

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
COHORTE 2011

***MUJERES y HPV:
significados, reacciones emocionales y prácticas de (auto)
cuidado en salud***

Tesis para optar a título de Magíster en Psicología Clínica

Maestranda: Lic. Vanesa Bogliacino

Directora de Tesis: Prof. Agda. Alejandra López Gómez

Montevideo, 6 de Abril de 2015

RESUMEN

La tesis se centró en el estudio de las experiencias de mujeres con diagnóstico de HPV, una infección de transmisión sexual de creciente incidencia nivel a mundial y nacional. El objetivo de este estudio fue conocer cuáles son los efectos psicológicos del diagnóstico de HPV en las mujeres así como su incidencia en las prácticas afectivo-sexuales y de (auto) cuidado de la salud. Se hizo hincapié en los sentimientos que las mujeres experimentan frente al diagnóstico y el significado que le otorgan a las prácticas de (auto)cuidado, las estrategias de afrontamiento que adoptan y la negociación de prácticas afectivo-sexuales que éstas establecen con sus parejas. Se desarrolló un estudio cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio mediante la realización de entrevistas semi dirigidas en profundidad a mujeres.

Se concluyó que las mujeres experimentan diversas reacciones emocionales frente al diagnóstico del HPV, el cual es vivido como un acontecimiento no esperado que genera cierta perplejidad y que repercute en la vida sexual y de pareja. Las mujeres expresaron miedo al cáncer y a la fertilidad futura. Las estrategias de afrontamiento adoptadas fueron la búsqueda de apoyo social, autocontrol, revalorización positiva de la situación y aceptación de la responsabilidad. Las mujeres desarrollan prácticas de (auto) cuidado, cumplen con la indicación médica sobre controles ginecológicos, no así con mantener relaciones sexuales con preservativo. Ello se debe a que las mujeres no logran negociar esta práctica con sus parejas sexuales.

Palabras Claves: Virus del Papiloma Humano (HPV), mujeres, aspectos psicológicos, prácticas de (auto) cuidado en salud.

ABSTRACT

The thesis is focused on the study of the experiences of women diagnosed with HPV, a sexually transmitted infection of increasing global and national incidence

The aim of this study was to know what the psychological effects of the diagnosis of HPV are in women and the effect on the affective-sexual practices and (auto) health care.

It has been emphasized the feelings that women experience over the diagnosis and significance given to the practices of (auto) care, the coping strategies they adopt and the sexual negotiation that they establish with their couples.

A qualitative descriptive and exploratory study was developed by conducting in-depth interviews to women.

It was concluded that women experience different emotional reactions to the diagnosis of HPV, which is experienced as unexpected event that generates some perplexity that affects the sexual life and their relationships. The women expressed fear of cancer and future fertility. The coping strategies adopted included seeking social support, self-control, positive reevaluation of the situation and acceptance of responsibility. Women develop (auto) care practices fulfill medical indication of gynecological controls, however, they don't fulfill the indication of having sex using condom. This is because women fail to negotiate this practice with their sexual partners.

Keywords: Human Papillomavirus (HPV), women, psychological effects, self care health.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Presentación de la investigación.....	7
1.2. El Virus de Papiloma Humano en cifras.....	13
1.3. Aspectos biomédicos sobre el Virus Papiloma Humano (HPV).....	16
1.4. La respuesta institucional del sector salud frente a la prevención del HPV en Uruguay.....	18
1.5. Factores psicológicos y socio-culturales asociados al HPV.....	20
1. 6. Aspectos relacionados con las prácticas de (auto) cuidado.....	26
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.1. Objetivo General.....	30
2.2. Objetivos Específicos.....	30
2.3. Preguntas de investigación.....	30
3. CONSIDERACIONES TEÓRICAS	32
3.1. La dimensión subjetiva en el proceso salud-enfermedad-atención.....	32
3.1.1. <i>Psicología de la Salud: la persona en el centro de los procesos de salud-enfermedad-atención</i>	32
3.1.2. <i>Estrategias de afrontamiento en salud</i>	44
3.2. Género y salud.....	49
3.3. Prácticas de (auto) cuidado y cuidados en salud.....	53
3. 4. Prácticas afectivo-sexuales y negociación sexual.....	56
4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	59
4.1. La investigación cualitativa.....	59
4.2. Implicación de la investigadora.....	62
4.3. El desarrollo de la investigación.....	65
4.4. Técnica para la recolección de la información.....	69
4.5. Estrategia de análisis.....	73
4.6. Consideraciones Éticas.....	79

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	81
5.1. Características de la población estudiada	81
5.2. Conocimientos y percepciones de las mujeres sobre el HPV	82
5.3. Las mujeres frente al diagnóstico de HPV	93
5.3.1. <i>Cuán importante es el diagnóstico de HPV para las mujeres?</i>	95
5.3.2. <i>Sentimientos (reacciones emocionales) frente al diagnóstico de HPV.....</i>	99
5.3.3. <i>Estrategias de afrontamiento.....</i>	105
5.4. La influencia del HPV en la vida de las mujeres	108
5.4.1. <i>Medidas de (auto) cuidado.....</i>	110
5.5. La influencia del HPV en la vida sexual de las mujeres	119
5.5.1. <i>Comunicación y respuesta al diagnóstico de HPV</i>	120
5.5.2. <i>Negociación sexual</i>	123
6. CONCLUSIONES.....	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
ANEXOS.....	145
Consentimiento Informado	146
Ficha socio demográfica	147
Pauta de entrevista semi-dirigida en profundidad.....	148
Listado de Códigos	149

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia, amigos, quiénes me han acompañado en toda esta etapa de crecimiento profesional.

Seguidamente, quiero nombrar a Prof. Agda. Alejandra López, tutora de este trabajo, quién me brindó un gran apoyo desde lo académico, compartiendo herramientas y aprendizaje durante todo este proceso, agradezco tu colaboración, compromiso y dedicación con la labor emprendida.

Al equipo de trabajo del sector de Colposcopia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela, que permitió y contribuyó al desarrollo de este estudio. En especial a la Dra. Grazzia Rey, Profesora Adjunta del área Clínica Ginecológica B del Hospital de Clínicas.

A las mujeres entrevistadas que participaron voluntariamente del estudio, gracias por su colaboración y disposición.

Muchas gracias!

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación de la investigación

El Virus de Papiloma Humano (HPV) es una infección de transmisión sexual que afecta a la mayoría de la población tanto femenina como masculina. Se conoce que el HPV es uno de los principales factores precursores del cáncer de cuello de útero, uno de los cánceres de mayor incidencia en las mujeres uruguayas.

A nivel mundial, se estima que el riesgo de infección por HPV durante el transcurso de vida de una persona sexualmente activa es de 50% (Pérez, 2006; Arias, 2011). En Uruguay, se estima que alrededor del 3% a 10% de los hombres y mujeres son portadores de lesiones de HPV, investigaciones biomédicas revelaron la prevalencia de los tipos virales de alto riesgo 16, 33 y 31 vinculados a las lesiones de H-SIL, siendo ausente en esta población el tipo viral número 18 (Rodríguez, Barrios, Vasallo, 2009). En algunos casos el HPV desaparece solo, pero en otros casos, las lesiones se vuelven persistentes provocando consecuencias graves, entre ellas, cáncer de cuello de útero y verrugas genitales en las mujeres.

En nuestro país se han desarrollado políticas públicas destinadas a la prevención de HPV y por consiguiente al cáncer de cuello de útero. La medida de detección precoz del HPV más recomendada es la realización del estudio del Papanicolaou (PAP), el cual sin embargo presenta aún alto índice de no realización en Uruguay (30%) (MYSU, 2012), a pesar de los esfuerzos y avances que se pueden registrar en materia de políticas de salud. Entre estas medidas, la última desarrollada en nuestro país, fue la incorporación de la vacuna contra el HPV. Esta implementación causó en la población, dudas e incertidumbre sobre la eficacia como los efectos secundarios de la misma (fiebre, enrojecimiento de la zona donde se aplicó o desmayos ocasionales provocados por nervio, entre otros). A su vez, el uso de preservativo como método de protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el inicio temprano del tratamiento de lesiones precancerosas, son medidas claves para prevenir el HPV y reducir la incidencia del cáncer de cuello de útero.

La respuesta a la adopción de estas medidas es diferente en las mujeres, si bien los avances tecnológicos en medicina han contribuido a la detección de este tipo de

lesiones, todavía existen mujeres que no logran adherirse a los tratamientos y realizar las medidas de (auto) cuidado necesarias.

Es de destacar, que la no realización de las medidas de (auto) cuidado por las mujeres, se encuentra influida por diversas causas, entre ellas, psicológicas, sociales, culturales, que deben de considerarse a la hora de propiciar los tratamientos.

Desde este estudio se partió de la hipótesis, que cada mujer en base a los conocimientos y experiencia que posee, actúa de forma diferente frente a la adopción de medidas de (auto) cuidado en salud. En relación a ello, Morales Calatayud (1999) plantea que existen ambientes peligrosos para la salud ante los cuales pueden desplegarse comportamientos preventivos, pero en ciertas circunstancias, esos comportamientos preventivos no son posibles, e incluso, pueden ser considerados de riesgo para la salud. Desde este punto la psicología clínica puede aportar insumos en relación al estudio de los procesos psicológicos que inciden en los comportamientos desarrollados por las mujeres con HPV.

Si bien en los últimos años se ha observado una tendencia a realizar estudios cualitativos que incorporan la dimensión subjetiva de las personas en relación al ámbito de la salud, los padecimientos y las enfermedades, todavía queda un largo recorrido por ampliar esta tendencia.

Se parte de la hipótesis que la comunicación del diagnóstico de HPV, puede constituir una situación estresante para las mujeres, por lo cual, la respuesta emocional que desarrollen frente a la misma será diferente para cada mujer, dependiendo de sus características de personalidad, su historia personal, así como de los recursos que posee y pone en juego a la hora de enfrentar diferentes situaciones. De acuerdo a ello, para este estudio fue relevante poder identificar las diferentes estrategias de afrontamiento que las mujeres utilizan al ser informadas sobre su diagnóstico.

Se conoce que el HPV, afecta tanto a nivel biológico como psicológico y social, debido a que repercute en la vida de las mujeres generando determinados sentimientos frente a la enfermedad (Meza, Carreño, Morales, Aranda, Sánchez, Espíndola, 2011).

La principal vía de transmisión del HPV es sexual, por lo cual, entre los factores predisponentes a este nivel se incluyen, el número de parejas sexuales y el desarrollo de relaciones sexuales sin preservativo. Desde este estudio se priorizó la negociación de esta última práctica, de modo de poder identificar los diferentes aspectos psicológicos puestos en juego en los procesos de negociación sexual que adoptan las

mujeres con sus parejas, debido a que la utilización de preservativo en las relaciones sexuales es considerada una medida principal para la prevención de ITS.

El presente estudio se enmarca en el campo de los estudios en salud sexual y reproductiva (SSR). La SSR abarca diversos componentes, dimensiones y múltiples interrelaciones sobre diversos asuntos vinculados con la sexualidad y la reproducción humana, su relación con la equidad y las desigualdades sociales, con la construcción de subjetividades generizadas, con las relaciones de género, con las prácticas de atención en salud y con las políticas de salud. A lo largo de la historia se observaron diferentes maneras de abordar la sexualidad, al principio ésta era abordada priorizando los aspectos negativos de la misma, como por ejemplo, violación y la explotación sexual, VIH/SIDA, sin poder incluir aspectos positivos, como el bienestar, el placer, la satisfacción, los derechos sexuales y las políticas de salud. Frente a ello, se comenzaron a desarrollar estudios que fomentaran dichos aspectos, desarrollando la sexualidad en materia de políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos, que permitieran promover prácticas sexuales seguras (Correa y Jolly, 2007).

El estudio de la sexualidad desde las ciencias sociales y humanas ha sido redimensionado con la incorporación de la perspectiva de género, mediante el análisis de los modelos de feminidad y masculinidad que se ofrecen culturalmente y que son incorporados subjetivamente por las personas. Estos modelos producen significados y modos específicos de vivir los acontecimientos y las experiencias subjetivas. En este sentido, la comprensión de las experiencias que viven las mujeres en torno a sus prácticas de (auto) cuidado y cuidado en salud, la apropiación de sus derechos sexuales y negociación sexual de prácticas de prevención con sus parejas, son asuntos relevantes en el estudio de diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva.

En esta negociación de prácticas preventivas entre las parejas sexuales, es importante poder identificar y analizar las decisiones que se toman en relación a la utilización del preservativo (masculino y femenino) como método de protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.

Las ITS por su incidencia y consecuencias tanto sanitarias como subjetivas, sociales y económicas son consideradas a nivel global, un problema de relevancia para la salud pública. Se observan en todas las clases sociales, siendo de creciente prevalencia en los sectores menos educados, pobres y en la población femenina e infantil (Braselli, Cuevas, 2005).

Se define las ITS como un “conjunto de enfermedades infectocontagiosas, de variadas etiologías, que se manifiestan de diferente manera” (MSP, 2005). Se considera que por año se presentan 340 millones de casos nuevos de ITS curables en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima para América Latina y El Caribe, entre 35 y 40 millones de casos, con más de 100.000 infecciones promedio por día y se prevé que 1 de cada 20 personas padece una ITS al año. Estas infecciones son producidas por diferentes tipos de bacterias, virus y parásitos que se transmiten principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Debido a los avances de la ciencia, el grupo de ITS se ha ampliado. A las clásicas enfermedades como sífilis y gonorrea, que predominaron durante la primera mitad del siglo pasado, se han identificado otro tipo de infecciones originadas por bacterias, virus, hongos o parásitos, entre ellas se encuentran los denominados herpes genitales, hepatitis viral, HPV, VIH, etc.

Según la OMS, las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad generalmente en la mujer (OMS, 2011). La prevención y control de las infecciones por HPV, se incluyen dentro de los temas prioritarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas infecciones si no son tratadas adecuadamente afectan la salud reproductiva y neonatal.

La OMS establece un tratamiento de las ITS, de carácter sindromático dada la presencia de signos (manifestaciones objetivas que el paciente o el profesional sanitario observan en la exploración) y síntomas (manifestaciones subjetivas que siente el paciente, como el dolor o la irritación). Este tipo de tratamiento permite mantener un control médico sobre los síntomas y signos presentes en las personas poseedoras de ITS, tomando dominio sobre los cuerpos y no incluyendo otras dimensiones que contribuyen al tratamiento como es la dimensión psicológica.

Braselli y Cuevas (2005) dividen las ITS según criterios de diagnóstico y tratamiento en:

- 1) infecciones eliminables (hepatitis A y B)
- 2) controlables (algunas bacterianas, VIH)
- 3) parcialmente controlables (sífilis, VIH)
- 4) en expansión (algunas virales: HPV, herpes simple)

El HPV se ubica dentro del grupo de las ITS en expansión, dado que por su alta transmisibilidad afecta a la mayoría de las mujeres, ya sea por su persistencia durante

toda la vida o por las re-infecciones que puedan producirse. Este virus en su lesión grave se caracteriza por transformar lesiones pre cancerosas en tumores.

En esta tesis se decidió investigar entorno a esta ITS, debido a que actualmente las prácticas preventivas de HPV se inician cuando la infección ya está instaurada en el cuerpo de las mujeres sin poder dar cuenta de medidas de (auto) cuidado previas a la infección, como lo es la negociación del uso de preservativo con las parejas sexuales.

Se intentó identificar cuáles son los procesos psicológicos que participan en el proceso salud- enfermedad-atención en mujeres con diagnóstico de HPV, en la determinación del estado de salud así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la relaciones afectivo-sexuales de las parejas y en la gestión de prácticas de (auto) cuidado en salud.

Si bien, el HPV es un virus de transmisión sexual que lo portan tanto las mujeres como los hombres, desde este estudio nos interesó trabajar solamente con la población femenina, debido a que son las mujeres las que experimentan a nivel físico y psicológico las mayores consecuencias de estas lesiones por su asociación con el cáncer de cuello de útero. Conocer los diferentes sentimientos que se generan en las mujeres frente al diagnóstico de HPV, el significado e importancia que éstas le atribuyen al mismo, así como los efectos que el diagnóstico genera en la vida de las mujeres, nos permite comprender las diferentes reacciones y respuestas emocionales que desarrollan frente a esta ITS.

La decisión de estudiar sobre las reacciones emocionales en mujeres con diagnóstico de HPV y los significados que las mismas otorgan a las prácticas de (auto) cuidado, se fundamenta en que esta ITS no genera síntomas, por los cuales alertar a las mujeres a consultar, ocasionando que muchas de éstas no cumplan con los controles periódicos (PAP) como medida de detección de lesiones precancerosas. Además de los controles periódicos, los especialistas recomiendan como medida de protección la utilización de preservativo en las relaciones sexuales, medida que muchas veces no se logra cumplir.

Por todo lo anteriormente mencionado, me propongo trabajar en aquellos procesos psíquicos presentes en el proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres con HPV, de modo de poder comprender la manera en que estas mujeres afrontan el diagnóstico de esta ITS y los comportamientos que desarrollan posteriormente a su conocimiento, de forma de poder identificar tanto los diferentes obstáculos que inciden

en la postergación de dichas prácticas como los motivos que propician el desarrollo de las mismas.

Es importante poder identificar de que manera las mujeres responden al diagnóstico y en qué grado cumplen con las indicaciones médicas, de modo de contribuir a la prevención del cáncer de cuello de útero.

Mantengo la hipótesis que conocer la dimensión psicológica de las mujeres con HPV, permite crear insumos que contribuye a la formulación de intervenciones clínicas en el campo de la salud, fortaleciendo de esta forma la calidad de la atención brindada a las mujeres con HPV.

Desde este punto, cobran relevancia los aportes desde la psicología, en tanto que nos permite centrarnos en las experiencias subjetivas de las mujeres, permitiendo trabajar lo que les sucede a nivel cognitivo, afectivo y comportamental al recibir el diagnóstico de HPV, y como éste se relaciona e impacta en diferentes aspectos de su vida. A su vez, los aportes de la psicología en el campo de la salud, permiten entender de qué manera influye el comportamiento tanto en el mantenimiento de un determinado estado de salud como en el surgimiento de las enfermedades y evolución de las mismas.

Considero que el HPV por su vinculación con el cáncer de cuello de útero, requiere de un estudio integral que abarque tanto los aspectos biológicos comprometidos en el bienestar físico, como los aspectos psicológicos comprendiendo tanto los sentimientos como los significados que las mujeres otorgan al diagnóstico de HPV y como éstos influyen en el desarrollo de medidas de (auto) cuidado.

En nuestro país no existen investigaciones que den cuenta de los aspectos psicológicos involucrados en las mujeres con HPV, como en las medidas de (auto) cuidado en salud a desarrollar.

Esta investigación, considera que los procesos subjetivos presentes en el proceso salud-enfermedad-atención por los cuales transitan las mujeres con diagnóstico de HPV, se encuentran ligados a aspectos del orden social. A partir de ello, la concepción utilizada en este estudio, considera que el origen y evolución de esta ITS se encuentra influida por factores de carácter tanto psicológico como social, lectura que se realiza durante el transcurso de este trabajo.

En este sentido, cobra especial relevancia, el análisis desde un enfoque de género

que permita conocer los procesos de toma de decisión respecto a las prácticas de (auto) cuidado en salud así como las estrategias de negociación de medidas de prevención que las mujeres ponen en juego con sus parejas sexuales. Se entiende que el análisis de género robustece la comprensión de las distintas dimensiones implicadas en estos procesos. Varios estudios han revelado que la construcción social del género produce modos específicos de relación de las mujeres y de los hombres con relación a la atención en salud. Por ejemplo, el rol de cuidadora asignado culturalmente a las mujeres produce que éstas posterguen su propio cuidado en pos del cuidado de los miembros de la familia (Concha, et al. 2012; Wiesner, Cendales, Murillo, Piñeiros, Tovar. 2010).

Por todo lo anteriormente mencionado, se intentó realizar un estudio integral sobre el HPV desde el campo de la psicología de la salud, produciendo conocimiento socialmente válido entorno al diagnóstico de HPV y las condiciones subjetivas que presentan las mujeres, las estrategias de afrontamiento que desarrollan y las diferentes formas de negociación de medidas preventivas con sus parejas sexuales.

1.2. El Virus de Papiloma Humano en cifras

En el 2004, a nivel mundial se estimaba la existencia de 630 millones de personas infectadas de HPV y de 190 millones con enfermedad clínica.

En Estados Unidos de América (EUA) se observó que 75% de la población entre 15 y 50 años presentaba infección por HPV (Bermejo, Rodríguez, 2004).

En Uruguay, un estudio realizado por Rodríguez, Barrios, Vasallo en el año 2005, caracterizó de manera epidemiológica a una muestra de mujeres que accedieron al Programa de Prevención del Cáncer de cuello de útero. Este estudio reveló que los factores epidemiológicos que se asociaron con mayor frecuencia a los resultados de Papanicolaou vinculados con el cáncer de cuello de útero fueron las ITS (HPV y HIV), el hábito de fumar y la ausencia de controles preventivos previos.

En relación a las ITS, el estudio observó que existe asociación significativa entre el antecedente de HPV y HIV, con la presencia de citología patológica ya sea por cáncer o H-SIL. No se observó asociación significativa entre la presencia de este tipo de citologías con otras infecciones, como por ejemplo herpes genitales (1,7%), sífilis (0,7%) y enfermedad inflamatoria pélvica (0,4%).

Los datos de este estudio revelaron que de una muestra de 96.488 registros, 1122 de éstos eran considerados Pap patológicos y se vinculan con la aparición de cáncer de cuello de útero.

En relación a los cuidados previos de estas lesiones, se observó que la mayoría de las mujeres (51.354 mujeres) nunca se realizaron colpocitología previas al diagnóstico de lesiones intraepiteliales de alto grado, mientras que la población que si realizó estudios, fueron entre uno y tres controles durante el transcurso de su vida. La ITS encontrada con mayor frecuencia fue el HPV, observándose una asociación estadísticamente significativa entre esta ITS y la presencia de citología patológica. En relación a la utilización de métodos anticonceptivos se detectó que 35% de la población no utilizaba ningún método anticonceptivo, mientras que la población que sí utilizaba mencionó que los métodos más frecuentes fueron: la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU) y el preservativo.

Las evidencias demostraron que la mayoría de los PAPs patológicos se encontraban en la población que no utilizaba ningún método anticonceptivo (Rodríguez, Barrios, Vasallo, 2005).

La asociación existente entre las lesiones por HPV y el desarrollo de cáncer uterino, es de relevancia para las políticas de prevención, debido a que la presencia de este virus en sus tres niveles de lesión (CIN I, II, III), requiere de procedimientos adecuados que propicien tanto el diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones, y a su vez, contribuya a la prevención del cáncer de cuello de útero.

En otro estudio posterior, Rodríguez y Barrios (2009), estudiaron en Uruguay, la detección de los tipos virales 16, 18, 31 y 33 de HPV en displasias severas y carcinoma in situ de cuello uterino, detectando que el tipo viral hallado con mayor frecuencia fue el HPV 16, seguido por el tipo 33 y el tipo 31, no apareciendo el tipo viral número 18 en la muestra de mujeres seleccionada.

Según lo registrado por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC), la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras, el hábito de fumar y la ausencia de controles preventivos previos son considerados factores de riesgo en las muertes por cáncer de cuello de útero que se producen en Uruguay.

El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más común en mujeres de todo el mundo, ocurren alrededor de 530.000 casos nuevos y 275.000 fallecimientos cada año. Se ha observado que la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial ha sido irregular, siendo más común en los países subdesarrollados de África Occidental, África del Sur, Asia meridional y central, América del Sur y Oriente Medio, diferente a lo que sucede en el oeste de Asia, América del Norte y Australia donde se evidencia un nivel bajo de dicha enfermedad (Globocan 2008, IARC International Agency for

Research on Cáncer).

En algunos países de Latinoamérica y el Caribe es la principal causa de muerte y las tasas de mortalidad son siete veces mayores que en Norteamérica y otros países desarrollados (Luciani, Andrus, 2008).

A nivel regional, el cáncer de cuello de útero presenta una alta tasa de mortalidad en relación a las cifras observadas en Norteamérica (Globocan, 2002, IARC International Agency for Research on Cáncer).

Tabla 1: Incidencia y Mortalidad por cáncer de cuello de útero en América del Sur (2012)

PAÍS	INCIDENCIA Tasa ajustada* (X10)5	MORTALIDAD Tasa ajustada* (X10)5
Bolivia	36.4	16.7
Paraguay	35	16.6
Perú	34.5	16.3
Chile	14.4	6.6
Brasil	24.5	10.9
Argentina	17.5	7.4
Uruguay	16,5	6.8
América del Sur	24.1	10.8

*Tasa ajustada a la población mundial. Fuente: Globocan 2008 - International Agency for Research on Cancer (IARC), 25.1.2012.

Según los datos aportados por IARC (International Agency for Research on Cáncer), se observa que la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero en Uruguay es una de las más baja de América del Sur (Globocan, 2008).

Dentro de las causas de muerte de los uruguayos, el cáncer ocupa el segundo lugar, en promedio se registraron 39.293 muertes por cáncer, representando un promedio de 7.859 muertes cada año. En las mujeres, el cáncer de cuello de útero ocupa el tercer lugar de incidencia en la muerte por cáncer, después del cáncer de mama, colon y recto. De acuerdo a los datos disponibles, en el país, la tasa de mortalidad entre 2006-2010 es de 678 casos de muerte por cáncer de cuello de útero, muriendo en promedio 136 mujeres por año (Registro Nacional de Cáncer- RNC – CHLCC, período 2006-2010).

1.3. Aspectos biomédicos sobre el Virus Papiloma Humano (HPV)

El HPV es el virus más frecuente de transmisión sexual que afecta a la mayoría de la población, infectando la piel y las mucosas genitales. Se encuentra generalmente relacionado a lesiones benignas y pertenece al grupo denominado Papilomaviridae.

Este virus presenta un ADN pequeño, sin cubierta, que produce la formación de verrugas en la especie humana (Apgar, Brotzman, Spitzer, 2003). Existen más de 100 tipos diferentes de HPV que se han numerado de acuerdo al orden cronológico de su aparición y se clasifican de acuerdo a la homología de las secuencias de sus ADN.

Los tipos virales 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 68, 73 y 82, se asocian con mayor frecuencia a las lesiones H-SIL y se les vincula con más de 75% de los cánceres invasores. Los tipos 6 y 11 son los que afectan mayoritariamente los genitales externos (Bermejo, 2004).

La duración de este tipo de infección, depende de los diferentes tipos virales oscilando entre los seis meses a dos años.

Se estima que las infecciones por HPV al inicio de la vida sexual genital se resuelven en un plazo de dos años. Clínicamente, la lesión de HPV producida en el cuello del útero se considera persistente, cuando se han realizado varios estudios durante un período de tiempo de uno a dos años y el tipo de virus obtenido sigue siendo el mismo.

La terminología utilizada en estas lesiones ha sido modificada durante el transcurso del tiempo, actualmente se utiliza el modelo de Richart (1973) que propone el concepto histológico de lesiones pre cancerosas intraepiteliales cervicales, bajo la denominación de Neoplasia intraepitelial cervical (CIN) (Richart, 1973: García, 2008:17).

El concepto de CIN, demuestra que todas las lesiones dentro de este grupo representan varios estadios de una enfermedad (García, 2008).

Esta categoría fue subdividida en:

- 1) CIN 1 (displasia leve, condiloma, L-SIL)
- 2) CIN 2 (displasia moderada)
- 3) CIN 3 (displasia severa/carcinoma in situ)

La terminología CIN1 son lesiones de bajo riesgo, que generalmente se curan espontáneamente, histológicamente se evidencia una infección con cambios víricos citopáticos y replicación viral. Por otra parte, CIN 2 y 3, H-SIL y una minoría de L-SIL,

forman parte del grupo de lesiones precancerosas escamosas. Estas lesiones pueden propiciar el desarrollo de un carcinoma invasivo si no se detecta a tiempo y se realiza un tratamiento adecuado.

Se conoce que el cáncer de cuello de útero es producido por lesiones precursoras del HPV que se encuentran en el epitelio pavimentoso y se clasifican en lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL) y de alto grado (HSIL).

Es necesario mencionar que la infección por VPH-AR se considera una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar un cáncer uterino. Existen trabajos que muestran que los dos tipos virales más frecuentes 16 y 18, son los responsables y la posible causa del 70% de los cánceres epidermoides (Clifford, 2005, Salomon, 2003: García, 2008, Bermejo, 2004).

La etiología de esta enfermedad no sólo se relaciona con lesiones producidas por HPV, sino que intervienen otros factores de riesgo, como el inicio temprano de relaciones sexuales, la multiplicidad de parejas sexuales sin protección, el hábito de fumar, el uso prolongado de anticonceptivos orales, las carencias nutricionales, la influencia de otras ITS y la predisposición genética (Rodríguez, Barrios, Vasallo, 2005, García, 2008).

Los tratamientos a realizar frente a un diagnóstico de HPV dependen de varios factores, entre ellos, el tipo de lesión (verrugas, lesiones pre cancerígenas o cancerígenas, lesiones leves de HPV), la ubicación anatómica y el número de lesiones.

Los tratamientos indicados para las verrugas originadas por el HPV, pueden ser realizados por las propias pacientes. Se indica la aplicación tópica de podofilina al 0.5%, la aplicación tópica de Imiquimod al 5% y de ácido tricloroacético al 80-90%. Por otro lado, existen tratamientos que deben de ser desarrollados por especialistas como por ejemplo, la crioterapia con nitrógeno líquido y la eliminación quirúrgica por electrocoagulación o el uso de láser.

Para las lesiones pre cancerígenas de cuello uterino se indican las siguientes intervenciones:

1. Crioterapia: se congela el tejido usando una sonda metálica, solo se emplea en el caso de lesiones pequeñas de aproximadamente 20 milímetros, que no se extienden dentro del canal del cuello uterino.

2. Escisión electro-quirúrgica por asa: consiste en la eliminación del área afectada con un asa caliente, requiere el uso de anestesia local.
3. Conización en frío con bisturí: consiste en eliminar el tejido afectado con forma de cono del cuello uterino, utilizando para ello el bisturí.

En el caso de lesiones que ya originaron cáncer, las acciones a desarrollar dependerán de la localización de la lesión y del grado de extensión de la neoplasia. El tratamiento a desarrollar, puede incluir procedimientos quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, entre otros (Talise, 2015).

1.4. La respuesta institucional del sector salud frente a la prevención del HPV en Uruguay

En Uruguay, se han desarrollado políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que incluyen prácticas destinadas a la prevención de ITS, en particular del HPV, y por consiguiente del cáncer de cuello de útero. La realización del estudio de Papanicolaou (PAP), el uso de preservativo y el tratamiento de las lesiones pre cancerosas son medidas claves para prevenir la enfermedad.

Desde el año 1994, el Programa de Prevención del Cáncer de cuello de útero (PPCCU) comenzó a realizar el tamizaje mediante la realización del PAP a mujeres usuarias del MSP (Rodríguez, Alonso, 2008). El proceso de organización del PPCCU se inicia en el año 2006 con el apoyo de técnicos con experiencia en programas de tamizaje de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). Este proceso incluye acciones destinadas al mejoramiento del sistema de información, el control de calidad de los laboratorios de citología, el registro de las colposcopias realizadas, el ingreso de resultados de biopsias y el seguimiento de las usuarias con resultados patológicos (Rodríguez, Alonso, Sica, 2010).

Posteriormente se crearon leyes y ordenanzas en relación a la SSR, que han propiciado la realización del PAP en nuestro país.

En el año 2000 se establece la Ley N° 17.242, "*Declárese de interés público la prevención de cánceres genito-mamarios*", especificando en el art.2 de la presente ley que las mujeres trabajadoras de la actividad privada y las funcionarias públicas tendrán derecho a un día al año de licencia especial con goce de sueldo a efectos de facilitar su concurrencia a la realización de exámenes de PAP y/o radiografía mamaria.

Luego, en el año 2006, se estableció el examen de Colpocitología Oncológica (PAP), sin costo por el Sub-Sistema Privado, con el objetivo de detectar precozmente las lesiones neoplásicas de cuello uterino, este examen se estableció para todas aquellas mujeres entre 21 y 65 años de edad, con una frecuencia de una vez cada tres años si los resultados eran normales (MSP, 2006).

En el año 2008, se crea la Ley N° 18.426 en Salud Sexual y Reproductiva, la cual establece que, *“los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, deberán de contar con servicios de salud sexual y reproductiva”*. Las prestaciones en salud sexual tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, ofreciendo consejería y cuidados en relación a las enfermedades de transmisión sexual.

En el año 2013, el MSP anunció que el PAP deberá ser realizado de forma gratuita en todo el sistema de salud. Las usuarias de mutualistas deberán abonar sólo el valor del timbre profesional. En este último anunció se modifica la frecuencia de realización del PAP, recomendando realizarse el mismo una vez al año.

En enero de 2014, el MSP comunica que suministrará gratuitamente vacunas contra el HPV. Se ofrece de forma gratuita a adolescentes de 12 años de edad, la misma actúa contra los serotipos 6,11, 16 y 18 (vinculados mayoritariamente al cáncer de cuello de útero) y contra los serotipos 6 y 11 (que producen las verrugas genitales). La aplicación de la misma no es de carácter obligatorio y es distribuida en tres dosis, se recomienda su aplicación antes del inicio de las relaciones sexuales (MSP, 2014).

En el año 2012, la Facultad de Psicología-UdelaR a través del Instituto de Psicología de la Salud en Convenio con la Comisión Honoraria Lucha Contra el Cáncer, Programa de Prevención de Cáncer de cuello de útero, realizó el estudio Barreras Psicosociales e Institucionales que impiden el acceso al PAP. Este estudio se enfocó a relevar información sobre las barreras psicológicas, culturales e institucionales que impiden el acceso a la realización del PAP en mujeres usuarias de los servicios de salud. La muestra de este estudio estuvo compuesta por mujeres usuarias de los servicios de salud públicos y privados, médicos, ginecólogos y funcionarios administrativos encargados de la atención de las usuarias.

Se obtuvieron entre otros resultados que de acuerdo a la experiencia de los profesionales, las mujeres se realizan el PAP antes de los 30 años. Ante la pregunta de cuál creían que es la frecuencia adecuada para realizarse dicho estudio, la gran mayoría opinó que el estudio debe ser anual, considerando que las mujeres se realizan el PAP con una frecuencia aceptable. Los médicos consideraron que el nivel

educativo y socioeconómico de las mujeres son los principales factores que inciden en la no realización del PAP o la realización tardía del mismo. En relación a los factores psicológicos que inciden en la no realización del estudio, el personal médico considera que el temor a la enfermedad, temor al dolor y que la realización del PAP perjudique el DIU son los principales motivos por los cuales las mujeres no efectúan esta práctica de (auto) cuidado. En cuanto a los servicios de salud, los médicos perciben que las barreras a nivel institucional que no facilitan la realización del PAP, son la ineficacia de las campañas de promoción y educación en salud y la mala organización de los servicios (Carril y Rodríguez, 2014).

1.5. Factores psicológicos y socio-culturales asociados al HPV

Algunos estudios a nivel mundial se han enfocado en analizar el conocimiento que presenta la población en materia de salud sexual e ITS. Por ejemplo, De Francisco, Dixon-Mueller y d'Arcangues (2007), relevaron investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios, los cuales concluyeron que las desigualdades en cuanto a los problemas de la salud sexual y reproductiva provienen no sólo de las desigualdades de la prestación educativa y sanitaria, sino también de las desigualdades asociadas al riesgo de una mala salud en general, tales como el sexo, la edad, la raza, el nivel socioeconómico, el grupo étnico, las aptitudes y otras características.

En Uruguay, en los últimos años se han realizado algunos estudios poblacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva. Vidal, Osimani, Belamendia, Grunbaum, Meré (2009) estudiaron sobre el conocimiento y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes de 15 a 24 años de edad. La mayoría ya se había iniciado sexualmente (77% de hombres y 74% de mujeres). La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en esta población fue de 15,5 años. Se encontraron diferencias por nivel socioeducativo, ya que mientras entre el grupo de jóvenes de estrato alto, 25% declaró haberse iniciado a los 15 años o antes, en el nivel medio y bajo la proporción superó el 50%. En la mayor parte de los casos (63%), el inicio sexual se desarrolló principalmente con el novio/a, seguido por un inicio con una pareja ocasional (12%) y otros con una trabajadora sexual (5%). En el caso de las mujeres fue significativamente mayor el peso del inicio sexual con su novio (87%) (Vidal, Osimani, Belamendia, Grunbaum, Meré, 2009).

MYSU (2013), indagó sobre las prácticas sexuales de jóvenes entre 15 a 24 años, la evidencia reveló que la gran mayoría de los jóvenes se declaraba heterosexual (95%

en el caso de los hombres y 93% en el caso de las mujeres) y existe un 1% de la población que se declara –tanto en hombres como en mujeres– que se sienten atraídas solo por personas del mismo sexo y nunca por el sexo opuesto. En cuanto al tipo de prácticas sexuales que mantienen los jóvenes, se observó que el sexo vaginal es el que se mantiene con mayor frecuencia, seguido por sexo oral y en tercer lugar el desarrollo de sexo anal. En relación al conocimiento sobre HPV, se detectó que existe un nivel bajo de conocimiento sobre esta ITS.

En un estudio posterior sobre la vida sexual y prácticas de (auto) cuidado de varones entre 15 a 49 años, se detectó que la edad promedio de inicio de la vida sexual en los varones fue de 15 años, 78% declaró haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, y 81% lo hizo en la última. Se observó que 33% de los varones declararon estar dispuestos a mantener relaciones sexuales sin preservativo. A su vez, 55% declaró no haber escuchado hablar de derechos sexuales y reproductivos, pero en mínima parte conocen de leyes y normativas que protegen estos derechos. En relación a las prácticas de (auto) cuidado, se observó que la mayoría de los varones nunca consultó a un profesional por temas en salud sexual y reproductiva, como tampoco se realizaron estudios en relación a su salud sexual y reproductiva (MYSU, 2014).

En Ecuador en el año 2010, Ayala e Imbacuán, investigaron el conocimiento preventivo sobre el cáncer cérvico-uterino y el HPV que presentaban los estudiantes de bachillerato de un colegio de la ciudad de Ibarra. Como resultado se obtuvo que los adolescentes de esta investigación no conocen en forma clara lo que es el cáncer de cuello de útero, así como las formas de prevenirlo. Al igual que no conocen la forma de contraer este tipo de enfermedades, no pueden explicitar con claridad qué tipo de examen se debe realizar para diagnosticar el cáncer de cuello de útero, y el tipo de anticonceptivos que resultan más eficaces para evitar el contagio de HPV.

En Argentina, Zamberlin, Thouyaret y Arrossi (2011), investigaron sobre los conocimientos y percepciones que presentan las mujeres sobre el cáncer de cuello de útero y la realización del PAP. Entre los hallazgos encontrados, se detectó que el conocimiento que poseen las mujeres sobre las causas del cáncer de cuello de útero es vago y confuso; asimismo, la gran mayoría desconoce el HPV y su rol causal en el desarrollo de la enfermedad. Las mujeres reconocen el PAP como un estudio asociado a la salud de las mujeres, pero no logran definir su utilidad en relación con la prevención del cáncer de cuello de útero. Se concluyó que existen obstáculos a nivel

subjetivo para la realización del estudio, que se asocian a sentimientos de timidez, vergüenza, y el temor al enfermar.

En Brasil, Veríssimo, Lacerda, Silva da Costa, Duarte Do Nascimento, Medeiros de Azevedo y Araujo de Medeiros, (2009) encontraron que las mujeres del área urbana, de clase media, con mayor escolaridad, solteras y que usan algún MAC son quienes presentaron mayor conocimiento del examen de PAP.

En relación a las creencias que presentan las mujeres sobre el HPV, en Brasil, Barbosa, Bezerra y Teixeira (2008), investigaron sobre el nivel de conocimiento presente en mujeres con diagnóstico del HPV, de modo de identificar creencias, mitos y tabúes sobre la enfermedad y su influencia en el comportamiento de la mujer. Se concluyó que existen numerosas fuentes de información sobre ITS, el HPV es una enfermedad desconocida para las mujeres, la falta de conocimiento asociada a factores culturales favorece el desarrollo de conceptos equivocados, creencias y mitos.

Siguiendo en esta línea, en Chile, se realizó una revisión bibliográfica, donde se identificaron las siguientes creencias: la clara asociación entre la infección por HPV y el cáncer de cuello de útero, creencias en relación al riesgo de contraer HPV y los principales mecanismos de afrontamiento utilizados, estoicismo, negación y fatalismo/familismo presente preferentemente en mujeres que niegan su enfermedad postergando su diagnóstico y tratamiento para no descuidar el bienestar de la familia (Concha, Urrutia, Riquelme, 2012).

Como hemos señalado anteriormente entre los factores predisponentes para el contagio de HPV, se encuentra el inicio temprano de relaciones sexuales, la multiplicidad de parejas sexuales sin protección, el hábito de fumar, el uso prolongado de anticonceptivos orales, las carencias nutricionales, la influencia de otras ITS y la predisposición genética. Se destacan estos factores de modo de reflejar la asociación existente entre el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección y el contagio por HPV.

Existe asociación entre la aparición del HPV y la edad, observándose su prevalencia más alta al inicio de las relaciones sexuales (mujeres menores de 25 años) y en mujeres pos-menopáusicas (García, 2008).

En relación a ello, Fernández, Celis, Córdova, Dufey, Correa, Benedetti, (2013) realizaron un estudio cuantitativo para evaluar las prácticas, actitudes y diferencias, según sexo y variables de personalidad en estudiantes universitarios chilenos.

Se detectó que existen diferencias por sexo en las prácticas de los jóvenes. La mayoría de las mujeres declararon salir con una sola persona mientras que los hombres reportaron salir con varias personas o no tener compromiso, la experiencia de haber tenido relaciones sexuales fue superior en hombres que en mujeres.

Por otro lado, se verificó que las mujeres utilizan con mayor frecuencia protección en sus relaciones sexuales que los hombres a nivel general.

Las mujeres tienen bajas intenciones de intimar sexualmente con alguien que conocen hace seis meses o un tiempo menor, siendo los hombres quienes declaran en mayor medida estar buscando un encuentro sexual casual. En cuanto a la violencia, las mujeres reconocen mayor ejercicio de insultos, gritos y chillidos, e incluso agresiones físicas, la autoestima podría jugar un rol protector ante el ejercicio de la violencia verbal.

En relación al comportamiento sexual, se observó que en los hombres, es la responsabilidad la que determina una mayor autodisciplina y control de impulsos, permitiendo diferenciar entre quienes usan o no preservativo en sus relaciones sexuales. En tanto que en las mujeres es la amabilidad, y su preocupación por la armonía social, la que permite distinguir entre quienes usan en mayor medida preservativo como método de protección.

En relación a este punto, cobra relevancia a nivel afectivo-sexual la capacidad de toma de decisiones y de negociación de medidas preventivas que poseen las mujeres con sus parejas sexuales.

Diversos estudios a nivel mundial, revelan que la escasa negociación de medidas preventivas entre las parejas sexuales y las débiles respuestas de (auto) cuidado que presentan las mujeres, torna más compleja la situación de infección por transmisión sexual.

Por ejemplo, en Colombia, Sánchez (2004), investigó sobre las negociaciones sexuales en la adolescencia. Se concluyó que los jóvenes consideran que tener relaciones sexuales sin protección era una conducta irresponsable, justificando que ellos mismos nos los usaban por el afán del momento. En algunos casos de parejas estables, se observaron acuerdos en cuanto a la compra de métodos anticonceptivos. A nivel social, para un joven comprar anticonceptivos era considerado una demostración de hombría, mientras que para las mujeres era la evidencia de poco respeto por sí misma. Esta visión constituyó un factor que limitaba el poder de negociación sexual por parte de las mujeres. Por otro lado, en estas parejas se evidenció que el uso de preservativo era inocuo dado el conocimiento mutuo que

existe entre las personas. En el caso de las ITS, se observó que era más común que las personas mirarán más las consecuencias emocionales, sociales y evaluarán los costos sobre la pérdida de la pareja, antes de considerar los efectos que acarrea sobre su salud física.

En relación a la percepción de auto-eficiencia sobre la negociación sexual que presentan las mujeres, en Puerto Rico, un estudio realizado por Noboa y Serrano (2006), concluyó que éstas expresaron percibirse menos auto-eficientes negociando la práctica de conductas no penetrativas y manejando sus emociones.

Por otro lado, Carmona (2011) investigó sobre los significados asociados a la sexualidad y a las prácticas de negociación sexual en mujeres y hombres de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Santiago de Chile. Este estudio permitió conocer que pese a las transformaciones en las desigualdades de género, a los discursos más igualitarios en relación a la sexualidad y a las relaciones de pareja, el no hablar y el ceder fueron descritas como las principales prácticas ante las discordancias en materia sexual y a la no negociación de las mismas. El concepto de negociación sexual verbal, se trata más bien de un ajuste implícito de significados, el que no siempre implica el reconocimiento de las necesidades del otro, sino que muchas veces conlleva la postergación de uno de los miembros de la pareja, generalmente de la mujer, en pos del nuevo estatus de la sexualidad y la mantención de la pareja.

En esta línea Castro (2011), considera que los riesgos de sufrir violencia física y sexual por parte de las parejas sexuales, son mayores entre las mujeres que entre los hombres, al igual que los riesgos relacionados a la salud reproductiva, embarazo adolescente, muertes maternas e ITS.

Se considera que el ser portador de ITS, produce tanto síntomas y signos físicos como psicológicos que deben ser tratados. Dentro de estas ITS, el HPV por su alta incidencia y su relación con el cáncer de cuello de útero requiere de un estudio integral que abarque dichos aspectos. A nivel mundial, se han registrado investigaciones sobre la carga emocional presente en mujeres con diagnóstico de HPV.

En México, en el año 2008, Meza, Carreño, Morales, Aranda, Sánchez y Espindola, investigaron sobre si en las mujeres infectadas con HPV se encuentra una mayor tendencia a presentar ansiedad reactiva al evento, ansiedad como rasgo caracterológico, malestar psicológico y auto-concepto disminuido en comparación con mujeres no infectadas. Este estudio detectó la presencia de alteraciones emocionales asociadas a la infección por HPV. Las mujeres con infección por HPV, presentaron

ansiedad-estado (reacción a una situación emocional transitoria) y mostraron una tendencia a presentar ansiedad-rasgo (diferencias individuales de la tendencia a la ansiedad). En relación al auto-concepto (apreciación del sujeto hacia su propio cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad) que presentaron las mujeres, se observó que cuanto más elevado es el auto-concepto, existe menos posibilidad de presentar malestar psicológico, pudiéndose inferir que la mujer posee recursos a nivel emocional que le permiten afrontar de manera adecuada este problema.

Más tarde, Meza et al. (2011), investigaron sobre los aspectos psicológicos frente al HPV, detectándose alteraciones emocionales: malestar psicológico, enojo, depresión, culpa, miedo, vergüenza y ansiedad.

En Colombia en el año 2009, Weisner, Acosta, Díaz del Castillo, Tovar, Murillo y Salcedo, estudiaron los efectos psicológicos y sociales que presentaron las mujeres residentes en Bogotá, sometidas a la prueba de ADN del HPV, y la manera como los médicos comunican los riesgos a sus pacientes. Los efectos encontrados fueron: ansiedad, rabia, vergüenza, culpa, zozobra por la demora de los resultados, miedo al cáncer y temor a tener relaciones sexuales, concluyendo que la razón para practicar la prueba no debe ser promovida por el miedo al cáncer, sino por las características de la infección y la convicción sobre los beneficios de la prueba.

En cuanto a la manera en como los médicos comunican los riesgos a sus pacientes se consideró, que independientemente de la cantidad de información suministrada frente al diagnóstico de una ITS siempre se presentan diferentes niveles de ansiedad, siendo importante observar que aspectos son difíciles de asimilar por parte de las mujeres.

Por otro lado, en Colombia, Barbosa, Vanegas, Ángel y Niño, en el año 2010 estudiaron los significados que las mujeres y su sistema familiar asignan al diagnóstico y evolución del HPV. Encontrando que los significados que las familias otorgan a este diagnóstico parten de diversas fuentes, entre ellas, la cultura que proporciona determinados discursos con respecto a las enfermedades crónicas, el contagio y estigmatizaciones de las ITS. Las creencias religiosas juegan un papel primordial, encontrándose explicaciones a través de la palabra de Dios y la ciencia que aporta los conocimientos técnicos y científicos intervinientes en los significados que se generan en torno a las parejas sexuales, a la sexualidad y los sentimientos de miedo y temor que se producen frente al pronóstico del virus. Esta preocupación genera unión y lealtad familiar transmitida mediante el significado que se le otorga al cuerpo, a la conciencia de cuidado y al amor propio de la pareja y del ámbito familiar.

Posteriormente, en el mismo país, Palacio y Hernández (2011) investigaron sobre los estilos de afrontamiento utilizados por las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento. Se concluyó que el estilo de afrontamiento que prevalece es espíritu de lucha y por otro lado aparecieron ideas de indefensión o fatalismo.

En Uruguay, se estudiaron las defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía, se concluyó que en la instancia de diagnóstico y cirugía los mecanismos de defensa y afrontamiento predominantes fueron: negación y aceptación activa. En relación al abandono de los tratamientos, se observó que los mecanismos de riesgo identificados fueron: disociación y evitación activa. La negación actuó como un mecanismo facilitador de un afrontamiento activo dirigido a superar las condiciones que la enfermedad trae consigo, lo que permite a las pacientes aceptar el tratamiento. La evitación del tratamiento se vincula a un afrontamiento pasivo, y a actitudes de desesperanza que impiden tomar acciones activas para enfrentar al mismo, no encontrándose correlación con la negación de la enfermedad o de su gravedad (Varela, Alonso, Galain, Ibáñez, Abreu, 2011).

En términos generales, se puede decir que se registran escasos estudios en Uruguay y en la región sobre aspectos psicológicos presentes en el diagnóstico como tratamiento de HPV, encontrándose predominantemente investigaciones de corte biomédicas. En Uruguay, no se registran estudios que permitan conocer cuáles son los efectos psicológicos que se originan frente al diagnóstico de esta ITS y como éstos influyen en las prácticas afectivo-sexuales y de (auto) cuidado en salud de las mujeres. En este sentido, no se dispone de estudios que den cuenta de la influencia de factores psicológicos y/o socio-culturales relacionados con el origen y evolución del HPV.

1. 6. Aspectos relacionados con las prácticas de (auto) cuidado

El diagnóstico de HPV genera un impacto en la vida sexual de las mujeres afectadas, que por su asociación con el cáncer de cuello de útero, requiere de un adecuado seguimiento y tratamiento. La adhesión a los tratamientos disminuye la incidencia y mortalidad de cáncer por esta causa, enfocados en la prevención del cáncer de cuello de útero se necesita brindar información a la población sobre la importancia de desarrollar comportamientos sexuales, prácticas de (auto) cuidado y estilos de vida saludables.

En Uruguay, los datos relevados por el Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, mostraron que al año 2012, 30% de las usuarias entre 15 y 49

años de edad declararon no haberse realizado el estudio de PAP. Se encontraron diferencias entre las mujeres residentes en Montevideo y en el interior del país, 34,5% de las mujeres del interior declararon no haberse hecho el estudio frente a 24,3% de Montevideo.

Se ha demostrado que a partir del proceso que se inicia frente a un PAP anormal y un diagnóstico de HPV, se presentan determinados obstáculos que producen el abandono de la atención y tratamiento, dejando a las mujeres en situación de vulnerabilidad frente a la enfermedad. MYSU (2012), constató que las mujeres no se realizaron el PAP, por las siguientes razones: 24,4% declara nunca haber ido al ginecólogo; 23,6% menciona que no se lo indicaron, el 18,9% declaró falta de tiempo o recursos económicos y 19,8% manifestó temor al resultado o al procedimiento.

En México, se investigó sobre las prácticas de (auto) cuidado que desarrollan las mujeres portadoras de HPV, se verificó que el riesgo de infección por HPV se incrementa al aumentar el tiempo de permanencia de las toallas sanitarias, y el desarrollo de relaciones sexuales sin preservativo. A pesar de que la mayoría las mujeres presentan conocimiento de que deben de protegerse con preservativo, continúan sin poder desarrollar dicha práctica (Gurrusquieta, 2008).

Los factores que obturan o posibilitan el seguimiento y tratamiento oportuno del diagnóstico de HPV se originan a diferentes niveles. En relación a ello, se detallan a continuación tres dimensiones que intervienen en nuestro problema de investigación: socioeconómica, institucional y simbólica. Esta última es la que se priorizará por inclinarse este estudio a las experiencias subjetivas de las mujeres con diagnóstico de HPV, incluyendo la identificación de reacciones emocionales, percepciones y opiniones sobre su situación y estado de salud.

Paolino (2009), considera que la posición socioeconómica que presentan las mujeres, influye en la accesibilidad a los servicios. El inadecuado desarrollo de prácticas de (auto) cuidado frente al diagnóstico de HPV, puede ser explicado tanto por factores de riesgo individuales como sociales e institucionales, que limitan las posibilidades de acción de las mujeres para el logro de un buen estado de salud.

A nivel institucional, entre las características de los servicios de salud que condicionan la accesibilidad a la atención se encuentran, la disponibilidad de servicios, problemas con la asignación de turnos y tiempos de espera excesivos, la falta de recursos tanto materiales como humanos y problemas de comunicación entre los diferentes niveles

de atención (Cunha y da Silva, 2010; Ramos, Dias da Silva Lima, 2003; Oliveira, Travassos, Carvalho, 2004, citado por Paolino, 2009).

El conocimiento y la percepción que las mujeres presentan sobre el proceso salud-enfermedad-atención, se construye tanto de las creencias como del contacto que se establece con los servicios de salud.

La relación médico-paciente asimétrica y la exclusión de todo saber diferente al biomédico, ubica muchas veces a las mujeres en un lugar de pacientes-pasivas, provocando que la relación médico-paciente y la comunicación entre ambos, pueda constituirse tanto como barrera o como facilitador de la adherencia a los tratamientos (Barry, Stevenson, Britten, Barber, Bradley, 2001; Zapka, Puleo, Taplin, Goins, Ulcickas, Mouchawar, 2004; Castro, Arellano, 2010 citado por Paolino, 2009). Se ha estudiado que una inadecuada comunicación entre el médico y la paciente así como la calidad de la información recibida por las mismas, pueden generar situaciones de estrés y ansiedad que actúan como barreras en la continuidad de los tratamientos (Flyan 1998; Castro-Vázquez, Arellano, 2010 citado por Paolino, 2009).

La percepción de la enfermedad culturalmente construida fue categorizada por Kleiman (1992), diferenciando el término “disease” (enfermedad biológica) del término “illness” (significado dado a la enfermedad, experiencia subjetiva del malestar). El objetivo de esta diferenciación se basa en la importancia de considerar la voz de los sujetos que padecen al momento de explicar los procesos de salud-enfermedad-atención (Kleiman, 1992: Paolino, 2009).

Coincidimos en que las percepciones y representaciones que sobre la salud-enfermedad-atención tienen las personas, condicionan las prácticas de (auto) cuidado así como la utilización de los servicios de salud. En este sentido, es importante analizar las percepciones que expresan las mujeres con diagnóstico de HPV sobre su estado de salud y cómo éstas influyen en el sentido y significados que le otorgan a las prácticas de (auto) cuidado.

Wiesner, Cendales, Murillo, Piñeiros y Tovar (2010), consideran que los conocimientos y percepciones de las mujeres en torno al cáncer de cuello de útero, las formas de prevención y tratamiento son factores que condicionan las prácticas en relación a la enfermedad.

Durante décadas, la salud pública ha tenido como prioridad la implementación de servicios médicos destinados a curar, minimizando los recursos dirigidos a la promoción y prevención de la salud. Actualmente estos lineamientos han cambiado y

se ha dado mayor importancia a las acciones destinadas a la promoción y prevención de la salud. En particular las campañas en SSR, han generado que las mujeres se preocupen más por el cuidado de su salud cuando se encuentran en edades reproductivas, en la etapa de embarazo, parto y puerperio o se focalicen en las acciones destinadas a la anticoncepción, minimizando el cuidado de la salud sexual, en relación a la prevención de ITS, entre ellas el HPV, y por consiguiente la prevención de cáncer cuello de útero y de mama, que afecta principalmente a las mujeres fuera de las edades reproductivas (Agurto, Bishop, Sánchez, Betancourt, Robles, 2004 citado por Paolino, 2010).

En consonancia con lo anteriormente señalado, Morales Calatayud (1999) sostiene que las acciones de promoción en salud deben apoyarse en conceptos psicológicos tales como hábito, actitud, motivación, habilidad e interacciones personales como familiares. Nuestro estudio toma en cuenta la importancia de los recursos destinados a las actividades de promoción y prevención de la salud, y considera la postura adoptada por el autor.

Como se mencionó al principio de este trabajo, para fortalecer la prevención de ITS, se deben instrumentar acciones destinadas a la promoción de prácticas de (auto) cuidado relacionadas no solamente a los controles ginecológicos sino también a los estilos de vida y comportamientos a nivel sexual. El interés del presente estudio, se dirige a poder identificar las diferentes prácticas de (auto) cuidado en salud y afectivo-sexuales que desarrollan las mujeres, tratando de identificar si éstas logran negociar prácticas de (auto) cuidado a nivel sexual, prioritariamente la utilización de preservativo como método de protección en las relaciones sexuales. Desde este punto de vista, se torna relevante poder analizar la construcción social del género y su relación con los sistemas de permisos y prohibiciones en el campo de las prácticas sexuales, en tanto dimensión central en el análisis del concepto de negociación sexual y su relación con el ejercicio de la autonomía (afectivo sexual) de las mujeres.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se planteó los siguientes objetivos.

2.1. Objetivo General

- Analizar los efectos psicológicos del diagnóstico de HPV y su incidencia en las prácticas afectivo-sexuales y de (auto) cuidado de la salud en mujeres que transitan por esta experiencia.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar y analizar los sentimientos que se originan en las mujeres ante el diagnóstico de HPV.
- Identificar las prácticas de (auto) cuidado y cuidado de la salud que las mujeres realizan frente al diagnóstico de HPV y comprender el significado que le otorgan a las mismas.
- Identificar y analizar las estrategias de afrontamiento adoptadas por las mujeres frente al diagnóstico de HPV.
- Identificar y analizar cómo gestionan el diagnóstico de HPV y las prácticas afectivo- sexuales con sus parejas.

2.3. Preguntas de investigación

Para cumplir con los objetivos, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los sentimientos que se originan en las mujeres a partir del diagnóstico de HPV? ¿El ciclo vital y sexual de cada mujer influye en estos sentimientos?
¿En qué grado estos sentimientos inciden en las prácticas de (auto) cuidado? ¿De qué manera el diagnóstico de HPV impacta en la vida sexual de las mujeres? ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que adoptan frente a dicho diagnóstico?
- ¿Cuál es el sentido que estas mujeres le atribuyen a sus propios cuidados?. ¿Cómo incide el conocimiento del diagnóstico de HPV en las prácticas de (auto) cuidado de

las mujeres?. ¿Cuáles son las prácticas de (auto) cuidado que desarrollan las mujeres frente a este diagnóstico? ¿Cómo fueron construidas y adquiridas esas prácticas? ¿De qué forma y en qué condiciones las mujeres las desarrollan?

¿Negocian las prácticas de (auto) cuidado con sus parejas afectivo-sexuales tomando en consideración el diagnóstico de HPV? ¿De qué forma lo hacen?

3. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

3.1. La dimensión subjetiva en el proceso salud-enfermedad-atención

Los problemas de la salud y la enfermedad, y la práctica psicológica en el campo de la salud, han sido influenciados por diferentes corrientes que han proporcionado explicaciones en relación a la incidencia de factores de orden psicológico en la determinación del estado de la salud. Entre estas corrientes se encuentran: psicología clínica, psicología médica, medicina conductual y psicología comunitaria.

La psicología clínica ha sido un antecedente importante en lo que es el campo de la psicología de la salud, la misma ha contribuido desde lo asistencial, al diagnóstico de las enfermedades y la atención brindada a los enfermos. Por su parte, la psicología médica ha realizado importantes contribuciones con relación al estudio y comprensión de las manifestaciones emocionales y del comportamiento de las personas frente a la enfermedades, reconociendo la importancia del psiquismo en el origen de determinadas enfermedades somáticas. A su vez, realizó aportes sobre la importancia de la relación médico-paciente, la adaptación de los enfermos en situación de hospitalización y el cumplimiento de los tratamientos. Desde el punto de vista social, la psicología comunitaria, se dedicó al estudio de los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para el estado de salud y enfermedad, poniendo énfasis en el medio social. Y por último, la medicina conductual, contribuyó mediante aportes con relación a las manifestaciones de la enfermedad, y el tratamiento de síntomas. A partir de las vertientes anteriormente mencionadas se fue conformando, lo que hoy en día denominamos Psicología de la Salud, campo en el cual se ubica el presente estudio.

3.1.1. Psicología de la Salud: la persona en el centro de los procesos de salud-enfermedad-atención

La Psicología de la Salud es *“una rama de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud”* (Morales Calatayud, 1997: 88). Se ocupa tanto de la promoción de salud como de la prevención de enfermedad, relacionándose ampliamente con los problemas de salud biopsicosociales.

La Psicología de la Salud, se propone estudiar, comprender y predecir cuáles son los

factores psicológicos que se vinculan con la aparición y evolución de determinadas enfermedades.

Esta investigación toma los aportes de Laurell (1975) en relación al proceso salud-enfermedad, quién argumenta que ambos conceptos no pueden ser considerados como entidades separadas sino como dos momentos del mismo fenómeno, que se contienen mutuamente. En este proceso, la salud y la enfermedad quedan determinadas por la manera en que los individuos transforman y se apropian de la naturaleza (Laurell 1975, Castro, 2011).

Diversas disciplinas han trabajado sobre los conceptos de salud- enfermedad a lo largo del tiempo, a sus inicios se concebía la enfermedad como un estado en cual la persona se encontraba limitada en sus actividades cotidianas debido a las molestias que sufría, mientras que la salud se percibía como la ausencia de enfermedad.

La presente investigación, considera la salud y enfermedad como dos dimensiones determinadas por diferentes aspectos: histórico-sociales, culturales, políticos, ideológicos y psicológicos.

Se conoce que la enfermedad es un fenómeno cultural, que comienza cuando la persona percibe que algo le ocurre y atribuye a este evento una cierta interpretación que está mediada por códigos culturales. Estos códigos influyen tanto en el modo de percibir como actuar de la persona, así como en los comportamientos de su grupo (Zomoza & Vázquez, 2008). Se parte de la hipótesis que la respuesta que las personas desarrollan frente a la enfermedad, se encuentra determinada tanto por la imagen previa se tiene de la misma, como de las normas socioculturales que legitiman comportamientos y determinan responsabilidades. Cada enfermedad presentará características propias dependiendo del tipo de sociedad en que se desarrolle (Lastra & Rodríguez, 1998 citado por López, 2011). Por lo cual, para poder evaluar una enfermedad se debe comprender tanto la época y sociedad en cual se desarrolla como las características de la persona que enferma. Desde este punto de vista, se considera que el sujeto enfermo reacciona buscando información existente en su medio social y adopta un determinado modo de pensar y sentir frente a la enfermedad.

Taylor (1990) menciona que las conductas en relación a la salud y enfermedad son acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando los

síntomas de una enfermedad (ej. ir al médico). Este tipo de conductas muestran cómo una persona asume y se adapta a un problema de salud y representa el papel de la persona enferma, siendo determinante para el curso de su enfermedad (Taylor, 1990 citado por López, 2011).

Según Morales Calatayud (1997) existe un continuo desde la salud a la enfermedad en el que pueden reconocerse puntos intermedios, en la medida en que se puede identificar la situación del sujeto en el marco de sus relaciones. El riesgo que experimenta una persona en un momento particular de su vida, puede fomentar el desarrollo de una enfermedad. Por tanto, conocer sobre dicho sujeto y sus circunstancias, así como el modo en que dicha enfermedad se asocia a esas circunstancias, contribuye a la prevención de enfermedades.

Teniendo en cuenta que este estudio se centra en una ITS, coincidimos con lo postulado por Castro (2011) en relación a los determinantes de salud y enfermedad. Este autor menciona que se ha demostrado que los estilos de vida y los hábitos personales son consecuencias del contexto social en el que se vive, quedando demostrada la influencia del medio ambiente en las ITS.

Para abarcar el estudio de esta ITS de manera compleja, se hace necesario poder identificar y entender las diferentes causas y condiciones (sociales, económicas, culturales, subjetivas) que la determinan, permitiendo entender las situaciones por las cuales transitan los sujetos. Desde este enfoque se considera que el origen de esta ITS no se encuentra exclusivamente en el plano biológico sino que son diversos los factores que intervienen en el origen y desarrollo de la misma.

Morales Calatayud (1997), señala que concebir la salud y enfermedad desde el punto del vista multicausal, requiere de un estudio basado en tres componentes: el agente, el huésped y el medio ambiente. El agente son los factores que predisponen una enfermedad determinada, el huésped es el sujeto de una enfermedad y, el medio ambiente es el espacio donde se efectúa la interacción entre ambos componentes. Este modelo destaca la importancia del análisis tanto de los factores relacionados con los agentes de la enfermedad como de los factores ambientales que propician su desarrollo, así como de los factores que determinan la vulnerabilidad del sujeto a una enfermedad en un contexto determinado.

Trasladando lo anteriormente mencionado por Morales Calatayud (1997) a nuestro estudio, se establece que en el caso de las ITS, su contagio se produce como

resultado del desarrollo de comportamientos de riesgo por parte del sujeto. El comportamiento es considerado un agente causal o él que le da sentido de agente causal a determinados fenómenos, que en otras condiciones no actuarían de forma nociva. Se considera que la repetición de este tipo de comportamientos por períodos prolongados de tiempo y bajo determinadas condiciones de vida, contribuye al origen y desarrollo de ITS.

En el caso de las mujeres con HPV, se ha observado que los principales comportamientos de riesgos son la ausencia de medidas primarias de prevención como lo es la utilización de preservativo como método de protección en las relaciones sexuales y la no adherencia a indicaciones médicas.

En líneas generales, se considera que la transformación de estos comportamientos contribuye a la mejora de la salud y el bienestar de las mujeres, disminuyendo el riesgo de avance a estadios más graves de enfermedad. Por otro lado, promover el desarrollo de estilos de vida saludables, previene la aparición de ITS e incluso una vez adquiridas, el tratamiento se ve favorecido por el desarrollo de estos comportamientos.

Es de destacar que para realizar modificaciones en los comportamientos se debe de incidir tanto en las motivaciones individuales como en los ambientes sociales. Esto conlleva la realización de cambios y actividades complejas sostenidas en el tiempo, que en algunos casos pueden resultar impracticables, debido a que el modificar ciertas características del ambiente implica transformar ciertas condiciones de vida.

La relación entre los factores psicosociales y el origen de enfermedades tanto crónicas como infecciosas, ha contribuido al surgimiento del modelo biopsicosocial en la segunda mitad del siglo XX (López, 2011).

Las variables tanto biológicas como psicológicas determinan la vulnerabilidad o resistencia de un individuo, influyendo de diferente manera en el origen y evolución de las enfermedades.

En este sentido, la medicina ha limitado la comprensión de las diferentes variables puestas en juego en el desarrollo de las enfermedades, debido a su centramiento en factores de carácter biológico. Desde aquí la psicología hace sus aportes, en cuanto permite complementar dicha comprensión, atribuyendo importancia al estudio del comportamiento humano y del contexto social como factores causales en el origen y evolución de las enfermedades.

Morales Calatayud (1997) establece que la interpretación de la relación existente entre las variables psicológicas y la salud - enfermedad, ha sido atravesada por diferentes debates teóricos. Algunas aproximaciones han trabajado de manera indiferenciada los aspectos psicológicos y sociales a través del concepto de "lo psicosocial", otras han relacionado la enfermedad con factores externos (tensiones en situaciones de evaluación y afrontamiento), otras veces se ha puesto énfasis en las creencias (Modelo de Creencias de Salud), o en expresiones del comportamiento (estilo de vida, o el patrón Tipo A); así como en las características del ambiente social inmediato (teoría del apoyo social).

Otras aproximaciones plantean que existen dos tipos de conductas relacionadas con la salud y enfermedad. Los factores intra-individuales, que comprende la percepción de síntomas, emociones, creencias y actitudes, y los factores sociales, relacionados a hábitos de socialización, acceso al sistema sanitario, y valoraciones culturales. La determinación de los mismos, los nexos y relaciones que se establecen dentro y entre los grupos genera impacto en el estado de salud. Por ello, se hace necesario estudiar el continuo salud-enfermedad, atendiendo tanto la dimensión subjetiva como comportamental del sujeto inserto en determinado contexto en que el mismo se produce.

Desde este punto de vista, Morales Calatayud (1997), considera que una persona está en riesgo de enfermar cuando se encuentra transitando por una o más de las siguientes circunstancias:

- 1) desarrolla un estilo de vida basado en comportamientos nocivos para la salud y el ambiente social refuerza estos comportamientos.
- 2) se encuentra inserto en un ambiente que presenta acontecimientos significativos que la obligan a realizar esfuerzos adaptativos.
- 3) la persona dispone de pocos recursos personales para interactuar con esos acontecimientos.
- 4) su comportamiento cotidiano se caracteriza por la persecución de objetivos diversos, hostilidad y competitividad.
- 5) sus creencias de salud la hacen sentirse poco vulnerable a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y mantenimiento de la salud o a percibir barreras para la atención de su salud;.
- 6) presencia de un apoyo social débil;
- 7) pertenezca en un grupo social que no de importancia o lo haga en minoría al

cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones o el desarrollo de la enfermedad.

Estas circunstancias estudiadas en forma global, determinarían el riesgo de enfermar al cual se encuentra expuesto una persona.

Se menciona los diferentes factores de riesgos propuestos por Morales Calatayud (1997), por entender que muchas de las circunstancias anteriormente detalladas, podrían estar presente en los discursos de las mujeres con diagnóstico de HPV.

Existen riesgos de diferente naturaleza: físicos, químicos, biológicos, psicológicos, entre otros. En particular, desde este estudio, nos interesa poder identificar los diferentes factores de riesgo psicológicos involucrados en el comportamiento de las mujeres con HPV.

Entre los factores de riesgo¹ identificados en la situación de enfermar se encuentran: el estilo de vida, los acontecimientos significativos de la vida, estrés, las creencias en salud, los recursos que poseen las personas para el afrontamiento y el apoyo social.

En relación a los estilos de vida², son considerados como factores de riesgo para del desarrollo de enfermedades: el uso de tabaco, el consumo de sustancias, los malos hábitos nutricionales, la ausencia de ejercicios físicos, entre otros.

Por otro lado, se considera que los acontecimientos significativos de la vida³ inciden en el estado de salud. Estos acontecimientos debido a la tensión que producen, activan a nivel biológico respuestas neuroendocrinas (tensión arterial, cambios en el estado de ánimo, depresión y ansiedad; disminución de la atención), lo que puede inducir a la persona a adoptar comportamientos nocivos para su salud, como el consumo de sustancias y el abandono de tratamientos, entre otras.

¹ Se define como factor de riesgo a *"toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente"* (Beckett, Davies y Petrós-Barvasián, 1986: Morales Calatayud, 1997, 109).

² Se entiende por estilo de vida el *"conjunto de comportamientos que un sujeto desarrolla de manera consistente en su vida cotidiana y que pueden ser pertinente para el mantenimiento de su salud o puede colocarlo en situación de riesgo para la enfermedad"* (Calatayud, 1997, 104).

³ Se define como acontecimientos significativos de la vida a *"aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo"* (Díaz y Morales, 1990: Calatayud 1997;109).

A nivel psicológico, determinadas crisis vitales como por ejemplo, la muerte de un familiar querido, el divorcio, cambiar de empleo o de domicilio, pueden ser atravesados recientemente por personas que comienzan a desarrollar una enfermedad.

En relación al estrés, en los últimos tiempos se ha hecho cada vez más evidente que el estrés que una persona experimenta puede influir en el origen y desarrollo de enfermedades. Álvarez (1987) señala que el estrés es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, esta respuesta integra el nivel psicológico, el neurológico y el endocrino. El carácter estresante de un estímulo no parte del estímulo en sí mismo, sino de la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto. Tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica se vinculan con aspectos afectivos y cognoscitivos. El estrés puede causar tanto efectos negativos como positivos, siendo considerado un activador positivo para la acción (González, 1994; Morales Calatayud, 1997).

Se considera que las creencias que un individuo posee y el modo en que se estructuran, pueden orientar su comportamiento hacia el riesgo de enfermar.

El "Modelo de Creencias de Salud"⁴, señala que el comportamiento depende principalmente de dos variables: 1) el valor dado por un individuo a un objetivo particular; y 2) la estimación que el individuo hace de que una acción dada permita alcanzar el objetivo.

En el plano de la salud, estas variables hacen referencia a: 1) el deseo de evitar la enfermedad, o si se está enfermo, de ponerse bien; y 2) la creencia de que una acción de salud específica podría prevenir o mejorar la enfermedad.

Este modelo plantea cuatro dimensiones:

1) *susceptibilidad percibida*: refiere a la percepción subjetiva que presentan las personas sobre el riesgo de contraer una condición.

2) *severidad percibida*: incluye las evaluaciones tanto de las consecuencias clínico-médicas (muerte, incapacidad o dolor) como de las posibles consecuencias (limitaciones en el trabajo, vida familiar, y las relaciones sociales).

3) *beneficios percibidos*: la aceptación de una enfermedad no garantiza la acción emprendida. Una persona podría no realizar la acción de salud recomendada a menos que fuera percibida como factible y eficaz.

4) *barreras percibidas*: la consideración de los aspectos negativos de una acción de salud pueden oficiar como obstáculo en la realización del comportamiento

⁴ Morales Calatayud (1997).

recomendado. El sujeto realiza un análisis de costo-beneficio donde sopesa la efectividad de la acción con percepciones tales como que la acción puede ser cara en términos de dinero, consumidora de tiempo, etc.

Además de estas dimensiones, también se considera que algunos estímulos son necesarios para disparar el proceso de toma de decisiones, los que pueden ser internos (síntomas) o externos (influencia de los medios masivos de comunicación, interacciones personales, servicios de salud).

Las representaciones sociales⁵ de la salud y la enfermedad influyen en la manera de afrontar, experimentar y controlar la enfermedad, así como en los comportamientos relacionados con la búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento. Estas representaciones son construidas socialmente y reguladas por el entorno (Álvarez, 2006).

Para Melguizo y Alzate (2008), las creencias son construidas mediante la interacción social, éstas permiten que las personas tengan una determinada forma de entender tanto el mundo exterior como interior, tratando de integrar lo individual con lo social. Con respecto a las creencias en relación a los cuidados de la salud, éstas abarcan desde las ideas que las personas presentan sobre cómo conservan o recuperan su estado de salud hasta sus conductas verbales. Si bien éstas emergen y evolucionan dentro de un contexto social determinado, cada persona elabora y desarrolla sus propias creencias en relación a los cuidados de la salud. Al ser flexibles, muchas veces las creencias permiten predecir las prácticas en relación al cuidado de la salud.

Con respecto al apoyo social, se considera que las personas que viven aisladas o presentan mínimos o insuficientes contactos sociales tienen más riesgo para enfermar, los vínculos cumplen la función de amortiguamiento ante situaciones de vida, protegiendo al sujeto del impacto que esas tensiones pueden tener sobre su estado de salud.

Por su parte, López (2011), suma a los factores de riesgo anteriormente mencionados, los siguientes aspectos psicológicos presentes en la evolución psicológica y social de

⁵Se denomina representaciones sociales, a la imagen mental que posee el sujeto sobre algo que percibe. Cuando esta representación es mantenida a lo largo del tiempo se transforma en una creencia (Raiter, 2002).

la enfermedad; educación, relación médico-paciente y actitudes comportamentales. Mediante la educación se intenta erradicar las ideas falsas en torno a la enfermedad y fomentar el papel activo del paciente, demostrando la importancia de su participación en el cuidado, tanto para el cumplimiento de tratamientos como para desarrollo y evolución de la enfermedad.

Por otro lado, el tipo de relación médico-paciente que se establezca puede contribuir (o no) a la adhesión a los tratamientos, este tipo de vínculo ya sea para las ITS como para cualquier otra enfermedad debe basarse en un clima de cooperación y comprensión de la situación del paciente, brindando de esta forma sostén tanto informativo como afectivo.

Anderson, Helm (1982) consideran el encuentro médico-paciente como un proceso de negociación de la realidad, es una situación social, un contacto que sucede en un lugar determinado y en el que acontece la evaluación y la explicación. En el proceso de negociación, el médico cuenta con el lugar, el lenguaje, la reputación latente, y el poder de la institución, lo cual lo ubica en una relación de asimetría con el paciente. En el correr de los últimos años, se ha trabajado la relación médico-paciente, de modo de poder establecer cierta simetría entre ambos, fomentando de esta forma la adherencia a los tratamientos.

Desde este estudio se coincide con las posturas de Pérez Lovelle (1987) y Ribes y López (1985) quienes consideran como elementos prioritarios el carácter activo del ser humano y la toma de decisiones en el proceso salud- enfermedad (Pérez Lovelle, 1987) y Ribes y López, 1985; Morales Calatayud, 1997).

Pérez Lovelle (1987) centra su estudio en la personalidad y las relaciones sociales, enfatiza el papel de la psiquis en la determinación de la salud. Para el autor la personalidad es considerada como la expresión de la psiquis concreta que se objetiviza en cada ser humano y regula su relación con el medio, cuyo elemento central es la instancia de toma de decisiones. La comprensión del papel de la psiquis en la determinación de la salud parte del análisis de la interacción entre la salud y la personalidad (Pérez Lovelle, 1987; Morales Calatayud, 1997).

Desde este estudio se coincide con lo expuesto por Pérez Lovelle, al considerar el carácter activo de las mujeres frente al diagnóstico de HPV, la manera en que las mujeres desarrollan las prácticas de (auto) cuidado, refleja la importancia que las

mismas otorgan al diagnóstico, así como las necesidades y motivos individuales que influyen en la adopción de comportamientos.

El tipo de motivación que presentan las mujeres para hacer frente a esta situación, brinda información sobre los significados que le otorgan a su estado de salud y los aspectos preventivos que adoptan en cuanto a estilo de vida y desarrollo de tratamientos.

Por otro lado, las relaciones sociales y normas que rigen en un determinado contexto social determinan las condiciones para la toma de decisiones en relación a la salud, las personas construyen pensamientos en relación a cómo son determinadas enfermedades y tratamientos, entre otras.

Se destaca las percepciones que las mujeres presentan tanto de sí mismas como de ciertas enfermedades, debido a su asociación con ideas de desfiguración y daño corporal.

El modelo de Pérez- Lovelle (1987) concuerda con los lineamientos buscados en esta investigación, debido a que atribuye importancia a la dimensión psicológica tanto para el mantenimiento como determinación del estado de salud.

El segundo modelo que contribuye al presente estudio, es el propuesto por Ribes (1990) quién establece que *"la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando"* (Ribes,1990; Morales Calatayud, 1997: 90).

Ribes propone dos categorías de análisis: los factores de proceso y los factores de resultado. Éstos permiten identificar los niveles de riesgo y el desarrollo de intervenciones que habiliten comportamientos adecuados para mantener el estado de salud y disminuir el riesgo.

Se denomina factores de proceso, a los procesos psicológicos que relacionan las condiciones del organismo con las acciones desarrolladas por el sujeto en un determinado contexto sociocultural.

Por otro lado, se denomina factores de resultado a aquellos factores que describen las consecuencias de dichos procesos, las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la origen y prevención de enfermedades, y las conductas asociadas a la alteración biológica.

Los factores de resultado pueden ser observados en la vulnerabilidad biológica del sujeto a la enfermedad y en el desarrollo de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades.

La vulnerabilidad de un sujeto estará determinada por múltiples factores, entre ellos se destacan, las prácticas que afectan la salud, la forma en que un individuo interactúa con las contingencias del ambiente y las acciones que los individuos desarrollan que disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad.

Al hablar del diagnóstico de HPV, estamos indicando que existe una cierta vulnerabilidad en las mujeres para desarrollar conductas instrumentales.

En relación a las prácticas de salud se pueden diferenciar dos momentos. Se conoce que existen factores predisponentes de ITS, que involucra la adopción de comportamientos nocivos para la salud. En un primer momento, entre las medidas preventivas primarias para evitar una ITS, se señala la utilización de preservativo como método de protección en las relaciones sexuales, y la realización de controles ginecológicos de manera periódica. Mientras que en un segundo momento, al presentar diagnóstico de HPV, las prácticas de las mujeres se dirigen a poder desarrollar los tratamientos, realizando controles ginecológicos periódicos, abandonando el hábito de fumar y estableciendo conductas de (auto) cuidado a nivel sexual. En esta adopción y realización de comportamientos preventivos, es donde interviene la dimensión psicológica de las mujeres con HPV.

A nivel psicológico, se consideran como factores de riesgo para enfermar: la disponibilidad de recursos personales para el afrontamiento de eventos estresantes; el locus⁶ de control interno o externo y la influencia del grupo social sobre las creencias y comportamientos individuales (Morales Calatayud, 1997).

Las reacciones emocionales experimentadas por las mujeres con HPV, se manifiestan a diferentes niveles: psíquico, neurofisiológico e interaccional, y pueden incidir de manera positiva o negativa en el actuar de las mujeres en su contexto.

Es importante diferenciar las reacciones emocionales que se produce en la situación misma, es decir, el sujeto inmerso en la situación, de los efectos posteriores. Precisamente, nuestro estudio se centra en las reacciones emocionales que se origina en las mujeres frente al diagnóstico de HPV, teniendo en cuenta la situación de

⁶ El término locus hace referencia a la percepción que tiene la persona acerca de donde se ubica la causa de los acontecimientos de su vida cotidiana. Es decir, refleja el grado en que una persona percibe la naturaleza interna o externa de los acontecimientos de su vida y de su propio comportamiento. Existen dos tipos de locus de control:

Locus de control interno: el sujeto percibe que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir la percepción que él mismo controla su vida.

Locus de control externo: el sujeto percibe que los eventos ocurren como resultado del destino, entre otros. Es decir, que los eventos no tienen relación con el propio desempeño, no pueden ser controlados por esfuerzo y dedicación, los méritos y responsabilidades son atribuidos principalmente a otras personas (Rotter, 1966).

comunicación de dicho diagnóstico, como los efectos psicológicos presentes tanto en ese momento como en momentos posteriores.

La significación de la situación cobra relevancia, debido a que determina dos tipos de comportamientos en las mujeres: que la situación sea sobre-significada o la situación pierda su cualidad de significación.

Cada situación se constituye como significativa para el sujeto, según las características amenazantes que presenta la situación y la percepción que éste se forme de la misma. En nuestro estudio la significación de la situación estará determinada por la importancia que las mujeres otorgan al diagnóstico de HPV.

Los comportamientos adoptados frente al diagnóstico de HPV, dependerán tanto de las características de personalidad de las mujeres como de las estrategias de afrontamiento que desarrollen las mismas para sobrellevar la situación.

Al mencionar el sentido que las mujeres otorgan tanto al diagnóstico de HPV, como a las prácticas de (auto) cuidado y afectivo sexuales, hacemos referencia tanto a los productos simbólicos que se generan, como a las bases materiales sobre las cuales se sustentan. Es decir, debemos pensar los significados teniendo en cuenta las diferentes representaciones culturales como los medios utilizados que permiten que dichas representaciones circulen.

Se conforma un registro consciente de la vivencia en las mujeres, que estará determinado por la influencia de diversos factores, entre ellos se destaca, el conocimiento que poseen sobre HPV, las características de la relación médico-paciente, la forma y el contenido de la comunicación del diagnóstico y la asociación de diferentes pensamientos (representación de cáncer, fertilidad y relación de pareja, entre otros).

Se parte de la hipótesis de que las mujeres con lesiones por HPV leves (L-SIL) que requieren de seguimiento mediante controles rutinarios, experimentarán reacciones emocionales diferentes a aquellas mujeres que fueron diagnosticadas con lesiones de alto riesgo (H-SIL) que requieren de intervenciones quirúrgicas.

3.1.2. Estrategias de afrontamiento en salud

En relación a nuestro estudio, dentro de las condiciones subjetivas que desarrollan las mujeres frente al diagnóstico de HPV, se incluyen las estrategias de afrontamiento adoptadas para enfrentar dicho diagnóstico. Frente a la situación de diagnóstico se pueden desarrollar diferentes respuestas que reflejan el grado de adaptación que presentan las mujeres con la realidad. Entre estas respuestas se encuentran los denominados mecanismos de defensa⁷ y las estrategias de afrontamiento.

Desde la psicología cognitiva-conductual, se define afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus, Folkman 1986,: Pérez, Rodríguez, 2011, 18).

El término afrontamiento, en su traducción al inglés "coping", se utiliza en estudios referidos al estrés y a la adaptación en situaciones estresantes.

El concepto subraya el intento de reducir una demanda externa o interna a través de un esfuerzo intra-psíquico (cognitivo o emocional) o una acción. Las estrategias de afrontamiento son concebidas como herramientas que el sujeto desarrolla para hacer frente a determinadas demandas.

Estos recursos pueden ser positivos al permitirle afrontar las situaciones de forma adecuada o negativos perjudicando de esta forma el bienestar biopsicosocial de las personas.

El afrontamiento consiste en un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en el transcurso de su vida, restablecer el equilibrio y adaptarse a nuevas situaciones. El grado de discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona (Soucase Lozano, Soriano-Pastor y Monsalve-Dols, 2005: Márquez, 2005).

Para Bertolano, Sainz (2000), las estrategias son las que catalizan a favor o en contra, tanto el impacto emocional como los efectos que se producen a partir de él.

En el plano de la salud, cada sujeto percibe la enfermedad de una manera particular, por lo tanto, el proceso cognitivo que desarrolle determinará diferentes estilos de

⁷Diferentes tipos de operaciones en las cuales puede especificarse la defensa. Se define como defensa: *"el conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo bio-psicológico"* (Laplanche, Pontalis, 2004, 89). Los mecanismos varían según el tipo de afección que se considere, según la etapa genética, según el grado de elaboración del conflicto defensivo ,etc. (Laplanche, Pontalis, 2004).

afrontamiento a utilizar.

El desarrollo de situaciones estresantes en la vida de las personas produce alteraciones a nivel psicológico, a nivel fisiológico y a nivel conductual. A nivel psicológico se produce una disminución de la capacidad de concentración y de atención, un incremento de la ansiedad-estado y a nivel fisiológico un aumento de la tensión muscular.

Al decir de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) mencionan que el afrontamiento implica que el sujeto perciba su realidad de manera real, y lleve a cabo procesos cognitivos que le permitan ampliar sus posibilidades de adaptación lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y los demás.

Por lo tanto, el afrontamiento que se adopte determinará dos acciones, permitirá la adaptación del sujeto a la situación generando bienestar, o por el contrario, se producirán pensamientos y creencias que le impedirán al sujeto adaptarse adecuadamente a su diagnóstico y tratamiento, afectando su calidad de vida. A partir de estas percepciones (bienestar-malestar), el sujeto desarrolla estrategias de afrontamiento particulares.

Diversos autores mencionan que las estrategias de afrontamiento se encuentran determinadas por la interpretación que realiza la persona de su calidad de vida. Dicha interpretación contempla el esquema de creencias y valores que el sujeto ha venido desarrollando durante el transcurso de su vida, por lo que, existe asociación entre la forma de afrontar situaciones anteriores y presentes, aspecto fundamental en la evaluación subjetiva que realiza el sujeto de la enfermedad lo que le permite adaptarse a ella (Gaviria y Cols. 2007; Olmo y Cobos. 1999; Palacio, Hernández, 2009).

Un afrontamiento incorrecto puede producir repercusiones negativas tanto a nivel emocional como a nivel cognitivo, se observa una capacidad de toma de decisiones más lenta e insegura, aumenta la ansiedad y disminuye el autoestima, la confianza y el autocontrol (Lazarus, 1990; Márquez, 2005).

En relación a la participación de la conciencia en el afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984a; Márquez, 2005) argumentan que el afrontamiento constituye un intento consciente de reducir o controlar el estrés.

Para otros autores, el afrontamiento se inicia con los intentos conscientes de resolver las situaciones estresantes y puede llegar a convertirse en automático a través de una práctica repetida (Compas, Connor, Osowiecki y Welch, 1997; Márquez 2005).

Desde este estudio concebimos el afrontamiento como un esfuerzo cognitivo emocional y conductual desarrollado por las mujeres con diagnóstico de HPV, que les permite generar estrategias para adaptarse o no de la manera más adecuada a esta ITS, adaptación que estará determinada por la historia personal de cada una de ellas, influyendo en la forma de tolerar la misma y sus diferentes tratamientos.

Se realiza la identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres con diagnóstico de HPV, siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1984). Estos autores identifican dos procesos mediadores de la relación establecida entre el individuo y el ambiente: evaluación cognitiva y afrontamiento. A su vez, plantean dos fases de evaluación: primaria y secundaria.

Evaluación primaria: en este nivel el individuo se encarga de evaluar la situación. Consiste en clasificar si el factor de estrés o la situación constituye un: daño, amenaza o desafío para la persona.

El daño implica algo ya hecho, ya experimentado sin solución. El problema de este tipo de evaluación es que los sujetos tienden a utilizar estrategias de afrontamiento menos maduras y más pasivas.

La amenaza implica un daño posible futuro, refleja la ansiedad estado del sujeto, se relaciona con la preocupación respecto a cómo podría evolucionar la situación, si cómo un daño o peligro futuro. La amenaza resulta una evaluación adecuada, debido a que el sujeto experimenta cierta preocupación acerca de la influencia que puede tener una situación determinada en el resultado, especialmente si el evento se asocia a experiencias previas del sujeto.

El desafío refleja la posición de quién considera que si se sobrepone a la experiencia se producirá un efecto positivo. La persona será capaz de anticipar ciertos eventos estresantes y de confiar en su capacidad para analizar y controlar la situación. A diferencia de las evaluaciones de daño y de amenaza, esta evaluación puede generar un menor estrés, ya que tiende a incrementar el sentido de control sobre la situación y resultar más productiva en lo que se refiere al mantenimiento de la confianza, alerta y el nivel correcto de activación.

Evaluación secundaria: en este nivel se consideran varias opciones, cambiar la situación o aceptarla, buscar información o actuar impulsivamente.

Lazarus y Folkman (1984) debido al carácter multivariante del constructo, distinguen dos dimensiones funcionales del afrontamiento: afrontamiento orientado a la tarea y afrontamiento orientado a la emoción.

- a) Afrontamiento orientado a la tarea (TOC, inglés task-oriented coping): se refiere a las acciones que tienen como objetivo cambiar o controlar aspectos de una situación estresante. Esta dimensión incluye estrategias específicas tales como aumento del esfuerzo, planificación y análisis lógico.

- b) Afrontamiento orientado a la emoción (EOC, emotion-oriented coping): refieren al conjunto de acciones que se emplean con el objetivo de cambiar el significado de una situación estresante y regular el resultado negativo de las emociones. Se pretende que se facilite la adaptación a través de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresante, situándolo en un nuevo marco cognitivo o centrándose de forma selectiva en los aspectos positivos de la situación (Compas, 1987; Márquez, 2005).
En este conjunto de acciones se desarrollan estrategias tales como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad o el reevaluar positivamente la situación.

La escala de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1985), evalúa una serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante.

Folkman y Lazarus (1985) presentan ocho estrategias de afrontamiento, las dos primeras se centran en la solución del problema, las cinco siguientes se centran en la emoción, mientras que la última se focaliza en ambas áreas.

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o arriesgadas.

2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el

origen o mantenimiento del problema.

6. Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, consumo de sustancias, etc.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información, comprensión y apoyo emocional.

Por otro lado, distintos autores proponen la existencia de una tercera dimensión funcional (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1994; Marquéz, 2005), el afrontamiento de evitación, donde las acciones refieren a desentenderse de la tarea y redirigir la atención a estímulos no relevantes para la misma, incluye estrategias tales como la negación o el consumo de sustancias.

Es clave en el proceso de afrontamiento la utilización de estrategias conductuales o cognitivas de aproximación o de evitación para resolver el problema.

Las estrategias de aproximación apuntan a mejorar la comprensión o el control de la situación estresante, o bien mejorar los recursos para enfrentarse a ella, a través de pensamientos de planificación o análisis (estrategia de aproximación conductual) o mediante acciones tales como búsqueda de información o confrontación (estrategia de aproximación cognitiva).

En cambio, las estrategias de evitación reflejan un intento consciente de alejarse de la fuente del problema. Se utilizan cuando la persona comienza a experimentar la situación como incontrolable, los recursos para enfrentarse a ella son limitados y hay pocas probabilidades de lograr una aproximación efectiva.

Para evaluar la efectividad de la estrategia de afrontamiento, se han determinado ocho criterios: 1) resolución del conflicto o situación estresante; 2) reducción de las reacciones bioquímicas y fisiológicas (frecuencia cardíaca o presión arterial); 3) reducción de las alteraciones psicológicas (control de la ansiedad); 4) funcionamiento social normativo (valoración realista de la situación); 5) retorno a las actividades; 6) bienestar de la persona y de otras personas afectadas por la situación; 7) mantenimiento de una autoestima positiva; y 8) eficacia percibida (Zeidner y Saklofske, 1996; Marquéz, 2005).

3.2. Género y salud

Esta investigación presenta como pilares fundamentales: el estudio de la dimensión psicológica implicada en el proceso salud-enfermedad atención de las mujeres con HPV, y la dimensión de género como dimensión clave que nos permite comprender los diferentes lineamientos implicados en las prácticas en salud. De esta forma, se considera que el enfoque que aportan los Estudios de Género contribuye al campo de la Psicología de la Salud, generando conocimiento útil que permite visualizar los diferentes significados que las mujeres con HPV otorgan a sus prácticas de salud tanto de (auto) cuidado como afectivo-sexuales, en función de las construcciones sociales y subjetivas de género que determinan las percepciones y prácticas en el campo de la salud-enfermedad-atención.

Las teorías de género han recorrido un largo camino desde las primeras conceptualizaciones iniciadas hacia mediados del siglo XX. Inicialmente, los estudios se evocaron a las nociones convencionales acerca de lo masculino y lo femenino así como aquellas de carácter científico, y proporcionaron explicaciones acerca de las diferencias sexuales y sociales entre varones y mujeres. Posteriormente se fueron creando nuevas categorías teóricas que han contribuido en explicar cómo se ha constituido, a lo largo de la historia y en las diversas culturas, diferencias jerárquicas entre varones y mujeres, y cómo se reproducen estas desigualdades y son pasibles de transformación (Bonder, 1998).

Las diferentes líneas de debate en relación a la categoría de género, reflejan que no existe una única teoría de género.

Originalmente, el género fue definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género), aludiendo la segunda a los aspectos psico-socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatómo-fisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana (Bonder, 1998: 2).

El género no es una propiedad de los sujetos ni es un constructo fijo y terminado, condenado a una perpetua repetición. La cuestión de género nos impulsa a detectar y explicar cómo los sujetos se en-generan en y a través de una red compleja de discursos, prácticas e institucionalidades, históricamente situadas, que le otorgan sentido y valor a la definición de sí mismos y de su realidad. Ello implica abrir el interrogante acerca de qué, cómo y por qué

invisten y negocian, en y a través de estos dispositivos, posiciones y sentidos singulares (Bonder, 1998: 6).

En esta misma dirección apunta Esteban (2008) quién considera *"el género no como lo que "somos", identidades fijadas culturalmente, masculinas o femeninas—, sino fundamentalmente "como lo que hacemos", prácticas sociales e individuales donde la corporalidad es una dimensión fundamental"* (Esteban, 2008: 34). Para la autora, el género, es una forma de "estar" en el mundo y no de "ser".

Según Burín (1991), en la antigüedad se hablaba de la salud de las mujeres haciendo alusión a la salud reproductiva, quedando éstas ligadas a las vicisitudes de su aparato reproductor (embarazo, parto, puerperio, climaterio), teoría que ha sido modificado al transcurrir el tiempo.

Según esta autora, la moral materna imprimió en el psiquismo de las mujeres, la gestación del ideal maternal, como ideal privilegiado de la constitución de la subjetividad femenina. El capitalismo industrial del siglo XIX, estimuló en las familias el desarrollo del individualismo y los deseos de autoconciencia, desde allí las mujeres consideraron a los hijos como propiedad privada y mantenían la idea que en tanto produjeran sujetos, se producían a sí misma, creando mediante la maternidad su propia subjetividad.

Burín hace alusión a los roles de género femenino entre ellos: el rol maternal, el rol conyugal, el rol de ama de casa y el doble rol social de trabajadora doméstica y extra doméstica. En relación a estos roles, considera que las mujeres casadas quedan en posición de dependencia con sus parejas, dedicando sus vidas a sus maridos e hijos, actuando según normas prescriptas.

De esta forma las mujeres quedan supeditadas a condiciones de opresión y subordinación dentro de la cultura patriarcal. El papel central que cumple el rol de madre para las mujeres, explica su relevancia como factor de riesgo para la salud de las mujeres.

La alta expectativa social sobre el desempeño de este rol en las mujeres, las mandata a cumplir con su papel de cuidadoras de la salud de otros: hijos, familias y esposos. Como contracara: la postergación del cuidado de sí, del (auto) cuidado en salud. En relación al rol conyugal, el rol de esposa adquiere relevancia en tanto puede ser maternalizado, las mujeres lo desempeñan con características similares al rol materno: contención emocional, postergación de las propias necesidades, cuidados, alimentación, etc. La flexibilidad de los roles de género, se encuentra determinada por

la educación de las mujeres, se conoce que a mayor nivel de educación, más posibilidad de transformación de las condiciones subjetivas y sociales (Burín, 1991).

El género entendido como construcción social de la diferencia sexual (Lamas, 1986) es una dimensión central para analizar los procesos de salud-enfermedad-atención, procesos que están generizados y que, por tanto, se producen de manera diferente en hombres y mujeres.

Castro (2011) menciona que junto con la clase social, la condición de género es una dimensión determinante en la producción social de la enfermedad. Para el autor, género hace referencia a "las desigualdades socialmente construidas entre los sexos, a los significados construidos culturalmente a lo femenino y a lo masculino, y que por ser de origen cultural, muy poco se vincula con las diferencias biológicas entre los sexos" (Castro, 2011: 45).

El enfoque de género es ineludible para comprender las prácticas desarrolladas por las mujeres con HPV a nivel afectivo-sexual. Las prácticas sexuales se inscriben en las dinámicas de poder y, por tanto, su estudio debe incorporar la intersección de las relaciones de género, clase, etnia, entre otros ordenadores sociales. Las prácticas sexuales (y los significados a ellas asociados) históricamente situadas y producidas en relaciones sociales de género tienen variabilidad, es decir cambian según el tiempo y el lugar. Desde una perspectiva foucaultiana de la sexualidad como dispositivo de poder que regula los comportamientos humanos (Foucault, 1977), Figari señala que la "sexualidad implica un conjunto de relaciones sociales que son específicas histórica y culturalmente y que tienen como matriz la dupla diferenciación: heterosexual/homosexual-hombre/mujer" (Figari, 2012: 75).

Desde esta investigación, se concibe la sexualidad como un proceso donde intervienen diferentes aspectos:

- históricos (construcción de la sexualidad en un determinado contexto)
- político (sexualidad como parte estrategias políticas de regulación, control social, sexualidad-poder, políticas públicas en SSR)
- cultural (significaciones imaginarias y simbólicas en relación a las prácticas sexuales y producción de subjetividad)
- social (relaciones sociales de género)

- subjetivo (la constitución del sujeto psíquico, de las identidades sexuales y de género, los significados subjetivos de las prácticas sexuales en contextos y situaciones personales específicas)
- ético y axiológico (cuestionamiento de valores morales, derechos sexuales y reproductivos)
- biológico (la dotación genética, anatómica-fisiológica y su relación con la construcción social de los cuerpos)
- jurídica (sistema normativo y su impacto en la protección o no de los derechos de las personas) (López Gómez, 2013).

Las maneras en que las mujeres con HPV, acuerdan las medidas preventivas a nivel sexual con sus parejas, es uno de los lineamientos que persigue este estudio, objetivo que se ubica en el campo de los estudios en salud sexual y reproductiva.

Este campo nos permite poder comprender las prácticas afectivo-sexuales adoptadas por las mujeres con HPV, teniendo en cuenta el entramado de relaciones y comunicaciones que se ponen en juego, atendiendo particularmente a los derechos y prácticas sexuales de las mujeres.

La SSR, incluye diversas acciones destinadas a la atención integral, oportuna y de calidad en anticoncepción y métodos anticonceptivos accesibles; la educación y atención durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. Así como acciones destinadas a la prevención y atención tanto de abortos legales como ilegales, y tratamiento de los abortos de riesgo; la prevención y tratamientos de la infertilidad masculina y femenina; la prevención y tratamiento de enfermedades no infecciosas del aparato reproductor; la información, prevención y tratamiento de las ITS; la educación para la sexualidad y salud sexual basada en derechos de igualdad entre los sexos, el respeto mutuo, la elección de las paternidades y maternidades; la prevención y atención de violencia de género y/o sexual.

Desde este punto, la SSR, debe de ser considerada desde una perspectiva integral de la salud, en tanto proceso y producto ligado a condiciones sociales, ambientales, políticas, económicas y culturales en un tiempo histórico específico, que determinan la vida cotidiana de las personas y los colectivos humanos (López, 2013).

El concepto de salud reproductiva incluye el derecho a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos, el derecho al acceso informado sobre métodos anticonceptivos

disponibles, así como la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que brinden una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio (Cook, Dickens & Fathalla, 2003; Castro, 2011).

Por todo lo anteriormente mencionado, desde este estudio se considera necesario analizar los diferentes valores como normas socioculturales implícitos en el lugar y rol que cumplen las mujeres en la sociedad y como éstos influyen en el proceso salud-enfermedad-atención.

3.3. Prácticas de (auto) cuidado y cuidados en salud

Muñoz (2009), en base a la definición de Foucault sobre el cuidado de sí⁸, lo considera como una categoría que involucra al (auto) cuidado entre sus componentes fundamentales, debido a que para poder desarrollar el conjunto de acciones que connota el (auto) cuidado, debe existir un proceso de construcción de significados que orienten dichas acciones.

El conjunto de actitudes que asumen los sujetos (*cuidado de sí*), se convierte en razón sin la cual no sería posible adoptar y desarrollar actividades y prácticas de (auto) cuidado orientadas al mantenimiento de la salud.

Este cuidado se construye mediante los procesos comunicativos e intersubjetivos que se desarrollan entre el grupo social del cual se forma parte. Mediante un proceso de subjetivación constante, el sujeto toma para sí lo que considera importante, reconfigura los elementos recibidos de los otros para integrarlos a su proceso de asimilación y apropiación de los conocimientos comunes al grupo, condicionando de esta forma las representaciones que cada sujeto adquiere sobre el *cuidado de su salud* (Muñoz, 2009).

El presente estudio se amolda a la perspectiva planteada por Muñoz, tratando de identificar los diferentes significados y sentidos que las mujeres con HPV atribuyen a sus prácticas de (auto) cuidado y afectivo-sexuales, teniendo en cuenta la influencia tanto de los procesos psicológicos propios de cada mujer como las representaciones sociales en relación a la salud que presenta el colectivo al que pertenecen.

⁸ El cuidado de sí como una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo (Foucault, 1996).

Melguizo y Alzate (2008), plantean que tanto las creencias como las prácticas de cuidado de la salud se originan y desarrollan dentro de un contexto, se influyen mutuamente y permiten a la persona poder adaptarse a su entorno.

Leininger (1999) define el cuidado cultural como *“los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente, que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o mejorar una condición humana o estilo de vida”* (Leininger, 1999: Melguizo y Alzate, 2007;115). El cuidado se encuentra en toda cultura, pero en cada una ellas adquiere características diferentes. Debido a ello, nuestro estudio, busca integrar y analizar los diferentes valores y significados que las mujeres con HPV otorgan a sus prácticas de (auto) cuidado en salud, en relación a la incidencia tanto de aspectos personales como colectivos.

“Los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea” (Colliere,1997: Melguizo y Alzate, 2007;117).

Las prácticas de cuidado, involucran la capacidad de toma de decisiones de las personas, éstas responden a la realidad que vive la persona pero se moldean de acuerdo a sus creencias. En investigaciones anteriores se ha observado que muchas veces las personas conocen lo que deben de hacer, y saben cómo hacerlo, pero les dificulta llevarlo a la práctica. (Gurrusquieta, 2008).

Desde nuestro estudio, se define como prácticas de (auto) cuidado, al conjunto de comportamientos y actitudes conscientes o inconscientes que desarrollan las mujeres en relación a su salud y, en particular, a aquellas adoptadas frente al diagnóstico y tratamiento oportuno de HPV.

Arenas y cols. (2004) consideran el (auto) cuidado como aquellas acciones que cada persona puede realizar cotidianamente para incrementar la salud y el cuidado personal en las dimensiones física, emocional y social. El (auto) cuidado está influido por las condiciones de existencia, por factores socioculturales, por patrones familiares, experiencias previas y percepciones individuales.

Orem (1993) presenta una Teoría General del (auto) cuidado, y desde allí lo define como una actividad individual aprendida y orientada hacia un objetivo que aparece en situaciones concretas de la vida; en donde la persona dirige hacia sí misma o hacia su

entorno, acciones para regular los factores que afectan su salud y desarrollo.

Para la autora la persona es un todo que funciona biológica, simbólica y socialmente, y que posee las capacidades, para llevar a cabo (auto) cuidados que son de tres tipos: (auto) cuidados universales, (auto) cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano, y (auto) cuidados sexuales. El entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los (auto) cuidados o sobre su capacidad para ejercerlos. (Orem, 1993, Sosa, López, Torres, Hernández, 2008).

Magaña-Castillo (2005), define la capacidad de (auto) cuidado, como aquellos conocimientos, habilidades y motivación de las personas para realizar de manera efectiva, la toma de decisiones y operaciones de tratamientos necesarios para mantener su funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar.

Como sucede con el cuidado de sí, la capacidad de (auto) cuidado también se encuentra influida por factores de diverso orden: cultural, familiar, social, ambiental y económico. Estos factores se denominan factores condicionantes básicos de (auto) cuidado y se definen como condiciones o acontecimientos desarrollados en un contexto determinado que afectan a los valores o formas de cubrir los requisitos de (auto) cuidado que tienen las personas; o provocan nuevos requisitos de (auto) cuidado; o afectan el desarrollo, operatividad o adecuación de las capacidades de las personas para cuidarse a sí mismas. (Magaña-Castillo, 2005: Leyva, Venegas, Medel, 2011).

En relación a ello, Burín (1991), plantea que las mujeres, dedican su atención a las necesidades de los demás y la responsabilidad de cuidar de los otros, lo que conlleva a que éstas se juzguen a sí mismas en relación a la capacidad de responder a esas necesidades, postergando sus propias necesidades.

El presente estudio involucra el análisis de las prácticas de (auto) cuidado en salud y en particular, respecto a las prácticas afectivos-sexuales a nivel de pareja. Para este estudio, definimos práctica afectivo-sexual como todas aquellas actividades que implican la gestión y negociación de medidas preventivas entre las parejas sexuales frente al HPV. Se prioriza el derecho de las mujeres de poder ejercer su sexualidad con libertad y autonomía, por lo cual, frente a las prácticas de (auto) cuidado en relación al HPV a nivel sexual, se intenta conocer en qué grado las mujeres logran negociar prácticas preventivas con sus parejas sexuales.

3. 4. Prácticas afectivo-sexuales y negociación sexual

Los derechos sexuales son derechos humanos universales reconocidos en tratados y acuerdos internacionales. Se basan en el reconocimiento de la libertad, la dignidad y la igualdad inherente a todos los seres humanos. Entre los derechos sexuales se incluyen, el derecho a la libertad sexual, derecho a la autonomía, a la integración y a la seguridad sexual del cuerpo, derecho a la privacidad sexual, derecho a la igualdad sexual, derecho al placer sexual, derecho a la expresión sexual emocional, derecho a la libre asociación sexual, derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables, derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico, derecho a la educación sexual integral, y derecho a la atención de la salud sexual.

Si bien los derechos por definición son interdependientes, el centro en nuestra investigación está puesta en el derecho a la libertad sexual, indicando la posibilidad plena de expresión sexual de las mujeres, derecho a la autonomía, a la integralidad y a la seguridad sexual del cuerpo, refiriendo a la capacidad de toma de decisiones autónomas sobre la propia vida sexual, derecho a la igualdad sexual, excluyendo cualquier forma de discriminación, ya sea de sexo, género, preferencia sexual, edad, religión, entre otras y derecho a la atención de la salud sexual, en relación a la prevención y tratamiento de enfermedades y trastornos sexuales.

Cuando hablamos del derecho a la autonomía, integralidad y seguridad sexual del cuerpo, posicionamos a las mujeres de nuestro estudio en relación a las prácticas de prevención a nivel sexual. Como ya se ha indicado algunas de estas prácticas requieren de la capacidad de toma de decisiones de las mujeres frente a la adopción de medidas de (auto) cuidado pero también requiere de la comunicación y negociación de las mismas con sus parejas sexuales.

El concepto de negociación sexual hace alusión a *“una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades y deseos de las dos personas involucradas”* (Crawford, et al., 1994; Noboa, 2006). El concepto hace referencia a todas las decisiones relativas a las condiciones de contexto del encuentro sexual, es decir, dónde, cuándo, cómo, incluyendo las formas de planificación familiar y la prevención de ITS (Conasida, 2000; Carmona 2011).

Por otro lado, la negociación sexual involucra aspectos concernientes a la distribución del poder y a las condiciones cotidianas en que se desarrolla la vida de cada pareja (Carmona, 2011).

Castro (2011) presenta el modelo de negociación propuesto por Blumer (1992), este modelo sostiene que las reglas y normas sociales no son fijas sino que son el resultado de negociaciones permanentes entre los participantes en un escenario determinado, los individuos son capaces de manipular su entorno de forma activa. El autor señala que este modelo es aplicable a las enfermedades infecciosas, dado que pueden existir procedimientos interpretativos en torno a estas enfermedades mediante los procesos de negociación de significados que se originan en los encuentros entre individuos.

Para Sánchez (2004), ya no se habla de negociación sexual, sino de poder de negociación sexual, que adquiere características de acuerdo con adscripciones de género, etnia, edad, origen rural o urbano.

En momentos de negociaciones sexuales se tiende a que las personas puedan desarrollar sin presión ni violencia su sexualidad, pudiendo decidir conjuntamente con sus parejas las prácticas de cuidado en salud y afectivo-sexuales que desarrollaran para ejercer una sexualidad de forma segura, estableciendo igualdad, respecto y responsabilidades compartidas entre ambos sexos.

Para Weeks (1998), la sexualidad es el resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten. Es un producto de negociación, lucha y acción humanas. Los asuntos de la sexualidad se encuentran cada vez más vinculados con el funcionamiento del poder, es una entidad que adopta formas diferentes y que se ejerce mediante diversas prácticas y relaciones sociales, funciona mediante estructuras de dominación, oposición, subordinación y resistencias.

Plummer (1984) menciona que cada cultura presenta "restricciones de quién" y "restricciones de cómo". Define como "restricciones de quién", a aquellas restricciones relacionadas con las parejas, género, especie, edad, raza, parentesco, y limitan las elecciones de pareja. En cambio, las "restricciones de cómo", se relacionan con los órganos, el modo de relación sexual, cómo, cuándo y con qué frecuencia se desarrollan las relaciones sexuales. En éstas se encuentran involucrados muchos aspectos sociales, mediante ellas se podría explicar que suele haber distintas reglas

para hombres y mujeres, configuradas de manera que la sexualidad de las mujeres queda subordinada a la de los hombres, determinando los permisos, prohibiciones, límites y posibilidades a través de las cuales se construye la vida erótica. (Plummer,1984: Weeks,1998).

En el vínculo conyugal, las relaciones de poder quedan constituidas en función de alguien de status superior ante otro de status inferior. Existen actos de violencia visibles (abuso sexual, maltrato físico, entre otros) e invisibles que reflejan la posición de inferioridad, desigualdad, desvalorización que poseen las mujeres en las relaciones sociales. Desde este estudio se hace necesario poder visualizar si existen actos de violencia invisible en el ámbito de negociación sexual.

Según Burín (1991), el poder de los afectos de las mujeres, las ubica en posición de dominar-dominarse- ser dominada, a nivel de pareja y de familia, reflejando mecanismos psíquicos de contención y control de los propios conflictos emocionales como de sí misma en relación a los otros.

Este estudio, se adecua a lo propuesto por los autores anteriormente mencionados, con el objetivo de identificar de qué modo y en qué grado las mujeres negocian con su parejas sexuales medidas de (auto) cuidado referentes a la vida sexual, así como identificar los significados que se ponen en juego a la hora de no poder negociar y desarrollar dichas prácticas con sus parejas sexuales.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y exploratorio en base a una metodología cualitativa, por entender que ésta permite indagar adecuadamente sobre el objeto de estudio y los objetivos planteados en esta investigación.

4.1. La investigación cualitativa

La investigación cualitativa incluye diferentes enfoques y orientaciones. En este sentido, Vasilachis (2006) reafirma los planteos de Mason y Patton. Mason señala que los diversos presupuestos filosóficos con sus métodos y prácticas acerca de la realidad y de cómo conocerla y de cuánto de ella puede ser conocido, "*determina que no pueda afirmarse ni que haya una sola forma legítima de hacer investigación cualitativa ni una única posición o cosmovisión que la sustente*" (Mason,1996: Vasilachis 2006:1).

En la misma dirección, Patton señaló que la investigación cualitativa "*no constituye un enfoque monolítico sino un variado mosaico de perspectivas de investigación. Su desarrollo prosigue en diferentes áreas, cada una de las cuales está caracterizada por su propia orientación metodológica y por sus específicos presupuestos teóricos y conceptuales acerca de la realidad*" (Patton, 2002: Vasilachis: 2006:1).

La investigación cualitativa produce datos descriptivos mediante el estudio de las palabras y de los comportamientos de las personas. Se trata desde el punto de vista fenomenológico de entender los hechos sociales desde la propia perspectiva del actor, el modo en que se experimenta el mundo es lo que las personas perciben como importante.

Este tipo de investigación se dirige a poder describir las cualidades de un fenómeno mediante el entendimiento profundo de una parte de la realidad. Consiste en la realización de estudios a pequeña escala que representan a la población que estudian, sin que necesariamente se puedan generalizar a otros grupos o poblaciones. Los métodos cualitativos se caracterizan por seguir un diseño de investigación flexible, se inician con interrogantes vagamente formuladas, las personas y los escenarios son considerados en su contexto natural como un todo, y de esta forma los métodos tratan

de analizar el *sentido* que los individuos atribuyen a sus actos y al entorno (Taylor y Bogdan, 1894/2000).

A su vez, los investigadores/as cualitativos interactúan con los informantes de manera natural mediante conversaciones normales tratando de identificarse y comprender a las personas que estudian. Se establece un tipo de comunicación más horizontal, natural e igualitaria entre el investigador y las personas del estudio. (Taylor, y Bogdan, 1894/2000). Se reducen a acciones de observar, preguntar, escuchar, registrar examinar (Schwandt, 1994: Castro,1996).

Coincidimos con lo postulado por Castro (1996), en que la elección de los métodos cualitativos implica la adopción de un paradigma epistemológico alternativo.

Thomás Kuhn (1971), considera que los paradigmas son un conjunto de prácticas universales que durante cierto tiempo atribuyen modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Para Guba y Lincoln "los *paradigmas pueden ser vistos como un conjunto de creencias básicas (...). Los paradigmas representan una visión del mundo que define la naturaleza del "mundo", el lugar de los individuos en él, y el rango de posibles relaciones con ese mundo y sus partes(...)* " (Guba y Lincoln (1994) citado por Castro, 1996:132).

Se basa en el supuesto ontológico de que la realidad se construye socialmente dependiendo de los individuos. Por lo cual, los métodos cualitativos privilegian el estudio "interpretativo" de la subjetividad de los sujetos y de las relaciones resultantes de su interacción, tratando de estudiar el significado que la realidad tiene para los individuos y la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas.

Esta perspectiva se basa en ciertos presupuestos meta-teóricos, que refieren que la realidad a conocer se encuentra asociada a factores subjetivos. Al hacer énfasis en la importancia de estos factores, se favorece la comprensión más que la explicación del objeto de estudio. Para ello, los sujetos y las situaciones de estudio son abordados desde un nivel micro, a través de la interpretación de los discursos y la observación de los sujetos y sus interacciones. Para lograr un conocimiento interpretativo se requiere que los conceptos sean flexibles para poder reflejar los múltiples significados que los acontecimientos pueden representar para los individuos, así como la variedad de interpretaciones que los individuos pueden realizar sobre su entorno (Castro, 1996).

Desde este estudio se coincide con lo mencionado por los autores, dado que este tipo de metodología permitió adentrarnos en los sentimientos y significados que presentan las mujeres ante el diagnóstico de HPV, las prácticas de (auto) cuidado y cuidado en salud que desarrollan así como en la manera que gestionan este diagnóstico con sus parejas sexuales. Se consideró como elemento esencial para el análisis de la información, la palabra de las mujeres involucradas, que nos permitió ir identificando los diferentes procesos subjetivos que se desarrollan en torno al diagnóstico de HPV.

La postura teórica adoptada en este estudio, establece que las mujeres con diagnóstico de HPV, tienen interpretaciones acerca de sus circunstancias, al mismo tiempo éstas se encuentran insertas en una determinada sociedad que determina sus modos de actuar y vivenciar este acontecimiento en sus vidas. La experiencia estructura la manera en que ésta es expresada, pero también las posibilidades lingüísticas de expresión que dan estructura a las experiencias. (Bruner, 1986: Castro, 2000).

El objetivo de este estudio se centra en poder comprender los sentimientos que desarrollan las mujeres frente al diagnóstico de HPV y los significados que les otorgan y los sentidos subjetivos que le atribuyen a las prácticas afectivas sexuales y cuidados de la salud. El análisis interpretativo de esta investigación está basado en las explicaciones verbales de las mujeres con diagnóstico de HPV, se considera este fundamento teórico debido a que el lenguaje que utilizan las personas en la vida cotidiana es el vehículo para expresar síntomas y transmitir significados. El lenguaje permite conformar lo que denominamos como círculo hermenéutico, es decir, al flujo constante entre los significados particulares del problema específico en estudio y el contexto general en el que se encuentra inmerso el fenómeno (Geertz,1994: Castro,2000). Este estudio se dirige a poder interpretar las experiencias subjetivas de la salud y enfermedad de las mujeres con diagnóstico de HPV, atendiendo tanto al contexto social como a la dimensión subjetiva de cada mujer.

Parafraseando a Berger y Luckmann (1986), la subjetividad de los individuos simultáneamente refleja las determinaciones sociales a las que están sujetos, y expresa la capacidad interpretativa de los actores. En este sentido, se considera que las verbalizaciones que las mujeres hacen sobre su estado de salud- enfermedad, refleja algo más que lo puramente físico, dando cuenta de la situación de la persona en el mundo y como éstas puede responder frente a los demás. (Radley y Billing,1996: Castro, 2000).

El análisis cualitativo de este estudio se basa en los postulados de la Teoría Fundamentada, el objetivo primordial de esta corriente teórica, es producir una teoría que explique un padrón de conducta relevante y problemático para los sujetos. (Glaser, 1978: Castro,1996). Postula que la realidad social debe ser abarcada con el objetivo de descubrir problemas que no fueron identificados con anticipación, antes de estar en contacto con la realidad.

Para la teoría fundamentada, todas las fases del proceso de investigación ocurren simultáneamente, se van desarrollando de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo a medida que avanza la ejecución del proyecto. El investigador debe tener la capacidad de conceptualizar y formular teoría a medida que surgen los datos. A partir de esto el investigador toma de la información los conceptos que mejor se adaptan a la realidad y que sirven para explicar lo que pasa.

4.2. Implicación de la investigadora

En los estudios cualitativos juega un papel primordial la implicación del investigador en el proceso de investigar, debido a que éste al acercarse a la realidad que debe estudiar, establece relaciones con los sujetos, construye conocimiento y otorga sentidos y significados a ciertos fenómenos, lo que evidencia que la realidad influye en el investigador.

El sujeto desde su rol de investigador, se involucra, mira, analiza, estudia e interpreta desde sus conocimientos, experiencias, vivencias y prácticas.

Para René Lourau (1988), la implicación expresa todo *“aquello por lo que nos sentimos adheridos, arraigados a algo a lo cual no queremos renunciar”* (Lourau, 1988; citado por Bianco, Gunther, Acevedo y Ferrarós, pp.3.) Refleja los diferentes aspectos socio históricos y políticos que trae el sujeto y que se activa en cada encuentro cuando se requiere una acción de nuestra parte, sea dirigida a un otro, grupos o instituciones. El investigador se encuentra involucrado intelectual y afectivamente, pero a su vez, se encuentra condicionado por las diferentes maneras de sentir, pensar, y actuar, según su trayectoria biográfica, ideologías, creencias, pertenencia a un determinado sistema familiar, a una cierta clase social, religión y profesión.

El investigador no es considerado como un técnico que solo estudia su objeto de estudio desde su objetividad sino que es considerado parte del campo.

El análisis de la implicación permite al propio investigador comprender los condicionamientos presentes durante todo el proceso de investigar.

Lourau (1988) en su obra "Análisis Institucional" plantea diferentes niveles de implicación:

1. **Implicación institucional:** refiere al conjunto de relaciones conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional, y con los actores entre sí. La segmentariedad y transversalidad actúan en el sentido de especificar y modificar las implicaciones de cada uno de ellos, mientras que la ideología procura informarlos.
2. **Implicación práctica:** indica las relaciones reales que este mantiene con la base material de las instituciones.
3. **Implicación sintagmática:** es la implicación inmediata que caracteriza la práctica de los grupos y que revela las relaciones interpersonales.
4. **Implicación paradigmática:** es la implicación mediatizada por el saber y por el no saber acerca de lo que es posible y no es posible hacer y pensar.
5. **Implicación simbólica:** este tipo de implicación es la que más se expresa pero menos se piensa, refleja la sociabilidad, el vínculo social, el hecho de convivir, de entenderse, etc. Se privilegia el sistema de parentesco simbólico que rige el ordenamiento o desordenamiento de una colectividad.

Para el autor, el objeto del análisis institucional en situación de intervención consiste en validar el concepto de analizador. Plantea la necesidad de enlazar el análisis y la implicación en un movimiento de vaivén que va del ser humano en situación al objeto de estudio o intervención, y del objeto al ser humano en situación.

El análisis de la implicación se dirige a poder elucidar el tipo de involucramiento del sujeto mediante el desarrollo de procesos de objetivación, distanciamiento y subjetivación. Este proceso da cuenta de la relación existente entre el investigador, su mirada y el objeto de estudio, lo que produce diferentes posibilidades de interpretación. Analizar la implicación del investigador permite develar su propia historia, el cruce de lo personal con lo profesional y su subjetividad.

Lourau expresa que para la ética de la investigación, lo útil, no es la existencia de la implicación -siempre presente- sino el análisis de la implicación en cuanto a nuestras adhesiones, referencias, participaciones, motivaciones, desmotivaciones, nuestras investiduras y no investiduras libidinales. La implicación debe ser analizada individual y colectivamente.

Cuando se renuncia al análisis de las propias implicaciones, el sujeto cae en la sobreimplicación, la persona queda alienada, perdiendo conciencia de que sus intereses particulares son opuestos a los marcados por la institución. En nuestro estudio, el investigador forma parte del proceso de investigar, debido a que se establece relación con las mujeres que son objeto de estudio.

Desde las epistemologías feministas, Donna Haraway (1991) propone el concepto de “conocimiento situado”. *“Los conocimientos situados son instrumentos para producir mapas de conciencia para las personas que han sido inscritas dentro de las marcadas categorías de raza y de sexo”* (Haraway,1991:187). No buscamos la parcialidad porque sí, sino por las conexiones y aperturas inesperadas que los conocimientos situados hacen posibles. La única manera de encontrar una visión más amplia es estar en algún sitio en particular.

Los conocimientos situados requieren que el objeto del conocimiento sea representado como un actor y como un agente. La autora plantea abordar los objetos de estudio teniendo en cuenta, el lugar desde el cual parte el investigador, dado que entra en juego la propia subjetividad y el contexto en el cual se encuentra inserto. Al existir diferentes puntos de vista desde donde mirar la realidad, se hace necesario reflejar desde dónde nos posicionamos para dar cuenta de dicha realidad, es por ello que el conocimiento se caracteriza por ser parcial y situado.

En lo personal, la decisión de investigar sobre la dimensión psicológica de las mujeres con HPV, estuvo determinada por experiencias previas en estudios de investigación en relación al cáncer de cuello de útero.

El iniciar mi rol como investigadora en esta temática me permitió ir construyendo mi camino de formación y profesión en el campo de la psicología de la salud.

El trabajar sobre el cáncer de cuello de útero, me llevó a pensar en la importancia de los pasos previos a la enfermedad, contemplando los diferentes factores que inciden en el origen y desarrollo de la misma.

Al ser el HPV uno de los factores que influye en el desarrollo del cáncer de cuello de útero, me interesó investigar sobre la dimensión psicológica puesta en juego en el proceso salud-enfermedad- atención de las mujeres con HPV. Por otro lado, al ser una ITS que se contagia mayoritariamente por vía sexual, me interesó conocer las formas de negociación de prácticas preventivas entre las parejas y la incidencia del diagnóstico de HPV en la vida sexual de las mujeres.

Teniendo en cuenta los lineamientos que me planteaba comencé a establecer contacto con mujeres con diagnóstico de HPV. Fue significativo para mí el lugar donde se realizaron las entrevistas, (sector de Colposcopia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela") debido a que previo a la entrevista semi-dirigida en profundidad, se realizaba a las mujeres los controles ginecológicos correspondientes, en donde yo como observadora/investigadora estaba presente.

Desde este lugar y en esa situación en particular, pude recabar información en cuanto al sentir y pensar de las mujeres como del personal médico. Estos datos relevados fueron insumos importantes al momento de realizar la entrevista semi-dirigida en profundidad como para el análisis de la información. Se estableció una cierta empatía con las mujeres, que permitió trabajar en aspectos personales e íntimos de la vida de pareja y sexual de cada mujer, aspectos fundamentales para este estudio. Las mujeres pudieron poner en palabras sus sentimientos, pensamientos y vivencias en relación al diagnóstico de HPV como aspectos personales de sus vidas, lo que me permitió comprender los diferentes lineamientos que componen el sentir, pensar y actuar de las mujeres con HPV.

4.3. El desarrollo de la investigación

En base a los objetivos definidos, se realizó un estudio de tipo descriptivo y exploratorio, cuyo universo de estudio fueron las mujeres montevidéanas entre 19 y 50 años con diagnóstico de HPV.

Se definió la realización de entrevistas semi-dirigidas en profundidad a una muestra intencional de mujeres, en base a los siguientes criterios de inclusión: mujeres sexualmente activas con pareja conviviente o no conviviente, con diagnóstico de HPV con persistencia de las lesiones de dos o más años.

Se considera esta durabilidad, debido a que científicamente se ha demostrado que las infecciones por HPV al inicio de las relaciones sexuales pueden revertir en un plazo de dos años, dependiendo de los diferentes tipos virales. Clínicamente se considera que una lesión por HPV es persistente cuando se han realizado varios estudios (Pap y colposcopia) durante un período de tiempo de uno a dos años y el resultado

demuestra que el tipo de virus obtenido sigue siendo el mismo. Se incluyó en la muestra mujeres con lesiones de HPV que producen verrugas genitales⁹.

La muestra se subdividió en dos grupos de edad:

- 1) mujeres jóvenes de 19-34 años
- 2) mujeres adultas de 35-50 años

Ambos grupos se delimitaron teniendo en cuenta los siguientes criterios: ciclo de vida sexual- reproductivo y los posibles significados que pueden otorgarse al diagnóstico de HPV, teniendo en cuenta la etapa vital en que se encuentra cada mujer. Este punto se justifica ya que se parte del supuesto que el impacto emocional del diagnóstico de HPV dependerá de la edad y del momento del ciclo sexual -reproductivo de cada mujer. Finalmente, se incluyeron en la muestra de manera balanceada mujeres que presenten las siguientes variables socio demográficas relativas a conyugalidad y nivel socioeducativo.

La variable de conyugalidad se definió en función de las siguientes condiciones:

- 1) mujeres con pareja conviviente
- 2) mujeres sin pareja conviviente.

La variable nivel socioeducativo se dividió en tres categorías:

- 1) Nivel Bajo (Primaria Completa/Incompleta)
- 2) Nivel Medio (Ciclo Básico y Bachillerato)
- 3) Nivel Alto (Terciario, Universidad Completa/Incompleta)

Se excluyeron de la muestra las mujeres menores de 19 años por entenderse que podrían presentar diagnóstico de HPV, con remisión en corto plazo y aquellas mujeres que no desarrollan vida sexual activa. Se cortó la muestra a la edad de 50 años, ya que en base a estudios disponibles (Valenzuela, Miranda, 2001) a partir de los 50 años desciende significativamente el porcentaje de mujeres que se realizan estudios preventivos, asunto que ameritaría un estudio específico en sí mismo.

Estos autores mencionan que los motivos por los cuales sucede ello, es porque las mujeres presentan creencias erróneas en relación al estudio de PAP, considerando

⁹ Las lesiones ano genitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano (Muñoz, 2014).

que el mismo es sólo para mujeres jóvenes y en edad sexual activa, o presentan errores de información en relación al objetivo de la realización del mismo.

La estrategia de captación de las mujeres se desarrolló mediante técnica bola de nieve¹⁰ y a través de contactos con profesionales de la salud, organizaciones sindicales, organizaciones sociales.

La mayoría de las mujeres con nivel bajo y medio de educación, fueron captadas en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela, en el sector de Colposcopia, mientras que las mujeres de nivel alto se captaron mediante técnica "bola de nieve" a través de familiares, amigos y contactos personales que fueron presentando la investigación a otras personas.

El trabajo de campo fue realizado entre los meses de Abril -Setiembre de 2014.

Al iniciarse el trabajo de campo, existieron dificultades para captar la muestra de mujeres. A pesar de la difusión de la presente investigación, no se lograba contactar mujeres con nivel educativo bajo y medio y que cumplieran con los requisitos establecidos para la muestra. Por lo cual, se requirió realizar contacto con referentes del sector de Colposcopia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

En el transcurso del trabajo de campo en el sector de colposcopia, se observaron un gran número de mujeres con diferentes tiempos de durabilidad de las lesiones por HPV como con diferentes niveles de HPV, algunas de ellas recurrían a consulta de control y seguimientos, post cirugía como otras concurrían por controles rutinarios a realizar. Esto generó que se tomara la decisión de incluir a mujeres con verrugas genitales. Este tipo de lesión por HPV es considerada un L-SIL. Estas lesiones no requieren tener una durabilidad de la lesión de dos años, debido a que el tratamiento de las mismas se realiza inmediatamente del origen de la lesión.

Por otro lado, se incluyeron mujeres tanto con una durabilidad de lesiones por HPV de 2 años como aquellas mujeres diagnosticadas repentinamente de un H-SIL y que requirieron de intervención rápidamente.

Si bien en esta investigación no se encontraba delimitada la muestra de mujeres por el tipo de lesión de HPV, fue importante entrevistar a mujeres que habían pasado por

¹⁰ Es un procedimiento de muestreo no probabilístico, " el cual supone que el investigador identifique a un pequeño grupo de individuos que tienen las características que se requieren. Éstos a su vez, operan como informantes para identificar a otros que califican por inclusión, los cuales a su vez, identifican a otros más (Cohen y Marion, 1990:77).

diferentes experiencias según el tipo de lesión y gravedad que hayan presentado, de modo de evaluar en cada situación el grado de impacto y los diferentes efectos psicológicos que surgen frente al diagnóstico de HPV, lo cual a su vez, influye en la manera en que cada mujer afronta la situación.

Se entrevistó a 25 mujeres con diagnóstico de HPV que se encontraban sexualmente activas y que participaron voluntariamente del estudio. Las mujeres de la muestra quedaron distribuidas según variables socio demográficas de la siguiente manera:

Tabla 2. Distribución de la muestra.

EDAD	EDUCACIÓN	CONYUGALIDAD	TOTAL	N° ENTREVISTAS
19-34	Bajo	Con pareja	2	14
		Sin pareja	2	
	Medio	Con pareja	2	
		Sin pareja	3	
	Alto	Con pareja	2	
		Sin pareja	3	
35-50	Bajo	Con pareja	2	11
		Sin pareja	1	
	Medio	Con pareja	2	
		Sin pareja	3	
	Alto	Con pareja	2	
		Sin pareja	1	

El número de entrevistas (25), se realizó teniendo en cuenta la saturación teórica de la información.

4.4. Técnica para la recolección de la información

Para la recolección de la información se definió la realización de entrevistas semi-dirigidas en profundidad.

A su vez, al inicio de la entrevista y previo a la obtención del consentimiento por parte de la mujer, se aplicó una ficha socio demográfica a los efectos de disponer de información básica sobre condiciones materiales y sociales de vida de las sujetos participantes del estudio.

La misma tuvo como objetivo caracterizar la población participante en el estudio en base a los siguientes aspectos socio demográficos básicos¹¹:

- Edad
- Nivel Educativo
- Ocupación
- Estado Conyugal
- Cantidad de integrantes en el hogar
- Conyugalidad
- Tiempo de Pareja
- Cantidad de hijos
- Tiempo y grado de lesión por HPV.

Los datos obtenidos mediante esta ficha se presentan en el apartado de resultados.

Se utilizó como técnica de recolección de información la entrevista en profundidad de tipo semi-dirigida. Se consideró que la técnica de entrevista en profundidad era la más adecuada para el cumplimiento de los objetivos del estudio, dado que permitía mediante el discurso de las mujeres, conocer cuáles son los sentimientos, significados y sentidos que otorgan al diagnóstico de HPV y a las prácticas de (auto) cuidado y cuidados en la salud, así como observar en el momento de la entrevista sus conductas como emociones.

¹¹ Ver ficha socio demográfica en anexos.

Este diseño metodológico habilitó a que durante todo el proceso de recolección de datos se trabajará con flexibilidad, pudiendo pensar y repensar permanentemente el objeto de estudio.

La entrevista en profundidad puede ser definida como aquellos " *encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas*". (Taylor, S. J. y Bogdan, R 1994/2000:101).

Vallés (1999) considera la entrevista en profundidad dentro de las técnicas conversacionales junto con las entrevistas biográficas y entrevistas en grupo o grupos de discusión. El autor considera la importancia otorgada a la conversación o diálogos desarrollados de manera natural durante el transcurso de la socialización, opina que lo aprendido en forma natural constituye una buena base para el aprendizaje de las técnicas de cualquier forma de entrevista profesional.

Para el autor la entrevista en profundidad permite por su carácter abierto, obtener un cúmulo de información mediante las palabras y enfoques de los entrevistados. Es una de las técnicas que se prefiere por su intimidad y comodidad a la hora de compartir determinados acontecimientos de la vida.

Vallés menciona 4 modalidades de entrevista según lo establecido por Patton (1990 citado por Vallés 1999,180):

1. la entrevista conversacional informal
2. la entrevista basada en un guión
3. la entrevista estandarizada abierta
4. la entrevista estandarizada cerrada

Las tres primeras modalidades mencionadas se encontrarían bajo el rótulo de entrevistas cualitativas (Valles,1999:180).

Este estudio se desarrolló mediante entrevista basada en un guión, debido a que se elaboró una pauta de entrevista que contempló preguntas orientadoras para explorar los siguientes campos¹²:

¹² Ver pauta de entrevista en Anexos

- Sentimientos que desarrollan frente al diagnóstico de HPV. Para ello se preguntó: ¿Recuerda como se sintió cuando le comunicaron el diagnóstico de HPV?, ¿Que fue lo primero que se le vino a la cabeza?, ¿Qué pensó y sintió en ese momento?.
- Significados que se le otorga y sentido que le atribuyen a las prácticas afectivas sexuales y cuidados de la salud. En este caso se preguntó: ¿Dio importancia al diagnóstico de HPV?, ¿Que le dijo el médico sobre los cuidado a realizar?, ¿Ud. los pudo realizar?, ¿Mantiene un tratamiento?, ¿Le mencionaron cuidados en la vida sexual?.
- Estrategias de afrontamiento y formas de negociación de prácticas preventivas entre las parejas sexuales. La preguntas se orientaron a: ¿Su pareja conoce sobre su diagnóstico?, ¿Cómo lo tomó?, ¿Hablaron sobre las medidas preventivas?, ¿Actualmente cual es el método anticonceptivo que utilizan? Si no lo hablaron: ¿Cuál fue el motivo de no hablarlo?.
- Prácticas de (auto) cuidado en salud a partir del diagnóstico. Para ello se pregunto sobre: ¿Cada cuanto tiempo realiza los controles ginecológicos?, ¿Cuánto hace que se hizo el último control?.

Las preguntas en este tipo de entrevista son abiertas lo que ofrece flexibilidad y libertad a la persona al momento de responder, y al entrevistador le permite profundizar en una idea que le parezca relevante y hacer nuevas preguntas si fuese necesario, de acuerdo a las respuestas brindadas por el entrevistado (Blasco, Otero, 2008, citado por Palacio, Hernández, 2009).

A su vez, permiten obtener información sobre hechos, opiniones, percepciones, sentimientos y diferentes puntos de vista.

Apoyándonos en la narrativa, se buscó que las mujeres describieran con la mayor profundidad posible desde su punto de vista, el conjunto de sentimientos, pensamientos, signos, síntomas, creencias como conocimientos y vivencias en torno al diagnóstico de HPV. La estrategia consistió en invitar a las mujeres entrevistadas a que hablaran libremente acerca de sus experiencias en torno al diagnóstico de HPV, la medida de profundidad en la que se abordaba el tema estuvo influida por la historia personal de cada entrevistada y del significado que cada una le atribuía a un tema particular.

Es importante tener presente las condiciones en que se desarrolla la entrevista y la forma en que se recolecta la información. Entre estas condiciones se destaca el poder establecer un adecuado rapport¹³ entre el investigador y los entrevistados, el lugar donde se realiza la entrevista, el lenguaje utilizado para cada persona y el significado atribuido a la experiencia particular. El investigador se relaciona con los entrevistados en un nivel personal, las relaciones que se desarrollan en situación de entrevista son fundamentales para la recolección de datos.

En este estudio, los lugares físicos donde se entrevistó a las mujeres se delimitaron por la forma de captación, por ejemplo, en aquellas mujeres captadas mediante técnica de bola de nieve, se concordó con cada entrevistada el día, hora y lugar a convenir por ellas, siendo mayoritariamente entrevistadas en sus propios domicilios. En cambio, en la captación de mujeres, que son atendidas en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", el lugar físico fue determinado por los referentes del sector de Colposcopia, destinando un salón cerrado, que fomentó que las entrevistadas pudieran profundizar y narrar con tranquilidad sobre su intimidad. Se concurre un día a la semana al sector y se seleccionó la muestra de mujeres a entrevistar cada día, mediante la observación previa de las historias clínicas. Las usuarias primeramente eran atendidas por el equipo de ginecología e invitadas por éstos a participar del estudio.

Las entrevistas fueron desarrolladas manteniendo una conversación informal con las entrevistadas, de modo de ayudar a la comodidad de las mujeres y fomentar de esta forma el relato de sus experiencias más íntimas. Es decir, se trato de permitir que las entrevistadas *"ofrezcan sus explicaciones privadas, más que públicas sobre los tópicos explorados"* (Cornwell,1984; Castro, 2000: 481).

Otro de los puntos que favoreció el desarrollo de las entrevistas en profundidad, fue el sexo de la investigadora al ser la población en estudio y la entrevistadora de sexo femenino, se contribuyó a que los temas relacionados con la sexualidad fueron abordados con más facilidad.

¹³ Acuerdo consciente y armónico que se establece entre dos sujetos, y que refleja una buena relación entre ambos. Hace referencia a las respuestas mutuas, espontaneas y empáticas respecto a las necesidades, sentimientos y actitudes de cada persona. Establecer un buen rapport, es conseguir una buena "conexión" con el paciente, que éste se sienta aceptado y comprendido por terapeuta (Guirao, 2010).

4.5. Estrategia de análisis

El diseño de investigación desarrollado siguió como se menciono anteriormente los principios de la Teoría Fundamentada propuesta por Glasser y Strauss en 1967. Se llegó a la saturación teórica debido a que se dio la repetición de datos, no adicionando información nueva para el estudio.

La saturación teórica es el criterio que determina la orientación y continuación del muestreo teórico, ésta se alcanza cuando la información recopilada no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis. (Ardila, Rueda, 2013)

Para poder entender la estrategia utilizada para el análisis de la información, parece pertinente mencionar que se entiende por análisis.

El análisis de los datos, es un proceso complejo que se caracteriza por ir más allá de los datos, con el objetivo de acceder a la esencia del fenómeno en estudio. Se intenta a través del análisis llegar a una comprensión más profunda del objeto de estudio, que la mera descripción de dato (González y Cano, 2010).

El análisis de los datos no es una fase aislada del proceso de investigación sino que se desarrolla durante todo el proceso comenzando desde que el investigador entra en el campo hasta que redacta los resultados obtenidos y el informe final de investigación, avanza a medida que lo hace el propio proceso de investigación, siendo al principio un análisis más descriptivo y transformándose a partir que transcurre el tiempo en una análisis más interpretativo.

A partir de la información recogida es necesario discriminar aquella que es relevante para nuestro estudio, y que luego nos permitirá establecer relaciones creando categorías que puedan transformarse en conceptos y teorías (González y Cano, 2010).

Todas las formas de análisis cualitativo implican organizar la información según criterios específicos, reducir los mismos a un formato más fácil de manejar y procesarlos de manera que contribuyan al análisis e interpretación.

Es posible distinguir para el análisis de la información tres tipos de enfoques: análisis de discurso, análisis de contenido y descripción densa.

Para este diseño de investigación se optó por realizar un análisis de contenido, por entender que es el más adecuado para conocer cuáles son los sentimientos, significados y sentidos que otorgan al diagnóstico de HPV y a las prácticas de (auto) cuidado y cuidados en la salud.

Miles y Huberman (1994) citado por Fernández (2006), plantean cuatro flujos distintos de actividades en el análisis cualitativo: lectura de datos, codificación, reducción y presentación visual.

Por otro lado, es importante tener en cuenta cuando se realiza el análisis de la información, el proceso de transformación por el cual han pasado los datos, dado que existe distancia entre el fenómeno en estudio al inicio del proceso de investigación y las sucesivas reducciones de la información (grabación, transcripción en textos, códigos e interpretaciones). Si bien es necesario sistematizar la información para su posterior análisis, no se puede olvidar el empobrecimiento de la información original a medida que se realizan las reducciones.

En este estudio el análisis de los datos se desarrolló siguiendo los pasos que se detallan a continuación.

Primeramente se realizó la recolección de información mediante técnica de entrevista en profundidad. Las transformaciones sistemáticas a las que debe someterse la información que se recolecta durante el trabajo de campo hace posible su aprovechamiento en términos analíticos (Castro, 2000). El procedimiento analítico que seguimos en esta investigación como se menciono anteriormente es de carácter cualitativo, lo que incluye la grabación de las entrevistas, la transcripción literal de las mismas mediante la desgravación y la codificación del material lingüístico en varias etapas para su posterior interpretación.

En este estudio las entrevistas en profundidad fueron grabadas en cassettes, lo que permitió su posterior transcripción literal. Esta se efectuó de la forma más inmediata posible a la recolección de los mismos, de forma tal que se pudiera transcribir los datos con sus connotaciones y sentidos correspondientes. Se debe tener en cuenta que cuando una entrevista es sometida de un hecho real a un registro grabado acarrea consecuencias. Por un lado, permite fijar lo dicho como material escrito y por otro lado, implica la pérdida del lenguaje no verbal y paraverbal (gestos, expresiones faciales, ademanes, etc.).

La transcripción literal de una conversación en un registro escrito acarrea la pérdida de fenómenos propios del acto de hablar, como por ejemplo, el volumen, la entonación, el tono y el ritmo de la voz. Por lo cual, lo que se transforma en elemento de análisis es el texto y no el discurso oral del cual deriva. Aquí la importancia de las anotaciones que el investigador debe de realizar durante todo el proceso de investigar.

En una segunda instancia, se realizaron sucesivas lecturas de la información obtenida en las entrevistas, lo que permitió tener una mirada integral de la misma y reconocer si se logró la recolección de información adecuada para cumplir con los objetivos del presente estudio.

Esta etapa del proceso es denominada por Miles y Huberman (1994) como lectura de datos, es el proceso de leer y releer la información hasta estar íntimamente familiarizado con el contenido, las repetidas lecturas contribuyen a la identificación de temas emergentes y a las posibles relaciones entre temas o categorías.

Luego se procedió a la codificación manual de la información, que corresponde a la identificación de fragmentos que tienen significación para nuestro tema de investigación. Para ello se efectuaron diversas lecturas de las entrevistas que permitieron codificar y sistematizar el material en categorías empíricas.

El material fue codificado manualmente de la siguiente manera: primeramente se agrupó el texto de las entrevistas en forma de columna, dejando en blanco la mitad derecha de cada página para realizar la codificación de la información. Luego al delimitar los temas a trabajar, se organizó la información codificada en una planilla Excel según los códigos establecidos. Cada fragmento de entrevista revela un determinado contexto, cada respuesta da cuenta de un sistema de valores, de un conjunto de condiciones de vida, etc. Se elaboró una lista de códigos en base a la guía de entrevista (categorías analíticas) que se pusieron en diálogo con el material empírico (categorías empíricas).

A partir de ésta se comenzó a realizar una codificación abierta, utilizando los códigos y las propiedades que comprenden cada uno de ellos. Esta primera operación consiste en comparar la información obtenida, tratando de dar una denominación común a un conjunto variopinto de incidentes que comparten una misma idea (Valles; 1999).

Miles y Huberman (1994) establecen que la codificación de datos significa colocar códigos a diferentes segmentos del texto que están asociados con diferentes temas,

de esta forma se separa la información en categorías para que pueda organizarse y compararse con facilidad siguiendo los objetivos originales de la investigación.

La reducción de datos implica seleccionar, enfocar, simplificar, resumir y transformar los datos "crudos" en notas y organizarlos alrededor de temas. En este estudio los tópicos centrales son a) los sentimientos que desarrollan las mujeres frente al diagnóstico de HPV, b) los significados y sentidos que le atribuyen a las prácticas afectivas sexuales y a los cuidados de la salud, c) las estrategias de afrontamiento y formas de negociación de prácticas preventivas con sus parejas sexuales y d) las prácticas de (auto) cuidado en salud a partir del diagnóstico.

Este tipo de codificación se denomina codificación abierta.

Strauss y Corbin (1990) mencionan que *"el objetivo de la codificación abierta es abrir la indagación.(...) el analista experimentado aprende a permanecer abierto como la codificación misma(...). La codificación abierta rápidamente fuerza al analista a fracturar, a romper los datos analíticamente y conduce directamente a la excitación y al inevitable beneficio de la conceptualización enraizada"* (Strauss y Corbin, 1990: Vallés, 1999: 349).

Se distinguen 3 tipos de códigos: descriptivos, interpretativos e inferenciales que van avanzando desde un nivel de menor hasta uno de mayor abstracción respecto de los datos recogidos (Miles y Huberman,1994: Fernández, 2006).

De acuerdo a estos autores existen tres métodos posibles de creación códigos:

- Lista previa: consiste en crear códigos a priori al trabajo de campo, a partir del material teórico referido a la temática investigada, de las preguntas de investigación y áreas claves del estudio.
- Codificación Inductiva: consiste en crear los códigos a partir de los datos propiamente.
- Esquema de códigos general: sería una alternativa intermedia entre las dos anteriores, este esquema no tiene un contenido específico, pero apunta a aspectos generales en donde los códigos pueden desarrollarse inductivamente.

En este caso los códigos fueron creados a partir de los aspectos a indagar según lo elaborado en la pauta de entrevista, por lo cual utilizó el método de creación de códigos, debido a que se crearon preguntas guías con el fin de recolectar información sobre determinados aspectos influyentes en mujeres con diagnóstico de HPV.

Posteriormente, se elaboró un glosario con el objetivo de explicar la significación atribuida a cada uno de los códigos, permitiendo orientar y decidir al momento de definir si un determinado fragmento del material se corresponde con determinada categoría.

Tabla 3. Lista de Códigos¹⁴

CÓDIGOS	DENOMINACIÓN
C.1.	Información sobre enfermedades ginecológicas.
C.2.	Creencias sobre enfermedades ginecológicas
C.3.	Conocimiento sobre HPV
C.4.	Fuente de información
C.5.	Importancia del diagnóstico
C.6.	Estudios de detección de HPV realizados
C.7.	Respuesta al diagnóstico positivo de HPV.
C.8.	Ciclo de vida y HPV
C.9.	Indicaciones médicas
C.10.	Conductas de (auto) cuidado
C.11.	Relación de pareja y HPV

CÓDIGOS EMERGENTES	DENOMINACIÓN
CE.1	Embarazo y HPV
CE.2	Reincidencia de HPV
CE.3	Cuerpo y HPV

La codificación de la información se realizó de forma deductiva, dado que los temas centrales y los códigos fueron establecidos a priori.

El proceso de codificación abierta permite identificar categorías conceptuales, propiedades y dimensiones. Cada código contiene un conjunto de significados, la tarea del investigador es poder clasificar el texto en categorías específicas teniendo en cuenta el marco teórico que se encuentra utilizando.

Desde este estudio, se realizó la comparación de datos de forma de identificar las propiedades de los códigos, así mismo conjuntamente con el proceso de recolección, categorización y análisis de los datos, se realizaron anotaciones sobre reflexiones o percepciones surgidas en las diferentes etapas del proceso de investigación, siendo

¹⁴ Ver listado de códigos en Anexos.

éstas utilizadas como insumo de manera complementaria para la producción teórica. Durante todo el ejercicio de recopilación de datos, el investigador puede empezar a sacar conclusiones pero eventualmente estas se vuelven más explícitas en el momento de redacción del informe final.

“Las reflexiones proporcionan el contenido que se esconde tras las categorías, las cuales se convierten en los temas principales de la teoría(..)” (Vallés, 1999: 355). En este estudio las sucesivas lecturas habilitaron poder identificar aspectos que se escondían en cada fragmento, aquellos que las mujeres dicen pero sin decir, por lo cual, en una codificación más fina se procedió de manera inductiva, siguiendo con los postulados de la Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967), creando las categorías de análisis a medida que se realiza el trabajo de campo.

Se buscó realizar una descripción del objeto de estudio, *“...describir es recolectar datos...en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así, describir lo que se investiga”*. (Hernández, Fernández y Baptista, 2007: Palacio, Hernández, 2009).

Para llegar a esta descripción del objeto se realizó un análisis de la información más profundo, tratando de identificar las propiedades comprendidas en cada categoría o código así como sus diferencias o similitudes. Este tipo de procedimiento y de manejo de la información es lo que comúnmente se denomina *codificación axial*.

Vallés (1999), menciona que se establecen relaciones lógicas entre los códigos y sus propiedades (contradice, explica, complementa) se aventuran hipótesis y finalmente se escribe una teoría fundamentada que emerge como resultado de la interrelación entre las categorías y sus propiedades.

Para los fines de este análisis se realizó una exploración para determinar si existen diferencias relevantes en los relatos obtenidos por mujeres de distinto nivel educativo, en lo que concierne al conocimiento previo al diagnóstico de HPV como posterior sobre esta ITS. Posteriormente, se observó la relación entre la edad y el momento ciclo sexual -reproductivo de cada mujer, así como el estado conyugal de la misma. En relación a los sentimientos generados frente al diagnóstico de HPV se diferenciaron las diferentes instancias por las cuales pasan las mujeres desde el inicio de la consulta médica, realización de PAP y diferentes tratamientos.

Por otro lado, se realizó la comparación del desarrollo de medidas de (auto) cuidado y negociación de prácticas afectivo-sexuales considerando la edad, nivel educativo y estado conyugal de las mujeres. Se trató de analizar la relación entre las variables socio demográficas establecidas y los tópicos centrales de la presente investigación, de forma de observar tanto diferencias como similitudes en la información recolectada, que nos permita comprender de manera profunda los diferentes aspectos psicológicos presentes en las mujeres con diagnóstico de HPV, así como formular conocimiento socialmente válido.

Miles y Huberman (1994), denominan presentación visual de datos a una agrupación organizada de información que permite sacar conclusiones y tomar acciones. Esta presentación permite realizar la interpretación del contenido relevado. Para estos autores la interpretación es el proceso de decidir qué significan las cosas, tomar notas de temas, regularidades, patrones y explicaciones. La tarea del investigador es interpretar esos códigos atribuyéndole significados, es decir, explicaciones teóricas acordes.

Tanto la descripción del objeto de estudio como la interrelación de categorías y propiedades, permitieron realizar un análisis interpretativo de la dimensión subjetiva de las mujeres, conduciendo a evidenciar los diversos significados y sentidos que otorgan a sus prácticas preventivas.

Este estudio es de carácter exploratorio por entender que se accedió a información poco indagada en Uruguay. No se registraron investigaciones anteriores en el país destinadas a estudiar los efectos que produce el diagnóstico de HPV en las mujeres desde el punto de vista psicológico.

4.6. Consideraciones Éticas

La normativa nacional N° 379/008, sobre los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, establece principios fundamentales para la protección de los sujetos que participan en estudios del campo de la salud. Entre ellos se destaca la protección de la identidad, la confidencialidad, el consentimiento libre e informado y un adecuado balance de riesgos y beneficios para quienes participan de los estudios.

En base a estas consideraciones, en este estudio se buscó la protección de los sujetos, su integridad y la confidencialidad y anonimato durante todo el proceso de la investigación.

La información recolectada fue protegida tanto durante el almacenamiento de los datos, el análisis y el reporte de los resultados, mediante el uso de códigos que sustituyen datos identificatorios. Todas las mujeres que participaron del estudio lo hicieron previo consentimiento informado. Para ello, se habilitó un espacio para la explicación de los objetivos de la investigación, la utilización de la información recabada, sus beneficios y los resultados que se esperaban.

Se mencionó a las personas que no percibirían ninguna retribución económica por los datos proporcionados, que se participa de manera voluntaria y que pueden negarse a participar o retirarse del estudio sin que ello les ocasionará ningún daño.

Se informó sobre la confidencialidad con que se maneja la información obtenida, mediante la no identificación y anonimato de la persona que participa. Luego de evacuadas todas las interrogantes planteadas por los posibles participantes, se dio lugar a la aplicación del consentimiento informado, firmado el documento de consentimiento, se entregó una copia del mismo a todas las participantes del estudio.

Para mantener la confidencialidad y el anonimato de la información, se separaron los consentimientos informados firmados de las entrevistas desagregadas. Durante la sistematización de estas últimas se trabajó con los datos identificatorios modificados.

Se asignó a cada entrevistada un código, de esta forma se aseguró la confidencialidad de la información obtenida en el campo, su almacenamiento, procesamiento y publicación. A priori se partió del supuesto que poner en palabras aspectos de la sexualidad y de la intimidad de cada persona podría generar situaciones angustiantes. Por lo cual, los posibles riesgos a enfrentar en este estudio se establecerían en el plano psicológico. En caso de haber detectado situaciones psicológicas que estarían perturbando las prácticas de (auto) cuidado y cuidados en salud y que requieren de tratamiento psicológico, se coordinaría derivación a los servicios disponibles en Facultad de Psicología o mutual si correspondiese.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos y el análisis interpretativo de los mismos. Como ya se ha mencionado, la información fue recolectada mediante la realización de entrevista en profundidad semi dirigida y a través de la aplicación de una ficha socio-demográfica que nos permitió caracterizar a la población que participó del estudio.

El proceso de codificación y sistematización del material empírico permitió afinar un conjunto de categorías de análisis cuyos resultados se presentan organizadas en cuatro apartados: conocimiento y percepciones sobre HPV; las mujeres frente al diagnóstico de HPV; la influencia del HPV en la vida de las mujeres y un apartado específico sobre la influencia del HPV en la vida sexual de las mujeres.

5.1. Características de la población estudiada

La muestra estuvo compuesta por 25 mujeres con una media de edad de 33 años, siendo el rango etario entre 19 y 50 años. De ellas 28% presentaron nivel educativo bajo, 40 % nivel medio y 32 % nivel alto. Respecto a la conyugalidad, 52% de las mujeres tenían pareja conviviente, mientras que el 48% no tenían pareja o si la tenían, no convivían con ella en el momento de la entrevista.

El estado civil de las entrevistadas se distribuyó de la siguiente manera: 36% eran solteras, 48% se encontraban conviviendo en unión libre, 8% divorciadas, 4% casadas y otro 4 % correspondía a mujeres viudas. La mayoría de las mujeres se encontraban solteras y en unión libre.

En relación a la edad y el estado conyugal, las mujeres con edades entre 19 y 34 años, representaron el 56% de la muestra, el estado conyugal de las mismas se distribuyó de manera equitativa, la mitad de las mujeres se encontraban conviviendo en pareja y otro tanto no. Mientras que las mujeres de edades comprendidas entre 35 y 50 años, representaron el 44% del total de la muestra. En este caso, 24% presentaba pareja conviviente y 20% no convivía, este último valor comprende a aquellas mujeres que presentaron estado civil de solteras, divorciadas y viudas.

La media estimada del tiempo de pareja de las mujeres que se encontraban conviviendo fue de 2 años. En cambio, las mujeres que mencionaron tener pareja, pero no haber convivido, presentaron una media estimada de 1 año.

En cuanto a las trayectorias reproductivas, se observó que la mayoría de las mujeres encuestadas (68%) tenían hijos, mientras que 32% no. Las mujeres sin hijos se ubicaron en el rango etario más joven, comprendiendo las edades de 19-34 años. En cambio las mujeres con hijos presentaron edades variadas, comprendiendo ambos rangos etarios (19-34 y de 35-50 años), estimando una media de edad de 30 años.

En relación al tipo de lesión por HPV, 60% de las mujeres había desarrollado lesiones de alto riesgo (H-SIL), por lo que fueron intervenidas quirúrgicamente, 24% consultó por verrugas genitales y 16% presentó lesiones de bajo grado (L-SIL).

En cuanto a la relación entre la edad y las diferentes lesiones por HPV, la muestra reveló que no existe una determinada edad para que pueda desarrollarse un tipo de lesión de HPV, por lo tanto, en el caso de las mujeres entrevistadas, el nivel de gravedad de la lesiones por HPV no estuvo en dependencia con la edad.

5.2. Conocimientos y percepciones de las mujeres sobre el HPV

A lo largo del tiempo, se ha estudiado que los niveles de información que disponen las personas sobre distintos aspectos relacionados con la salud, son un factor importante para la incorporación de pautas de (auto) cuidado, toma de decisiones y resolución de problemas.

Diversos autores (Carrasco, 2013, Barbosa, Bezerra y Teixeira 2008; Ayala, Imbacuan, 2010) verificaron la relación existente entre la desinformación y adopción de conductas de riesgo para el contagio de ITS. Así como la información y el conocimiento son herramientas centrales para la toma de decisiones en relación al (auto) cuidado, también se entiende que los aspectos cognitivos no explican por sí solo las barreras en la apropiación de estas medidas. En este sentido, nos interesó conocer qué información poseen las mujeres con diagnóstico de HPV, así como las percepciones, significados y apreciaciones que las mismas tienen sobre los distintos eventos, en tanto son aspectos poderosos que inciden en el (auto) cuidado, toma de decisiones y resolución de problemas. Es por ello, que este estudio, se dirigió a poder

identificar cuáles son los significados que las mujeres otorgan al diagnóstico de HPV, y de qué forma éstos inciden en las conductas de (auto) cuidado.

Consultadas acerca de las enfermedades ginecológicas más comunes, las mujeres entrevistadas consideraron como más frecuentes aquellas relacionadas a las ITS y, en particular, el cáncer de cuello de útero. Entre las ITS más frecuentes hicieron referencia a gonorrea, sífilis, HPV, VIH. Observando que las respuestas se vinculan particularmente al cáncer de cuello de útero y HPV, se podría pensar que las mujeres respondieron teniendo en cuenta la información que obtuvieron luego del diagnóstico de HPV, tanto de las consultas ginecológicas como de otros medios de comunicación.

No se observaron diferencias entre las respuestas de las mujeres en función de sus edades. Al parecer, se observa en las mujeres independientemente de la edad, una preocupación por el cáncer de cuello de útero.

“El cáncer de cuello de útero es, al que más le tememos, después vienen las otras enfermedades de índole sexual, de transmisión sexual, pero eso es a condición de cada uno, yo no le temo” (47 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“Con más frecuencia, para mí, el tema del cáncer y esas cosas, para mí mucho el tema del cáncer de cuello de útero, después del HIV, que también es otro tema(...) el tema de mantener relaciones sexuales sin cuidarte” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“El HPV, es una, digo, yo no la conocía y cuando me tocó empecé a investigar y ahora sí se que un porcentaje muy alto de mujeres la padecen. Después... cáncer de mama, que es otra de las patologías que sufrimos las mujeres. Específicamente las que más daño o más repercusiones tienen son estas dos, el cáncer mama y el cáncer del cuello de útero que es producto del HPV” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

Las mujeres consideran el cáncer como una enfermedad grave e invasiva que por su vinculación con la muerte, genera sentimientos de temor y daño, coincidiendo ello con los hallazgos encontrados por Zamberlin, Thouyaret, Arrossi (2011).

“Sentía nervios porque era la primera vez que estaba en un hospital para hacerme una operación (...) Me salió como un líquido negro con olor feo, yo pensaba que me estaba pudriendo (...) Sí, es que para mí estoy podrida por dentro” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“Pudrición” “bichitos”, “algo extraño” son algunos de los términos que las mujeres utilizaron para describir como vivencian su cuerpo en relación a las lesiones por HPV, que al igual que se observó en otros estudios el uso de palabras como las referidas reflejan el temor a la descomposición y la muerte (Zamberlin, et al. 2011).

Para Dolto (1984), el esquema corporal es común a la especie humana, se refiere a la experiencia carnal, en contacto con el mundo, funciona como el intérprete activo y pasivo de la imagen inconsciente del cuerpo, la cual se constituye por la interrelación de tres aspectos, el estructural, el genético y el relacional (Dolto, 1984; Ruiz Izundegui, 2010).

El esquema corporal se compone tanto de aspectos perceptivos como libidinales y emocionales, en cambio, la imagen corporal es propia de cada uno, ya que está ligada al sujeto y a su historia. De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente, pudiéndose tornarse en consciente cuando se asocia al lenguaje (Dolto, 1994: Fuentes, 2006).

En relación a ello, los términos “pudrición” “bichitos”, “algo extraño” vinculados al concepto de imagen corporal, reflejaría la percepción y sentimientos que las mujeres con HPV presentan de su propio cuerpo, un cuerpo que viven en descomposición o contiene algo distinto y no perteneciente a él.

“ El ginecólogo me explicó eso que lo tenían muchas mujeres, que lo tienen los hombres pero que no saben, que son como bichitos que a ellos no le hacen nada, no tienen útero no les hace nada” (27 años, NEM, Con pareja conviviente)

“Hoy bien, hoy lo llevó como mucho más tranquila, ya es parte de mi, y no como esa sensación del principio que era algo extraño de mi cuerpo” (...) lo sentía figurado, me miraba al espejo y decía como va estar eso ahí” (28 años, NEA, Con pareja conviviente).

“Olor fuerte siento yo, no me pregunte a que es (...) si al flujo, si es a las mismas verrugas, yo ya las debo de tener! porque me pican, me molestan impresionante!” (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

Por otro lado, las mujeres reconocen la relación existente entre mantener relaciones sexuales sin protección y el desarrollo de las ITS. Ante esto, se podría decir que las mujeres logran comprender que el contagio de HPV se produce por el desarrollo de

comportamientos sexuales de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin preservativo o el tener múltiples parejas sexuales.

La información obtenida en nuestro estudio, reveló que independientemente del nivel educativo de las mujeres, la mayoría no presenta conocimiento previo sobre el diagnóstico de HPV, siendo la instancia de diagnóstico el primer contacto que tuvieron con la información sobre esta ITS. Se coincide con lo postulado por diversos autores, en que existe en la población desconocimiento sobre el HPV, algunas mujeres refieren que nunca habían oído hablar de esta ITS, o recuerdan vagamente haberla escuchado en algún momento (Zamberlin et al. 2011; Ayala, 2010; Brasil et al. 2008).

“La verdad no estaba informada mucho, pero estaba saliendo todas las propagandas con la vacuna(...)” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“(...) sé que me dijeron tenés el virus, y yo le contesté y eso que es? Que te lo contagia el hombre y no sé porque bajan las defensas algo así” (47 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“Vos sospechabas que lo podías tener? No ni idea tenía” (28 años, NEA, Pareja conviviente).

“No tenía ni idea, no sabía ni que existía el HPV, bueno si sabía que existía pero hasta ahí nomás, no era consciente de lo que era” (38 años, NEA, Sin pareja conviviente).

El conocimiento del diagnóstico del HPV significó un punto de inflexión para las mujeres en términos de acceso a la información sobre esta infección. A partir de allí, se pudo observar que la mayoría de las mujeres habían adquirido conocimiento sobre el HPV. Sin embargo, una constatación que marca la relación de las mujeres con el HPV, es la asociación que realizan con el cáncer, independientemente del nivel educativo.

“Estuve preguntando cuando me salió eso en el análisis de la biopsia y ahí me dijeron lo que tenía(...) era un virus que tenían algunas mujeres que le salían y que era de cáncer del cuello del útero” (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

“(...)cuando supe que tenía eso, el virus del papiloma humano, ahora sí sé que es una enfermedad de transmisión sexual, yo no sabía por qué se asociaba la cáncer” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

“elegí otro médico y me dice, no es tan dramático.. aparte me dice este tipo de lesión es tratable. No tenés que hacer quimioterapia porque no es nada que ver a lo que vos te imaginas que es el cáncer” (35 años, NEA. Con pareja conviviente).

La información que poseen sobre HPV luego de haber sido diagnosticado es mayor en las mujeres de nivel educativo alto, reflejando que en los estratos educativos más bajos existe mayor desconocimiento de esta ITS. Esta diferencia podría asociarse con dificultades presentes a nivel socioeconómico, educativo y de cobertura de salud, que limitan el acceso a la información y servicios de salud, y por consiguiente se dificulta la prevención de esta ITS. De acuerdo a Paolino (2010), el riesgo de padecer una enfermedad o abandonar un tratamiento debe explicarse teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo individuales como estructurales que limitan el accionar de los sujetos en relación a su estado de salud.

Es de destacar que las mujeres nombraron el HPV con términos como “eso” como se observa en los testimonios anteriores y en otros casos, no pudieron mencionar adecuadamente la ITS. Como se observa en la siguiente viñeta, las mujeres tratan de representar la información que tienen sobre el HPV, mediante un lenguaje técnico y médico, un lenguaje diferente al que utilizan en su cotidianeidad. En cuanto a ello es importante conocer hasta qué punto las mujeres comprenden la terminología médica que utilizan los especialistas, y como ello interfiere en la comprensión de la enfermedad (Tercedor, López y Prieto, 2014).

“(...) me explicó que eran condilomas del PPH(...)” (35 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Por otro lado, la no comprensión de la información sobre esta ITS, produce en las mujeres sentimientos de miedo.

“(...) yo ahora me encuentro con este problema que todavía no lo entiendo mucho (...)” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“(...) me da un poquito de miedo sí. Porque no sé bien” (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

Las mujeres con educación alta son las que pudieron visualizar el HPV como una enfermedad de transmisión sexual y por lo tanto, poseían mayor información sobre formas de transmisión, factores predisponentes, evolución y tratamientos frente al

HPV. Por el contrario en los niveles bajos de educación se presentaron dudas en cuanto al origen, evolución y vías de contagio.

“El HPV es un virus de transmisión sexual que el hombre es portador, se le manifiesta a la mujer, porque afecta al cuello del útero. que puedes tenerlo toda tu vida y nunca presentar una lesión, que puedes presentar una lesión, esa lesión se te puede ir y no volver o puede reincidir y tener diferentes lesiones y que esas lesiones si no se tratan se pueden transformar en un cáncer de cuello de útero” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

“(…) me dijo que el 80 % de las mujeres lo tiene y que es una enfermedad como recontra común, y como muchas veces es asintomático, no genera esa alarma pública. Es posible de que nunca descubras ni cómo ni cuándo lo contagiaste y de quien, porque nadie presta atención a eso” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

“Es que eso es lo que no sé, me gustaría saberlo que pudo haber pasado para que una lesión de bajo grado se pueda haber transformado en alto grado y de pasar de tener una lesión a tener varias lesiones” (32 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“Infección, no es una infección(…) no es una infección (…)” (47 años, NEB, Sin pareja conviviente).

Las mujeres con nivel medio de educación, presentaron conocimiento sobre HPV, pero compartían inquietudes con las mujeres con bajo nivel de educación como por ejemplo, en relación a formas de contagio y evolución del HPV hacia lesiones mayores.

“Me gustaría saber si me salieron de mí o me las contagiaron y porque me las contagiaron, y como se contagian. Y eso se puede saber? Te hacen un estudio o algo?” (24 años, NEB, Sin pareja conviviente).

Entre las dudas mencionadas se observó confusión en cuanto a la forma de transmisión, quién posee y transmite el virus, si es el hombre a la mujer o la mujer al hombre. En relación al canal de contagio de HPV, las mujeres reconocen la vía sexual como la más frecuente. También se observaron dudas respecto a la duración del HPV en el cuerpo (Carrasco, 2013; Ayala, 2010).

“Él me dijo es una enfermedad puramente sexual, no te la debes de haber agarrado en ningún otro lado, que es por contagio sexual(...)” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“No, es que no se si eso me lo contagie o vino a relación de algo (...)” (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

“Que es un virus que se localiza ahí y puede que se vaya o puede que se quedé, aparentemente en mi se quedó”. Él me dijo que estaba todo bien pero no me dijo que el virus podía seguir (...)” (47 años, NEB, Sin pareja conviviente).

En cuanto a la percepción de los factores predisponentes para el HPV, las mujeres mencionaron como principales factores: bajas defensas (tanto por estrés o por embarazo) múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, infidelidad entre las parejas y multiparidad.

Las mujeres relataron hábitos que pueden considerarse de riesgo para el HPV: alimentación inadecuada, el consumo de tabaco o mantener relaciones sexuales bajo el consumo de sustancias o sin protección. Muchas de estas conductas de riesgo, se podría decir que son desarrolladas y fomentadas por características del entorno de las mujeres. En este sentido, coincidimos con Castro (2011), en que los estilos de vida y los hábitos personales son consecuencias del contexto social en el que se vive, quedando demostrada la influencia del medio ambiente en las ITS.

La percepción de algunas de las causas que produjeron el origen de HPV que tienen las mujeres, concuerda con los resultados presentados por otros estudios (Hernández Guerson, González Hernández, 2001; Carril, 2014), identificando entre ellas los hábitos y estilos de vida tales como la alimentación, el tabaquismo, la multiparidad, uso de MAC, entre otros.

De estos factores, los mencionados con mayor frecuencia por las mujeres fueron mantener relaciones sexuales con diferentes parejas y sin protección así como (haber sido o ser) fumadora y presentar bajas defensas.

“(...) siempre tuve problemas de defensas bajas desde chica (...)” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“Fumas? Si, ahora fumo menos” (24 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“Si tuve muchas parejas(...)” (38 años, NEA, Sin pareja conviviente).

“(...) no me cuidaba. No me protegía nunca (...)” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

“yo no entiendo que tiene que ver que yo fume con un tema de que me van a bajar las defensas, y que me va a hacer ” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

En relación al conocimiento de los factores predisponentes de HPV, se observaron diferencias en las mujeres según el nivel educativo. Al respecto, el siguiente cuadro presenta de manera sintética los factores identificados por las mujeres.

Tabla: 4. Percepción de factores predisponentes al HPV en mujeres por nivel educativo.

Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Consumo de tabaco	Múltiples parejas sexuales	Consumo de tabaco
Bajas defensas	Relaciones sexuales sin protección	Bajas defensas
Alimentación inadecuada		Alimentación inadecuada
		Múltiples parejas sexuales
		Relaciones sexuales sin protección/ relaciones sexuales sin protección bajo el consumo de sustancias

Las mujeres con nivel bajo de educación no mencionaron como factor predisponente para el HPV, el mantener relaciones sexuales sin protección. Esta desinformación podría asociarse a factores socioeconómicos y educativos que inciden en la no apropiación y comprensión de la información transmitida por el equipo médico.

A diferencia de lo que se pudo observar respecto al nivel educativo, no se constataron diferencias en cuando a las causas atribuidas al diagnóstico de HPV según edades.

En ambos grupos de edad, las respuestas contemplaron de manera similar los diferentes factores predisponentes de HPV antes mencionados.

En relación a las fuentes de información más utilizadas, las mujeres de nuestro estudio, al igual que se observa en otros reportes, obtuvieron la información de consultas médicas, (Lacerba, Silva da costa, 2009), de otras mujeres (familiares, amigas, vecinas) que han tenido HPV y a través de medios de comunicación (internet y televisión) (Giraudo, Discacciati, Bakalar, Basualdo, Dreyer, 2006).

“Mi hermana la vaciaron en Mayo por cáncer de útero” (40 años, NEB, Con pareja conviviente).

“Más que yo no sabía lo que era, charlando con unas mujeres, una comenta lo mismo y que parecía que le había vuelto , algo así, era este nombre que yo nunca me acuerdo! Como es?” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“con el ginecólogo... se sentó y me lo dijo claro! (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

“cuando leí en internet me asusté” (19 años, NEA, Sin pareja conviviente).

Para las mujeres entrevistadas, no es adecuada la manera cómo se comunica el diagnóstico de HPV por parte del personal médico. Las mujeres consideran que existe diversidad de criterios y de información entre los diferentes profesionales, así como que ésta es insuficiente y que transmitida mediante un lenguaje técnico genera dudas y perjudica la adhesión al tratamiento. Al respecto, Zamberlin et al. (2011) señalan que obtener información a través de los especialistas no resulta una posibilidad real debido al contexto de sobrecarga de trabajo en el que operan los servicios de salud, donde habitualmente no se generan espacios en los que las mujeres sientan que pueden plantear preguntas o dudas con comodidad, estableciendo una comunicación poco personalizada y de mínimo intercambio de información entre los profesionales y las usuarias.

“ Si que me iba a morir de cáncer me dijo el ginecólogo! Que era lo más probable porque si no lo tenía ahora lo iba a tener más adelante (...) nunca pensé que me iba a decir eso” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“Fui sola y el médico me dijo las posibles curas que tenía y una de las curas que podía tener era sacarme el útero. Me la metió así de una sin nada de anestesia, sin saber mi situación” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

Según las entrevistadas, el establecer una adecuada relación médico- paciente, mediante el trato cordial, la empatía, la capacidad de escucha y el respeto, contribuiría al seguimiento y adhesión a los tratamientos.

“cuando vine de México encontré una doctora, y cada maestro con su librito que me vendió la otra vacuna, que cubría otra sepa. Me la di, para estar más tranquila, pero después cambié de médico, a un médico que trata este tema y él me decía que no hubiera sido necesario, al final no sabes (...)” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

“(...) el tema fue que no me dijo nada y me quemó! No, nunca me dijo que me iba a quemar (...)” (38 años, NEA, Sin pareja conviviente).

“después que me operé me tenía que sacar la mecha y me quejaba por el dolor y me decía como rezongando vos no tenés relaciones y no sé cuanto!. Entre todas esas cosas como que le perdí un poco de credibilidad, entonces todas esas cosas que me dijo utiliza preservativo, por un momento no sé hasta donde era así o no, y realmente como que no le hice mucho caso. Me pareció que él no me había dado toda la información correcta” (35 años, NEA, Sin pareja conviviente).

Al igual que señalan otros estudios, las mujeres entrevistadas dieron cuenta de las dificultades en la comunicación médico- paciente en relación a la falta de explicación del examen como de los resultados de la citología (Giraldo Ceballos, 2011; Tamayo, Guadalupe, Henao, 2010).

Entre los contenidos transmitidos por los especialistas, se mencionó la asociación del HPV con el desarrollo de cáncer y posterior vaciamiento del útero, lo que generó sentimientos de miedo en las mujeres en relación a su fertilidad e ideas de muerte. Al decir de Zamberlin et al. (2011) se hace necesario mencionar y explicar a las mujeres que un resultado anormal de PAP, que comunica una lesión por HPV, no significa necesariamente que se desarrollará un cáncer, sino que se debe hacer énfasis en la importancia del estudio para detectar a tiempo la lesión y evitar el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, es importante brindar a los profesionales herramientas específicas de comunicación, para transmitir los resultados a las mujeres sin generar miedo o ansiedad.

“ sentí que me hizo poner nerviosa al pedo, me hizo todo un poco desconfiar del ginecólogo que me atendió, más allá de que en principio me explicó todo, me parece que sus formas no eran las mejores (...), no era necesario decirme eso así y ponerme en esa situación, de decirme que podía tener cáncer a salir a mi casa pensando si podía tener hijos o no, me parece que no estuvo bien” (35 años, NEA, Sin pareja conviviente).

En relación al uso de internet para acceder a información, las mujeres consideraron que no es un canal confiable, debido a que la información que suministra es diversa y genera diferentes sentimientos como miedo, pánico, incertidumbre, por lo cual, algunas mujeres prefieren quedarse con la información suministrada por su especialista. Si bien frente a los avances tecnológicos el uso de internet se ha incrementado siendo frecuente su utilidad por rapidez y comodidad en la vida diaria, no podemos olvidar que la amplia información aportada por la red a veces resulta invasiva y nociva, debido a que a pesar de contener información científica, puede resultar inapropiada por el modo en el que se abordan los temas o el contenido que transmiten las imágenes.

“(...) no he intentado entrar a internet, porque a veces es como que te desinforman, y en realidad te generan como un pánico, miedo y uno a veces se deja llevar por eso, entonces intento no mirar en internet, y la que me han dado los médicos básicamente (...)” (28 años, NEA, Con pareja conviviente).

En relación a la comprensión del significado de los estudios realizados para la detección del HPV, las mujeres se encuentran familiarizadas con los términos PAP o Papanicolaou y logran comprender que es un estudio médico para las mujeres, pero no siempre logran definir claramente su utilidad o relacionarlo con la detección precoz del cáncer de cuello de útero, lo que facilita la adopción de actitudes desfavorables frente al examen (Bazán, Posso, Gutiérrez, 2007, Tamayo et al 2010; Teixeira, Bezerra, Pimentel, Queiroz, Grangeiro de Oliveira, 2011).

“ De hecho no sabía que controlaba el PAP, iba a cumplir un trámite. Me salió mal el PAP y me lo repitieron y me mandaron una colposcopia, por supuesto no sabía que era una colposcopia” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

“ (...) yo pensé que me iba a hacer una colposcopia nomás, ni siquiera tenía mucha ida de lo que era, nunca me había hecho PAP menos colposcopia”. (28 años, NEA, Con pareja conviviente).

En suma, se puede decir que independientemente de la edad, existe en las mujeres una preocupación por el cáncer de cuello de útero.

Las mujeres con HPV, perciben su cuerpo como en descomposición o que contiene algo distinto y no perteneciente a él. Se considera que el conocimiento del diagnóstico del HPV significó un punto de inflexión para las mujeres en términos de acceso a la información sobre esta infección.

Entre los factores predisponentes para el HPV, se mencionados: múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección así como (haber sido o ser) fumadora y presentar bajas defensas. La información que poseen las mujeres sobre el HPV, es diferente según los estratos educativos.

Las mujeres consideran que no es adecuada la manera en cómo se comunica el diagnóstico de HPV por parte del personal médico, existe diversidad de criterios entre los diferentes profesionales y el lenguaje técnico utilizado genera dudas y perjudica la adhesión al tratamiento. Los especialistas comunican el diagnóstico de HPV, transmitiendo ideas de cáncer y vaciamiento del útero.

5.3. Las mujeres frente al diagnóstico de HPV

Para poder identificar las diferentes reacciones emocionales que se produjeron en las mujeres frente al diagnóstico de HPV, este estudio tomó como referencia el proceso salud- enfermedad- atención, por el cual transitan las mismas. Se tomó como referencia dicho proceso, debido a que el mismo nos permitió indagar en diferentes aspectos a nivel biológico, psicológico y social.

Principalmente, este estudio se dirigió a indagar en la dimensión psicológica de las mujeres, tratando de identificar cuáles son los procesos psíquicos que se desarrollan tanto a nivel cognitivo como a nivel afectivo en la instancia de comunicación del diagnóstico de HPV.

Se privilegia la dimensión psicológica de las mujeres con HPV articulada con los factores socioculturales, debido que éstos inciden en la importancia que las mujeres otorgan al diagnóstico de HPV y las diferentes posturas que adoptan frente a las medidas de (auto) cuidado.

Se parte de la hipótesis de que las mujeres al percibir que algo les sucede y al confirmarlo mediante examen clínico, adoptan una determinada manera de pensar, sentir y actuar frente al diagnóstico, que se encuentra influida por diversos factores: psicológicos, culturales, históricos, sociales institucionales, entre otros.

Es importante mencionar que las mujeres seleccionadas con diagnóstico de HPV presentan diferentes tiempo de diagnostico dependiendo de la gravedad de las lesiones.

La muestra como se menciono anteriormente estuvo compuesta por mujeres con diagnóstico de HPV de mínimo dos años de durabilidad, así como por mujeres que fueron diagnosticadas con lesiones H-SIL e intervenidas a la brevedad y por mujeres con verrugas genitales que se encontraban en tratamiento.

Se explicita ello ya que al preguntar por la instancia misma de comunicación del diagnóstico de HPV, se retrajo a las mujeres a tiempos anteriores, por lo cual, se observó que la mayoría de las mujeres no podía recordar la situación de diagnóstico en su totalidad, presentando un sesgo de memoria.

El sesgo de memoria se produce cuando las personas afectadas por alguna enfermedad suelen hacer un esfuerzo por recordar la situación. Este sesgo se encuentra influido por el tiempo que transcurre entre la exposición y el inicio de la enfermedad o entre el momento de la exposición y la recogida de la información (Tobías, 1999).

En nuestro estudio, se considera que existe un sesgo de memoria en las mujeres diagnosticadas con HPV, en el sentido que el tiempo transcurrido entre la instancia de diagnóstico y el momento de la entrevista para este estudio, incide de manera significativa en el relato de las mujeres.

"No, no recuerdo muy bien, como fue hace mucho (...)" (27 años, NEM, Con pareja conviviente).

Se estipula que a mayor tiempo trascurrido mayor es el sesgo de memoria. Por otro lado, al considerarse la situación de comunicación del diagnóstico de HPV como un acontecimiento estresante para las mujeres, se concuerda con lo postulado por Sanz, Miguel- Tobal y Casado (2011) quienes definen el sesgo de memoria, como la tendencia de recordar preferentemente estimulación negativa presentada previamente en comparación con estimulación neutra.

5.3.1. Cuán importante es el diagnóstico de HPV para las mujeres?

Se detectó que la mayoría de las mujeres otorgan importancia al diagnóstico de HPV, lo que contribuye a que éstas desarrollen los cuidados indicados por los médicos tratantes. Del discurso se desprende que la mayoría cumple con los controles correspondientes (PAP, colposcopia) luego de ser informado del diagnóstico y esta adherencia a los tratamientos es realizada tanto por el propio (auto) cuidado como por la responsabilidad de tener hijos a cargo.

“Y no sé, capaz que lo hubiese tomado del mismo modo, digo es distinto cuando tenés hijos para criar, capaz que con mi hija grande lo hubiese tomado de otro modo, viste. No sé si me hubiese importado lo mismo, el cuidarte, los controles, porque como no es una enfermedad que te vaya a matar!” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

Particularmente, este relato refleja la división sexual del trabajo y los roles de género, que ubican a la mujer como responsable de la maternidad, la crianza de los hijos y el cuidado del hogar.

La cita anterior ilustra como las mujeres priorizan la crianza de los hijos, ante de su propio cuidado. La postergación de las mujeres en pro de los demás, se fundamentaría en los ideales sociales sobre el desempeño del rol materno, desde los cuales se ubica a la mujer como responsable del cuidado de los hijos, generando en las mismas un alto compromiso en el cumplimiento de dicho rol.

Esta representación social de la maternidad como excluyente del ser mujer, es una construcción cultural que se inicia hacia la instalación de la modernidad y el cambio que implicó la Revolución Industrial. La división del mundo público y el mundo privado que inauguró la modernidad, colocó a las mujeres en el centro de la crianza de los hijos y lo privado e íntimo de los vínculos se transformó en el ámbito natural de las mismas.

Según Burín (1991) las mujeres mantenían la idea que en tanto produjeran sujetos, se producían a sí mismas, creando a través de la maternidad su propia subjetividad. Desde este estudio coincidimos con lo postulado por esta autora, en el entendido que la subjetividad de las mujeres entrevistadas, se sostiene en el ideal materno y del cuidado de los hijos, permitiendo de esta forma desdibujar a la mujer en tanto persona con derechos. A modo de ejemplo, se presentan fragmentos de entrevistas y términos como por ejemplo "servirles" que revelan el rol materno (cuidar de otros) como eje prioritario en el cuidado de la salud de las mujeres.

*"Cuando tenés hijos chicos decís, no me tengo que cuidar porque todavía es chica, entonces es un motor que te genera, que te obliga a cuidarte y a seguir y no importa cómo sino que búscale la vuelta y seguí". A mi hija, yo siempre le digo trata de controlarte tenés 4 chiquilinas, fíjate como la vas llevando, si no te cuidas vos nadie te va a cuidar, siempre fui de esa filosofía, si vos no tenés salud no podés servirle a los demás, y cuando tenés hijos. No podés **servirle** a tus hijos. Y la filosofía es vos tenés que cuidar a tus hijos, no tus hijos a vos"*

Y si no hubieses tenido hijos como hubieses reaccionado? Y no sé, capaz que no lo hubiese tomado del mismo modo, digo es distinto cuando tenés hijos para criar (...). No sé si me hubiese importado lo mismo, el cuidarte, los controles, porque como no es una enfermedad que te vaya a matar! (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

" (...) sino hacia nada para poder recuperarme por tratar de estar bien mis hijos dependían de mi como siempre lo hicieron" (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

En relación a la maternidad, es necesario mencionar que al momento de la entrevista la mayoría de las mujeres tenían hijos, situación que no estaba presente, en todos los casos, al momento del diagnóstico de HPV. Ubicándonos en este último momento, se pudo constatar que las mujeres que no tenían hijos, presentaron preocupación por su fertilidad.

Por otro lado, se observó una fuerte relación entre tener hijos a cargo y una mayor importancia y preocupación por el diagnóstico. Este punto es relevante en tanto ilustra el peso de la maternidad en la subjetividad de las mujeres y en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Las mujeres justifican el cuidado de su salud, en base a la responsabilidad de tener hijos, la preocupación que mantienen frente al diagnóstico de HPV, revela los roles de género asignados a las mujeres por la sociedad, mujeres encargadas de la maternidad y crianza y cuidados de los hijos. Ello concuerda por lo establecido por Fernandez, (1994) quién sostiene que la sociedad crea el ideal materno basándose en la creencia que la esencia de toda mujer consiste en ser madre.

El ideal de maternidad se construye a nivel sociocultural, por lo cual, las mujeres de nuestro estudio desarrollarían esa preocupación por los hijos, entendiendo que llevan impreso en su psiquismo, la responsabilidad y crianza de los mismos como función prioritaria del ser madre. La maternidad influye en la subjetividad de las mujeres, determinando significaciones en cuanto a lo que se considera ser "buenas" o "malas" madres.

Se constató que la edad influye en la importancia otorgada al diagnóstico de HPV, como se refleja en fragmentos del siguiente relato:

“ (...) nunca me mantuve informada de cosas que me podían hacer daño a mí misma, y bueno no me intereso, no me cuidé. Era más chica y la verdad no tenía idea de nada. (...) no le di mucha bola en aquél entonces. Hoy en día cambio fue un poco más de conciencia en mí, de todo el procedimiento que tuve y pasando por acá tanto tiempo. Tengo una hermana de 18 años y le paso diciendo que tenga cuidado, que vaya a darse la vacuna , yo que sé, no me da bola, intento crear conciencia en ella, a mí nunca me lo habían dicho. Es lo único que puedo decir que haya cambiado” (27 años, NEA, Con pareja conviviente).

A su vez, el nivel educativo que presentan las mujeres influye en la importancia otorgada al diagnóstico de HPV. Las mujeres con nivel bajo y medio de educación manifestaron no otorgar relevancia al diagnóstico de HPV, mientras que las mujeres con mayor nivel, sí lo hicieron. Sin embargo, la conyugalidad no parece ser un factor que incida en la importancia del diagnóstico.

La baja relevancia al diagnóstico estuvo asociada también a mujeres sin hijos y con prácticas de riesgo, tanto sexuales como de consumo de sustancias psicoactivas. Este último aspecto ameritaría estudios en mayor profundidad en la medida que hay evidencias científicas sobre la asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de riesgo. Pero estas evidencias no están específicamente relacionadas con el estudio de su incidencia en el HPV.

Tomando en cuenta las lesiones producidas por HPV, se observó que a mayor gravedad de la lesión, mayor importancia otorgada al diagnóstico por parte de las mujeres. Esto concuerda con el grado de avance de la enfermedad, en mujeres que requirieron de tratamientos invasivos, el diagnóstico de HPV generó una mayor conciencia de las consecuencias de la enfermedad.

“ (...) si le hubiera dado importancia en ese momento no habría pasado por todo lo que pase.(se angustia y llora)” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

Como se mencionó anteriormente la mayoría de las mujeres otorgaron importancia al diagnóstico de HPV, realizando prácticas de (auto) cuidado acordes al tratamiento, pero por otro lado, para algunas mujeres el diagnóstico no influyó en la adopción de

prácticas de (auto) cuidado. Frente a ello nos interesó conocer cuáles son las razones que ofician de barreras en el desarrollo de prácticas preventivas del HPV.

Las mujeres que no otorgaron importancia al diagnóstico mencionaron que esto se debió a diversos factores: el desconocimiento sobre lo que es el HPV, sus causas y consecuencias para la salud, la vivencia de no presentar síntomas por los cuales consultar, considerar a dicha ITS como una enfermedad “normal” y otorgarle más importancia a otras situaciones de vida.

Las mujeres atribuyeron más importancia a la colocación del DIU que a la revisión de lesiones por HPV y al ser los controles indicados cada 6 meses, se contribuyó a la interpretación de que el HPV, es una ITS que se puede controlar.

“Es que no le di importancia porque yo estaba metida en una vida de sexo, drogas y rockan roll por decirlo de alguna manera. Aparte de este tratamiento, hice un tratamiento para drogas (...) viene por ese lado la cosa, estaba en una nube de pedo” (27 años, NEM, Con pareja conviviente).

“En ese momento como que no le di mucha importancia. Porque me dieron fecha recién para 6 meses para que me hiciera la colposcopia, entonces tan grave no era” (23 años, NEM, Con pareja conviviente).

Por otra parte, haber transitado por momentos de vida más difíciles que el HPV así como no presentar síntomas que alerten sobre alguna enfermedad, son factores que incidieron en la baja relevancia del diagnóstico para ellas. La asintomatología del HPV, genera la percepción de mantener un buen estado de salud, lo cual, puede dificultar la adopción de comportamientos preventivos.

“Mira en el momento no le di la mayor de las importancias porque no sabía de que se trataba, aparte en lo personal estaba pasando un mal momento (...)” (47 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“ (...) como no sentía nada, porque otra cosa como nunca sentí dolor ninguno, como nunca tuve una manifestación de alerta, de decir, voy a ir porque me duele algo, nunca sentí nada. Cuando volví a hacerme los controles ya hubo que operar” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

5.3.2. Sentimientos (reacciones emocionales) frente al diagnóstico de HPV

Las mujeres experimentaron diversos sentimientos (reacciones emocionales) frente al diagnóstico de HPV, entre ellos: angustia, "miedo", "susto", "culpa", "tristeza", "depresión", "preocupación", "vergüenza", "soledad", "enojo" y "frustración".

En la mayoría de las mujeres el diagnóstico de HPV fue vivido como un acontecimiento no previsto, que generó cierta perplejidad. Esto se refleja mediante el uso de expresiones como "shock", "me cayó como un balde de agua fría", "sorprendida", "bloqueada", coincidiendo con aportes de anteriores investigaciones (Weisner et al 2009; Meza et al. 2011)

"(...) el impacto de la noticia que te den, asimilarla, es una depresión que me puede durar un día o tres, decir, porque otra más?, porque a mí?" (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

"Yo me puse mal, me puse a llorar y todo!" (47 años, NEM, Sin pareja conviviente).

"(...) me cayó como un balde de agua fría e incluso me movilizó (...)" (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

"(...) estoy como bloqueada no puedo (...)" (40 años, NEB, Con pareja conviviente).

"no me hice ningún estudio (...) estoy como paralizada!" (35 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Se ha relevante mencionar los sentimientos vivenciados por las mujeres frente a la comunicación telefónica que realizan los centros de salud a las usuarias cuando se identifican PAPs patológicos, debido que esta llamada genera sentimientos de "miedo" y "susto" frente al desarrollo de una posible enfermedad.

"me había hecho un PAP y me llamaron, me dejaron un correo de voz que me comunicará lo antes posible y ya con eso vi que había algo mal, y vine corriendo y de por sí ya vine asustada" (35 años, Ed. Alta, Sin pareja conviviente).

Los sentimientos mencionados por las mujeres fueron: "miedo", "nervios" y "susto" frente a la realización de la biopsia. El término biopsia comúnmente se encuentra ligado a la idea de cáncer, por lo cual, el realizarse dicho estudio, permite a las mujeres pensar la posibilidad de poder estar desarrollando un posible cáncer.

“Cuando me hacen la biopsia mi miedo es al cáncer” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“Me descompuse, el día de la primera biopsia, me bajo la presión, las piernas se me aflojaron, las dos veces me descompuse” (32 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“Nervios, era la primera biopsia en mi vida” (32 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Frente a la comunicación de los resultados de los estudios las mujeres experimentaron dos tipos de reacciones: la primera refleja que los sentimientos generados fueron ansiedad y nervios frente a la posibilidad de concretar determinado diagnóstico. Mientras que otras mujeres mencionaron vivenciar cierta tranquilidad al obtener los resultados, teniendo en cuenta que la situación de espera e incertidumbre previa genera en ellas cierto malestar.

“y cuando te vas a ser la colpo y PAP ? ahh el PAP tarda como un mes, de ansiedad. Una vez que me lo hice ta, pero cuando más siento la ansiedad es cuando la voy a levantar, que es cuando la enfermedad te saca la hoja, y cuando te miran a la cara, ya se me transforma la cara (...)” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“ en realidad cuando me dijo el diagnóstico me tranquilicé un poco, porque ya cuando me lo dijo con todo el preámbulo (...)” (35 años, Ed. Alta, Sin pareja conviviente).

Los miedos más frecuentes que experimentaron las mujeres fueron frente a la posibilidad de tener cáncer (Weisner, Acosta, Díaz, Tovar y Salcedo, 2009) frente a la reactivación del virus, a la afectación de la fertilidad (HPV y embarazo) y por consecuente, a la posibilidad o no de poder tener hijos, miedo a enfermar o sufrir y miedo a la muerte.

“A veces estoy con el miedo, de capaz tengo otra lesión o algo así, espero el resultado del PAP ansiosa” (23 años, NEM, Con pareja conviviente).

“A los 17 años fue más miedo a lo que me podían hacer, más que tenerle miedo a la enfermedad, al HPV, tenía miedo a lo que me iban a hacer con 17 años y por más que haya tenido un parto normal, tuve miedo” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

“A la muerte, al cáncer (...)” (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

“Pa lo primero que se me cruzó así, fue lo que me dijo ella por primera vez que era cáncer, eso fue lo primero que se me vino” (40 años, NEB, Con pareja conviviente).

“ (...) lo que no quiero es sufrir, llegar al sanatorio y digo sufrir por dolor y ver que mis hijos sufran (...) (49 años, NEB, Con pareja conviviente).

Las mujeres también hicieron referencia al temor de la influencia de las lesiones por HPV en la posibilidad de concebir un embarazo, los riesgos en torno al mismo y la idea que transitar por un embarazo baja las defensas y reactiva el virus.

“Vos porque piensas que te volvió tantas veces? No se será por las defensas, cálculo que debo de tener las defensas bajas, bueno ahora se explica porque si me dicen que después del embarazo como que el virus ataca!” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

“Antes yo perdí un embarazo, no sé si lo asocié en ese momento a eso, pero está ahí latente, siempre está. El me dijo esto no tiene nada que ver con HPV, incluso yo sabía de personas que le curaron una lesión y pudo quedar embarazada”. (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

“Si el médico me dijo que si yo tenía planeado tener otro hijo, que me iba a costar más y que si quedó embarazada tengo que hacer un tratamiento porque era riesgoso para el bebé. Si eso si me aclaró”.(23 años, NEM, Con pareja conviviente).

Teniendo en cuenta la edad de las mujeres, se observó en ambos grupos de edad que el diagnóstico de HPV genera cierta perplejidad, la mayoría de las mujeres mencionaron no esperar y quedar sorprendidas por el mismo. Entre los sentimientos experimentados con más frecuencia mencionaron la “angustia”, “miedo”, “susto” y “vergüenza”. El sentimiento de vergüenza, aparece más notorio en las mujeres entre 35 a 50 años de edad, quiénes a su vez, reflejaron sentimientos de vulnerabilidad emocional. Se observó que existen sentimientos comunes en las mujeres, independientemente de su nivel educativo.

En cuanto a la posibilidad o no de poder tener hijos, las mujeres mencionaron que los especialistas recomiendan comenzar a pensar en la reproducción, lo que incrementó los miedos en cuanto a la fertilidad en cada mujer. Ello es indicativo de como los discursos profesionales participan en las construcciones sociales respecto a la

sexualidad, reproducción y maternidad de las mujeres. En la relación médico-paciente y las comunicaciones que se establecen entre ambos, intervienen diversos factores, género, edad, clase social, etc., que delimitan las evaluaciones morales que los médicos realizan durante los procesos de atención (Erviti, 2010).

“(...) entre todo lo que me dijo fue, si querés tener hijos apúrate, te diría que te apures, porque después se te puede complicar. Eso fue lo que me perturbó más porque no estaba en mis planes ni ahí” (35 años, NEA, Sin pareja conviviente).

“(...) más allá de que me afectó en infecciones vaginales sin duda de que debe de haber mucho psicológico, de miedos, pero ahora ya ha pasado unos años y me encontrás con esto fresco que me hice la biopsia hace poquito, pero lo había dejado en standbay porque el embarazo también estuvo buena la experiencia. El poder concretar el embarazo y el miedo de poder o no tener hijos” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

Las mujeres consideraron el HPV como una ITS común, que con cuidados adecuados se puede controlar. Se podría decir, que este tipo de interpretación que las mujeres construyeron sobre el HPV, está influenciada por aspectos personales que contribuye a una imagen de esta ITS de menor importancia frente a otras enfermedades, y que por ser frecuente en las mujeres genera cierta tranquilidad. Por otro lado, esta interpretación también se encontraría influida por aspectos sociales, refiriendo a las políticas en salud, que se han aprobado en los últimos años vinculadas a la prevención del HPV y por consiguiente del cáncer de cuello de útero, entre ellas se menciona, la obligatoriedad del PAP y la aprobación de la vacuna contra el HPV.

“Si, porque decís, era una persona sana, como te cambia el decir sano a tener una enfermedad, ser una persona enferma, estoy dentro del círculo de las personas enfermas, que vos las asocias con falta de cuidados y yo digo yo siempre tuve todos los recaudos, siempre me cuidé y hoy en día me encuentro en ese círculo” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

“(...) como lo tenían muchas mujeres me quedé más tranquila” (27 años, NEM, Con pareja conviviente).

Las mujeres se preguntan por qué esta situación les sucede a ellas.

“Y se te pasan por la cabeza miles de cosas que no tienen sentido y no tiene justificación de lo que te está diciendo de la enfermedad, porque vos estas pensando en la otra parte que decís de donde salió esto!” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

“(…) yo pienso que el estrés y todo eso muchas veces ayuda a que ciertos males que están dormiditos se despierten” (47 años, NEM, Sin pareja conviviente).

E: “Las reiteraciones del virus en ti a que las relacionas?”

P: “Sinceramente, pueden ser a momentos de mi vida, yo creo que las dos veces que me volvió, fueron relacionada a los embarazos. Esta última vez que me viene, yo creo que es por un momento particular de mi vida” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

Se hizo relevante la pregunta de ¿porque a mí?, y la comparación con la vida sexual activa de otras mujeres, llegando a pensar que en esta ITS no solo afecta a nivel físico sino que también a nivel psicológico y afectivo.

“(…) porque uno va a lo primero de porque a mí” (35 años, NEM, Sin pareja conviviente) .

“(…) me pasó también de pensar que hay gente mucho más desprolija que yo y de decir, por qué yo me lo agarré? y después pensé uno es todo no es solo lo físico” (28 años, NEM, Con pareja conviviente).

Frente a la pregunta de ¿porque a mí?, se podría decir que el diagnóstico de HPV genera en las mujeres una herida narcisista, la imagen que éstas tienen sobre sí mismas se distorsiona, despertando sentimientos de vulnerabilidad.

A su vez, es interesante poder pensar en porque las mujeres se formulan la pregunta de ¿porque a mí?, en vez de preguntarse ¿porque no me puede pasar a mí?, atendiendo al desconocimiento que éstas tienen en torno a esta ITS, su contagio y factores que intervienen en el inicio y desarrollo de la misma, factores a los cuales pueden estar expuestas y desconocer su incidencia.

En relación al modo de infección, se observó que si bien las mujeres conocen que la vía de contagio de HPV es la sexual, presentan dudas en cuanto a quién se lo contagió y en qué momento. Por un lado, algunas de ellas mencionaron no tener intención de conocer quién se los transmitió por no ser relevante frente a la situación que atraviesan en relación al diagnóstico de HPV, en esto se pone en juego que el "no

saber" o " no querer saber" evita el pensar y replantearse posibles consecuencias en la pareja.

Por otro lado, se encontraron mujeres que identificaron que el contagio se produjo por parejas sexuales anteriores tanto estables (esposos) como pasajeras.

“ Como yo le digo a él como me lo agarré.? fue mi marido o él, pero no sé, estoy como bloqueada no puedo (...)” (40 años, NEB, Con pareja conviviente).

“Eso de por qué vino, de quién, eso ya no me interesa, me interesa el hoy, el estar bien de acá en más” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“Pienso en mi esposo, porque el motivo de nuestra separación fue que él tenía relaciones con otras mujeres” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

A nivel de salud sexual y reproductiva, se observó en el relato de las mujeres conciencia en cuanto al conocimiento no sólo de la prevención del embarazo o del SIDA sino de tomar conciencia del contagio de otras ITS y de la importancia de los cuidados sexuales.

“Ahí tomo dimensión de todo lo que me podría haber pasado y yo pensando en el SIDA, embarazo, sin tener en cuenta doscientas mil cosas” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

En relación al nivel educativo de las mujeres, se observaron pensamientos comunes independientemente del nivel de instrucción, entre ellos la asociación de HPV con cáncer, el origen de las lesiones por HPV, y cuestionamientos hacia las parejas sobre el contagio así como interrogantes sobre sí mismas.

A diferencia del nivel bajo de educación, las mujeres de niveles superiores comienzan a visualizar el HPV como una “enfermedad” común, que no presenta síntomas y que puede controlarse, otorgando las causas de su origen a problemas de pareja y relaciones sexuales sin protección y dando importancia al mantenimiento de relaciones sexuales con preservativo. Como se observa las mujeres mencionan el HPV como una enfermedad y no como una ITS, es relevante pensar en ello, debido a la auto representación de la enfermedad que se construyen las mujeres, el lugar, las condiciones y situaciones conllevan a representar la enfermedad, los controles rutinarios en los centros de salud aún cuando no existe sintomatología contribuiría a la idea de enfermedad en las mujeres.

Se observó que la edad de las mujeres no influye en los pensamientos que éstas experimentan frente al desarrollo de HPV. En ambos grupos de edades se evidenciaron pensamientos similares, entre ellos, la asociación con cáncer, considerar el HPV como una enfermedad común, relación HPV con embarazo, así como las causas del origen de estas lesiones.

El ser el HPV una ITS, remite a pensar en los vínculos de pareja y las prácticas sexuales. El contagio de esta ITS, influye en la vida de pareja dado que permite develar problemas de pareja en relación a sentimientos de infidelidad y pérdida de confianza.

5.3.3. Estrategias de afrontamiento

Desde este estudio concebimos el afrontamiento como un esfuerzo cognitivo emocional y conductual desarrollado por las mujeres con diagnóstico de HPV, que les permite generar estrategias para adaptarse de la manera más adecuada a esta ITS, adaptación que estará determinada por las historias personales, influyendo en la forma de tolerar la misma y sus diferentes tratamientos.

Tomamos los aportes de la psicología cognitiva-conductual, que define el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus, Folkman 1986: Pérez, Rodríguez, 2011, 18).

En este estudio se detectó que la mayoría de las mujeres acepta de manera activa el diagnóstico cumpliendo con parte de las medidas recomendadas por los especialistas. Siguiendo los lineamientos propuestos por Lazarus y Folkman (1984) se distinguen dos dimensiones funcionales del afrontamiento: afrontamiento orientado a la tarea y afrontamiento orientado a la emoción. En nuestro estudio, las respuestas de las mujeres se ubicaron mayoritariamente evidenciando estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción, entre ellas: la búsqueda de apoyo social, autocontrol, revalorización positiva de la situación y aceptación de la responsabilidad.

Se observó que las mujeres comparten su diagnóstico con personas cercanas, de modo de encontrar comprensión y apoyo emocional. Otras de las estrategias de

afrontamiento identificadas fue la búsqueda de información sobre el diagnóstico luego de comunicado y la auto- iniciativa de consultar con otros especialistas.

"Una de las debilidades que tengo es que por ejemplo no puedo guardarme la noticia, lo exteriorizo, me hice la biopsia y si estoy mal lo exteriorizo" (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

" (...) después fui a otra ginecóloga para más o menos tener dos, más o menos las dos me dijeron lo mismo" (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

A su vez, las mujeres al mencionar la percepción que mantienen en relación a los factores predisponentes y causas del contagio por HPV, se podría decir que logran aceptar su (co) responsabilidad en el origen y mantenimiento de esta ITS.

"Conocía a alguien y me acostaba y eso me arrepiento también, pero ta uno tiene que pasar cosas para aprender" (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

"(...) si yo hubiera venido desde el principio creo que las cosas tampoco hubieran sido tan así" (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

En esta (co) responsabilidad en el origen y mantenimiento de esta ITS, se podría observar la culpabilización que los discursos médicos generan en las mujeres, debido a que los técnicos suelen responsabilizar a los pacientes por no adoptar medidas de cuidado de su salud. En este caso, las mujeres serían las responsables de su ITS, por haber tenido prácticas sexuales "no permitidas". La ideología de culpabilizar a la víctima, considera que las personas pueden prevenir la mayoría de las enfermedades si adoptan acciones apropiadas, estilos de vida saludables, depositando de esta forma la responsabilidad de la salud en el paciente (Crawford, 1977 citado por de la Cuesta Benjumea, 1999).

La siguiente cita, muestra como la culpa ejercida en las mujeres funciona en cuanto a cuidados a realizar:

" (...) yo me entregué en una palabra para que me hicieran todo lo que me tuvieran que hacer. No me importaba nada, yo pasaba por todo lo que me tenían que hacer, dolía, dolía, pero decía es para estar bien, era eso lo que yo pensaba " (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

Por otro lado, se observó que las mujeres logran rescatar aspectos positivos de la situación, mediante la relativización del HPV en referencia con otras ITS y otras enfermedades de mayor índole.

"(...) por otro lado decís, es consuelo el decir, pero bueno hay personas que tienen SIDA, lo estigmatizas, porque es una enfermedad sexual. Entonces te cuesta, después que agarras confianza con la pareja decís ya esta!. Es una enfermedad normal, es una enfermedad de cuidados y decir hoy tengo que ir a hacerme la colposcopia" (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

" (...) tengo a mi vecina que le descubrieron eso, pero ella después no se controló más y ta cuando ya fue devuelta tenía cáncer (...) dice que la habían vaciado que le habían sacado eso y ta pero siguió viva y vos te pones a pensar y decís, te sacan algo pero ta, seguís viva!" (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

Se observó que las mujeres frente al diagnóstico de HPV realizaron esfuerzos para controlar sus sentimientos y emociones mediante la comprensión de esta ITS.

El siguiente fragmento de entrevista corresponde a una mujer con diagnóstico de HPV que requirió de intervención quirúrgica.

" (...) yo me entregué en una palabra para que me hicieran todo lo que me tuvieran que hacer. No me importaba nada, yo pasaba por todo lo que me tenían que hacer, dolía, dolía, pero decía es para estar bien, era eso lo que yo pensaba (...) siempre tuve esa seguridad de que iba a salir todo bien" (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

"Normal, o sea, son enfermedades, aprendí y entendí la vida y las enfermedades de otro modo, son enfermedades, o vivís con ellas y aprendes a vivir o convivir porque todos utilizamos el mismo cuerpo. Especialmente cuando tenés hijos chicos, capaz que si no los tuviera lo tomas de otro modo (...)" (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

Otras mujeres mencionaron haber sido de utilizar para afrontar el diagnóstico el inicio de terapia psicológica y prácticas alternativas como por ejemplo reiki, reflejando como las mujeres a través de la búsqueda de apoyo emocional, logran construir determinados soportes para afrontar esta ITS.

"Yo hago reiki, entonces tome muchas partes de eso, entonces no tuve un dolor, no tuve una hemorragia. Lo tomé bien yo pienso porque después que lo tenés, es algo que yo creo que si te pones mal es peor, no!" (45 años, NEM, Sin pareja conviviente).

"no es casual que me operé en Setiembre del 2006 y yo en Febrero de 2007 empiezo terapia por ataques de pánico, después de la operación" (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

En suma: las mujeres otorgan importancia al diagnóstico de HPV, lo que contribuye al desarrollo de prácticas de (auto) cuidado de salud. El significado otorgado a estas prácticas revela el interés por propio cuidado como la responsabilidad de tener hijos a cargo. Se observó que el nivel educativo y el tipo de lesión de HPV que presentan las mujeres y gravedad influye en la importancia otorgada al diagnóstico de HPV. El diagnóstico de HPV es vivido como un acontecimiento no previsto, que genera reacciones emocionales: angustia, miedo, susto, culpa, tristeza, depresión, vergüenza, etc. Aparecen miedos relacionados a la posibilidad de tener cáncer, a la reactivación del virus, a la afectación de la fertilidad (HPV y embarazo) y por consiguiente, a la posibilidad o no de poder tener hijos, miedo a enfermarse y sufrir, y miedo a la muerte. Los pensamientos de las mujeres reflejan la asociación del HPV con cáncer y cuestionamientos hacia las parejas sobre el contagio. Las mujeres aceptan de manera activa el diagnóstico cumpliendo con parte de las medidas recomendadas por los especialistas, desarrollando estrategias de afrontamiento acordes a la situación.

5.4. La influencia del HPV en la vida de las mujeres

Se observó que el diagnóstico de HPV influye de manera diferente según el ciclo vital de las mujeres. Esta influencia puede actuar tanto de manera positiva, modificando pensamientos y conductas relacionados al (auto) cuidado en las mujeres como de forma negativa, afectando a nivel afectivo y emocional.

E: "Sentiste que el diagnóstico de HPV, influyó en algún aspecto de tu vida?"

P: "En todo, en la pareja, en el ánimo mío, en todo, para peor en la pareja" (40 años, NEB, Con pareja conviviente).

Teniendo en cuenta el ciclo sexual y reproductivo, las mujeres relacionan el diagnóstico de HPV con la posibilidad o no de poder tener hijos.

"mi amiga me dijo que ella ya tenía cáncer y que no podía tener hijos entonces yo estoy re asustada tanto por lo que leí como por lo que me dijo mi amiga" (19 años, NEA, Sin pareja conviviente).

En cambio, en mujeres que ya han transitado por esta etapa, el diagnóstico de HPV no es significativo en cuanto a la reproducción, sino que toman relevancia las acciones a realizar para obtener la eliminación de las lesiones por HPV. La preocupación por eliminación las lesiones por HPV, se relacionarían a los miedos presentes en las mujeres en relación a la muerte, el temor a dejar solos a sus hijos o verlos sufrir por ellas.

"Yo no quiero mañana verme tirada en una cama y mucho menos quiero ver a mis hijos sufrir por mí" (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

La influencia del diagnóstico HPV según la edad y el ciclo vital de las mujeres, se hace evidente en el relato de una de las entrevistadas que tuvo reincidencia de lesiones por HPV a diferentes edades.

"La diferencia es que en este momento yo prefiero que hagan algo efectivo primeramente, justamente como yo ya opté por no tener más hijos . En su momento pasado si yo creo que la mejor opción era el cono leep porque tenía 17 años no me podían hacer algo más efectivo cuando estás en plena fertilidad, no te van a cortar eso, pero ahora si yo misma le dije al ginecólogo que yo en este momento me siento como madre ya realizada, ya tengo 2 hijos ya están grandes. En ese momento tenía miedo por eso y por el futuro porque con 17 años no vas a querer que te saquen el útero" (28 años, NEA, Con pareja conviviente).

"(...) ta viste que te agarra ahora con una hija uno va relativizando, no me lo tomé tan mal como las otras veces!. (...)“sin duda de que debe de haber mucho psicológico, de miedos, pero ahora ya ha pasado unos años y me encontrás con esto fresco que me hice la biopsia hace poquito pero lo había dejado en standbay porque el embarazo también estuvo buena la experiencia. El poder concretar el embarazo y el miedo de poder o no tener hijos" (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

Por otro lado, algunas mujeres mencionaron que el diagnóstico de HPV influyó de manera positiva en sus vidas, en cuanto a que permitió tomar mayor conciencia sobre las medidas de protección y (auto) cuidado.

"(...) si lo pienso cambio en los aspectos de cuidarme un poco más, de quererme un poco más" (28 años, NEM, Con pareja conviviente).

“(...) desde el tiempo que quedé embarazada hasta ahora maduré un montón de cosas, yo era una persona de estar con mucha gente, de acostarme con mucha gente, yo estuve de los 15 a los 19 que quedé embarazada, una etapa de que no me importaba nada” (24 años. NEM, Sin pareja conviviente).

“ Y si, terminé yendo a ceremonias de ayahuasca, hizo un cambio en mi vida. tengo un cambio en mi manera de ver las cosas, de valorarme, de amarme, de cuidarme” (38 años, NEA, Sin pareja conviviente).

Teniendo en cuenta el nivel educativo se observó que las mujeres pertenecientes al nivel bajo y medio de educación mencionan que el diagnóstico de HPV las afectó a nivel emocional, en cambio las mujeres de mayor nivel de instrucción manifestaron que el diagnóstico influyó de manera positiva, llevando a las mismas a pensar en medidas de (auto) cuidado.

Ante esto se podría decir que las mujeres con mayor educación pueden reflexionar sobre la situación por la que atraviesan y por consecuente modificar determinados comportamientos, tomando una posición activa frente al diagnóstico de HPV, en cambio, no sucede lo mismo con mujeres pertenecientes a niveles de instrucción inferiores. Esta diferencia podría fundamentarse en cómo el acceso a la información permite a las personas reflexionar sobre sus condiciones de existencia.

5.4.1. Medidas de (auto) cuidado

Las medidas de (auto) cuidado, indican el grado de adhesión a los tratamientos que presentan las mujeres así como la importancia y comprensión de las indicaciones médicas. El cumplimiento o no de las indicaciones médicas, podrían ser indicativas del grado de asimilación y aceptación de las mujeres del diagnóstico del HPV.

Es importante mencionar que el conocimiento y las creencias sobre salud y enfermedad se producen en contextos sociales e históricos determinados. Desde este estudio, se hace necesario analizar las creencias construidas por las mujeres en relación al HPV, de modo de poder analizar como éstas influyen en las conductas de (auto) cuidado que adoptan frente al diagnóstico de HPV.

En relación a ello, el sentido que las mujeres le otorguen a su salud, es el resultado de una combinación de creencias relacionadas tanto a aspectos culturales, médicos,

como otras dimensiones de la realidad, tales como la situación económica y las relaciones de género dominantes (Castro, 2000).

Las mujeres de nuestro estudio, identificaron tres indicaciones médicas básicas: controles (PAP, colposcopia) en plazos establecidos, abandonar el hábito de fumar y la utilización de preservativo como medida de protección en las relaciones sexuales.

Los controles indicados por el personal médico, comprende la realización de PAP y colposcopia en tiempos establecidos, dependiendo del tipo y grado de lesión. Dichos controles pueden ser indicados cada 3- 6 meses o un año.

“Tengo que hacer control cada 6 meses con PAP, colposcopia y si llega a ser necesaria la biopsia” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

En relación a los sentimientos originados por la consulta médica propiamente dicha, las mujeres manifestaron desagrado a concurrir a la consulta con especialista, debido a que sienten nervios frente a la exploración médica como en la realización de los estudios. Se ha verificado la existencia de obstáculos a nivel subjetivo para la realización del PAP, por una lado, las mujeres sienten vergüenza frente al examen ginecológico, y por otro, experimentan temor frente a un posible resultado positivo. La exploración ginecológica implica la exposición del cuerpo frente al médico, y esto ubica a las mujeres en una situación incómoda y desagradable.

El pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización de las mujeres, por lo cual, sienten vergüenza de exponer sus genitales y ser observadas y tocadas, siendo éste un motivo importante para la no realización del PAP (Zamberlin et al. 2011).

Para Carril (2014), estos sentimientos están referidos fundamentalmente a las dificultades (asociadas a convicciones morales y/ religiosas) de mostrar el cuerpo frente a un desconocido, potenciándose cuando el profesional es del sexo masculino.

Mientras que el temor al PAP se vincula con la posibilidad de que el estudio revele una enfermedad grave o incurable que de otra forma no hubiera sido conocida, al menos hasta no desarrollar síntomas.

Los nervios experimentados en esta instancia podrían vincularse con la posibilidad de que ir al médico representa una instancia donde se identifica y diagnostica alguna enfermedad, por lo cual, muchas mujeres prefieren no concurrir como forma de evitar la angustia. (Zamberlin et al. 2011)

“en este momento yo venía asustada a hacerme la colposcopia, venía muy asustada!”
(47 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“(...) esas cosas nunca me gustaron, de que te estén revisando, creo que a nadie le gusta que lo estén revisando(...)” (45 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“(...) claro cada vez que me voy a hacer esto , me pongo un poco nerviosa si!” (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

Las mujeres frente a las diferentes etapas de los tratamientos experimentan una diversidad de sentimientos, "ansiedad", "bronca", "cansancio", "enojo", "nervios" y "dolor", este último más relacionado a las sensaciones vivenciadas en procedimientos de eliminación de verrugas genitales con ácido, las mujeres representan esa instancia recordando el *“olor a carne quemada”*. En relación a la explicación de los procedimientos y tratamientos, las mujeres mencionaron que la información aportada por el equipo médico es escasa, generando dudas e inquietudes.

“Paso rápido lo peor fue el olor a carne quemada, un asco, y después al año todavía hubo una segunda vez” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

“Por una lado, digo bueno vale la pena ir todas las semana, pero a veces me voy mal, ahora porque no paso nada, un poco de dolor, pero me he ido llorando porque te sentís mal (...) llega un momento que decís estoy cansada! He salido de acá y he dicho, estoy cansada de sentirme mal (...)” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“(...) nunca me dijo que me iba a quemar, vi estrellitas de colores, nunca en mi vida sentí tanto dolor, impresionante, me lo hicieron dos veces. La primera vez fui sola, y casi me desmayo de dolor (...)” (38 años, NEA, Sin pareja conviviente).

“La primera con un poco de nervios porque no sabes lo que es, después ya cuando la segunda era todo lo mismo, más allá de que la sensación es fea, porque te arde muchísimo” (35 años, NEM, Sin pareja conviviente).

En tratamientos donde se requiere de intervenciones, las mujeres experimentaron nervios y miedo en relación a la operación, es de destacar que muchas de ellas era la primera vez que transitaba por una operación.

“(...) me había impactado como todo la intervención (...)” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

“Eso tuve mucho miedo al principio a mí nunca me operaron, nunca me hicieron nada (...)” (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

“Estaba como loca, esa noche recuerdo que no había dormido y no sé, nervios y asustada (...)” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

Se constató que luego de ser intervenidas quirúrgicamente surgen miedos con relación a la posible reincidencia de lesiones por HPV.

“Si tuve miedo, miedo no en la operación, es decir después de la operación me hicieron una colpo y me dijo que había cicatrices que ya para la altura de la operación, tiempo de la operación ya no tendrían que estar” (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

“(...) pero me movilizó más cuando llegue a mi casa después de hacerme la ionización (...) como que me sentí re mal, andaba súper bajoneada!” (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

En relación al hábito de fumar la mayoría de las mujeres mencionaron ser recomendado su prohibición por parte del equipo médico, debido a la influencia del tabaco sobre las lesiones de HPV.

“Cuando el ginecólogo, me dijo “Ud. fuma”? Si, es la mancha típica de la fumadora la que tiene en el útero, porque no deja de fumar, entonces dije dejo de fumar y dejé de fumar!” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

Al preguntar sobre las medidas de (auto) cuidado a nivel sexual, las mujeres mencionaron que no fueron informadas sobre las medidas a seguir, en su gran mayoría los médicos recomiendan la utilización de preservativo como método de protección.

“No, no nadie me informo de nada, me dijeron que tenía la herida y nada más. En ningún momento se me informo como debería de seguir mi vida sexual” (47 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Esta cita nos lleva a poder pensar en el discurso médico sobre HPV.

Como se mencionó anteriormente las mujeres son informadas sobre la importancia de la utilización de preservativo en las relaciones sexuales. Del discurso de las mujeres se podría inferir que si bien esta medida es recomendada por los especialistas, los

mismos en momento de consulta médica, no indagan sobre la vida sexual de las mujeres, tipo de pareja, prácticas sexuales, etc., lo que contribuye a que las mujeres interpreten esta indicación médica como una indicación más y no logren relacionarla con la vida sexual.

Por otro lado, teniendo en cuenta la edad y estado conyugal de las mujeres, se observó que independientemente de las variables socio demográficas anteriormente mencionadas, los médicos recomiendan la utilización de preservativo como método de protección para el desarrollo de relaciones sexuales.

Otras mujeres mencionaron cuidarse sexualmente con anticonceptivos orales, siendo recomendado por los especialistas su interrupción por ser contraproducente para las lesiones de HPV.

Se observó que si bien las mujeres cumplieron con la indicación recomendada, no comprenden adecuadamente el porqué de la no utilización de anticonceptivos orales.

“El médico que me atendió me comento que las pastillas me podían generar una cierta vulnerabilidad frente al virus, entonces por eso las dejé. Las dejé de tomar pero nunca entendí porque era esa vulnerabilidad, si nunca más iba a poder tomar pastillas, entonces todo eso es lo que tengo que averiguar ahora” (35 años, NEA, Sin pareja conviviente).

Frente al desarrollo de cirugías, lo médicos recomendaron no mantener relaciones sexuales por un determinado tiempo.

“(...) hasta que yo no termine con el tratamiento no puedo mantener relaciones sexuales (...)” (47 años, NEB, Sin pareja conviviente).

Por otro lado, una minoría de mujeres mencionaron como indicaciones médicas, los tratamientos con óvulos y la utilización de vitaminas.

“ Lo único que me dijo el médico fue de hacerme el tratamiento con óvulos, porque además como yo había tenido el aparato antes, había quedado como una cicatriz, porque cuando me lo sacaron, había una herida” (43 años, NEM, Con pareja conviviente).

Para poder determinar si las mujeres cumplieron con las indicaciones médicas antes mencionadas, se indagó sobre conductas de (auto) cuidado en relación al consumo de

tabaco, la realización de controles periódicos y el uso de preservativo en las relaciones sexuales.

Se observó que la mayoría de las mujeres que presentaban el hábito al momento del diagnóstico de HPV no logran abandonarlo, luego de realizada la indicación médica.

“No no es algo más fuerte que yo, ya fui a las clases de dejar de fumar y no me dio resultado” (40 años, NEB. Con pareja conviviente).

La respuesta a esta indicación médica es diferente según el nivel educativo y la edad de las mujeres.

En mujeres con nivel de educación bajo, se observó que a pesar de tener información sobre la influencia del consumo de tabaco sobre la evolución del HPV y teniendo la indicación médica de eliminar el consumo, la mayoría de la mujeres no logran cumplir con la conducta de (auto) cuidado. En cambio, las mujeres con niveles de educación medio y alto, mayoritariamente logran abandonar el consumo de tabaco, luego de informadas sobre las consecuencias para el HPV.

Como se menciona anteriormente, esta diferencia podría fundamentarse en cómo el acceso a la información permite a las personas reflexionar sobre sus condiciones de existencia.

En relación a la edad, se observó que las mujeres que no logran cumplir con la indicación médica se ubican en las edades correspondientes entre 19 a 34 años de edad.

“Y dejaste de fumar? No, y la verdad que me encantaría que hubiera algo que me hiciera desaparecer el cigarro de mi vista por completo” (29 años, NEB, Con pareja conviviente).

Las mujeres mencionan que los estudios realizados para la detección del HPV fueron: Papanicolaou, colposcopia y biopsia. En la totalidad de las respuestas se menciona la realización del PAP, reflejando el cumplimiento de los lineamientos aprobados en SSR por el Ministerio de Salud Pública. La ley N° 17.242, *“Declárese de interés público la prevención de cánceres genito-mamarios”*, que establece la concurrencia a la realización del PAP para la prevención del cáncer de cuello de útero.

A sí mismo, el Decreto 571/2006, indica la realización del PAP, como uno de los requisitos prioritarios para la expedición del Carné de Salud Básico (MSP, 2006).

Los estudios de colposcopia y biopsia fueron nombrados por aquellas mujeres que han tenido lesiones por HPV, desde L-SIL a H-SIL, teniendo que ser muchas de ellas intervenidas por esta causa.

“ Yo tuve a mi nena en setiembre del 2002, me hice el Pap en Diciembre y colposcopia, y en Enero me llamaron y me dijeron que tenía el virus del HPV. Que tenía una lesión de alto grado y que me tenían que hacer una cono leep (...)” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

Se observó que la mayoría de las mujeres cumplen con los controles periódicos. Esto podría fundamentarse en que el discurso sobre el cuidado de la salud en general y la prevención está fuertemente ligado al deber ser y la responsabilidad de llevar un estilo de vida saludable y realizar controles médicos periódicos. (Zamberlin, et al. 2011; Gurrusquieta, 2008).

Se observó que el nivel educativo que poseen las mujeres influye en el cumplimiento de esta medida de (auto) cuidado.

Las mujeres de nuestro estudio con nivel educativo medio y alto son las que mayoritariamente cumplen con la realización de los estudios según indicación médica, concordando con los hallazgos encontrados por Verissimo Fernandez, Lacerda Rodrigues, Silva da Costa et al. (2009).

Otras manifestaron no cumplir con los plazos establecidos por diferentes motivos, entre ellos, el tiempo de espera de horas para especialista en las instituciones así como los tiempos personales de cada mujer.

Los tiempos personales de cada mujer, nos introduce en la dimensión psicológica frente al HPV y la adopción de prácticas de (auto) cuidado, esto determinaría que la forma y el tiempo en que las mujeres logran asimilar el diagnóstico de esta ITS influye en el desarrollo de dichas prácticas.

Ante ello se debe de diferenciar el cuerpo biológico del cuerpo subjetivo, que si bien están vinculados remiten a dimensiones diferentes.

Según López, Carril (2008), el cuerpo es una unidad compleja, que se produce mediante las relaciones sociales, culturales, políticas y afectivas en un determinado contexto histórico. Desde este estudio coincidimos con las autoras en que el cuerpo no se puede pensar ni sentir de forma aislada, el espacio corporal se constituye por la historia personal y social lo que determina las diferentes vivencias de las mujeres frente al diagnóstico de HPV y la adopción de prácticas de (auto) cuidados.

En cambio, las mujeres que mencionaron no haber realizado los controles indicados por los médicos en los tiempo establecidos al igual de no haber realizado controles previos al diagnóstico de HPV, pertenecen mayoritariamente al nivel bajo de educación, concordando con los hallazgos de diversos estudios (Benia, Tellechea, 2000; Bazán et al. 2007)

“(...) yo he estado hasta un año y medio sin venir al médico y es todo por el trabajo!” (47 años, NEB, Sin pareja conviviente).

“ No es una cosa que porque vos me digas cada 6 meses estrictos, lo voy a hacer, capaz que mis tiempos son otros. Ella era mucho más abierta en eso y me hizo las órdenes sin fecha. Después a la próxima que me tenía que hacer, había una suplente y me las puso con fecha y nunca me los hice” (28 años, NEA, Con pareja conviviente).

Las razones por las cuales las mujeres se realizaron los estudios fueron: la realización del PAP como trámite fundamental para el carné de salud así como la tranquilidad de constatar mediante diagnóstico su estado de salud, coincidiendo con lo postulado por Zamberlin et al. (2011), en cuanto a la importancia del valor preventivo del PAP y la necesidad que presentan las mujeres de saber acerca del estado de sus órganos internos.

“(...) yo me siento segura, yo creo que el tema de los controles fue siempre lo que me gustó, yo haciéndolos cada menos tiempo me sentía más tranquila que capaz una vez al año” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

Las razones que las mujeres identificaron para no realizarse los estudios fueron: tener como resultado último un PAP adecuado y otras mencionan no concurrir a consulta por no sentir malestar que denote una posible dolencia. Frente a estas conductas, se establece que el uso de servicios de salud es casi exclusivamente con fines curativos frente a la aparición de síntomas, siendo relevante para las prácticas de prevención, que si la mujer se percibe sana no concurre a consulta médica ni considera la misma con fines preventivos (Tamayo et al. 2010; Zamberlin et al 2011).

“(...) después tenía que ir al mes y como no me salió, minga hasta ahora me está esperando!” (38 años, NEA, Sin pareja conviviente).

“ Lo que pasa es que si yo no me siento mal no voy al médico (...)” (35 años, NEM, Sin pareja conviviente).

La edad de las mujeres incide en el cumplimiento o no de esta medida de (auto) cuidado. Las mujeres pertenecientes al grupo de edad entre 35- 50 años, son las que mayoritariamente no efectúan controles ginecológicos.

En cuanto a la vida sexual de las mujeres, se observó que la mayoría de las mujeres no cumple con la indicación médica de utilizar preservativo como método de protección en las relaciones sexuales. La no utilización del preservativo como método de protección y la negociación de esta medida de (auto) cuidado, se analiza en el siguiente apartado.

Otras conductas de (auto) cuidado que surgen del discurso de las mujeres fueron: cambios en el estilo de vida, eligiendo hábitos saludables en cuanto a la alimentación y la realización de ejercicio físico, y por otro lado, la elección de ingesta de productos referidos a medicina integral. Ello reflejaría cierta motivación en las mujeres en relación a la modificación de comportamientos nocivos para la salud. El mantenimiento de estos hábitos saludables contribuye a la mejora de la salud y disminuye el riesgo de avance a estadios graves de enfermedad (Morales Calatayud,1997).

“(...) ella me recomendó la uña de gato peruana y como yo hago todo lo que ella me dice, arranque para el jengibre y me tomaba todos los días un té” (28 años, NEA, Con pareja conviviente).

“Estoy tratando de alimentarme más sano que antes, estoy comiendo mucho mejor” (27 años, NEM, Con pareja conviviente).

“ Cuando el ginecólogo, me dijo (...) porque no deja de fumar, entonces dije dejen de fumar y dejen de fumar!! Cambié el cigarrillo y hago más deporte, dentro de lo que puedo (...)” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

Frente a las indicaciones médicas, se concluye que las mujeres logran cumplir con la indicación médica de realizar los controles correspondientes, no pudiendo cumplir con la eliminación del hábito de fumar y la utilización de preservativo en las relaciones sexuales. Estas respuestas podrían estar indicando que las mujeres no logran asimilar claramente su diagnóstico, debido a diversos factores, entre ellos la forma en que son informadas del diagnóstico de HPV y de las prácticas de (auto) cuidado a desarrollar por el personal médico y la negociación de medidas a nivel sexual con sus parejas, dado que el uso del preservativo masculino depende mayoritariamente del hombre.

El considerar estos factores, permite des-culpabilizar y des-responsabilizar a las mujeres frente al discurso médico, así como comprender que aunque las mujeres posean conocimiento sobre el HPV esto no garantiza que se desarrollen dichas prácticas de (auto) cuidado.

5.5. La influencia del HPV en la vida sexual de las mujeres

Como se mencionó anteriormente, el estado conyugal de las mujeres entrevistadas se distribuyó de la siguiente manera; 52% presentaron pareja conviviente, mientras que el 48% no tenían pareja o si la tenían, no convivían con ella en el momento de la entrevista.

Se indagó sobre el tipo de vínculo que las mujeres consideraban que tenían con sus parejas al momento de la entrevista y al momento de comunicar el diagnóstico.

Se realizó esta distinción debido a que en las respuestas se identificaron diferentes parejas, distinguiendo sus respuestas en cuanto al manejo del diagnóstico de HPV con la pareja que mantenían en ese momento y la comunicación del diagnóstico con la pareja actual.

En cuanto al estado conyugal de las mujeres, se observó que aquellas mujeres que no se encontraban conviviendo en pareja al momento de la entrevista, se encontraban saliendo con otras personas, no constituyendo un vínculo estable con las mismas.

“Ahora estoy conociendo a alguien estamos saliendo nomás (...)” (24 años. NEB, Sin pareja conviviente).

En cambio, las mujeres Con pareja conviviente al momento de la entrevista, consideraron que el vínculo que mantenían con sus parejas era estable, basado en sentimientos de confianza y seguridad.

Es de destacar que las mujeres que se encontraban en pareja al momento de la entrevista mayoritariamente se ubicaban en el rango de edad de 35- 50 años, mientras que las mujeres sin pareja conviviente y en inicio de vínculo con otras personas se ubicaban en el rango etario de 19-34 años.

La distinción sobre el tipo de vínculo que mantienen las mujeres con sus parejas, se realizó de modo de poder analizar las formas de comunicación del diagnóstico de

HPV, el tipo de negociación de prácticas preventivas a nivel sexual y el impacto que genera dicho diagnóstico en la vida sexual y de pareja.

5.5.1. Comunicación y respuesta al diagnóstico de HPV

Se observó que la mayoría de las mujeres comunicaron el diagnóstico de HPV a sus parejas. Se identificó que por un lado, las mujeres responsabilizan, culpabilizan y reprochan a sus parejas por el contagio y por otro, manifestaron sentimientos de vergüenza y miedo en relación al que sus parejas no las entiendan. Se podría decir, que estas mujeres se culpabilizan a sí mismas, dado que comunicar el diagnóstico es transmitir que son sexualmente activas y que hubieron "otros hombres" antes que esta pareja. En la sociedad por las desigualdades de género y los roles adjudicados, se asume con facilidad que los hombres han tenido otras parejas, pero en el ideal de mujer impuesto, muchas veces no resulta "bien visto" que éstas hayan tenido otras parejas.

“Puede ser que al principio cuando me enteré le recriminé un poco, pero después entendí que no era que le tenía que recriminar, yo ya sabía la vida de él anterior” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

“(…) es el primer impacto cuando te empezas a conocer y le tenés que decir, y si lo va a entender la otra persona, no sé si va en las personas o que!” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

“ Cómoda, bien. Al principio me costó un poco porque conoces a esa persona en la intimidad, es medio como que, tenés algo que no es tuyo, esa verruguita no es de uno, uno no nace con ellas como con millones de enfermedades que pueden pasar. Fue como todo un poco vergonzoso al principio , el tener que explicar porque tenés eso, la otra persona que no conoce no sabe, en fin! Menos un hombre, para mí ya de mirar se puede imaginar cualquier cosa, que tiene ahí, ¿Porque es así para mí es así, pero yo le expliqué todo y no” (26 años, NEB, Sin pareja conviviente).

La mayoría de las mujeres manifestaron tener una respuesta positiva de sus compañeros frente al diagnóstico de HPV, sintiéndose acompañadas por sus parejas al hablar del diagnóstico, así como en ser acompañadas a las consultas médicas y medidas de (auto) cuidado. Según Barbosa et al (2010), los significados que las mujeres y su sistema familiar otorgan al diagnóstico de HPV, se generan en torno a las parejas sexuales, a la sexualidad y a los sentimientos de miedo y temor que se

producen frente al pronóstico del virus.

Según estos autores, esta preocupación genera unión y lealtad familiar transmitida mediante el significado que se le otorga al cuerpo, a la conciencia de cuidado y de amor propio de la pareja y del ámbito familiar.

“ (...) y como te decía él, me acompaña, como ahora que me acompañó. deja de hacer lo que está haciendo y me viene a acompañar y todo” (25 años, NEB, Con pareja conviviente).

“Siempre me acompañó a las intervenciones, no me puedo quejar. Es más él a veces me insiste cuando me tengo que hacer algún PAP o algo, me pregunta y cuanto hacia que no te lo hacías?, él como que me está insistiendo” (29 años, NEA, Con pareja conviviente).

Por el contrario, una mínima parte contestó no haber comunicado el diagnóstico o el haberlo hecho de manera forzosa, debido a sentimiento de vergüenza, miedo a perder el vínculo o no haberlo comunicado por considerar que la pareja actual no es estable.

“Porque al principio me daba vergüenza decírselo, igual ahora es algo normal que está en todos lados (...)” (27 años, NEM, Con pareja conviviente).

“La primera vez no lo conocía, nos empezamos a tratar y yo que sé no me dio, no me dio la nafta para decirle (ríe) Si nos vimos hará menos de un mes y él estaba conmigo cuando me llamaron de acá, yo ya le había dicho ese mismo día.” “Digo no se lo comuniqué, tal vez el miedo a que se espantara, no se (ríe) puede ser ” (32 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Teniendo en cuenta la comunicación del diagnóstico de HPV con el diagnóstico de otras ITS (Sífilis y VIH), se observó que las mujeres logran comunicar más fácilmente el diagnóstico de HPV a sus parejas en relación a otras ITS. Ello se reflejó en el discurso de una de las entrevistadas:

“(...) no tengo una pareja estable salvo con un muchacho, igual tengo que ser sincera contigo, a él no le dije lo que tengo, no me da, creo que tengo el miedo más grande es de sentar a una persona y decirle y que salga corriendo por una ventana o por la puerta por donde entro.

Le mencionaste alguno de los dos diagnósticos? No, él sabe del HPV, sabe algo ahí medio variado porque sabe que yo me operé, pero cree que me operé de una lesión en el cuello del útero como todo el mundo” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

En relación al estado conyugal y la comunicación del diagnóstico de HPV, se observó que la mayoría de las mujeres que comunican el diagnóstico de HPV presentan pareja conviviente. Sin embargo, no se detectó asociación significativa entre la edad y nivel educativo de las mujeres y la comunicación de dicho diagnóstico.

Nuestro estudio reveló que el diagnóstico de HPV influye en la vida sexual y de pareja. En relación a la pareja afecta de manera negativa, originando cuestionamientos y sentimientos de culpa, desconfianza, infidelidad, rechazo e incluso crisis de pareja.

"(..) mil cosas, se te vienen a la cabeza, la pareja, hubo una crisis, fueron mil cosas que afectaron, un diagnóstico afecta muchísimo!" (...) me costó muchísimo volver a relacionarme con alguien sexualmente, me costó! Lo que más cuesta es rehacer la confianza en un hombre, es lo que más cuesta! (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

Las mujeres mencionaron dificultades a nivel sexual, respecto a no poder mantener o mantener con dificultad relaciones sexuales, debido tanto a los sentimientos de rechazo, asco, rabia hacia sus parejas como al dolor experimentado en las mismas.

"Cambió por supuesto, porque yo soy una persona que tiene una vida sexual activa y hoy eso no existe, entonces eso también es un cambio (...)" (43 años, NEM, Sin pareja conviviente).

"si yo prácticamente ya estoy teniendo pocas relaciones sexuales porque ni ganas tengo, yo misma se lo dije hablando, me das asco, hasta rabia le digo. Él me dice porque, soy yo? Y yo le digo no, soy yo! (...)

E: Este rechazo hacia él cuando empezó?

Ahora cuando me dijeron eso del papiloma, ahí fue, ahí fue cuando se me cruzaron todos los papeles" (40 años, NEB, Con pareja conviviente).

"(..) por momentos siento dolores muy fuertes al mantener relaciones e incluso él me dice cuando estamos manteniendo relaciones como que él siente que toca algo, y ya quedó dolorida unos cuantos días y con ese pequeño sangrado, que no se a que se debe eso!" (43 años, NEB, Con pareja conviviente).

Algunas mujeres mencionaron que el diagnóstico de HPV, impacta de forma positiva, influyendo en el desarrollo de cuidados saludables con la pareja sexual.

“ La decisión fue (...) por eso te digo que una vez que me lo diagnosticaron que rompí con la pareja anterior, el decir después de acá preservativo hasta que (...)” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

E: “De tu vida sexual antes de los diagnósticos y la vida sexual que llevas hoy en día, si las comparamos notaste cambios?”.

“Ahora me siento mucho más segura cuando mantengo una relación porque de alguna manera sé que me estoy cuidando, de alguna manera, no lo hice en el pasado pero por lo menos un poco ayuda ahora y ta.” (25 años, NEM, Sin pareja conviviente).

No se identificó asociación significativa entre la edad, estado conyugal y nivel educativo y la incidencia del diagnóstico de HPV en la vida sexual y de pareja. Tampoco se encontró asociación significativa de estas variables con mujeres que consideraron que el diagnóstico de HPV no afectó en su vida sexual.

5.5.2. Negociación sexual

Se define negociación sexual como *“una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades y deseos de las dos personas involucradas”* (Crawford, et al., 1994; Noboa, 2006: 25). Refiere a todas las decisiones relativas a las condiciones de contexto del encuentro sexual, es decir, dónde, cuándo, cómo, incluyendo las formas de planificación familiar y la prevención de ITS (Conasida, 2000; Carmona 2011).

Desde este estudio, nos posicionamos desde los lineamientos de Sánchez (2004), quién refiere la noción de poder de negociación sexual.

Del relato de las mujeres entrevistadas se desprende la negociación del preservativo como método de protección de las relaciones sexuales.

En relación a esta práctica afectivo-sexual se observa que las mujeres no negocian dicha conducta de (auto) cuidado con sus parejas sexuales, a pesar de tener conocimiento sobre esta medida de protección (Gurrusquieta, 2008) .

Las mujeres entrevistadas mencionaron tener dificultades para negociar esta práctica a nivel sexual, dado que ambos sexos manifestaron no tener costumbre de utilizar preservativo en las relaciones sexuales.

Del relato de las mujeres se observó que éstas no eligen la utilización del preservativo por considerarlo incómodo y considerar que el mismo quita sensación en las relaciones sexuales.

Por otro lado, las dificultades en cuanto a la negociación de esta práctica se deben a los sentimientos de inseguridad que presentan las mujeres frente a la situación de negociación, así como también aparecieron sentimientos de ceder frente a la decisión del otro. Coincidiendo ello con lo postulado por Carmona (2011), en que pese a las transformaciones en las desigualdades de género, a los discursos más igualitarios en relación a la sexualidad y a las relaciones de pareja, el no hablar y el ceder siguen siendo las principales prácticas ante las discordancias en materia sexual y a la no negociación de las mismas.

“(...) he tenido varias parejas y si me cuesta mucho utilizar el preservativo!” (35 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“E: Y por qué no el preservativo, por ejemplo?”

Y es como más incómodo el preservativo, tiene como su incomodidad (...) estas en ese momento que si que no, y bueno pará, vamos a poner el preservativo, y es como que corta un poco toda esa situación, tenés que estar pensando para no olvidarte” (28 años, NEM, Con pareja conviviente).

“ Con él, no me cuidaba con preservativo (...) no fue mi decisión primaria pero a veces cuando te enganchas con una persona (...)” (32 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“ (...) los médicos recomiendan cuidarse con preservativo, hay un problema mi ex marido no lo tenía, no nos cuidábamos con preservativo y en ese momento ni yo ni el teníamos HPV, pero hoy en día la mayoría de las parejas, si vos tenés una pareja son reacios al preservativo. Es todo un tema!” (32 años, NEM, Sin pareja conviviente).

En instancias de negociación entre géneros, se observan lógicas de poder, que determinan el lugar de cada uno de los integrantes, cada uno configura su lugar en relación al nivel de superioridad o inferioridad del otro. Desde esta relación emergen prácticas de violencia que configurarían los vínculos y contratos subjetivos entre ambos géneros.

En este estudio, se observó que las mujeres no logran negociar la utilización de preservativo con sus parejas sexuales, debido a que se configuran determinados vínculos de pareja que limitan las posibilidades de negociación, así como es relevante

el lugar de subordinación que mantienen las mujeres frente a las decisiones de sus parejas.

Se observó que la mayoría de las mujeres que no negociaron/negocian esta práctica con sus parejas sexuales anteriores/actuales, debido a que consideran mantener una pareja estable caracterizada por un vínculo de confianza y seguridad en el otro, por lo cual, el uso de preservativo es inocuo dado el conocimiento mutuo que existe entre las personas (Sánchez, 2004).

De acuerdo a Vargas, Pozos, Díaz y Rivera (2011), el enamoramiento juega un papel importante en la toma de decisiones de las mujeres.

Para estos autores, si la mujer se encuentra enamorada de su pareja, no cuestiona el comportamiento del hombre, sino que queda pendiente a las necesidades del otro, ello refleja el cautiverio de que es objeto la mujer, debido a su privación de autonomía, de posibilidad de elegir así como de la capacidad de decidir. En relación a ello, en las mujeres de nuestro estudio se observaría que los aspectos de subordinación no son otorgados solamente por las parejas sino por las mujeres mismas, que desarrollan aspectos de su subjetividad, ubicándose ellas mismas en relación al "ser para otro". Fernández (1994).

"(...) en aquel momento yo estaba en pareja con una persona con la que había estado muchos años , entonces con él no me cuidaba, le tenía confianza, y nada después de eso seguí estando con él" (35 años, Ed. Alta, Sin pareja conviviente).

" Yo tomaba anticonceptivos desde que empecé a tener pareja estable .En mi primer pareja tomé anticonceptivos, cuando conocí al padre de mis hijas, ahí usaba preservativo, después cuando formalizamos y ahí volví a tomar las pastillas y cuando las dejé quedé embarazada de mi primer hija y después seguí utilizando preservativo hasta tener mi segunda hija" (35 años, NEA, Con pareja conviviente).

Esta última cita, refleja el ciclo de elección de los métodos anticonceptivos utilizados por las parejas sexuales según el tiempo y tipo de vínculo de pareja que mantienen. Es decir, que al inicio de una pareja las mujeres prefieren utilizar preservativo como medida de protección pero a medida que ésta se va fortaleciendo se elige otros métodos de protección. El interés por no incurrir en comportamientos de alto riesgo y el poder protegerse, suele ocurrir mayoritariamente al inicio de la relación (Galarza, 1998; Noboa y Serrano, 2006).

Independientemente del nivel educativo, las mujeres de nuestro estudio refieren no utilizar el preservativo de forma continúa con sus parejas sexuales, esto podría deberse a la fantasía de fidelidad mutua que se construye en las parejas o el mito del amor romántico.

“ Estuve casada 22 años, después me separé de mi esposo y después tuve parejas, que no eran estable, con preservativo. Después cuando pasaba un largo tiempo, no me cuidaba” (49 años, NEB, Con pareja conviviente).

A medida que las parejas presentan cierto conocimiento mutuo, basado en la confianza, las mujeres optan por otros métodos anticonceptivos, priorizando el vínculo de pareja antes que las medidas preventivas de ITS. A su vez, se hacen cargo ellas del control de la reproducción asumiendo el mandato social. Los hombres quedan así “legítimamente” liberados de cuidarse y de cuidar a la pareja no sólo de ITS sino de embarazos no buscados.

En este estudio, si bien las mujeres específicamente no logran negociar la utilización de preservativo como método de protección en las relaciones sexuales, si se observó que en relación a la elección de otros métodos anticonceptivos a utilizar, las mujeres refirieron compartir la toma de decisión con sus parejas sexuales. Concordando con lo propuesto por Sánchez, (2004), en que en momentos de negociaciones sexuales se tiende a que las personas puedan decidir conjuntamente con sus parejas las prácticas de cuidado en salud y afectivo-sexuales que desarrollaran para ejercer una sexualidad de forma segura, estableciendo igualdad, respecto y responsabilidades compartidas entre ambos sexos.

“Más o menos las dos personas, no digo a nadie porque no conozco a todo el mundo, pero general no es cómodo, cuando hay dos personas que piensan los mismo se termina no usando” (43 años, NEM, Sin pareja conviviente).

“(…) fue una relación que ta, que teníamos los preservativos pero decidimos no utilizarlos” (29 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Se observó que no existe relación significativa entre la edad, nivel educativo y conyugalidad de las mujeres y la práctica de no negociación de la utilización de preservativo en las relaciones sexuales.

En ambos estados conyugales no se efectúa la negociación del preservativo como método de protección en las relaciones sexuales.

Las mujeres con pareja conviviente no negociaron la utilización de preservativo por presentar pareja estable, y el haber tomado en conjunto la decisión de cuidarse con otros métodos de protección.

Mientras que las mujeres que no se encontraban conviviendo al momento de la entrevista, pero presentaban pareja no negocian la utilización de preservativo con sus parejas debido a sentimientos de inseguridad en la toma de decisiones.

En el grupo de mujeres que mencionaron haber tenido pareja estable y actualmente presentar otra pareja, se observaron dos tipos de comportamientos en relación a la negociación del preservativo luego del diagnóstico de HPV. Algunas mujeres pudieron modificar su comportamiento y negociar dicha medida preventiva. En cambio, otras mantuvieron su conducta de no utilización de preservativo tanto con sus parejas anteriores como actuales.

Frente a ello, se observa nuevamente que tener información sobre las prácticas preventivas sobre el HPV, no garantiza que las mismas se incorporen. En este sentido cobra relevancia los diferentes procesos psicológicos que se originan en las mujeres y que inciden en el cumplimiento de estas prácticas.

Por un lado se podría decir, que la decisión de no utilizar preservativo en las relaciones sexuales es una decisión consciente de las mujeres, basada en una supuesta racionalidad de toma decisiones de manera informada. Pero por otro lado, se observa que esta decisión se encuentra atravesada por relaciones de poder de género, lo que contribuiría a que las mujeres no puedan ejecutar de manera libre las acciones preventivas a nivel sexual.

“Entonces esto te marca y decís no de aquí en más confianza en una relación es muy difícil. De ahí determiné preservativo para todo el mundo” (42 años, NEM, Con pareja conviviente).

En relación a la elección de otros métodos anticonceptivos, las mujeres mencionaron como más frecuentes: las píldoras anticonceptivas, los inyectables y el DIU.

“Si yo veo que con las anticonceptivos el tema de HPV se me empieza a revertir, porque vistas que yo no tomaba nada y lo mantenía en grado I, capaz que ahora que estoy tomando anticonceptivos, por algo dicen que no está bueno tomar cuando uno tiene” (47 años, NEM, Sin pareja conviviente).

Se observaron diferencias en cuanto al estado conyugal de las mujeres, las mujeres que se encuentran conviviendo en pareja utilizan como método de protección, las píldoras anticonceptivas y el DIU, mientras que las mujeres que no presentan pareja conviviente, utilizan diversos métodos anticonceptivos entre ellos preservativo y píldoras anticonceptivas (Rodríguez, Barrios, Vasallo, 2005).

La elección del método anticonceptivo a utilizar depende de varios factores entre ellos la frecuencia de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el tipo de pareja, el deseo o no de tener hijos, la facilidad y comodidad del uso del método así como la información que poseen las personas sobre cada uno de los métodos y el nivel económico que presentan para acceder a los mismos.

Existe desinformación en cuanto a los efectos o causas que pueden ocasionar los anticonceptivos orales en el desarrollo de las lesiones de HPV, si bien las píldoras son las más utilizadas no hay una elección segura de la utilización de las mismas.

Se concluye que la mayoría de las mujeres logra comunicar el diagnóstico de HPV a sus parejas sexuales. Las reacciones de las parejas son positivas, brindando apoyo frente a las diferentes instancias de control y tratamiento. Se observó que la comunicación del diagnóstico de HPV suele ser más fácil que el comunicar el diagnóstico de otra ITS.

A nivel sexual, el diagnóstico de HPV influye de manera negativa en la vida sexual y de pareja.

En relación a la negociación de prácticas afectivo-sexuales, las mujeres no logran negociar el uso de preservativo, por factores de diversa índole, que involucra aspectos psicológicos como sociales. El negociar esta práctica preventiva con las parejas, implica reconocer que el otro o que ella misma puede tener relaciones sexuales con otras personas, de lo contrario, muchas veces las mujeres no negociarían esta práctica por temor a generar sentimientos de desconfianza e infidelidad tanto de la otra persona como de sí misma.

6. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los efectos psicológicos del diagnóstico de HPV en las mujeres y su incidencia en las prácticas afectivo-sexuales y de (auto) cuidado de la salud en mujeres que transitan por esta experiencia. Frente a ello se detectó que las mujeres experimentan reacciones emocionales diversas frente al diagnóstico como: "angustia", "miedo", "culpa", "tristeza", "preocupación", "vergüenza" y "enojo". Se identificó que el diagnóstico de HPV fue vivido como un acontecimiento no previsto que generó perplejidad. Los miedos más frecuentes estuvieron asociados al desarrollo de cáncer, a la fertilidad futura y al sufrimiento.

Se identificó que en general para las mujeres el diagnóstico de HPV es un acontecimiento importante, lo que contribuye a que desarrollen algunos de los cuidados indicados por los médicos tratantes. Entre ellas, las mujeres reciben indicaciones respecto a la realización de controles ginecológicos, la prohibición de consumo de tabaco y el uso de preservativo en las relaciones sexuales.

Las mujeres lograron cumplir con la realización de los controles ginecológicos, motivadas por sentirse responsables frente a la situación, así como por el peso que tiene la maternidad en aquellas mujeres con hijos a cargo. La hiper-responsabilización que las mujeres asumen por el cuidado de sus hijos, es el vehículo para el (auto) cuidado cuando son ellas quienes padecen enfermedades. El cuidado de sí está motivado fundamentalmente por el temor a abandonar a los hijos, lo cual se instala como un factor poderoso de (auto) cuidado.

Las mujeres desarrollan las siguientes estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico de HPV: búsqueda de apoyo social, autocontrol, revalorización positiva de la situación y aceptación de la responsabilidad. Se infiere que la mayoría de las mujeres acepta de manera activa el diagnóstico cumpliendo con parte de las medidas recomendadas por los especialistas, permitiendo inferir que éstas poseen recursos internos tanto cognitivos como afectivos para poder afrontar esta infección de transmisión sexual.

A pesar que la mayoría de las mujeres mencionaron realizarse los controles ginecológicos, algunas mujeres no lo hacen aduciendo no sentir un malestar que denote una posible dolencia, característica que se asimila a la asintomatología del HPV. A su vez, no se realizan los estudios por presentar como último resultado un

PAP normal. Estos datos deben ser tenidos en cuenta en las campañas en salud sexual y reproductiva, de modo de poder contribuir a la importancia de la prevención del HPV como factor predisponente del cáncer de cuello de útero, así como contribuir a esclarecer las percepciones e interpretaciones erróneas con relación a la asintomatología de esta ITS. En este sentido, las políticas en salud deben de fomentar la realización de estudios de detección precoz de lesiones pre-cancerígenas, aún cuando no haya síntomas por los cuales consultar. Se hace relevante poder concientizar a la población en cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud con fines preventivos, transformando las prácticas de acudir a consulta cuando la persona percibe un malestar o dolencia y utiliza dichos servicios con fines curativos.

Frente a la indicación médica de prohibición del consumo de tabaco, se observó que las mujeres con nivel bajo educativo no logran cumplir con esta medida, mientras que la indicación de utilizar preservativo, no es desarrollada por la mayoría de las mujeres independientemente de su nivel educativo y edad.

En relación a las prácticas afectivo-sexuales la utilización de preservativo es la práctica indicada con más frecuencia por los médicos. Del discurso de las mujeres se observó que el personal médico deposita toda la responsabilidad de los cuidados en las mismas, sin tener en cuenta los diferentes factores que influyen en la no realización de esta práctica. Las mujeres entrevistadas mencionaron no utilizar preservativo en las relaciones sexuales, por no tener costumbre de utilizarlo y considerarlo incómodo. Esta responsabilidad es compartida por ambos integrantes de la pareja, debido a que debe existir un acuerdo para su uso. A su vez, las mujeres explicitan sentirse inseguras al negociar la utilización de preservativo con sus parejas sexuales, tomando muchas veces la postura de ceder frente a la decisión del hombre.

El diagnóstico de HPV incide en el ciclo sexual y reproductivo de las mujeres, generando preocupación por la fertilidad, así como a nivel sexual y de pareja, originando sentimientos de culpa, desconfianza y rechazo hacia la pareja.

Las mujeres logran comunicar el diagnóstico de HPV a sus parejas sexuales, responsabilizando a las mismas por el contagio. En esta instancia algunas mujeres manifiestan sentimientos de vergüenza y temor a que sus parejas no las entiendan.

El diagnóstico de HPV, por ser una ITS que se produce mayoritariamente por el contagio vía sexual, remite a las mujeres a su vida de pareja y pone en foco las prácticas sexuales, lo que conlleva a que las mujeres deban comunicar y negociar

nuevas condiciones de sexualidad. A este nivel las mujeres no logran cumplir con los mandatos del discurso médico, debido a que en la toma de decisión para el uso del preservativo, el discurso médico no logra contemplar las relaciones de poder de género implicadas en la vida sexual, colocando a las mujeres en situación de desventaja. Asimismo, la utilización de preservativo está asociado al reconocimiento de sentimientos de desconfianza hacia el otro.

La perspectiva de género contribuye al campo de la salud permitiendo visualizar las diferentes realidades que se esconden tras el cumplimiento o no de una prescripción médica. El incorporar la dimensión de género en la negociación de prácticas sexuales, permitió elucidar los significados que explican por qué las mujeres no logran cumplir con la indicación de protegerse con preservativo en las relaciones sexuales. Los significados otorgados al cuidado en salud, se ubicaron en función de los roles socialmente asignados a las mujeres e incorporados subjetivamente, en relación a la estructura social, las diferentes formas de desigualdad social y las relaciones de género.

El alcance de este estudio permitió obtener una aproximación del discurso médico sobre el HPV a través del relato de las propias mujeres. De esta información, se desprende que el discurso médico no logra contemplar los diferentes factores intervinientes en la realización de las conductas de (auto) cuidado, lo que produce que éstas no logren apropiarse del discurso médico y desarrollar las indicaciones médicas recomendadas. Desde este punto, se considera necesario plantear futuras investigaciones, destinada al estudio del discurso médico sobre HPV, contemplando directamente la palabra de los/as profesionales de la salud.

En suma: se concluye que este estudio contribuye desde el campo de la Psicología de la Salud con perspectiva de género a la atención integral de las mujeres con diagnóstico de HPV.

Se constató la importancia de incorporar la dimensión subjetiva de las mismas, en la planificación de políticas en salud sexual y reproductiva. Conocer estos aspectos permite brindar una atención más integral a partir de la articulación de los derechos de las mujeres con las prácticas profesionales y la gestión de servicios de salud. Esta línea de trabajo, permite crear insumos para futuras intervenciones clínicas en el campo de la salud, que contemplen los diversos factores implicados en el proceso salud- enfermedad-atención, otorgando importancia al sentir y pensar de las mujeres con HPV, fortaleciendo de esta forma la adhesión crítica a los tratamientos y las prácticas de (auto) cuidado en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, L.(2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *MedUnab*, 9 (3), 2-10.
- Anderson, W. y Helm, D. (1982). El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad. En: Jaco, E.G. (Comp). *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, pp. 427-446
- Ardila, E., Rueda, J. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36,(2), 93-114.
- Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R., Bonilla, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública México*; 46, (4), 326-332.
- Arias M, Pineda S. (2011). Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de manizales sobre el papillomavirus humano. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (1), 110-123.
- Aguilar J., Leyva, A., Angulo, D., Salinas, A, Lazcano, E. (2003) Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México.*Revista de Saúde Pública*; 37(1), 100-6.
- Apgar. B., Brotzman, G., Spitzer, M. (2003). *Colposcopia: principios y práctica*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Ayala, L., Imbacuán, N., (2010). *Conocimientos preventivos sobre el cáncer cérvico-uterino y virus del papiloma humano en estudiantes del bachillerato del Colegio Mariano Suárez Veintimilla de la ciudad de Ibarra durante el período noviembre 2009 agosto 2010*. (Tesis de Grado). Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería . Ecuador

- Barbosa de Susa, L., Bezerra, A., Teixeira, M. (2008). Ser mujer portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*; 42(4),737-43.
- Barrios, E., Alonso, R., Garau, M., Musetti, C. (2014). *Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer*. Registro Nacional de Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el cáncer.
- Barrios, E., Alonso, R., Garau, M., Musetti, C. (2014). *IV Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 2007-2011*. Registro Nacional de Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el cáncer.
- Bazán, F., Posso, M. y Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*,68 (1), 47-54.
- Benia W., Tellechea G. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. *Revista Médica Uruguay*; 16 (2) ,103-113.
- Berger, P., Luckmann, T. (1986). La sociedad como realidad subjetiva. En: *La construcción social de la realidad*. (164-227). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bermejo A., Rodríguez E. (2004). *Consenso de Papiloma Virus Humano (HPV) y Herpes Simplex Virus (HSV) Genital*. Sociedad Argentina de Dermatología.
- Bertolano, L., Sainz, S. (s.f.) *Estrategias de Afrontamiento del impacto emocional en trabajadores de emergencias*. Recuperado de: http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa%204/bertolano_sainz.pdf
- Bianco, G., Gunther, E., Acevedo, M., Ferrarós. J. (s.f.). *El análisis de las implicaciones como aprendizaje en el proceso de formación de trabajadores/ras de la UBA*. Recuperado de: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/gbd%20y%20o%20implicacionesTS.pdf>
- Bloglosario de Psicología Social Aplicada. (2008). Locus de control externo/interno. Recuperado de: <https://bloglosariopsa.wordpress.com/2008/12/10/locus-de-control-externointerno-locus-of-control/>

- Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En: "Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas" Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG). Universidad de Chile. Recuperado de: http://www.iin.oea.org/iin/cad/actualizacion/pdf/Explotacion/genero_y_subjetividad_bonder.pdf
- Braselli, A., Cuevas, L., Pedreira, W., Abreu, H., Russi, J., Balleste, R. et al. (2005). *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Pautas de diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Ministerio de Salud Pública (MSP)*. Dirección General de Salud. Programa Prioritario ITS/SIDA. Uruguay.
- Burín, M. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Ed. Paidós
- Campagno, L., Echeverría, F. (2000) *La implicación del observador en el proceso de investigación educativa*. Recuperado de: http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/anuario_fch/n03a04campagno.pdf
- Carmona, M. (2011). ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Estudios Feministas*, 19(3), 801-821.
- Carrasco, T. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual en adolescentes ferrolanos: Un estudio cualitativo*. (Tesis de grado). Universidade da Coruña, Facultade de Enfermaría e Podoloxía.
- Carril, E., Rodríguez, G. (2012). *Barreras Psicosociales e Institucionales que impiden el acceso al PAP. Un estudio Uruguayo*. (Trabajo Inédito). Convenio Facultad de Psicología-UDELAR, Programa de Prevención del Cáncer Génito Uterino (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer). Montevideo, Uruguay.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Ávila, A., Domínguez, M., Salazar, H., González, M., Maldonado, J., Gaytán, C., et al(2008). *Epistemología de la Investigación*. (131-149). Secretaria de Educación y Cultura. Servicios Educativos del Estado de Chihuahua.

- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México, Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, R., López, A. (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Uruguay, Montevideo UdelaR. Facultad de Psicología. Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Bs. As. Editorial: Lugar
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2010). *Vacunas frente al Virus Papiloma Humano*. Montevideo. Recuperado de: www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?189,381
- Concha, X., Urrutia, T., Riquelme, G. (2012). Creencias y virus papiloma humano. Departamento de Salud de la Mujer. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica*; 77 (2), 87 -92. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200002>
- Correa, S., Jolly, S. (2007). Sexualidad, desarrollo y derechos humanos. *Revista Serias para el debate*. (5), Lima. Campaña por la Convención por los Derechos sexuales y Derechos reproductivos. (pp.11-34)
- Crawford, R. (1977). Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. En: De la Cuesta Benjumea. *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. (pp. 47-77)
- De Francisco A., Dixon-Mueller R y C d'Arcangues (2007). *Aspectos de la investigación en salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Ginebra: Global Forum for Health Research, Organización Mundial de la Salud.
- Decreto N° 379/008. *Investigación en Seres Humanos*. Publicada el 14 de Agosto de 2008, Uruguay. Recuperado de: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>

- De Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Bs. As. Editorial: Lugar.
- Ellsberg, M., Heise, L. (2007). El análisis de los datos cualitativos. *En: Investigando la violencia contra las mujeres Una guía práctica para la investigación y la acción*. (pp. 219-232). OMS-PATH, Managua.
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médico-usuarias de servicios ginecológicos. *En: Castro, R., López, A. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. (pp. 101-122). Uruguay, Montevideo Udelar. Facultad de Psicología. Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.
- Fernández, A. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Bs. As. Editorial: Paidós.
- Fernández, L. (2006). *Técnicas de análisis cualitativo*. *En: Butlletí La Recerca*. Recuperado de: <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
- Fernandes, J., Lacerda, S., Silva, Y., Moura da Silva, L., Lima de Brito, A., Veríssimo de Azevedo, et al. (2009). Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista Saúde Pública*;43(5), 851-8.
- Fernández, A., Celis, K., Córdova, N., Dufey, M., Correa, M., Benedetti, J. (2013). Sexualidad juvenil: prácticas, actitudes y diferencias según sexo y variables de personalidad en universitarios chilenos. *Revista Médica Chilena*; 141: 160-166. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200003>
- Figari, C. (2012) Los discursos sobre la sexualidad. *En: Morán, J., Sgró, M., Vaggione, J. Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*.(pp.59-84). Córdoba. Editorial. Ciencia, Derecho y Sociedad.
- Foucault M. (1996). *Hermenéutica del sujeto*. La Plata: Altamira.

- Fuentes, E. (2006). *El esquema y la imagen corporal*. Recuperado de: <http://www.sopac-leon.com/soppac/articulos/elesquemacorporal.pdf>.
- García, E. (2008). *Guía clínica de la patología cervical*. Fundación Instituto Valenciano de Oncología.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., Quiceno, J. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), 50-75.
- Giraud, N., Discacciati, V., Bakalar, K., Basualdo, N., Dreyer, C., (2006). Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3, (2), 7-21.
- Giraldo C., Ceballos G. (2011). Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. *Forum: Qualitative Social Research*, 12, (2), Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/1650/3172>
- Glasser, B., A. Strauss (1967). El muestreo teórico. En: *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Recuperado de: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.9.%20Glaser%20y%20Strauss.%200EI%20muestreo....pdf>
- Globocan (2008) IARC International Agency for Research on Cancer. Recuperado de: <http://www.iarc.fr/>.
- Gómez, R. (2004). Los paradigmas de Kuhn. En: *Evolución científica y metodológica de la economía*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/rgl-evol/2.4.5.htm>.
- González, T., Cano, A. (2010) Introducción al análisis de datos de investigación cualitativa: concepto y características. En: *Nure investigación* (45),1-5
- Guirao, M. (2010). *¿Qué es el Rapport?*. Recuperado de: <http://psicoterapeutas.eu/rapport/>

- Gurrusquieta, M. (2008). *Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres con virus del Papiloma Humano*.(Tesis de Posgrado). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Medicina. México.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. London. Ediciones Cátedra, S. A.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1924). *Diccionario de psicoanálisis*. Traducción de Fernando Gimeno Cervantes. Bs As. Editorial. Paidós. 2005.
- Leyva, R., Venegas, O., Medel, A. (2011). La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. *Revista de Investigación Clínica*. 63, (4), 376-381.
- Ley N° 17.242. *Declárese de interés público la prevención de cánceres genito-mamarios*. Publicada el 28 junio, N° 25548. Uruguay. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17242&Anchor=>
- Ley N° 18.426. *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. (2008), Uruguay. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>
- López, A. Güida, C. (2001) Sexualidad, campo de investigación interdisciplinaria. En: Araujo, Behares, Sapriza (comp.). *Género y Sexualidad en Uruguay*. Montevideo: Ediciones. Trilce. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.
- López, A., Abraciskans, L. y Furtado. M. (2009). Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción. *Cuadernos del UNFPA*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Año 3, (4). Uruguay.
- López, A., Carril, E. (2010). Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En: Castro, R., López, A. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. (pp. 27-48). Uruguay, Montevideo. UdelaR. Facultad de Psicología. Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.

- López Gómez, A. (2013) *La salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología*. Conferencia Inaugural Académica 2013. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files ftp/comunicacion/CONFERENCIA-2013.pdf>
- López, D., (2011). *Podología y Salud. Análisis de las representaciones sociales de las enfermedades del pie desde una perspectiva psicosocial*. (Tesis doctoral). Facultad de ciencias de la Educación. Universidade da Coruña. España.
- Lourau, R. (1988). *El análisis institucional*. Buenos Aires. Editorial: Amorrortu.
- Luciani S, Andrus J. (2008). A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. *Reprod Health Matters*. 16(32):59-66. Recuperado de: doi: 10.1016/S0968-8080(08)32405-7
- Marquéz, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (2), 359-378.
- Melguizo, E., Alzate, M. (2007). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, XXVI (1), 112-123.
- Meza, M, Carreño J, Morales F, Aranda C, Sánchez C, Espindola G. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano *Perinatología Reproductiva Humana*, 22, (3), 168-173.
- Meza, M., Carreño J, Morales F, Aranda C, Sánchez C, Espindola G. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología Reproductiva Humana*, 25 (1), 17-22.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). Ordenanza N° 42. *Estudios gratis de Papanicolaou y Mamografía*. 11 de Junio de 2006. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2006) Decreto del Poder Ejecutivo N° 571/2006. *Requisito para Carné de Salud Uruguay*. Recuperado de: http://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/ord_min%20_105.pdf
- Misterio de Salud Pública. (2008). Decreto N° 379/008. *Investigación en seres humanos*. 4 de Agosto del 2008. Montevideo, Uruguay.

- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Ordenanza N° 33 y Anexos (HPV)*. 29 de Enero de 2014, Montevideo, Uruguay.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México. Editorial Unison.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Bs. As. Editorial Paidós. Tramas sociales.
- Morán, J., Sgró, M., Vaggione, J. (2012). *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba. Editorial: Ciencia, Derecho y Sociedad.
- Muñiz, S. (2013, 28 de Mayo). MSP anunció Pap gratis a partir del 1º de julio. *El Observador*. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/251731/msp-anuncio-pap-gratis-a-partir-del-1-de-julio/>
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3):391-401.
- Muñoz, C. (2014) *Qué es el virus del papiloma humano?*. Recuperado de: <http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>
- MYSU. (2012). Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas entre 15 y 49 años. Uruguay urbano y suburbano. *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/>
- MYSU (2013). Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en adolescentes uruguayas. *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/>
- MYSU (2014). Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva. *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/>
- National Institutes of Health (NIH). "Protección de los participantes humanos en la investigación". Recuperado de: <http://pphi.nihtraining.com/users/login.php>.

- Noboa, P. y Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres Puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, (1), 21-43.
- OMS (2011). *Infecciones de transmisión sexual*. Nota descriptiva N° 110. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.htm>
- Palacio, C., Hernández, J.(2011). *Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la Clínica Oncólogos de Occidente de la ciudad de Pereira en el año 2009*. (Tesis de grado). Universidad Católica de Pereira, facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de Educación, Colombia.
- Paolino, M. (2009). *Accesibilidad a la atención de la salud de las mujeres: Análisis de los factores que influyen en el abandono del proceso de seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de Papanicolaou anormal en contextos de alta mortalidad. Florencio Varela y la Provincia de Jujuy*. (Tesis de doctorado). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina.
- Pérez, G. (2006). ¿Qué tan cerca estamos del control del cáncer cervical y la infección por el Virus del Papiloma Humano?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 57, (1), 8-9.
- Pérez, M. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30, (45-46), 17-33.
- Rodríguez. G., Barrios. E., Vasallo. J. (2005). Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención del Cáncer de Cuello de Uterino en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21, (3), 200-206. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.
- Rodríguez G, Alonso R. (2008) *Estrategia y Manual de Procedimientos*. Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino "Dr. Enrique Pouey" Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Montevideo.

- Rodríguez. G., Fernández, I., Barrios. E., Vasallo. J., Sanguinetti, C., Alonso, R. et al (2009). Detección de los tipos virales 16,18, 31 y 33 de papillomavirus humano en displasias severas y carcinoma in situ de cuello uterino. *Revista Médica Uruguay*, 25,(4), 205-211.
- Rodríguez G, Alonso R, Sica A. (2010) “Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino “Dr. Enrique Pouey”. En *Revista de Oncología Médica*, 2, (2),76-82.
- Ruiz Izundegui, Y. (2010). F. Dolto principales aportaciones. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, (7). Recuperado de: <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/ruizisundegui.pdf>
- Sánchez, M. (2004). *Negociación sexual en la adolescencia*. PROFAMILIA. Colombia. Recuperado de: <http://www.arzeno.edu.ar/attachments/article/45/Negociacion%20Sexual%20en%20la%20Adolescencia-Marcela%20Sanchez%20Buitrago.pdf>
- Sanz, R., Miguel-Tobal, J., Casado, M. (2011). Sesgos de Memoria en los Trastornos de Ansiedad. *Clínica y Salud*. 22, 2, 187-197.
- Sosa, M., López, N., Torres, M., Hernández, J. (2008). Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cérvico-uterino en mujeres mexicanas sanas. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 5, (4), 10-15.
- Szasz, I., Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México. Ed. El colegio de México.
- Talise, M. (2015). *Virus del Papiloma Humano*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/vph/tratamiento-de-la-infeccion-por-vph-8911>
- Tamayo, L., Chávez, M., Guadalupe, M. Henao, L. (2010). Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 16, (32), 41-61.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R (1894/2000). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Ed. Paidós.

- Tercedor, M. López, C. Prieto, J. (2014). También los pacientes hacen terminología: retos del proyecto VariMed. *Panacea@*; 15, (39), 95-102 Recuperado de: http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n39tribuna_TercedroSanchez_etAl.pdf
- Teixeira, C., Bezerra, A., Pimentel, A., Queiroz, L., Grangeiro de Oliveira, R. (2011) Conocimiento, actitud y práctica relacionada al examen de colposcopia entre usuarias de una unidad básica de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, (1), 97-105.
- Tobías, A. (1999). Validez y sesgos en la investigación médica. Notas de metodología y estadística. Recuperado de: <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/amalonso/esp/bstat-tema2vs.pdf>
- Valenzuela. M, Miranda. A. (2001). ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena Salud Pública*; 5 (2-3), 75- 80.
- Vallés, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Varela, B., Alonso, R., Galain, A., Ibáñez, A., Abreu, M. (2011) Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72, (2), 110-122.
- Vargas, B., Pozos, J., López, M., Díaz, R., Rivera, S. (2011). Estilos de poder, apreciación de la relación y de sí misma: variables que median en la mujer, estar o no en una relación de violencia. *Interamerican Journal of Psychology*, 45, (1), 39-49
- Vasallo J., Barrios E. (2005). *III Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay*. Comparación de dos quinquenios 1994-1998 y 1999-2003. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

- Vidal, J., Osimani, M., Belamendia, M., Grunbaum, S., Meré, J. (2009). *Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y vih/sida: pistas para la acción*. Ministerio de Salud Pública.
- Weeks, J. (1998). Los lenguajes del sexo y La invención de la sexualidad. En: *Sexualidad*.(55-87). México, Ed. Paidós.
- Weisner, C., Acosta, J., Díaz del Castillo, A., Tovar, S., Salcedo, H. (2009). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Cancerología*, 13, (3),145-156.
- Wiesner, C., Cendales, R., Murillo, R., Piñeiros, S., Tovar, S. (2010). Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino. Colombia. *Revista Salud Pública*; 12, (1), 1-13.
- Zamberlin, N., Thouyaret, L., Arrossi, S. (2011). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap*. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. Bs. As.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Estudio: “**MUJERES y HPV: significados, reacciones emocionales y prácticas de (auto) cuidado en salud**”.

Ps. Vanesa Bogliacino (responsable, Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República)

Prof. Agda. Alejandra López (tutora, Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República)

OBJETIVO. Generar conocimiento sobre los efectos psicológicos presentes en mujeres con diagnóstico de HPV y su incidencia en las prácticas afectivo-sexuales y de (auto) cuidado de la salud. Con el fin de lograr estos objetivos estamos solicitando a usted, su participación voluntaria en este estudio, mediante la realización de una entrevista que permita conocer su opinión sobre los distintos aspectos mencionados en este proyecto.

PROCEDIMIENTO. La instancia de entrevista semi-dirigida en profundidad tendrá una duración de aprox. 40 minutos, la misma será grabada con el objetivo de recolectar adecuadamente la información y luego desgrabada para un mejor aprovechamiento de la información. Se guardará en forma confidencial toda la información que usted brinde. Se protegerá la identidad de las personas entrevistadas y se resguardará la confidencialidad.

BENEFICIOS Y RIESGOS. Se debe de tener en cuenta que participar de este estudio no tendrá ningún costo ni compensación económica para las personas que participen del mismo ya que se participa de manera voluntaria. Su participación tampoco tiene riesgos. En caso que la participante requiera o solicite atención psicológica específica se realizarán las coordinaciones pertinentes por parte de la investigadora principal.

DERECHOS. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio sin que ello les ocasioné ningún daño.

CONCLUSIÓN. He leído y comprendido este consentimiento y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma:..... Aclaración:..... Fecha:.....

Se entrega copia del consentimiento informado a los participantes del estudio.

Pauta de entrevista semi-dirigida en profundidad

1) ¿Para Ud. cuáles son las enfermedades ginecológicas más comunes que presentan las mujeres?.

2) ¿Que información Ud. tiene sobre HPV?.

Si presenta información: ¿De donde obtuvo la misma?, ¿Quién o quienes se la transmitieron?, ¿Tuvo / tiene inquietudes?.

Si no presenta información o es escasa preguntar: ¿Le dio importancia al diagnóstico?, ¿Tuvo dificultades para obtener información?, ¿Cuáles fueron estas dificultades?, ¿Tuvo miedo en preguntar sobre el diagnóstico?.

3) ¿Que estudios le realizaron para la detección de HPV?, ¿Cuánto tiempo hace que tiene este diagnóstico?.

4) Frente al diagnóstico de HPV: ¿Recuerda como se sintió cuando le dijeron que tenía HPV?, ¿Que fue lo primero que se le vino a la cabeza?, ¿Qué pensó y sintió en ese momento?, ¿Le dio importancia?, ¿Tuvo miedo?.

Se trata indagar sobre diferentes sentimientos vergüenza, miedo, culpa, rabia, dolor, ansiedad, etc. En aquel entonces, recuerda ¿en qué momento de su vida se encontraba?, ¿Trabajaba?, ¿Tenía pareja?, ¿cómo era su vida sexual en ese momento?, ¿cómo se sentía?, ¿Como enfrento esta situación?, ¿Lo pudo conversar con alguien?.

¿ Ud. considera que el diagnóstico de HPV influyó en su vida?

Posteriormente al diagnóstico:

5) ¿Que le dijo el médico sobre los cuidados a realizar?, ¿Ud. los pudo realizar?, ¿Mantiene un tratamiento?

Si mantiene controles ginecológicos: ¿Cada cuanto tiempo realiza los controles ginecológicos?, ¿Cuánto hace que se hizo el último control?, ¿Le mencionaron algo sobre los cuidados en la vida sexual?.

Si no realiza cuidados preguntar: ¿conoce cuales son los cuidados a seguir?, ¿Tuvo dificultades para desarrollar estos cuidados?.

6) En cuanto a su vida sexual: ¿Actualmente presenta pareja conviviente? Si contesta que si o que no le pregunto igual: ¿Su pareja conoce sobre su diagnóstico? ¿Cómo lo tomó?, ¿Hablaron sobre las medidas preventivas?, ¿Actualmente cual es el método anticonceptivo que utilizan? Si no lo hablaron: ¿cuál fue el motivo de no hablarlo?.

7) A partir de tener conocimiento sobre su diagnóstico ¿Cómo se desarrollo su vida sexual?, ¿Notó cambios?, ¿Cómo se percibió o sintió?.

Listado de Códigos

- C. 1. Información sobre enfermedades ginecológicas
- C. 2. Creencias sobre enfermedades ginecológicas
- C. 3. Conocimiento sobre HPV
- C. 4. Fuente de información (donde, quienes, cuando, como)
- C. 5. Importancia del diagnóstico (significado, sentimientos, inquietudes)
- C. 6. Estudios de detección de HPV realizados
- C. 7. Respuesta al diagnóstico positivo de HPV
 - C.7.1. Sentimientos, percepciones
 - C.7.2. Pensamientos
 - C.7.3. Estrategias de afrontamiento.
 - C. 7.4. Modo de infección
- C. 8. Ciclo de vida y HPV
- C. 9. Indicaciones médicas.
- C.10. Conductas de autocuidado (controles ginecológicos, vida sexual, uso de métodos de protección)
- C. 11 Relación de pareja y HPV
 - C. 11.1 Tipo de vínculo (conviviente o no)
 - C. 11.2 Comunicación del diagnóstico a la pareja. Reacciones frente al diagnóstico.
 - C. 11.3 Negociación en la pareja para la prevención.
 - C. 11.4 Impacto del HPV en la vida sexual y de pareja