vía vertical madre-hijo, o por uso de instrumental médico contaminado también son posibles (VARGAS V.M. 1996: 412, POPULATION COUNCIL 2000).

Esta enfermedad es muy frecuente y tal vez sea la infección viral que más comúnmente se diagnostica en mujeres, bien sea por la presencia de lesiones visibles (verrugas genitales o condilomas acuminados) o por las alteraciones observadas en el estudio citológico (infección cervical relacionada con cambios displásicos) (ARREDONDO J.L. - FIGUEROA DAMIAN R. 2000). La infección por VPH del tracto genital se divide en clínica, subclínica y latente⁽¹⁾ y se considera a este virus un agente causal necesario para el cáncer cervical (VARGAS V. - M. 1996: 411, ARANDA C. 2000: 144). De igual modo, el VPH está asociado al cáncer de vulva y ano en las mujeres y con el cáncer de pene y ano en los hombres.

En más del 90% de todos los cánceres de cuello de útero se pueden atribuir a ciertos tipos de VPH, de los cuales el VPH 16 representa la mayor proporción (alrededor del 50%), seguido de los VPH 18 (12%), 45 (8%) y 31 (5%) (MUÑOZ N. - BOSCH F.X. 1996). El cáncer cervical es el más común en los países en vías de desarrollo con una incidencia que llega hasta 40 por 100000 mujeres. Anualmente se estima que se presentan aproximadamente 500 000 casos nuevos en el mundo, de los cuales 80% ocurre en los países en vías de desarrollo. A escala mundial, México tiene una de las tasas más

altas de mortalidad por cáncer cervical. En el año 2001 la tasa anual de mortalidad fue de 19 por 100 000 y la incidencia de 50 por 100 000 mujeres mayores de 24 años (HERNÁNDEZ C. *et al.* 2005).

En la actualidad se sabe de la existencia de aproximadamente 200 genotipos de VPH, doce de ellos representan más del 95% de tipos virales asociados a cáncer cervical (HERNÁNDEZ C. *et al.* 2005). Se ha observado que las lesiones primarias ocasionadas por los VPH 16, 18 y 31 en tracto genital, particularmente en el cérvix uterino, luego de un periodo de latencia, pueden convertirse en tumores malignos (GISSMANN L. 1993).

El VPH es entonces una infección de transmisión sexual que tiene la particularidad de que puede instalarse, permanecer y/o evolucionar sin presentar síntomas y sólo mediante pruebas citológicas y colposcópicas podrá ser diagnosticada. La mayor parte de las infecciones por VPH desaparecen espontáneamente con el tiempo pero no se sabe con certeza cuáles son los factores que contribuyen al establecimiento de un estado de portador crónico. De igual modo, varía mucho la capacidad de progresión de una lesión. El paradigma de la progresión del cáncer cervical desde una lesión de bajo grado, hasta un cáncer invasor pasando por etapas intermedias bien definidas, se ha puesto en tela de juicio y nuevas interpretaciones sugieren que las lesiones de alto grado pueden aparecer en periodos muy breves debido a circunstancias que se desconocen y que se relacionan con el tipo de VPH, la carga viral, el estado inmunitario de la/el paciente (MUÑOZ N. - BOSCH F. X. 1996). Esto significa que aún se desconocen los factores que participan en la latencia, reactivación, infección subclínica sin enfermedad aparente y los mecanismos requeridos para la transformación en un cáncer.

Teniendo en cuenta la importancia que, como problema de salud pública tiene la infección por el VPH, en tanto principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical, en México se han llevado cabo numerosas investigaciones que buscan establecer su prevalencia en diferentes grupos poblacionales considerados en mayor riesgo de adquirir la infección, tales como: trabajadoras sexuales, mujeres seropositivas, mujeres que contaban ya con el diagnóstico de cáncer cervical, estudiantes universitarios, embarazadas, varones (GAYET C. 2003, HERNÁNDEZ C. *et al.* 2005, LAZCANO E. *et al.* 2001, LEYVA A.G. *et al.* 2003, SÁNCHEZ M.A. *et al.* 2002). Igualmente se han tratado de explorar con abordajes cualitativos aquellos factores que dificultan el acceso al examen del Papanicolaou por parte de la población femenina (LAZCANO E. *et al.* 1999, CASTRO M. DEL C. - SALAZAR G. 1999, LAZCANO E. *et al.* 2000) y se han analizado cuáles serían las mejores formas

para que las mujeres aceptaran realizarse el PAP. Sin embargo, son escasos los trabajos que analicen las consecuencias psicológicas y emocionales ante un PAP anormal y los cursos de acción que siguen las mujeres con un resultado de este tipo.

El objetivo del presente trabajo es analizar las implicaciones socioemocionales que se manifiestan a lo largo de la trayectoria asistencial en parejas en las que uno o ambos miembros presenta el diagnóstico de infección, resaltando la vinculación que existe entre distintas dimensiones que configuran modos diferenciales de hacer frente a la misma: como la adscripción de género y el ejercicio diferencial de la sexualidad, las características y dinámica del vínculo de pareja, la situación de salud reproductiva por la que atraviesan al momento del diagnóstico, la información que es suministrada por los médicos y las características de la atención médica ofrecida en el servicio estudiado.

Metodología

Se trata de un estudio antropológico realizado en la clínica de displasias del Instituto nacional de la mujer y la familia INMYF⁽²⁾, institución hospitalaria que pertenece al tercer nivel de atención, de gran prestigio en México, con reconocimiento por su excelencia y alta especialización en gineco-obstetricia, a la que concurre población no derechohabiente perteneciente a niveles socioeconómicos medios y medios-bajos.

La clínica de displasias donde desarrollamos la investigación está ubicada en el servicio de Oncología. A partir del año 1992 se organizó el servicio de colposcopia y se comenzó a fomentar la atención no sólo de las mujeres sino también de sus parejas. Antes de este momento, la infección por el VPH era atendida en el área de ginecología por médicos ginecólogos y particularmente la atención se dirigía a las pacientes embarazadas.

El equipo médico que se desempeña en el servicio está compuesto por cuatro profesionales: el coordinador y tres médicos adscritos, de los cuales uno es mujer. Se trata de profesionales altamente especializados en el campo de la oncología y al tanto de los últimos avances en el conocimiento y tratamiento de la infección por el VPH. El servicio también ofrece el Diplomado en colposcopia a médicos residentes.

De mayo del 2000 a octubre del 2001 concurrimos diariamente al servicio médico, realizando observaciones, entrevistas a los profesionales que allí trabajan así como aquellos que estaban rotando por el servicio o realizando

el mencionado diplomado. También fue desde el servicio que nos conectamos y seleccionamos a un conjunto de ocho parejas diagnosticadas con VPH que fueron entrevistadas en varias ocasiones. Las entrevistas se realizaron por separado, a mujeres y varones, y tuvieron lugar en el servicio médico, antes o después de haber asistido a consulta o en su hogar. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcriptas y la información codificada en temas y subtemas.

Antes de describir las características de las parejas seleccionadas, mencionemos que la mayoría de las pacientes que son atendidas en el Instituto se ubica en los niveles 2 y 3 que corresponden a un nivel medio-bajo; cuando las pacientes tienen seguridad social se las asigna en los niveles 4 o 5 y cuando cuentan con gastos médicos se las ubica en el nivel 6.

En nuestra investigación seleccionamos a ocho parejas, de las cuales seis pertenecen a los niveles bajo y medio “niveles 2 y 3” y dos al nivel alto “niveles 4 y 5”. El ingreso principal deriva de los varones, sólo dos mujeres trabajaban fuera del hogar al momento de la entrevista. La mayoría de los varones son empleados “6” y dos son profesionales autónomos. Debido a las características de la inserción laboral de las parejas, sólo tres de ellas gozaban de los beneficios de la seguridad social.

Si tenemos en cuenta las edades de las parejas, cuatro se encuentran en el rango de 20 a 30 años, consideradas jóvenes y cuatro en el correspondiente a 30 a 40 o más, consideradas adultas. Si tomamos los años de convivencia de la pareja, tenemos que cinco parejas se ubican en el grupo de 1 a 5 años de casados o unidos y tres en el grupo de 5-10 años o más de casados o unidos. Es decir que la mayoría de las parejas lleva pocos años de vivir juntos. En los casos de las uniones libres se trata del segundo matrimonio para las mujeres y el primero para sus compañeros. Estas mujeres, además, habían tenían hijos de su unión anterior.

En cuanto a su fecundidad, cinco de las ocho parejas tienen hijos y tres no tienen. Hay que aclarar que entre las parejas sin hijos, una de las mujeres (Marta) tenía dos hijos de su primer matrimonio, uno de los cuales falleció. Por último, la mayoría de las mujeres y los varones han finalizado sus estudios de nivel medio (secundaria y preparatoria) y sólo una mujer y dos varones han concluido sus estudios universitarios. Hay que mencionar que en México los niveles educativos son: primaria, secundaria o nivel medio inicial, preparatoria o nivel medio superior y universidad o nivel superior.

El siguiente cuadro resume las principales características sociodemográficas de las parejas entrevistadas:

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las parejas.

Pareja	Edad mujer	Edad varón	Años de ser pareja	Número de hijos	Nivel educativo de la mujer	Nivel educativo del varón
Susana y Roberto	27	28	3 años de casados	1	Licenciatura en Derecho	Licenciatura incompleta
Carola y Ricardo	34	35	10 años de casados	2	Secundaria completa	Licenciatura completa
Leonor y Juan	27	28	8 años de casados	-	Secundaria completa	Secundaria completa
Marta y Raúl	34	40	4 años de unión libre	2 de Marta (1 fallecido)	Primaria completa	Secundaria completa
Beatriz y Ramiro	26	28	6 años de casados	1	Licenciatura incompleta	Licenciatura incompleta
Ana y Pedro	38	43	5 años de casados	1	Secundaria completa	Licenciatura incompleta
Karina y Felipe	25	26	1 año de casados	-	Preparatoria completa	Preparatoria completa
Verónica y Osvaldo	33	35	2 años de unión libre	3 (2 del primer matrimonio de Verónica)	Secundaria incompleta	Secundaria completa

Fuente: Trabajo de campo, 2000-2001.

Respecto a su situación de salud reproductiva, como lo ilustra el cuadro 2, tres de las parejas presentaban además del diagnóstico de infección por VPH el de esterilidad (una esterilidad primaria y dos esterilidad secundaria)⁽³⁾, tres parejas se embarazaron cuando estaban recibiendo tratamiento y las restantes dos tenían como expectativa la búsqueda de un embarazo luego de finalizado el tratamiento.

Cuadro 2. Situación de salud reproductiva de las parejas entrevistadas.

Pareja	Situación de salud reproductiva
Susana y Roberto	Infección por VPH y embarazo
Carola y Ricardo	Infección por VPH y embarazo
Leonor y Juan	Infección por VPH y esterilidad primaria
Marta y Raúl	Infección por VPH y esterilidad secundaria
Beatriz y Ramiro	Infección por VPH y expectativa de embarazo
Ana y Pedro	Infección por VPH y esterilidad secundaria
Karina y Felipe	Infección por VPH y expectativa de embarazo
Verónica y Osvaldo	Infección por VPH y embarazo.

Fuente: Expedientes y entrevistas, año 2000.

Como los resultados lo ilustran la imposibilidad de embarazarse, el embarazo o su deseo se constituirán tal vez en las dimensiones más relevantes en el modo en que se configuran el conjunto de vivencias frente a la infección, teniendo en cuenta la importancia de la transmisión madre-hijo.

La situación diagnóstica y la construcción social del contagio

En el problema de salud que nos interesa, puede decirse que son escasas las investigaciones que han estudiado el impacto que produce un resultado anormal del examen de Papanicolaou. Estos trabajos analizan las consecuencias psicológicas de recibir un resultado anormal en el Papanicolaou, practicarse una segunda prueba y un posterior tratamiento o ser derivada para someterse a una colposcopia. Los resultados de estos estudios señalan la emergencia en las mujeres, angustia, temores y preocupaciones.

Derivados de estos resultados se propone, por ejemplo, que los médicos deben emitir el mensaje de que una displasia leve no es un diagnóstico de cáncer (ARANDA P. 2005, FYLAN F. 1998, IDESTROM M. *et al.* 2003, LAUVER D. *et al.* 1999). Específicamente en cuanto al VPH un estudio realizado en Estados Unidos se analizó las razones por las que las personas diagnosticadas con la infección revelan o no su estatus a sus parejas sexuales. Se halló que las participantes tendieron a revelar su diagnóstico a su pareja actual, pero no a las parejas de seis meses atrás (KELLER M.L. *et al.* 2000).

El diagnóstico es la primera fase o momento de la trayectoria asistencial frente a cualquier evento enfermante. La trayectoria asistencial para la infección por el VPH incluye tres momentos centrales – detección y diagnóstico, adopción del tratamiento y control y seguimiento – cada uno de los cuales está condicionado por una constelación de factores personales, familiares, socioculturales y económicos. Recuperando de Mechanic algunos de los factores que afectan la respuesta a la enfermedad por parte de los sujetos y que nosotros consideramos pueden tener implicaciones en el modo en que la/el paciente reacciona frente al diagnóstico y construye su contagio, están: (a) la seriedad percibida, (b) el grado de interferencia con actividades familiares, laborales, sociales, incluidos los conflictos surgidos en estos ámbitos, (c) la tolerancia de los demás hacia la enfermedad, (d) las interpretaciones de la enfermedad a partir de la información recibida y (e) la disponibilidad y accesibilidad del o los tratamientos (abarca costos económicos, de tiempo, esfuerzo, distancia física, otros costos como el estigma, la distancia social y los sentimientos de culpa o humillación) (MECHANIC D. 1978).

Todo diagnóstico es un momento crítico y disruptivo en tanto el sujeto adquiere una nueva identidad, la de estar o ser un enfermo. El diagnóstico supone asignar un nombre técnico al padecimiento que hasta ese momento era desconocido para el paciente y al mismo tiempo, reorganiza el saber del sujeto sobre su propio padecer. De igual modo, el diagnóstico también puede contribuir a generar perturbaciones en la identidad del sujeto, cuando por ejemplo éste implica también sanciones morales (CORTÉS B. 1997: 92-93). Esto es particularmente significativo en el caso del VPH, ya que al tratarse de una enfermedad transmitida sexualmente, lleva la carga simbólica de las enfermedades venéreas y las connotaciones negativas que se le adjudican a las personas que las padecen, muchas veces al considerarlas “culpables” de haberlas adquirido a través de prácticas sexuales “sancionables”.

En el caso de la infección por el VPH cuando el médico comunica al paciente el diagnóstico, éste espera de él una interpretación de su enfermedad, tal vez le pregunte y espere una respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Cómo y en qué circunstancias me contagié de esta infección?, ¿Por qué?, ¿Me infectó mi esposo/a?, es decir, interroga al médico para contar con elementos que le ayudan a construir “su historia personal del contagio”.

El diagnóstico de VPH con frecuencia es desencadenante de conflictos o ciertas disrupciones a nivel de las parejas. Puede hacer emerger la sospecha de relaciones extramatrimoniales o constituirse en la prueba que confirme una sospecha de infidelidad por parte de alguno de los miembros, puede reactivar problemas anteriores en la relación y llevar a crisis de distinto tipo y magnitud. Sin embargo, éstos no son los únicos modos en que se puede reaccionar frente a la infección, en otras parejas puede no conllevar mayores dificultades y hacer que se asuma la enfermedad con cierto pragmatismo.

En la fase de diagnóstico adquiere particular relevancia lo que dicen los médicos a las/os pacientes en tanto el “qué dicen y cómo lo dicen” tiene implicaciones en cómo reaccionan ellos ante el mismo. La información médica puede tranquilizar o inquietar a los pacientes, disminuyendo o acrecentando la incertidumbre respecto de su afección. A partir de lo que escuchan de los profesionales médicos, las y los pacientes pueden asustarse, dudar del dictamen médico, no saber qué hacer, auto-culpabilizarse, asignar la culpa a su pareja, enojarse, adoptar conductas tendientes a resolver con rapidez la enfermedad.

Podrá aceptar total o parcialmente lo que le profesional le comunica, resignificando la información médica dentro de su contexto de posibilidades cognitivas, materiales, afectivas, socioculturales e ideológicas. Podrá elegir

aceptar el diagnóstico y la prescripción médica, consultar a otros profesionales, callar su padecimiento por culpa o vergüenza o hacerlo extensivo a su pareja, familiares y amigos. Inicia así un recorrido en el que el sujeto comenzará a vivenciar su padecimiento a partir de las intersecciones de sus múltiples adscripciones y de su historia personal.

El modo en que se enfrenta el diagnóstico es tanto una experiencia subjetiva como intersubjetiva. Es subjetiva en tanto los sujetos elaboran conocimientos acerca del mismo en situaciones biográficas concretas, pero al mismo tiempo posee una dimensión intersubjetiva al tratarse de una realidad construida social y culturalmente a partir de la producción de significados en procesos de interacción y comunicación social entre pacientes, profesionales de la salud, medios de comunicación, componentes de la red social y familiar. De este modo, al analizar las modalidades en que mujeres y varones enfrentaron el diagnóstico de infección propio o de su pareja nos estamos refiriendo a dos niveles de análisis, el corresponde al sujeto en tanto que el segundo alude a su realidad social (CÉSAR P. 1993).

La adscripción genérica y los procesos de salud/enfermedad

Courtenay considera que varones y mujeres son agentes activos en la construcción y reconstrucción de las normas dominantes de masculinidad y femineidad y que en esta actividad una variedad de fuentes entre las que se encuentran las creencias y comportamientos relacionados con la salud, son utilizadas para construir y demostrar género (COURTENAY W.H. 2000).

Un aspecto que se vincula con los procesos de salud/enfermedad tiene que ver con las normas de comportamiento sexual establecidas por las “culturas de género” para cada uno de los géneros en las diferentes sociedades. Por ejemplo, existen variaciones entre las sociedades en el grado de actividad heterosexual permitida antes del matrimonio, fuera del matrimonio y aún dentro del matrimonio. Numerosas investigaciones han documentado la importancia de los patrones de comportamiento sexual en la transmisión de ciertas enfermedades (HELMAN C.G. 1990).

Las diferencias en el comportamiento sexual entre varones y mujeres y el grado de poder entre ambos pueden influir en el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual; la existencia de estándares de comportamientos diferenciales para ambos géneros puede implicar que en el hombre puede ser más aceptado socialmente buscar una experiencia sexual extramarital, en cambio la mujer debe ser monógama. De ahí que aún cuando su propio comportamiento no sea de riesgo, las mujeres pueden

estar expuestas a infecciones como resultado del comportamiento de sus esposos o parejas (POPULATION COUNCIL 2000).

Para el caso del cáncer cervical, la probabilidad de que una mujer tenga riesgo de desarrollarlo está relacionada no sólo con su comportamiento sexual sino también con el de su pareja. En poblaciones donde la monogamia femenina es dominante, las sexoservidoras juegan un rol importante en el mantenimiento y transmisión de las infecciones por VPH pudiendo convertirse en un agente portador de VPH de alto riesgo. A través del contacto sexual con mujeres u hombres con prácticas de alto riesgo, el varón o la mujer puede adquirir el virus que puede ser transmitido a su pareja estable o a sus subsecuentes parejas sexuales (BOSCH F.X. 2003: 332, CASTELLASAGUE X. *et al.* 2003: S351).

Dixon-Mueller propone como idea fuerte que la organización social de las diferencias de género aparece determinando aspectos de la sexualidad y de la salud reproductiva (DIXON-MUELLER R. 1993). Los intercambios sexuales desiguales entre varones y mujeres están basados en percepciones de necesidades eróticas diferentes y en normas divergentes de moral sexual para cada género. La importancia de lograr y mantener una unión marital relega los deseos y preferencias de las mujeres atribuyendo mayor importancia a complacer al varón independientemente de su propio deseo y de los riesgos de infectarse o embarazarse, confrontando estos riesgos con los de infidelidad de la pareja, abandono o violencia. De igual modo, numerosos estudios han documentado que la iniciativa sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales en las parejas heterosexuales corresponde a los varones y que la necesidad de iniciativa, dominio y control sexual por parte de los varones dificulta la conciencia de riesgo y el uso de medidas preventivas para infecciones de transmisión sexual ITS y embarazos (SZASZ I. 1999: 114). Las creencias en una necesidad sexual o impulso biológico irrefrenable que requiere satisfacerse continuamente, la idea de afirmación de la virilidad vía el logro de la erección, la penetración y las conquistas sexuales también obstaculizan el uso de medidas por parte de los varones para prevenir ITS o un embarazo, presionan hacia la diversidad de parejas y avalan diferentes tipos de coerción sexual (SZASZ I. 1999: 112).

Resultados. Llegando al diagnóstico

No podemos hablar de lo que pensaron, sintieron y cómo reaccionaron las y los informantes sin mencionar brevemente como ellas y ellos obtuvieron el diagnóstico. Como se dijo anteriormente, es la mujer quien primero es

diagnosticada con la infección y posteriormente, es su pareja a quien a partir de la solicitud del servicio se le realizan pruebas diagnósticas para confirmar o desechar que él tenga la infección. Para el caso de las mujeres en nuestro país, el Papanicolaou PAP ha sido el método diagnóstico más comúnmente utilizado para detectar las lesiones precursoras de cáncer cervical aunque en los últimos años, la colposcopia⁽⁴⁾ ha sido difundida y tal vez más por ciertos laboratorios privados como prueba complementaria o alternativa e incluso como más confiable que la primera.

Seis de las mujeres entrevistadas se realizaron en primera instancia un PAP y ante el diagnóstico presuntivo de infección se les recomendó tomarse una colposcopia; las restantes dos mujeres recurrieron a la colposcopia en primer lugar, comportamiento que obedeció a la promoción de esta prueba con un costo accesible en laboratorios privados o servicios públicos. Todas las informantes “a excepción de Karina y Ana” presentaban una conducta de asistencia periódica a servicios de salud públicos y/o privados para realizarse el PAP, particularmente luego de haber tenido su primer hijo. Tal como es reportado, las mujeres mexicanas comienzan la práctica del PAP cuando tienen su primer contacto con los servicios de salud debido a la experiencia de la maternidad. Es el contacto con el sistema sanitario a partir del momento del embarazo-parto y no por ejemplo por consultas vinculadas a la planificación familiar, el que propicia que las mujeres particularmente de sectores urbanos reciban del personal de salud, el mensaje referido a la necesidad de realizarse este tipo de examen con cierta periodicidad (CASTRO M. DEL C. - SALAZAR G. 2001: 127).

De este modo, las informantes con las que trabajamos habían introyectado la necesidad de someterse al PAP cada cierto tiempo con la intención de prevenir “detectar oportunamente” el cáncer cervicouterino. El conocimiento y difusión de este método entre las entrevistadas es mayor que el de la colposcopia, examen que la mayoría desconocía y nunca se había realizado. Esto podría derivarse del efecto positivo que han tenido las campañas preventivas de cáncer cervical en ciertos sectores urbanos y con acceso a los servicios de salud. De la colposcopia, en cambio, no se conoce para qué sirve y no aparece a nivel de las representaciones como un examen también indispensable en la detección precoz del cáncer de cuello de útero.

La mayoría de las mujeres “siete de las ocho” acudieron a realizarse el PAP o la colposcopia por iniciativa propia «debido al consejo de familiares, la alarma frente al diagnóstico de un familiar cercano, el conocimiento de la necesidad de someterse a este tipo de examen y en pocos casos, ante la

presencia de síntomas o signos de alerta». Sin embargo, ninguna de las mujeres acudió a realizarse alguna de estas pruebas para detectar la presencia del VPH. La mayoría ellas desconocía esta entidad y fue sólo al conocer su diagnóstico cuando tuvieron conocimiento de esta infección y su relación con el cáncer cervical lo que nos está hablando del peso del otorgamiento de información médica en la construcción social del VPH. En la restante entrevistada fue la solicitud médica de realizarse este examen durante la atención de su problema de esterilidad lo que la llevó a conocer su diagnóstico de infección. En los casos en que el PAP fue la primera prueba diagnóstica realizada, el diagnóstico presuntivo de infección por el VPH fue confirmado mediante una colposcopia con toma de muestra histológica.

Confirmado el diagnóstico de infección en la mujer, el servicio solicitó a las pacientes que sus esposos acudieran al servicio para ser valorados. En los varones, el diagnóstico se realiza mediante una penescopía. De los ocho varones, seis asistieron al servicio diagnosticándosele la infección y recibiendo tratamiento. En las parejas constituidas por Ana/Pedro y Verónica/Oswaldo, los varones no fueron atendidos en el servicio. Pedro no había sido todavía citado cuando entrevisté por última vez a su esposa y en el caso de Oswaldo, aunque él había sido requerido en varias oportunidades, el ocultamiento por parte de Verónica de su diagnóstico impidió que él fuera revisado.

¿Qué saben las mujeres del VPH y qué dicen los médicos en el diagnóstico?

Frente a la comunicación diagnóstica, la mayoría de las mujeres reconocieron su escasa o nula información acerca de la infección. Cuatro de las ocho mujeres nunca había oído hablar del VPH; sin embargo, en las restantes el conocimiento era escaso y superficial. Casi todas las mujeres estuvieron de acuerdo en que es muy poca la información sobre el VPH a la que se tiene acceso a través de los medios de comunicación comparada con la información acerca del VIH-SIDA, entidad que es asimilada y comparada, a posteriori, en varios términos al VPH por algunas de las entrevistadas.

El diagnóstico va unido al ofrecimiento de información por parte de los profesionales médicos. Esta información incluyó contenidos referidos a las características de la infección como a la asociación de ésta con el cáncer cervical. En cuanto al primer aspecto y según lo dicho por las mujeres, los médicos les explicitaron que se trata de una enfermedad de transmisión sexual, aunque también mencionaron que existen otras vías menos

frecuentes de contagio como puede ser el contacto en baños contaminados y que dada la posibilidad de latencia del virus es imposible conocer en qué momento de la vida la mujer o el varón pudo contraer el virus. En menor medida los profesionales hablan de: (a) los factores que pudieron haber incidido en la aparición de la infección, (b) la variedad de tipos de VPH, (c) el papel del varón como vector de la infección, (d) la asociación entre infección y número de parejas sexuales, (e) la inconveniencia de embarazarse mientras se esté bajo tratamiento y vigilancia de la infección y (f) la cura o no de la infección.

En cuanto al segundo aspecto, la referencia médica de la asociación del VPH con el cáncer cervical, es posible advertir ciertas diferencias entre lo que le dijeron los médicos que les ofrecieron a estas mujeres el primer diagnóstico o a quienes consultaron en primera instancia y lo manifestado por los profesionales que luego las atendieron en el INMYF. Mientras que las mujeres sintieron que los primeros facultativos las alarmaron manifestando la urgencia de atender la enfermedad al tratarse de una infección directamente ligada a este tipo de cáncer; los segundos, sin negar este hecho, enfatizaron en que el VPH no es sinónimo de cáncer, que puede derivar en un cáncer si no se otorga tratamiento oportuno, que es necesario atender no sólo a la mujer sino también a su pareja y llevar luego del tratamiento un chequeo periódico. En algunos casos incluso, tranquilizaron a la paciente diciéndole que la detección de la infección o de las lesiones eran muy tempranas por lo que las probabilidades de un cáncer eran muy remotas.

El discurso “alarmista” de algunos de los profesionales externos al INMYF tal vez puede tener la intención de que la mujer busque una pronta atención. Las diferencias en el suministro de información por parte de los profesionales también puede deberse a la heterogeneidad que existe en el conocimiento que profesionales de la salud de los distintos niveles de atención, tienen sobre la prevención y tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer cervical la que se vincula con deficiencias respecto del estado actual del conocimiento biomédico respecto de la relación entre el VPH y el cáncer cervical derivadas de falta de capacitación o actualización recibida por los profesionales (ARILLO E. *et al.* 2000).

Más allá del discurso “tranquilizador” de los médicos del servicio estudiado, casi todas las informantes sintieron temor frente a la posibilidad de desarrollar un cáncer cervical y se angustiaron tanto por su propia salud como por la de sus futuros hijos y por el bienestar de su propia familia, debido a la asociación cáncer y muerte y el estigma de incurable que condensa esta enfermedad a nivel de representación social.

Desde el punto de vista de los profesionales entrevistados, el otorgamiento de información a las y los pacientes es altamente valorizado en tanto se considera que la misma cumple con un conjunto de funciones positivas, entre las que se enunciaron: (a) no alarmar a la paciente pero sí alertarla de los riesgos que pueden derivar de la infección, (b) buscar la colaboración de su pareja para que el tratamiento logre ser más efectivo, (c) disminuir el estrés o la tensión que se produce en ocasiones en las parejas y, (d) eliminar la culpa a ambos miembros de la pareja por el contagio de la enfermedad.

Un análisis de la información suministrada por los médicos a las y los pacientes permite detectar énfasis en ciertos aspectos de la infección. En lo que respecta a las características de la infección y su relación con el cáncer cervical, la información va dirigida a decir que se trata de una enfermedad de transmisión sexual originada por el virus del VPH y que sólo algunos tipos del mismo pueden derivar en cáncer cervical por lo que es inadecuado realizar una asociación directa entre la infección y el carcinoma mencionado. En la opinión de algunos médicos decir que algunos tipos de VPH están asociados con el cáncer cervicouterino podría atemorizar demasiado a las pacientes.

En cuanto al modo y momento de contagio, si bien la mayoría de los médicos manifiestan que se trata de una infección transmitida por contacto sexual, también señalaron a las/los pacientes que existen evidencias de contagio a través de objetos contaminados como es el caso de los baños públicos. Asimismo, informaron que el virus puede mantenerse en estado de latencia y manifestarse muchos años después, lo que abre la posibilidad de que tanto la mujer como el varón puedan haber adquirido el virus en algún momento de su vida, convirtiéndose en portadores del mismo. Otro aspecto destacado por el discurso profesional es que siendo una ITS, es necesario descartar la infección en la pareja masculina para disminuir el riesgo de reinfección en la mujer.

De este modo, los profesionales médicos desestiman las inquietudes generalmente femeninas que tratan de conocer el momento en que fueron contagiadas, indicando lo improbable de saber el momento en que esto ocurrió y por lo tanto, la imposibilidad de asociar la aparición de la infección con un contacto reciente, como ocurre con otras ITS. Por otra parte, la mención médica de otras posibles fuentes de contagio, como el contacto masculino con el VPH en baños públicos, favorece la “no-culpabilización” masculina. La alusión médica de los baños públicos como fuente de contagio es reportada por ejemplo por (GOGNA M. *et al.* 1997: 18-19) quienes

incluso señalan que: «... los mensajes sobre el baño como causa primera y última parecen ser habituales en las consultas de mujeres y no en las de los varones».

Frente al casi desconocimiento del VPH y a partir de saberse infectadas, la mayor parte de las mujeres comenzaron un proceso de búsqueda de información que se prolongó a lo largo de la trayectoria asistencial y que incluyó la consulta a distintos profesionales de la salud, la lectura en libros y revistas especializadas y la búsqueda en internet. En este proceso tuvieron una activa participación tanto la pareja de las mujeres como otros familiares cercanos. La emisión de un capítulo especial dedicado al VPH en un programa televisivo muy visto por la población y particularmente por las mujeres en tanto se abordan distintos problemas que enfrentan las familias a lo largo del ciclo vital, incluidos problemas de salud femenina y masculina también fue mencionado por algunas de las entrevistadas como una fuente de información importante y las declaraciones en algunos medios de comunicación masiva de la experiencia de infección de una conocida cantante nacional así como de la imposibilidad de embarazarse por esta razón fue manifestada también por otras informantes.

Las reacciones diferentes de mujeres y varones frente al diagnóstico

La situación diagnóstica implicó en todas las mujeres la emergencia de temores, dudas e incertidumbres tanto respecto del pronóstico de su enfermedad en términos de control y cura como en relación a las circunstancias o momento en que adquirieron el VPH. En relación al primer aspecto, los miedos y preocupaciones acompañen con distinta intensidad gran parte del trayecto asistencial. En cuanto al segundo aspecto, si bien los médicos informan que es imposible determinar el momento en que se produjo el contagio, debido al periodo de latencia del virus, las y los entrevistadas/os elaboraron lo que podríamos denominar “la situación del contagio”.

Para el caso de las mujeres, son tres las posibilidades que entonces surgen: 1) la atribución del contagio a la pareja actual, 2) la asignación a una ex pareja de la mujer, anterior a la unión actual y 3) la atribución de la responsabilidad entre los dos miembros de la pareja al aceptarse que ambos pudieron haber contraído el virus en relaciones anteriores a su constitución como pareja.

Cuatro de las ocho mujeres optaron por la primera de las posibilidades, esto es adjudicar a su esposo el contagio, tres lo atribuyeron a relaciones anteriores a su pareja actual y sólo una consideró que no era posible res-

ponsabilizar a su esposo ni a ella del contagio, ya que ambos habían mantenido relaciones con otras parejas antes del inicio de su relación.

La asignación masculina del contagio generalmente está basada en el comportamiento monógamo que se atribuyen las mujeres, al que se contraponen el señalamiento del desconocimiento de la actividad sexual de su pareja y el escaso control que ellas tienen en esta dimensión.

La atribución del contagio al esposo, encontrada en Marta, Carola, Beatriz y Leonor, no implicó; sin embargo, en todos los casos el mismo grado de conflictividad. Tal vez sea Marta quien expresó con mayor vehemencia el gran malestar derivado de la pérdida de confianza a su esposo al saberse infectada por el VPH, malestar que se inscribía en una cierta decepción ante las expectativas “incumplidas” depositadas por ella en su pareja. Carola y Beatriz, aunque asignaron la culpabilidad a su esposo, manifestaron que al no contar con pruebas contundentes de una posible infidelidad optaron por no problematizar demasiado la situación. Así, ante la aparición de la sospecha de una relación extramatrimonial, estas mujeres prefirieron quedarse con la incertidumbre, evitar la emergencia de conflictos, y permanecer junto a su pareja, enfrentando ambos el curso de la afección.

Carola y Leonor, con razones suficientes desde su punto de vista, para considerar que fueron sus esposos quienes le transmitieron el virus en tanto manifestaron haberse iniciado sexualmente con ellos no hicieron un drama, en el primer caso al evaluar favorablemente su relación marital y en el segundo, en tanto esto podría exacerbar la conflictividad existente al interior de la pareja ante la imposibilidad de Leonor de quedar embarazada.

A pesar de que las mujeres admiten saber que la vía sexual es la fuente predominante de transmisión, en algunas, encontramos una suerte de adecuación para explicar su propia situación de contagio, como pensar en la posibilidad de que su esposo les transmitió el virus a partir de entrar en contacto con el mismo en un baño público, adecuación que tiene como función continuar con la relación sin mayores alteraciones en la dinámica de la pareja y descartando cualquier posibilidad de engaño o infidelidad.

Tres mujeres “a, Karina y Verónica” se consideraron responsables de haber contraído el VPH en relaciones anteriores a su esposo. A su vez, este sentimiento de responsabilidad se atribuye en las dos primeras entrevistadas, a lo que ellas designan como un “mal comportamiento” derivado de la transgresión de ciertas normas morales.

En el primer caso, por considerar haberle sido “infiel” a su esposo en un periodo de su relación en que ambos se distanciaron y cuando, realmente,

no tenían compromisos entre sí. Sin embargo, a, incluso, llega a “justificarse” por haber tenido sexo con otro hombre al decir que se encontraba profundamente enamorada y opta por guardar el secreto frente a su marido. Karina, por su parte, se reprocha a sí misma haberse iniciado sexualmente y contraído la infección a partir de su relación con un hombre casado, promiscuo, según sus palabras, del que incluso quedó embarazada y abortó, sintiendo al momento de comenzar su noviazgo con el que ahora es su esposo, que “no era digna de ser querida por otro varón”, tras haber pasado por estas experiencias negativas.

Verónica, en cambio, distribuyó la posibilidad del contagio entre las dos parejas que tuvo antes de la actual, el padre de sus dos primeros hijos y la pareja con quien convivió en los Estados Unidos, posiblemente porque cuando se enteró de su diagnóstico recién estaba comenzando su relación con el que hoy es padre de su tercer hijo.

A pesar de que estas mujeres expresaron su responsabilidad por el contagio, ninguna se cuestionó el no haber usado el condón en estas relaciones “lo que sí aconteció en el caso de un varón” lo que nos podría estar hablando tanto de lo impensable de adoptarlo en situaciones donde prima la “confianza” y el amor “noviazgo, matrimonio, relación formal” como de las serias dificultades que presentan las mujeres para negociar su uso.

Refiriéndonos a los varones, dos de los cuatro entrevistados “los esposos de Leonor y Carola” se adjudicaron la infección de su pareja al haber mantenido relaciones sexuales previas al comienzo de la relación con sus actuales esposas, a quienes iniciaron sexualmente. El esposo de Leonor, quien se declaró abiertamente “noviero”, sin embargo, explicó el no haber tomado medidas de protección en tanto cuando esto ocurrió él era un adolescente inexperto que no sabía de las consecuencias que podían tener las relaciones sexuales desprotegidas, por lo que considera que el contagio fue totalmente involuntario.

Los varones «contando los entrevistados y de los que obtuvimos su testimonio indirecto a partir de lo mencionado por sus esposas» no emitieron reproches a sus compañeras de la infección. Para ellos, tal vez sea preferible adjudicarse la adquisición del virus en relaciones previas o simultáneas al vínculo marital y por lo tanto, su papel como vector-transmisor del mismo a su mujer, antes que admitir que sus compañeras pudieran haber experimentado sexualmente antes de su unión o no ser monógamas y fieles, saliéndose de este modo de la norma establecida para las buenas esposas.

En términos generales, la mayoría de los varones se sorprendió cuando sus esposas le comunicaron su diagnóstico y la necesidad de que ellos concu-

rrieran al servicio para confirmar o desechar en ellos la infección. Luego de un primer momento donde pensaron que era imposible que ellos estuvieran “enfermos” en tanto no presentaban ningún síntoma que les hicieran sospechar de padecer alguna enfermedad, todos los varones aceptaron concurrir al servicio para ser diagnosticados y a posteriori, los tratamientos.

Desde nuestro punto de vista, entre los factores que condicionaron sus reacciones destacan: el énfasis del discurso médico respecto de la menor morbi-mortalidad masculina *versus* la mayor gravedad de la infección de las mujeres así como la necesidad de un control periódico de por vida en ellas más no en los varones. Esto deriva en que generalmente las preocupaciones masculinas giren en torno al estado de salud de su esposa e incluso la de sus futuros hijos más que en ellos mismos. Algunos informantes, incluso, aludieron también a una mayor capacidad para enfrentar la infección derivada de la fortaleza que por naturaleza poseen los hombres.

Otro dato que también llama la atención es que si bien las mujeres parecen no haber temido ser contagiadas por sus parejas o no poder hacer nada frente a este temor exigiendo, por ejemplo, el uso del condón, dos de las entrevistadas sí expresaron sus dudas acerca de la posibilidad de ser contagiadas tanto de VPH como de VIH-SIDA a partir de instrumental médico contaminado, cuando se van a realizar el PAP u otro procedimiento ginecológico. A diferencia de lo que acontece en sus relaciones íntimas, donde al parecer resulta imposible hablar con la pareja acerca de su intranquilidad frente a un posible contagio o respecto de infecciones sexuales previas padecidas por alguno de los miembros de la pareja; en el ámbito de la relación médico-paciente, las entrevistadas pudieron expresar esta inquietud a los profesionales, obteniendo de ellos como respuesta que esto era imposible debido a que siempre se utilizaba material desechable.

En síntesis, frente a la comunicación diagnóstica observamos que mujeres y varones reaccionan de modo diferente, en función de ciertos aspectos tales como: (a) las representaciones sociales acerca de las infecciones de transmisión sexual, construidas como enfermedades derivadas de conductas sexualmente “inapropiadas”; (b) la normatividad sexual hegemónica que valora que los varones experimenten sexualmente desde muy jóvenes y acumulen experiencias a lo largo de su vida en tanto se espera que las mujeres hagan lo contrario, esto es que cuenten con una menor experiencia sexual, (c) la asintomaticidad experimentada por los varones, d) la información obtenida por distintos medios acerca de las mayores implicaciones y gravedad de la infección en las mujeres.

La socialización del diagnóstico

Asignar o asignarse un papel activo o pasivo en la adquisición y transmisión de la infección también tiene implicaciones en el modo en que socializa el diagnóstico. Este fue comunicado por seis de las mujeres, en primera instancia al esposo. Verónica y Marta, en cambio, optaron por elegir a otros familiares cercanos. La primera prefirió callar su infección ante su pareja (que luego se convirtió en su esposo) aunque si se lo comentó a una de sus hermanas. Posiblemente, la actitud de estigmatización-discriminación de su hermana y el hecho de que en ese tiempo Verónica estaba iniciando su relación con Osvaldo, fueron los motivos por los cuales la entrevistada estimó la inconveniencia de manifestarle que estaba en tratamiento por una ITS debido a las connotaciones negativas que podía tener en su persona, en tanto podía poner en duda su conducta sexual y agravar su status de mujer “honrada”. Optar por el secreto, como es señalado por autores como (CUSIK L. - RHODES T. 1999), para el caso del VIH-SIDA, es parte de una estrategia de “normalización” que tiene como finalidad «poder seguir siendo considerado normal por los demás» (citado por GRIMBERG M. 2002: 47).

Recién cuando la relación de Verónica y Osvaldo se consolidó «luego de iniciada la convivencia y del nacimiento de su último hijo» Verónica se sintió más libre para comentarle a su esposo que había tenido VPH y en este momento esto no significó ningún inconveniente en su dinámica de pareja. El caso de Marta es un poco distinto. Si bien fue su hijo adolescente quien primero se enteró y quien trató de calmar a su madre sumamente ofuscada que se obstinaba en culpar a su actual pareja del contagio; su pareja conoció el diagnóstico inmediatamente, negándose a reconocer los cargos que le hacía Marta y aceptando asistir al servicio para ser atendido.

Posteriormente a esta primera instancia de socialización del diagnóstico nos encontramos con la comunicación del mismo a otras personas pertenecientes al ámbito familiar, laboral o de amistades de la pareja. Al igual que para el caso del VIH-SIDA, la elección de a quién contarle o por qué no hablar de la infección alude a los mecanismos que implementan los sujetos para hacer frente al complejo “estigmatización-discriminación” por temor a que se ponga en duda de la propia conducta sexual o la de su pareja. De este modo, son varias las opciones a la que se enfrentan las parejas, pueden: «... no revelar el problema o seleccionar los contextos y sujetos a quienes informar su condición» o atribuir la enfermedad a otra causa (recordemos que Carola y su esposo prefieren designar a la infección como “principios de cáncer” en vez de infección por el VPH) (GRIMBERG M. 2002: 46).

Todos estos mecanismos implican: “procesos de confrontación con construcciones sociales dominantes” que para el caso de las ITS se hallan asociadas históricamente a la promiscuidad sexual y su peligrosidad, a la vergüenza y a la culpa por comportamientos supuestamente indebidos (GRIMBERG M. 2002: *ibidem*).

La situación de la salud reproductiva y el diagnóstico por VPH

El modo en que se reacciona frente al diagnóstico también está moldeado por las circunstancias vinculadas a la salud reproductiva de las parejas en que emerge la infección. No es lo mismo recibir el diagnóstico mientras se está en tratamiento por esterilidad, si en medio del tratamiento ocurre un embarazo o si se desea buscar un embarazo una vez finalizado el tratamiento.

Las parejas que se hallaban en tratamiento por esterilidad “Leonor y Juan y Marta y Raúl” debieron suspender el mismo y fueron “regresadas” a la Clínica de Esterilidad una vez que alcanzaron la fase de control y seguimiento. En estos casos, la trayectoria asistencial para el VPH se inscribe en una trayectoria anterior y de una duración de varios años. El tiempo de aproximadamente un año que tuvieron que esperar para reanudar la búsqueda de un embarazo desalentó a estas parejas y muchas veces la angustia se apoderó de ellas al temer por el probable agravamiento para lograr un embarazo en función de la infección. En estos casos, el VPH es significado como una interrupción y un tiempo mayor de espera que aumentó su frustración.

Pero además señalemos que los significados de la esterilidad y el deseo de un hijo cambian en las tres mujeres afectadas por esta situación: posiblemente el malestar por este problema sea mayor en Leonor, para quien un hijo implicaría disminuir en parte los conflictos con su pareja, quien le recrimina la imposibilidad de haber quedado embarazada y darle un hijo. En Marta, el deseo de un hijo con su actual pareja a pesar de su insatisfacción y decepción frente a la misma tal vez busque reparar la muerte reciente de su hija más que afianzar su relación. Ana, en cambio, parece por momentos resignada a quedarse con una sola hija, en tanto su esposo, por otra parte, no la presiona para que tener un segundo hijo.

En cuanto a la relevancia asignada a la infección versus a la atribuida a la esterilidad, en términos globales podemos decir que por momentos aparece en el discurso de las y los entrevistados la mayor importancia de atender y resolver el problema del VPH como paso para dar continuidad al tratamiento de esterilidad.

Cuando el embarazo sucede durante el transcurso del tratamiento “Carola, Susana” o inmediatamente después de él “Verónica”, frente a la posibilidad de infectar a su hijo, las parejas se intranquilizan y temen por el estado de salud más que de la madre por la del niño. Este mismo temor por el bienestar del bebé aparece también en aquellas mujeres en las que el embarazo aparece como expectativa a futuro “Beatriz y Karina”. Y en el caso de Karina, quien no tiene hijos, a esta inquietud se suma el miedo de una posible infertilidad derivada de la infección así como de las crioterapias. De este modo, las preocupaciones por las consecuencias de la infección se ubican tanto en el ámbito personal como en su descendencia. Cuando se es madre este rol cobra mayor importancia que el de ser mujer. En este sentido, la importancia otorgada a la reproducción real o potencial está íntimamente ligada con el énfasis del papel de la maternidad en la conformación de la identidad femenina.

En este punto, recordemos que los médicos también priorizan este aspecto, cuando deben decidir qué tratamiento aplicar a la mujer, dependiendo de la condición de paridad, la expectativa de embarazo o la condición de embarazo.

Conclusiones

El artículo trató de evidenciar que frente el diagnóstico de VPH las reacciones de mujeres y varones se constituyen subjetiva e intersubjetivamente, a partir de su situación biográfica, de pareja y de salud reproductiva mediante procesos de interacción social donde cobran un rol central sus cónyuges, los profesionales de la salud con los que entran en contacto, los medios de comunicación y su red social más cercana. Del análisis surge que en este conjunto de parejas estudiadas no cobran mayor relevancia ciertas características sociodemográficas como la edad, la escolaridad alcanzada, la paridad o los años que la pareja lleva de unida o casada sino que son elementos del orden de lo personal, lo social y lo cultural, lo que adquieren importancia al momento de explicarse la infección y hacer frente a ella.

De este modo, los modos diferenciales de asignar o asignarse un papel activo o pasivo en la adquisición y transmisión de la infección por el VPH están vinculados con las normas divergentes de comportamiento sexual premarital y conyugal vigentes en nuestra sociedad para mujeres y varones y con la construcción genérica dominante según la cual las mujeres deben asumir conductas de recato en el ámbito de la sexualidad y aceptar la con-

ducta sexual de su pareja masculina; en tanto se espera que los varones se asumen como sujetos activos en la gestión sexual.

A su vez, estas normas se articulan con las circunstancias vinculadas a la condición o situación de salud reproductiva que presentan las parejas en el momento en que emerge la infección, esto es tratamiento por esterilidad, embarazo y expectativa de embarazo, las cuales otorgan un significado particular a ser diagnosticada/o con VPH, teniendo en cuentas las incertidumbres, angustias y temores que surgen en las parejas al imaginar las consecuencias negativas que la infección puede tener en el logro de un embarazo o en la posible afectación al feto o al recién nacido.

Las reacciones también pueden explicarse si tenemos en cuenta la particular importancia que cobran las construcciones estigmatizantes frente a las infecciones que se transmiten por vía sexual que responsabilizan a los sujetos de portar la enfermedad como consecuencia de una actividad sexual no apropiada que tiene lugar fuera de los límites “normales” del ejercicio sexual establecidos por una pareja heterosexual y estable.

De igual manera, el discurso médico y el énfasis en determinados aspectos de la infección de los profesionales con los que interactúan las y los pacientes posee una importante influencia en el modo en que se reacciona frente al diagnóstico y se vivencia la enfermedad. El texto trata entonces de llamar la atención sobre la importancia del momento diagnóstico en tanto momento inicial de la trayectoria asistencial y el papel que pueden jugar los profesionales en aclarar dudas y desvanecer temores, favoreciendo de este modo el involucramiento de ambos miembros de las parejas en la adherencia al tratamiento.

Notas

⁽¹⁾ La primera es cuando es evidente clínicamente, es decir mediante la observación a simple vista. La subclínica sólo se evidencia con el uso del colposcopio. La infección subclínica difiere de la clínica únicamente a nivel macroscópico. La infección latente sólo se evidencia mediante técnicas de hibridación del DNA (ALVAREZ J. 1997: 13).

⁽²⁾ Se trata de un nombre ficticio, aunque respetando la descripción de las características y forma de funcionamiento del mismo.

⁽³⁾ Se considera esterilidad primaria cuando afecta a las parejas que nunca han conseguido una gestación y secundaria cuando tras una gestación han pasado de uno a dos años sin conseguir un nuevo embarazo (ALVAREZ J. 1997: 2).

⁽⁴⁾ La colposcopia es una técnica de observación ampliada de la superficie del cuello uterino, vagina y vulva que permite identificar alteraciones no visibles a la inspección ocular directa y realizar biopsias dirigidas evidenciando el cáncer cervical en sus estadios más precoces o lesiones preclínicas no invasoras.

Bibliografía

- AIVAREZ Jorge (1997), *Virus del papiloma humano y esterilidad*, Tesis para obtener el título de especialista en Biología de la reproducción humana, Universidad Nacional Autónoma de México - Medicina, División de Estudios de Postgrado - Instituto Nacional de Perinatología, México.
- ARANDA Carlos (2000), *Infección por virus del papiloma humano*, pp. 141-154, en ARREDONDO José L. - FIGUEROA Ricardo, *Temas actuales de infectología. Infectología en adultos. Infectología pediátrica. Infectología preventina y ginecoobstétrica*, Ed. Intersistemas S.A., México.
- ARANDA Patricia (2005), *Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora. CIESAS Occidente*, Tesis de doctorado en ciencias sociales con especialidad en Antropología Social, Guadalajara, Jalisco, México.
- ARILLO Edna - LAZCANO Eduardo - PERIS Merce - SALAZAR Eduardo - SALMERON Jorge - ALONSO DE RUIZ Patricia (2000), *El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica*, "Salud Pública de México", vol. 42, n. 1, 2000, pp. 34-42.
- ARREDONDO José L. - FIGUEROA Ricardo (2000), *Temas actuales de infectología. Infectología en adultos. Infectología pediátrica. Infectología preventina y ginecoobstétrica*. Ed. Intersistemas S.A., México.
- BOSCH Francisco Xavier (2003), *Epidemiology of human papillomavirus infections: new options for cervical cancer prevention*, "Salud Pública de México", v. 45, supl. 3, 2003, pp. 326-339.
- CASTELLSAGUÉ Xavier - BOSCH Francisco Xavier - MUÑOZ Nubia (2003), *The male role in cervical cancer*, "Salud Pública de México", v. 45, supl. 3, 2003, pp. 345-353.
- CASTRO María C. - SALAZAR Gilda (1999), *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora*, El Colegio de Sonora, México (Cuadernos Cuarto Creciente, 7).
- CÉSAR ALVES Paulo (1993), *A experiencia da enfermidade: consideracoes teóricas*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 9, n. 3, 1993, pp. 263-271.
- CORTÉS Beatriz (1998), *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*, "Nueva Antropología", n. 52/3, 1998 [Enfermedad y muerte: la parte negada de la cultura], pp. 89-115.
- COURTNEY W. H. (2000), *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*, "Social Science & Medicine", n. 50, 2000, pp. 1385-1401.
- DIXON-MUELLER Ruth (1993), *The sexuality connection in reproductive health*, "Studies in Family Planning", vol. 24, n. 5, 1993, pp. 269-281.
- FYLAN Fiona (1998), *Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes. Knowledge and behaviour*, "British Journal of General Practice", 48, 1998, pp. 1509-1514.
- GAYET Cecilia (2003), *Infecciones de transmisión sexual en México: la influencia de las relaciones de género en la construcción del riesgo*, Tesis de Doctorado en Estudios de Población, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano [en proceso].
- GISSMANN LUTZ (1993), *Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer genital*, pp. 34-38, en PINEDA César Santiago (editor), *Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. Avances recientes en epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Bases inmunológicas y de biología molecular*, Conferencias impartidas en el VI Curso Internacional de cáncer cervicouterino y lesiones premalignas, México, 14-16 de octubre de 1992.
- GOGNA Mónica - PANTELIDES Edith A. - RAMOS Silvina (1997), *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*, Centro de Estudios del Desarrollo Económico y Social - Centro de Estudios de Población, Cuaderno del Centro de Estudios de Población 52, Buenos Aires.
- GRIMBERG Mabel (2002), *VIIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIIH*, "Cuadernos Médico Sociales", n. 82, 2002, pp. 43-59.
- HELMAN Cecil G. (1990), *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*, Butterworth-Heinemann, London.
- HERNÁNDEZ Carlos - SMITH Jennifer S. - LORINCZ Attila - ARREOLA Emilio - LAZCANO Eduardo - HERNÁNDEZ Mauricio - SALMERÓN Jorge (2005), *Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH)*

de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos, "Salud pública de México", vol. 47, n. 6, 2005, pp. 423-429.

IDESTROM Mónica - MILSON Ian - ANDERSON-ELLSTROM Agneta (2003), *Women's experience of doping with a positive Pap smear: a register-based study of women with two consecutive Pap smears reported as CIN I*, "Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica", vol. 82, n. 8, 2003, pp. 756-761.

KELLER Mary L. - SADOVSKY Victoria - PANKRAIZ Bárbara - HERMSEN Joan - SOWELL Richard L. - DEMI Alice S. (2000), *Self-disclosure of HPV infection to sexual partners*, "Western Journal of Nursing Research", vol. 22, n. 3, 2000, pp. 285-296.

LAUVER Diane R. - KRUSE Kelly - BAGGOT Ann (1999), *Women's uncertainties, coping and moods regarding abnormal Papanicolaou results*, "Journal of Women's Health & Gender-based Medicine", vol. 8, n. 8, 1999, pp. 1103-1112.

LAZCANO Eduardo C. - MOSS Sue - CRUZ VALDEZ Aurelio - ALONSO DE RUIZ Patricia - CASARES Salvador - MARTÍNEZ Carlos J. - HERNÁNDEZ Mauricio (1999), *Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos*, "Salud Pública de México", vol. 41, n. 4, 1999, pp. 278-285.

LAZCANO Eduardo C. - CASTRO Roberto - ALLEN Betania - NÁJERA Patricia - ALONSO DE RUIZ Patricia - HERNÁNDEZ Mauricio (2000), *Resistencia a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino*, pp. 175-186, en ALONSO DE RUIZ Patricia - LAZCANO Eduardo C. - HERNÁNDEZ Mauricio, *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Medicina-Panamericana - Instituto de Salud Pública, México.

LAZCANO Eduardo C. - HERRERO Rolando - MUÑOZ Nubia - HERNÁNDEZ Mauricio - SALMERÓN Jorge - LEYVA Ahidé G. - WALBOOMERS Jan M. (2001), *High prevalence of human papillomavirus infection in Mexican males: comparative study of penile-urethral swabs and urine samples*, "Sexually Transmitted Diseases", vol. 28, n. 5, 2001, pp. 227-280.

LEYVA Ahidé G. - ARANDA Carlos - CONDE Carlos - LAZCANO Eduardo C. (2003), *La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina*, "Salud Pública de México", vol. 45, supl. 5, 2003, pp. 589-593.

MECHANIC David (1978), *Medical sociology*, The Free Press, New York.

MUÑOZ Nubia - BOSCH Francisco Xavier (1996), *Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 121, n. 6, 1996, pp. 550-566.

POPULATION COUNCIL (2000), *Infecciones del tracto reproductivo. Hojas informativas*. Population Council, México.

REARTES Diana (2005), *La infección por el virus del papiloma humano: conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con parejas y médicos en un hospital del 3er. Nivel de atención en la ciudad de México*, Tesis de doctorado en antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

SÁNCHEZ Miguel A. - URIBE Felipe - CONDE Carlos J. (2002), *La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios*, "Salud Pública de México", vol. 44, n. 5, 2002, pp. 442-447.

SZASZ Ivonne (1999), *Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja*, pp. 109-121, en BRONFMAN Mario - CASTRO Roberto (coordinadores), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México.

VARGAS VÍCTOR M. (1996), *Human papilloma virus: epidemiologic, carcinogenic, diagnostic and therapeutic aspects*, "Ginecología y Obstetricia de México", vol. 64, 1996, pp. 411-417.

Nota sobre la Autora

Diana L. Reartes nació en Cañada de Gómez, Santa Fe, Argentina el 5 de agosto de 1963. Es profesora-investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-SURESTE) con sede en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Antropóloga egresada de la Facultad de humanidades y artes, Universidad nacional de Rosario, Argentina (1993). Maestría y Doctorado en Antropología por el CIESAS DF. (1998 y 2005) en la línea de especialización de antropología médica. Postdoctorado en el Centro de estudios demográficos, urbanos y ambientales, El Colegio de México (2005-2007). Miembro del Sistema nacional de investigadores (SNI).

Se ha especializado en el estudio de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes así como de los programas y servicios que se ofrecen a esta población. Sus áreas de investigación son: salud sexual y reproductiva, género y salud, interculturalidad en salud.

Docente de grado y postgrado en la Escuela nacional de antropología e historia (ENAH), la Facultad de medicina (UNAM), el Instituto nacional de salud de pública y el Instituto universitario italiano de Rosario, Argentina, la Escuela de antropología de la Facultad de humanidades y artes (UNR, Argentina) en las áreas de: ciencias del comportamiento en salud pública, ciencias sociales aplicadas a la salud, antropología y salud.

Actualmente desarrolla la investigación: "Migración, jóvenes y salud sexual y reproductiva en los Altos de Chiapas. Desafíos y estrategias posibles en la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA".

Es coordinadora del Seminario Permanente sobre Jóvenes en el sureste mexicano. Entre sus publicaciones se destacan: REARTES D., *El inicio sexual y el uso del condón entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas mayas*, pp. 275-298 en *Anuario 2007 del Centro de estudios de Mesoamérica y el Caribe* (CESMECA), Tuxtla Gutiérrez UNACH, Chiapas, 2008; LERÍN S. - REARTES D., *Salud mental, un tema olvidado: capacitación intercultural del personal de salud que atiende a población indígena*, pp. 317-338, en GARCÍA VÁZQUEZ C., *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes*, Prometeo, Buenos Aires, 2008; REARTES D., *La infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervical: ¿un problema también de varones? El caso de México*, pp. 237-261, en PANTELIDES E. - LÓPEZ E. (comp.), *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*, Paidós, Buenos Aires, 2005); STERN C. - REARTES D., *Programas de salud reproductiva para adolescentes en México DF*, pp. 115-194, en GOGNA M. (coord.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*, Consorcio Latinoamericano de Programas en salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires, 2001.

Correo electrónico: dlrp8@prodigy.net.mx

Resumen

El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH): construcción social del contagio en parejas mexicanas

El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual sumamente común tanto a nivel mundial como en la población mexicana. A pesar de la elevada prevalencia de la misma en nuestro país y de su relevancia en tanto principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical, es escaso el conocimiento que tenemos respecto de las implicaciones socioemocionales en los sujetos derivadas de la comunicación diagnóstica. El artículo aborda las reacciones diferentes de mujeres y varones frente al diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH) así como la re-construcción del contagio como acto seguido al saberse infectados. Se trata de un estudio antropológico llevado a cabo con ocho parejas tratadas en una clínica de displasias ubicada en un hospital de gineco-obstetricia perteneciente al tercer nivel de atención en la Ciudad de México así como con un conjunto de médicos gineco-obstétricas.

Riassunto

La diagnosi di infezione da virus del papilloma umano (VHP): costruzione sociale del contagio in coppie messicane

Il virus del papilloma umano è una infezione a trasmissione sessuale estremamente comune su scala mondiale e in particolare tra la popolazione messicana. Nonostante l'alta incidenza di tale patologia in Messico e a dispetto della sua rilevanza come fattore di rischio per l'insorgenza del cancro dell'utero, le conoscenze che possediamo in materia di implicazioni socio-emozionali presso i soggetti colpiti – connesse alla comunicazione della diagnosi – appaiono molto scarse. Questo articolo studia le diverse reazioni di donne e uomini a fronte della diagnosi di infezione del papilloma-virus, e analizza la costruzione del contagio come atto che si manifesta subito dopo la notizia dell'infezione. Si tratta di uno studio antropologico condotto sia su otto coppie, incontrate in una clinica specializzata di ginecologia e ostetricia pertinente al terzo livello di cura, a Città del Messico, sia su un gruppo di medici specialisti di ginecologia e ostetricia.

Résumé

Le diagnosticque d'infection par le virus du papillome humain (VPH): construction sociale de la contagion dans des couples mexicaines

Le virus du papillome humain est une infection de transmission sexuelle extrêmement commune à l'échelle mondiale et parmi la population mexicaine. Malgré la prévalence

élevée de celle-ci au Mexique et en dépit de son importance comme facteur de risque dans le développement du cancer de l'utérus, les connaissances que nous possédons en matière d'implications socio-émotionnelles chez les sujets touchés qui sont liées à la communication du diagnostic sont insuffisantes. Cet article aborde les réactions différentes de femmes et d'hommes face au diagnostic d'infection par le virus du papillome humain et la construction de la contagion en tant qu'acte qui se manifeste tout de suite après la nouvelle de l'infection. Il s'agit d'une étude anthropologique menée auprès de huit couples rencontrés dans une clinique spécialisée de gynécologie et d'obstétrique de la ville de Mexico de 3^{ème} niveau de soins et auprès d'un groupe de médecins gynéco-obstétriciens.

Abstract

The diagnosis of human papilloma virus (HPV) infection: the social construction of contagion among Mexican couples

The human papilloma virus is a highly common sexually transmitted infection both at the world and the Mexican level. Even though the high prevalence in Mexico and also its relevance as a major risk factor related to cervical cancer, the knowledge we have concerning social and emotional effects on affected persons derived from its diagnosis is very little. This paper focuses on the different reactions of women and men in the face of diagnosis of infection caused by the human papilloma virus (HPV) as well as the construction of the process of contagion. It is based on an anthropological study carried on amongst eight couples treated in a clinic for the treatment of dysplasia within an OB-obstretico hospital belonging to the third level of attention in Mexico City, and also among a group of doctors specializing in OB-obstreticia.