



**Facultad de Psicología, Universidad de la República
MAESTRÍA en Psicología Clínica**

**Incidencia del vínculo médico/a-usuaria en la adherencia al
tratamiento para la prevención secundaria del cáncer de
cuello uterino.**

Un estudio desde la perspectiva de las mujeres afectadas

Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica

Autora: Iliana Troche Bruno

Directora de Tesis: Prof. Agda. Dra. Alejandra López Gómez

Montevideo, julio de 2015

ÍNDICE

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN.....	7
CAPÍTULO 1 El cáncer de cuello uterino en cifras.....	12
CAPÍTULO 2 Factores asociados al cáncer de cuello uterino	16
2.1. Barreras para la realización del PAP.....	16
2.2. El HPV y su relevancia en el cáncer de cuello uterino.....	22
2.3. Factores psicosociales vinculados al cáncer de cuello uterino.....	25
CAPÍTULO 3 Problema y preguntas de investigación.....	29
CAPÍTULO 4 Objetivos.....	32
4.1. Objetivo General.....	32
4.2. Objetivos Específicos.....	32
CAPÍTULO 5 Consideraciones teóricas.....	33
5.1. Aportes desde el Interaccionismo Simbólico al estudio de los significados y de la relación médico-paciente.....	33
5.2. Aportes desde el Psicoanálisis al estudio de la relación médico-paciente.....	41
5.3. Recursos psíquicos para el afrontamiento y la adherencia a los tratamientos.....	45
5.4. Apoyo social: concepto y relevancia.....	51
5.5. Experiencia subjetiva de enfermedad.....	55

CAPÍTULO 6 Estrategia metodológica.....	58
6.1.Fundamentación.....	58
6.2.Universo y muestra.....	61
6.3.Técnica de recolección.....	62
6.4. Análisis de la información.....	64
6.5. Aspectos éticos.....	66
CAPÍTULO 7 Resultados.....	67
7.1.Las mujeres frente al diagnostico de HPV.....	67
7.2.Reacciones emocionales frente al diagnóstico y tratamiento.....	77
7.3.Percepción de las mujeres sobre la incidencia del vínculo con el médico/a.....	86
7.4.Percepciones de las mujeres sobre incidencia del diagnóstico en la vida familiar y laboral.....	98
CAPÍTULO 8 Conclusiones.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119

Resumen

El presente trabajo se orientó a indagar sobre la relevancia del vínculo con el médico/a en la adherencia al tratamiento para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, partiendo de que la información brindada por el profesional médico es considerada el principal elemento de comunicación en el marco de las consultas médicas. Se trata de un estudio de corte cualitativo, exploratorio y descriptivo desde la perspectiva de las mujeres diagnosticadas con HPV SIL de Alto Grado, comprendidas entre 21 y 49 años con las que se trabajó en entrevistas en profundidad semi-estructuradas. Entre los objetivos específicos se buscó explorar los significados acerca del vínculo con el médico/a para estas mujeres en sus tratamientos, así como conocer qué recursos psicológicos ponían en juego al desplegar su respuesta de afrontamiento a la situación de enfermar. Se encontró que para estas mujeres entrevistadas la comprensión de la información brindada por los médicos así como el apoyo social, tienen un lugar de preferencia en sus vidas y en su respuesta de afrontamiento. Se indagó sobre la vergüenza por tratarse de un factor vinculado al ejercicio de la sexualidad y se observó que las mujeres se culpabilizaban como únicas responsables de los resultados diagnósticos. Se constató que el diagnóstico de HPV con SIL de alto grado incide en la vida de pareja y provoca modificaciones a la sexualidad en general de quienes lo padecen. También incide en la vida laboral y social de las mujeres afectadas, escenarios que se perciben como contribuyentes para el afrontamiento de la situación o como limitantes para ello, en dependencia de los contextos socioculturales y recursos personales.

Palabras Clave: Vínculo - información - recursos psicológicos

Abstract

The focus of this thesis is to investigate the relevance the patient/doctor bond has in keeping up with the treatment for the prevention of cervical cancer, owing to the fact that the information the health professional gives the patient is considered the main element of communication during the sessions. It is a study of a qualitative nature, exploratory and descriptive from the point of view of women diagnosed with HPV, high grade SIL between the ages of 21 and 49, with whom thorough semi-structured interviews were conducted. Amongst the specific objectives were the exploration of the significance this patient/doctor bond had for these women during their treatment as well as recognizing the psychological resources used to respond to their state of illness. It was found that, for these women, the comprehension of the information given holds preference in their lives and in how they respond to their situation. The study delved into shame, as it is a factor linked to their sexual activity and therefore causes them to feel guilt and think they are solely responsible for the diagnostic results. It was noted that the diagnosis of high grade SIL HPV affects the life of the couple and causes modifications to the sexual activity in general of those afflicted. It is also present in the working and social environments of these women's lives in different ways, depending on sociocultural, socioeconomic and personal variables.

Keywords: Bond - Information – Psychological resources

Agradecimientos

En primer lugar a todas las mujeres entrevistadas que tan amablemente se brindaron para trabajar conjuntamente conmigo.

A la memoria de Enrique.

A mis hijos, Tabaré, Ana Laura y Sebastián, compañeros de vida incondicionales.

A Sofía, mi nuera y colega, por su apoyo.

A Vera, mi nieta, por su sonrisa.

A Martín, mi yerno, por su buen humor.

A mi madre, por sus desvelos.

A Pierina, colega y amiga, por su apoyo.

A mi Tutora, Alejandra, por su dedicación, su capacidad de trabajo y su gusto por enseñar, entregando lo que sabe y compartiendo momentos difíciles.

I. Presentación

Esta tesis se propuso indagar acerca de la incidencia del vínculo médico/a-usuaria en la adherencia al tratamiento para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino. Fue un estudio realizado desde la perspectiva de las mujeres afectadas.

El problema que se buscó explorar está relacionado con la vivencia de enfermedad y los recursos psíquicos disponibles que ponen en juego las mujeres en situación de diagnóstico de HPV (virus de Papiloma Humano), con SIL¹ de Alto Grado.

Se partió de la hipótesis que el vínculo médico/a-usuaria, junto a los recursos psíquicos disponibles en la consultante, intervienen en el proceso de adherencia a los controles y/o tratamientos a seguir. Este trabajo se llevó a cabo con mujeres afectadas por el HPV, con niveles de riesgo de contraer cáncer de cuello uterino, con edades entre 20 y 49 años. Se tomó ese tramo etario porque allí se ubican los porcentajes más elevados de prevalencia de la enfermedad.

En nuestro país, la tasa de incidencia del cáncer de cuello uterino es de 13,85/100000 con una mortalidad de 4,73/100000 mujeres, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC) del 2010 en consonancia con las tasas ajustadas por edad a la población mundial estándar (Ministerio de Salud Pública, 2013). Estos valores muestran a Uruguay en el segundo lugar de incidencia de este cáncer en América Latina, luego de Chile que se encuentra en el primer lugar. La tasa informada por RNC de 13,7 comprende un total de 292 casos para el año 2010 y la tasa de mortalidad indicada en la cifra 4,7 corresponde a un total de 118 muertes en el mismo lapso.

Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) si bien en nuestro país, en las últimas décadas se viene presentando el cáncer de cuello uterino próximo a cero en su estimación anual, lo que indica ausencia de modificaciones, cuando se discrimina al cáncer de útero del cáncer de cuello uterino, la tendencia a la mortalidad se muestra ascendente para este último. A pesar que desde 1950 este cáncer ha disminuido en su incidencia, las mujeres siguen muriendo de esta enfermedad que es evitable.

¹ SIL por su sigla en ingles: lesión intraepitelial escamosa

Se ha verificado en Uruguay que las mujeres que viven estas situaciones, reciben diferentes tratamientos médicos y evaluaciones clínicas, con diferentes resultados. Esta variabilidad en las prácticas clínicas supone además diferencias en los costos y también en los tiempos de atención. Esta heterogeneidad señala inequidad social, situación que -a su vez- convoca a un cambio cultural en torno a la prevención primaria y secundaria. Las autoridades sanitarias en nuestro país, en la Guía de Práctica Clínica del Tamizaje, (Ministerio de Salud Pública, 2013), hablan de flagelo social, debido a las pérdidas humanas y económicas que implica. La vulnerabilidad de los sectores socio-económicamente más oprimidos, exige mayores cuidados en las políticas públicas de salud.

Al considerar la sensibilidad social que despierta la temática, es pertinente destacar que Uruguay cuenta con un Plan Nacional de Prevención Integral de Cáncer de Cuello Uterino . El mismo comprende acciones a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria. La primaria se enfoca en los derechos de las usuarias y en mejorar su educación sexual, la secundaria se orienta al conjunto de tamizajes en consonancia con nuestra realidad nacional y la terciaria es la destinada a garantizar la continuidad en la prevención, el diagnóstico temprano y los tratamientos, así como la rehabilitación y los cuidados paliativos para todas las mujeres. Con la implementación de este plan global, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se ven fortalecidos desde una concepción de salud que busca unificar criterios educativos.

El desarrollo de estrategias preventivas en cáncer de cuello uterino se ha declarado de interés de salud pública y la legislación vigente protege el derecho de las mujeres a acceder a los estudios preventivos disponiendo de un día de licencia al año.

En el año 2008, se aprobó y promulgó la Ley N°18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Esta ley incluye la prevención y la reducción del daño de las infecciones de transmisión sexual, en el marco de una visión integral de la salud. Esto incluye la prevención del Virus del Papiloma Humano (HPV), principal factor de riesgo del cáncer de cuello uterino. En los últimos años, se han sumado dos estrategias nuevas, en la tarea de prevención: la vacunación contra el HPV y los test de HPV.

Nuestro país contaba desde hacía años con el recurso de la citología cervical, sin embargo es reciente la construcción y el uso de una guía referente del tamizaje específico y sistemático. (MSP, 2013).

La ley mencionada no sólo asegura los derechos de asistencia de las usuarias, también busca fortalecer el camino de la prevención, estimulando la creación de conductas de autocuidado que se organicen en una rutina saludable.

Es en ese orden, que la inclusión de la vacuna del HPV para las prioridades sanitarias no se agota con la vacunación de todas las niñas de 12 años, sino que pretende acompañarlo, para su mayor efectividad, con un tamizaje de buena calidad de la población (MSP, 2013).

En este trabajo, se parte del supuesto de que los factores psicológicos asociados a la enfermedad somática, contribuyen considerablemente a fortalecer o disminuir el sistema psico-neuro-inmune-endócrino, relevante por su participación en los procesos de sanar y de enfermar.

El papel de la psicología en el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención jerarquiza los factores intervinientes en los procesos de sanar y de enfermar, haciendo foco en aquellos de cualidad heredada en tanto predisposición, los ambientales, orgánicos e inorgánicos y el comportamiento, ya que el mismo interviene en la causalidad de la enfermedad (Morales Calatayud,1997). Para comprender cómo es que interviene el comportamiento, debemos priorizar los contextos sociales en los que está inmerso el sujeto pasible de enfermar. Morales Calatayud explica que en las primeras fases de una enfermedad, por lo general el sujeto no advierte con facilidad los síntomas, los que solo pueden confirmarse con exámenes clínicos. En ese proceso de evolución de la enfermedad, en su segunda fase, el estado de enfermedad rebasa el "horizonte clínico" , dando lugar a un estado que el paciente reconoce, porque llama su atención, la de sus familiares y el médico puede reconocer por sus manifestaciones tanto corporales como emocionales. En este estado cambia el comportamiento del sujeto, se muestran claramente sus signos y síntomas y se puede prever su evolución. Morales Calatayud se interroga en este punto acerca de cual es la lectura del psicólogo sobre el complejo problema de la causalidad de la enfermedad y de la salud. Al respecto ,

La condición o desarrollo de una determinada condición de enfermedad, requiere la presencia no solo de las causas necesarias, sino de que estas sean suficientes. El comportamiento puede intervenir en la dinámica de las causas, tanto como causa necesaria, como contribuyendo a que las necesarias de otro orden se conviertan en suficientes.(1997, p.23)

El autor refiere a que el ambiente no sólo es el medio donde se producen las enfermedades, sino que es constructor de las mismas y enfatiza que las causas de las enfermedades no son de carácter exclusivamente biológicas, ya que *“las variables psicológicas juegan un importante papel en determinar ese grado de susceptibilidad o resistencia, no solamente por sí mismas sino por la influencia o modulación que pueden ejercer sobre la condición biológica”* (p.23). En este punto plantea que la psicología puede contribuir a mejorar la interpretación de las variables sociales coadyuvantes de una enfermedad, tanto para colaborar en robustecer sus resistencias a enfermar, fortaleciendo aspectos relativos a lo psico-neuro-inmune, como también colaborando en la evolución de una enfermedad ya desencadenada. Desde este enfoque, no es posible reducir los orígenes causales de una enfermedad a los aspectos biológicos, como se reducía en lo pertinente a las enfermedades mentales, en la historia de la medicina. En la evolución de los procesos de salud-enfermedad, debemos tener muy en cuenta el bienestar social de los individuos, sus posibilidades de producción en la comunidad a la que pertenecen y el grado de satisfacción que experimentan con sus vidas, pudiendo acceder a la idea de modificar alguna variable en función de sentirse mejor en su ambiente.

Es a partir de la Segunda Guerra Mundial que -desde los aportes de la psicología- se incluirá paulatinamente la intervención del psicólogo en el diagnóstico, pronóstico, tratamientos, rehabilitación, cuidados paliativos, desde una mirada social, comunitaria, educativa, y clínica. Progresivamente, en nuestro país los psicólogos integran equipos interdisciplinarios, desde la educación, la actividad comunitaria, los centros de salud, entre otros ámbitos. En un continuum de asistencia y prevención, intervienen en y desde los comportamientos humanos, con contribuciones teóricas y metodológicas y con intervenciones técnicas concretas. Sus contribuciones de carácter valioso en etapas decisivas de los tratamientos médicos, articulan aspectos relativos al orden familiar, social y

educativo. Entre los avances significativos de la actuación de los psicólogos en los equipos oncológicos, se destacan su colaboración en la promoción de la autonomía del consultante, buscando hacer visible cuál es el tipo de relación con su familia, para ayudar a distinguir los elementos a tener en cuenta del usuario/a y de su entorno que ejercen influencia en el tratamiento. Se busca incentivar su relación con la comunidad, con su familia, sus lazos con el personal de salud, aportando así el apoyo profesional al mantenimiento de su dignidad en procura de obtener buenos resultados y pronta recuperación. Sólo reconociendo los límites éticos del sufrimiento psíquico individual, podrá este actor profesional y otros, entrar en diálogo con la subjetividad del usuario/a, acompañarlo en su trayecto sanitario, siendo parte de su proceso de recuperación.

La Psico-Oncología aporta conocimientos teórico-prácticos y habilidades clínicas necesarias para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de las reacciones emocionales y de los trastornos psicopatológicos presentes en el paciente con cáncer y sus familiares, así como la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios para el desarrollo de programas de investigación (Hollenstein, Maté Méndez y Gil Moncayo, 2003).

Dentro de los modelos integrales en la atención al paciente oncológico, los autores refieren a Holland quien define dos áreas básicas que interesan a la psico-oncología: la valoración de la respuesta emocional del paciente (área psicosocial) y el estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la morbilidad del cáncer (área psicobiológica). (Hollenstein et al. 2003)

En ese modelo integral de atención, se perfila la construcción de un modelo de interconsulta, cuyos objetivos primordiales de la intervención psico-oncológica son, en primera instancia,

facilitar la adaptación del paciente y de su familia a la enfermedad, intentando promover un adecuado afrontamiento durante el proceso del diagnóstico, tratamiento y seguimiento y en segundo lugar, conseguir una buena adherencia terapéutica, implicando al paciente en la toma de decisiones. (Hollenstein et al. 2003, p.444)

CAPÍTULO 1: El cáncer de cuello uterino en cifras

El cérvix o cuello uterino es la parte inferior del útero, también conocido con el nombre de matriz, relevante para el desarrollo de un embarazo normal, es el órgano que está entre la vagina y el útero. Según Globocan a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino constituye el 6 % de los tumores malignos, el segundo en frecuencia en el total de las mujeres y el primero entre las más jóvenes. Suele afectar a mujeres entre 35 y 55 años, siendo su principal agente patógeno el virus del papiloma humano (HPV) y su vía de contagio, las relaciones sexuales sin protección. La tasa de mortalidad en América Latina, incluido Uruguay, es diez veces mayor a la de América del Norte. (World Health Organization. International Agency Cancer for Research in Cancer, s.f.)

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), implementaron una serie de acciones con miras a fortalecer los programas de prevención y control del cáncer en general, asignándole prioridad al cáncer de cuello uterino, por su grado de morbilidad. Se plantearon ejecutar esas acciones y evaluarlas en un periodo entre 2008 y 2015. Las acciones principalmente están enfocadas a la educación sanitaria de mujeres y varones, buscando llegar especialmente a los sectores socio-económicos más sumergidos, por considerarse que las mujeres pobres son las que se ven más afectadas. Los objetivos de estos programas son disminuir la incidencia y la mortalidad en los casos de cáncer de cuello uterino. Destacan la necesidad de estrategias de comunicación social adecuadas para llegar a la población objetivo, reduciendo las creencias y fortaleciendo la educación sobre los riesgos de contraer esta enfermedad evitable y que, sin embargo, provoca un volumen considerable de muertes al año. Se pone el énfasis en fortalecer los sistemas de salud, educando al personal y en el trabajo con grupos de mujeres vulnerables por su condición socio-económica y socio-cultural, buscando además realizar campañas que reduzcan los costos para llegar a mayor número de mujeres, ya sea a través de las vacunas como en el acceso a los controles médicos necesarios. Plantean mejorar el acceso y la calidad de los tratamientos de cáncer, ya que las tasas de curación se encuentran entre el 85 y el 90 % en los estadios iniciales de la enfermedad, esto nos muestra la urgencia del acceso a los tratamientos en las fases del comienzo de la enfermedad. En 2008 se hablaba de una prevalencia de infecciones por

HPV en las Américas del 15, 6 %, en las mujeres de la población en general, considerándose muy baja la incidencia de H-SIL (o alto grado) en las cepas pre-cancerosas proclives a progresar al cáncer. En ese mismo año se planteaba que en las Américas se producían unas 27,500 defunciones al año por cáncer de cuello uterino, por lo que se argumenta la necesidad de contribuir desde la educación a la equidad social en los accesos a los servicios de salud. Se hace imperiosa la necesidad de disminuir aspectos relativos a creencias religiosas o mitos sobre la vergüenza y otras barreras que dificultan la prevención y el control del cáncer de cuello uterino, al evitar o postergar los exámenes médicos oportunos y los estudios indicados. Por estas razones, incluir su difusión en los programas de salud sexual y reproductiva sería una muy buena estrategia, para la OMS y la OPS (Tsu y Levin, 2008).

Según Arrosi (2007) una buena prevención del cáncer de cuello uterino debe cumplir tres condiciones básicas: tener servicios con cobertura, realizar tamizajes con tests de buena calidad y un adecuado seguimiento a las mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer.

En referencia a la inequidad de la incidencia del cáncer de cuello uterino y su distribución entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, Vivien D. Tsu y Carol E. Levin (2008) sostienen que la prevención es más efectiva en aquellos países con mayor disponibilidad económica. Es causa importante de muerte y de sufrimiento en la población femenina. A pesar de que los análisis de costo/efectividad, demuestran que las medidas de prevención están justificadas en países de bajos recursos, su costeabilidad y la falta de jerarquización en torno al tema, han contribuido a su lento avance. Este artículo denuncia que en los países con menores posibilidades económicas, son mayores las barreras para acceder a los servicios de prevención y atención en relación al cáncer de cuello uterino. De modo que las mujeres habitantes de esos países, se ven desfavorecidas por las condiciones básicas de pobreza y estatus socio-económico descendido. Estas desventajas sociales son agravadas por la enfermedad en sí misma, con serias consecuencias para las mujeres, sus familias y las comunidades a las que pertenecen. También menciona el artículo los métodos de prevención y tratamiento que incluyen vacunas contra el HPV, observación con ácido acético y crioterapia. Estas tecnologías podrían ayudar a eliminar las desventajas sociales, económicas y políticas, que contribuyen a las desigualdades en la incidencia y en la mortalidad del cáncer de cuello uterino, a través de una óptima

combinación de vacunación, filtración y tratamiento. Eventualmente, incrementar el acceso de las mujeres al tratamiento, va a requerir que las sociedades traten de disminuir las barreras estructurales que tienen que ver con los sistemas de salud y la pobreza. Los efectos del cáncer de cuello uterino, así como de las nuevas oportunidades de prevención, son crecientemente reconocidas en el campo de la salud de las mujeres, aunque entienden las autoras que todavía hay mucho trabajo por hacer. (Tsu y Levin, 2008).

La Alianza² para la prevención³ del cáncer de cuello uterino, continúa divulgando los métodos simples, efectivos y costeables para la filtración y el tratamiento pre-cáncer.

La “Acción cáncer cervical” es una nueva coalición de grupos e individuos que lanzó en 2007 el llamado Acción, el que continúa construyendo apoyo a niveles norteamericanos y globales⁴.

En una conferencia de OPS en el año 2008 que tuvo lugar en México, 21 países firmaron una declaración resolviendo reforzar la prevención y el control del cáncer de cuello uterino. Figuras a nivel global, incluyendo parlamentarios y sociedades profesionales, están llamando la atención sobre la injusta carga que las mujeres mayores están llevando y acerca de los amplios beneficios que podrían ser obtenidos, al implementar vacunaciones de HPV para adolescentes, así como programas de tratamientos para mujeres en sus 30 y 40 años (Tsu y Levin, 2008).

En Uruguay, según Rodríguez, Barrios y Vasallo (2005), el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar de incidencia en las mujeres, después del cáncer de mama y del cáncer de colon y recto, siendo responsable de más de 100 muertes al año. La mayoría de las mujeres provienen de medios socio-económicos deprimidos. Se hizo un estudio de los factores asociados más relevantes para la enfermedad. Entre los resultados, la edad promedio en que se contrae la enfermedad fue de 36,6 años, siendo la mínima de 16 y la máxima de 98; en 0,38 % de los registros la edad no fue consignada como dato erróneo, estableciéndose que el análisis de datos se realizó sobre la distribución de edades en 96,488 registros. En nuestra población, la edad promedio para la lesión de alto grado fue estimada en 34,3 y para el cáncer invasor 49,0. Se encontró un número de 1,122 (1,20%) extendidos

2 Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP)

3 Declaración disponible en www.paho.org/English/DD/PIN/pr080514.htm

4 Para más información se puede consultar el sitio web del Grupo: www.cervicalcanceraction.org

patológicos con algún grado de vinculación con el cáncer de cuello uterino. El número promedio de controles por paciente fue de 1,29 y la edad promedio para la primera relación fue de 17,67 años.

CAPÍTULO 2: Factores asociados al cáncer de cuello uterino

2.1. Barreras para la realización del PAP.

A nivel mundial es bien conocido el alcance del resultado del PAP y su valor preventivo del cáncer de cuello uterino, razón por la que resulta importante comprender por qué las mujeres no se realizan el estudio.

Según un estudio sobre las percepciones de los profesionales de la salud, (Urrutia, Araya y Poupin, 2010) específicamente en el área ginecológica, acerca de esta dificultad, 41 % de los profesionales entrevistados en un servicio de la ciudad de Santiago de Chile, tuvieron la percepción de que las mujeres tienen un conocimiento parcial sobre la importancia de realizarse el PAP, mientras que un 48,3 % sostuvieron que las mujeres no tenían conocimiento sobre las normas de control del PAP. Falta de conocimiento, miedo, dejación y la falta de tiempo por parte de los mujeres fueron los principales motivos que atribuyeron estos profesionales a que las mujeres no se realizaran el PAP. Entre las conclusiones de este estudio, se señalan las posibilidades de diseñar y/o actualizar los contenidos educativos que reciben las mujeres con el fin de incrementar su conocimiento y promover estrategias de concientización sobre la relevancia de la realización de este test. Surge de este estudio la necesidad de potenciar el conocimiento de las mujeres acerca de esta prueba y mejorar las influencias del entorno buscando favorecerlas en la prevención y/o tratamiento oportunos. La falta de conocimiento se encontró asociada a otros factores, como la vergüenza, el pudor, el miedo al dolor, por otros investigadores. Insistieron en implementar acciones educativas en torno a la sexualidad en general y a la prevención en particular, para ayudar a desmitificar las creencias que obstaculizan la realización de esta prueba. Cuando aducen miedo, nos aclaran que en general es a recibir un diagnóstico de cáncer, de modo que optan o prefieren optar por no hacerse el PAP, demorando o postergando ese posible resultado. Concluyeron entonces que es impostergable una fuerte campaña educativa que pueda fortalecer la concurrencia a realizarse la prueba en tiempo y forma. Entre otras barreras que encontraron, se destaca la falta de flexibilidad en los centros de salud, que hace alianza con algunas de las excusas que ponen estas mujeres para no realizarse el PAP, entre ellas, dificultad de dejar el hogar, hijos, tareas o dificultad para salir

del trabajo. Fue tomado principalmente como un problema de comunicación entre los profesionales de la salud y las usuarias de los servicios. Es decir, queda abierto a futuras investigaciones, abordar el grado de comprensión sobre el PAP y su alcance, así como la comunicación entre las usuarias y los profesionales, a los efectos de la comprensión sobre el tema, desde la perspectiva de las mujeres.

En la ciudad de Buenos Aires en Argentina, Giraudo, Discacciati, Bakalar, Basualdo y Dreyer (2006), rastrearon a través de un estudio, las barreras para prevenir el cáncer de cuello uterino. Entre los años 1990 y 1998 estos investigadores entendieron que la pérdida de años de vida potencial por cáncer de cuello uterino aumentó significativamente. Plantean que si bien está demostrado mundialmente la eficacia en materia de prevención acerca del PAP, inciden factores socio-culturales, educacionales y económicos en la conducta de las mujeres en cuanto al acceso a los servicios de salud para realizarse esta práctica. Lograron identificar desinformación sobre el funcionamiento del sistema de salud, ausencia de políticas preventivas, falta de organización dentro del sistema de salud, obstáculos administrativos relacionados con el acto médico, falta de explicaciones por parte del personal de salud acerca del PAP, poco cuidado con la exposición del cuerpo, falta de privacidad e intromisión a la intimidad. Concluyeron que era imperativo informar a la población y respetar la exposición del cuerpo, así como establecer una política sanitaria clara, para cumplir efectivamente el desarrollo de estrategias universales de prevención ().

Otro estudio realizado en Lima con mujeres para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la prueba de PAP, reportó que 63 % tenía nivel bajo de conocimiento, 66 % una actitud desfavorable y 71 % una práctica incorrecta sobre el PAP. Entre las barreras de acceso al PAP identificadas en el estudio se encuentra el sexo (masculino) del médico tratante (34,2 %). Sostienen que el nivel de conocimiento más alto no está relacionado con la práctica adecuada del PAP y que las principales limitaciones a que las mujeres se realicen el PAP son de carácter psicológico (Bazán, Posso y Gutiérrez , 2007).

Buscando la relación entre la incidencia del cáncer de cuello uterino y los perfiles socio-culturales y socio-económicos de las mujeres argentinas afectadas, Arrospi, Ramos, Paolino y Sankaranarayanan (2008), estudiaron la distribución del cáncer de cuello uterino y

concluyeron que la misma presentaba una desigualdad muy pronunciada, estableciendo que la tasa de mortalidad en Jujuy (15/100000) era casi cuatro veces más alta que la de la ciudad de Buenos Aires (4/100000). Se propusieron determinar el perfil sociodemográfico de las mujeres que eran usuarias del tamizaje por prueba de PAP, basándose en un análisis de una muestra representativa de mujeres argentinas de la Primera Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo, que fuera realizada en el año 2005. Arribaron a la conclusión de que en Argentina, las mujeres pobres, solteras, desempleadas o inactivas, con niveles de escolaridad más bajos y menor acceso a los servicios de salud, y las mujeres mayores de 65 años de edad, eran sub-usuarias del tamizaje. Plantean a partir de estas conclusiones que el tamizaje no debe seguir siendo “oportunista”. Por ende, las estrategias deben incluir las necesidades y percepciones de las mujeres socialmente desfavorecidas y se debe ampliar su acceso al mismo. Reconocen de carácter “imperativo” la necesidad de proporcionar servicios de tamizaje y tratamiento de buena calidad que alcancen a las mujeres en riesgo. A tales efectos, estiman que en aquellas zonas más desfavorecidas del país, se deben promover proyectos pilotos que utilicen nuevas tecnologías alternativas. También consideran que la promoción entre los profesionales de la salud, de la calidad y de la eficacia de cada tamizaje es esencial para disminuir las practicas poco costo-efectivas, como son el tamizaje anual y el tamizaje de mujeres jóvenes, que desperdician recursos y no impactan en la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino.

En el nordeste de Brasil, Fernandes, Lacerda, Silva da Costa, Moura da Silva, Lima de Brito, Azevedo, do Nascimento, Medeiros de Azevedo y Medeiros Fernandes (2009), en una investigación cuyo propósito fue analizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las mujeres en relación al PAP, vinculantes con los comportamientos y características sociodemográficas, llegaron a las siguientes conclusiones: el médico es el principal agente de información sobre el PAP. Mientras tanto, las mujeres que más acceden al estudio citológico preventivo de cáncer de cuello, plantean que no están recibiendo la información adecuada sobre el objetivo del examen médico y sus beneficios para su salud. De las mujeres que abarcó su estudio, 63 % mostraron una actitud adecuada frente al PAP. Dentro de las mujeres que tuvieron una práctica adecuada frente al examen medico en cuestión, la mayoría (54%) se acercó espontáneamente a los servicios de salud para tal efecto, teniendo como motivación principal la prevención del cáncer de cuello uterino. Las barreras mas citadas para realizarse el examen, fueron: descuido (22%), falta de solicitud del mismo

por parte del médico tratante (7,4%), vergüenza (6,3%) e incomodidad frente al examen (3,2%). Se aclara en este estudio que es relevante la semejanza con los resultados encontrados en las mujeres argentinas. También se demuestra que los mejores índices de adecuación a la práctica del PAP, fueron observados entre mujeres con mayor escolaridad, entre aquellas que trabajaban fuera del hogar, las que consultaban al médico con mayor frecuencia, las que tenían una vida sexual activa, las que tenían entre uno y tres hijos y las que utilizaban algún tipo de método anticonceptivo

Según el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU (MYSU, 2009), un estudio con mujeres usuarias de los servicios de salud públicos y privados en Uruguay, arrojó como resultado que 7,6% de las mujeres encuestadas manifiesta conocer el derecho a la licencia paga anual para la realización del PAP y de la mamografía. En respuesta inducida el conocimiento asciende a 66,3%, no habiendo diferencias relevantes por edad entre Montevideo e interior. Un dato que llama la atención de los investigadores es que las mujeres entre 21 y 25 años presentan un bajo porcentaje de realización del PAP, siendo que la reglamentación (ordenanza 402, MSP) establece la obligatoriedad del PAP cada tres años a partir de los 21 de edad. Se indagó acerca de las razones por las cuales las mujeres no se realizan el PAP, tomando en cuenta edad, regiones y nivel socio-económico, y las respuestas apuntaron mayormente a que el médico tratante no indicaba el estudio. Las mujeres del interior del país reciben en menor medida la indicación que las montevidéanas. Sin embargo, el estudio con profesionales muestra que éstos conocen las guías y la reglamentación vigente para la recomendación del PAP (76%), frente a un 21% que declara poco o ningún conocimiento al respecto.

La incidencia del cáncer de cuello uterino en Uruguay ha llamado la atención de los investigadores hace ya unas décadas. En un trabajo realizado en tres policlínicas barriales de Montevideo, sobre la prevención del cáncer de mama y de cuello uterino, Benia y Tellechea (1997) sostienen que en torno al riesgo para ambas enfermedades, es fundamental conocer los elementos de prevención para disminuir los índices de morbimortalidad. Este trabajo se llevó a cabo en el marco de tres policlínicas barriales del Cerro. Se aplicó una encuesta a 152 usuarias que concurren por primera vez a una consulta de ginecología. El 69 % de las encuestadas presentó al menos un factor de riesgo para cáncer de cuello. Los más frecuentes fueron: múltiples compañeros sexuales (46%),

tabaquismo (28,9 %) e inicio precoz de las relaciones sexuales (21 %). El 40 % nunca se había hecho un PAP; entre las que tenían PAP anterior, la indicación fue realizada por ginecólogo en un 92 % de los casos y por médico general solamente en un 3,3 % de las mujeres

Según Rodríguez, Barrios y Vasallo (2005), hay una significativa vinculación entre la infección por HPV y la citología patológica de lesión de alto grado o cáncer. También se encontró una fuerte vinculación con la infección por HIV y la citología patológica. Al vincularse los resultados oncológicos con los métodos anticonceptivos, en un estudio realizado en Uruguay, los autores encontraron que 35 % de las mujeres declaró no usar frecuentemente método anticonceptivo alguno. En los estudios realizados, no se consideran precursoras aquellas lesiones de HPV que no fueran evolutivas al cáncer de cuello uterino en un período de cinco años. El carcinoma in-situ antecede a la aparición del cáncer invasor en la mayoría de las mujeres propensas en un período aproximado de 15 años. Se acepta el PAP como la herramienta eficaz para la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, en lo que no se llega a acuerdo es en la frecuencia de este estudio para que sea efectivo como medio de prevención. Se coincide en este trabajo que los métodos orales de anticoncepción son predisponentes de la aparición de HPV y en cambio los de barrera (condones) serían eficaces en la prevención del mismo. En ese estudio se coincide con los estudios internacionales sobre la incidencia del tabaquismo en el origen del HPV, en una relación de dos veces mayor en la aparición del cáncer de cuello uterino, como variable independiente. No encontraron datos relevantes en lo que respecta al número de embarazos, que la literatura internacional establece como factor de riesgo un número mayor a cuatro embarazos a término

Un estudio reciente conducido por Carril y Fernández sobre las barreras psicosociales para el acceso al PAP, se realizó con mujeres entre 30 y 50 años de edad, del área metropolitana de Montevideo. También se incluyó la perspectiva de los profesionales ginecólogos/as acerca de cuáles son los factores que operan subjetivamente en contra de la realización del PAP y por ende de la prevención temprana. Es una búsqueda exhaustiva, que incluye producción nacional, regional e internacional y que propone una mirada detenida en variados elementos a tener en cuenta a la hora de pensar la prevención, a saber, factores institucionales, implicancia de los tiempos y demoras pautadas

administrativamente pero también contemplar el trato de los funcionarios/as con las usuarias de los servicios. Se destaca por parte de las mujeres la necesidad de privacidad en los estudios médicos, ser atendidas por profesionales mujeres, lo cual es un elemento a tomar en cuenta como barrera psicosocial que dificulta el acceso a dichos estudios. Se plantean elementos de maltrato institucional de diferente orden, por ejemplo la no explicación adecuada de la relevancia de los estudios a realizar. Se señala en ese trabajo que la mayoría de las veces las mujeres acuden a la consulta ginecológica no precisamente por prevención, sino por sentirse enfermas. Otro aspecto a destacar es que es necesario analizar las experiencias subjetivas de las mujeres, en tanto ofrecen insumos para analizar las barreras psicológicas en torno a la prevención. Incluyó revisiones de trabajos nacionales, regionales e internacionales, de corte cuantitativos y cualitativos comprendidos entre el 2002 y 2012. Se plantean entre las conclusiones la desventaja social entre las mujeres que acceden a la prueba, destacándose la pobreza y los niveles socio-económicos deprimidos como factores que no colaboran con las mujeres para acceder a esta prueba. Al referirse a los profesionales médicos entrevistados a través de un cuestionario, sobresalen respuestas de impedimento como: dejadez, conocimiento parcial de la prueba, temor a resultado de cáncer, otros. Con respecto a las mujeres se encuentran entre sus respuestas: que anteponen cualquier actividad a realizarse estudios preventivos, entre las barreras psicológicas destacan pudor, vergüenza durante el estudio, malestares después del mismo, otras. La desinformación acerca del estudio fue planteado como una barrera importante, que se asocia a otros factores. La barrera psicológica y socio-cultural es de suma incidencia, ya que la forma en las ciudadanas viven su salud, es cómo entienden la manera de cuidarla. Las barreras institucionales constituyen otro importante factor, debiéndose preparar mejor al personal a cargo. Específicamente menciona en su trabajo, Carril, la relevancia de la “relación médico-paciente que se presenta como una barrera que dificulta el acceso a la realización del examen” (Carril, Fernández, 2012).

Otro estudio igualmente reciente, liderado por Carril con la asesoría técnica de Rodríguez, en mujeres uruguayas entre 30 y 50 años de Montevideo y área metropolitana, con el objetivo de encontrar información sobre las barreras psicológicas en torno al PAP, teniendo en cuenta las posibles barreras institucionales, que incluyó en su metodología lo cualitativo y lo cuantitativo, arrojó datos sobre la obligatoriedad a través del carné de salud como

elemento favorecedor del acceso a la prueba del PAP. El estudio también muestra una serie de fundamentaciones acerca del por qué de la no-realización del estudio clínico. Hay muchas coincidencias con otras investigaciones, falta de tiempo, horarios, la atención masculina en los servicios de salud, el desconocimiento en muchas mujeres sobre la prueba, el aparato sexual-reproductor y la sexualidad en general. La autora hace un interesante recorrido histórico sobre la sexualidad y sobre el útero en particular como órgano propio de la gestación y la apreciación médica al respecto, es decir cómo lo han considerado, desde el 1800 hasta nuestro historiador Barrán que trae anécdotas que ilustran esas miradas y posicionamientos médicos, a partir de los cuales también se ubican las mujeres en consulta ginecológica, ya que ese pasaje por los servicios de salud confiere aprendizajes. Es difícil para algunas mujeres separar lo reproductivo de lo sexual y de la salud en términos globales, por eso arrastran expresiones médicas como la de “vaciar” en lugar de extirpar o histerectomía. Esto demuestra lo sujeto del tema a los parámetros culturales y epocales, incluyendo la academia. En este estudio las respuestas del personal médico referente a la ausencia de las mujeres respecto a la realización del PAP, van desde el nivel educativo como primer factor de impedimento al socio-económico. Este estudio advierte que la información que tienen las mujeres sobre el PAP es de “dudosa calidad” y mayormente proviene de sus pares en diferentes ámbitos pero no a través de los servicios de salud o de los médicos. Las causas propuestas por las mujeres que no se realizan el PAP coinciden con otros estudios de investigación de la región, señalándose vergüenza, incomodidad, problemas de horarios, demoras en la mutualista u hospitales. Se plantea entre las conclusiones que deberían cotejarse los resultados con aquellas mujeres que no tienen obligación de hacerse la prueba ya que el carácter de obligatoriedad las inserta sin opción en de los canales de prevención. (Carril y Rodríguez, 2013).

2.2. El HPV y su relevancia en el cáncer de cuello uterino

Entre los factores asociados a la incidencia de cáncer de cuello uterino, el de mayor riesgo para el desarrollo de lesiones pre-malignas es la infección por HPV. Se ha demostrado que el HPV es el principal agente para el desarrollo de neoplasia intraepitelial cervical (CIN/SIL), la cual es considerada precursora del cáncer de cuello, existiendo una relación de 99% entre HPV y cáncer. Si bien, la mayoría de las infecciones remiten espontáneamente por la

acción del sistema inmunológico, entre 10% y 20% de las mismas son llamadas persistentes, por su alto riesgo oncogénico, estas no remiten espontáneamente, suelen presentar algunos síntomas y requieren diferentes tratamientos, incluyendo la cirugía. Otros factores asociados son el consumo de tabaco, múltiples parejas sexuales, edad precoz en el inicio de las relaciones sexuales, elevado número de hijos, bajo nivel socio-económico, menopausia después de los 50 años, diabetes, hipertensión, exposición a altos niveles de estrógeno durante un lapso prolongado (World Health Organization. International Agency Cancer for Research in Cancer, s.f.)

El cáncer de cuello uterino se presenta a través de cambios lentos y progresivos en las células normales y toma varios años en desarrollarse. Sus estaciones de desarrollo evolutivo van desde la normalidad, pasando por el carcinoma in-situ, hasta el cáncer invasor-agresivo. La lesión intraepitelial escamosa (SIL por su sigla en inglés), es un indicador predictor de factor de riesgo de cáncer de cuello uterino. El diagnóstico de SIL de alto grado, significa la presencia de una lesión pre-cancerosa, la cual es detectada mediante el estudio de PAP o colpocitología oncológica. El resultado puede ser confirmado o ampliado mediante una biopsia. En los diferentes países donde influyen factores como el clima y la dieta, se numeran las cepas más riesgosas. En nuestro país se han investigado las cepas de mayor índice cancerígeno en la población, a través de un tamizaje viral (World Health Organization. International Agency Cancer for Research in Cancer, s.f.).

Siete de cada 10 mujeres son infectadas por el virus de HPV, siendo su transmisión por vía sexual; este virus no presenta síntomas, por lo cual la única forma de detección es mediante la realización del PAP. Las lesiones pre cancerosas pueden evolucionar al cáncer dentro de un período de ventana de aproximadamente nueve a 15 años. Este dato es clave para considerar la relevancia del vínculo médico/a-usuaria en su detección y tratamiento oportunos. Partimos del supuesto que el establecimiento de un vínculo médico-usuaria percibido como no confiable por la consultante, es una de las barreras que obstaculizan la posibilidad de desarrollar la adherencia a los tratamientos.

A la fecha existen dos vacunas, aceptadas internacionalmente, para prevenirlo así como también otras enfermedades causadas por el HPV. La primera cronológicamente hablando, Gardasil, del laboratorio Sanofi Pasteur MSD, surgió al mercado en 2007; la segunda,

Cervarix, de GlaxoSmithKline, se comercializa desde comienzos de 2008. La primera previene de lesiones cervicales de alto grado, causadas por los tipos de HPV 6, 11, 16 y 18. Está dirigida a niñas y mujeres entre 9 y 26 años y es garantizada cien por ciento su eficacia entre quienes no hayan estado expuestas al virus, por ese motivo se aconseja especialmente antes del inicio de las relaciones sexuales. Cervarix está pensada también para los tipos de HPV 16 y 18 específicamente, ofreciendo simultáneamente protección cruzada para los tipos 31, 33 y 45. Induce importantes niveles de anticuerpos, siendo la única en la que se ha comprobado que los anticuerpos presentes en la sangre, pasan al cuello uterino, eficazmente, es decir, con altos niveles de absorción. Ambas se componen de tres dosis, inyectables, que se compran en farmacias a costos elevados. En ambos casos hay contraindicaciones, en especial de tipo cardíaco-coronario, debiéndose consultar con el médico/a tratante antes de su administración y es discutible a nivel científico sus efectos secundarios. La sintomatología ocasionalmente presenta sangrados entre menstruaciones o post-relaciones sexuales, así como dolores en bajo vientre (World Health Organization. International Agency Cancer for Research in Cancer)

Los tratamientos van desde conizaciones (cono-leep, cono-frío), conizaciones quirúrgicas (cirugía propiamente dicha, puede incluir extracción total de cuello, histerectomía total), radiaciones, quimioterapias locales o más abarcativas, ej. ganglios linfáticos.

Dado que la persistencia de la infección por HPV es condición necesaria para su progresión a la lesión de alto riesgo y de ésta al cáncer, se estudian en la actualidad los ADN de los HPV para el screening inicial, en reemplazo de los programas que incluían únicamente los métodos citológicos. Los tests de ADN de HPV han aportado mayor precisión a la hora de detectar lesiones pre cancerosas, por ende, se consideran mejores predictores pues permiten tratamientos antes de que se gesticione un cáncer invasor. Actualmente se considera más de 120 tipos de HPV, de los cuales 14 son de alto riesgo para el desarrollo del cáncer y de sus lesiones precursoras, los tipos de HPV 16 y 18 ocupan los primeros lugares como precursores de cáncer, alcanzando el 70% de la etiología de las neoplasias. América Latina y el Caribe confirman este hallazgo, seguidos por otros tipos de HPV, que sumados a los tipos 16 y 18, son responsables del 86,5% de los cánceres de cuello uterino de la región.

La tipificación de los grupos 16 y 18 ayuda a identificar a las mujeres con HSIL o lesión invasora y proveen de una estratificación de riesgo útil para la clínica médica. Las mujeres diagnosticadas con HSIL deben ser controladas en períodos cortos, aunque sus exámenes citológicos sean normales. A fines de los años 90 se iniciaron los trabajos orientados a la detección molecular de HPV y sus tipos oncogénicos. En el año 2013 se incorporó la llamada plataforma Cobas 4800, a efectos de amplificar el ADN de la región L1 del HPV, por medio de una PCR en tiempo real, así como la hibridización de ácidos nucleicos para poder detectar los 14 tipos de HPV de alto riesgo, en un solo examen clínico. Por medio de esta prueba, se logra identificar los tipos oncogénicos de HPV 16 y 18, así como los otros de alto riesgo, en un pool. Esta prueba de avanzada en el mundo, cuenta con un método de control interno de la betaglobina, cuya finalidad es evaluar y asegurar la calidad de la muestra, identificando partículas que contengan elementos inhibidores de los procesos de amplificación. Cobas 4800 es un método totalmente automatizado, que garantiza la disminución del margen de error (World Health Organization. International Agency Cancer for Research in Cancer)

2.3 Factores psicosociales vinculados al cáncer de cuello uterino

El papel de los aspectos sociales, culturales y psicológicos en los procesos de salud y enfermedad ha sido motivo de estudio desde diferentes disciplinas y enfoques teórico-metodológicos. En particular, nos interesa considerar el peso de los factores psicosociales en la respuesta emocional de las mujeres frente al diagnóstico de lesiones pre cancerosas o cáncer de cuello uterino.

Fylan (1998), en un estudio con mujeres proclives a contraer cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, hace especial énfasis en los factores sociales y culturales como coadyuvantes del proceso, sea de enfermar o de sanar. Señala la importancia de la educación en salud como base del éxito del tratamiento, que permite que las mujeres accedan con menor temor hacia la cura. De esta manera, disminuirán sus creencias populares en torno al cáncer y a enfermar en general, lo que les permite acceder a mejores niveles de información. La autora comprobó que con tareas educativas sistemáticas,

mujeres en riesgo de contraer cáncer disminuyeron sus creencias y aumentaron su adhesión a los tratamientos. La autora analizó esta relación entre el acceso al conocimiento y disminución de creencias.

En el año 2013, en el sur de Brasil se llevó a cabo un estudio con 150 mujeres divididas entre mujeres sanas, mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y mujeres con cáncer de cuello uterino. El interés de la investigación apuntaba a detectar la capacidad de percepción de la enfermedad, a través de sus síntomas y se buscaba encontrar cuál de los grupos mencionados, era el más proclive a detectar esas impresiones, arrojando datos en sus percepciones acerca de la enfermedad. Se llegó a la conclusión de que las mujeres más sanas eran las que tenían mayores percepciones sobre los síntomas pero eran más dependientes de los ciclos agudo/crónico con respecto a los demás grupos de riesgo. Con respecto a las causas posibles de la enfermedad, las mujeres con cáncer lo atribuían mayormente a factores de estrés, preocupaciones o a sus estados emocionales (Kern de Castro, Aretz, Lawrenz, Bittencourt, Romeiro y Abduch, 2013).

Por su parte Arroyo, Gage, Ferreccio, González, Huivín y Robles (2003), orientan su discurso hacia el valor de la información en salud, planteando que han comprobado una mayor adherencia a un tratamiento cuando la persona entiende de lo que se trata. La información disponible proporciona datos acerca del cambio de actitud frente a la enfermedad, planteándonos que ésta no depende sólo de una de las partes del vínculo, así como tampoco está ligada al tipo y calidad de la información que se recibe, exclusivamente, sino que tiene mucho que ver cómo receptionan esa información las personas afectadas.

Burton, Mc. Lee, Lurio, Marantaz y Mulvihill (1999), con relación a la salud de adolescentes principalmente afectadas de lesiones pre-cancerosas de HPV, constataron una marcada influencia de sus niveles educativos y en el manejo primario-elemental del lenguaje. Concluyeron que esos aspectos no sólo las mantuvo en sus tratamientos, sino que les permitió disminuir la barrera del miedo al cáncer en sí. Señalan especialmente que el factor disciplina es un colaborador indispensable para la continuidad de un tratamiento. Entienden que esa actitud se puede ver fortalecida, desde el mundo interno, por varios factores, pero que incide el conocimiento técnico, transmitido en lenguaje claro y comprensible. Del 79% de mujeres entrevistadas, 75% adhirieron al tratamiento cuando en evaluaciones de

tratamientos anteriores, realizadas por los mismos investigadores, las mujeres jóvenes declararon haber abandonado los mismos por miedo.

Monnet, Marquant y colaboradores (2004), analizaron la relevancia de la asistencia de mujeres con HPV a programas de prevención y educación en las consultas sanitarias. Según un estudio en base a 443 mujeres durante un lapso de tres años de asistencia al programa, se superaron las expectativas de respuesta positiva frente al tratamiento. Con la expresión «respuesta positiva» refieren a cambios psico-sociales y actitudes frente a la vida sexual y sus cuidados para un disfrute saludable.

En un estudio realizado en Uruguay por Varela, Caporale, Delgado, Viera, Galain y Schwartzmann (2007), el cual si bien está orientado al cáncer de mama, tiene hallazgos en lo pertinente al afrontamiento de la enfermedad, interesantes para pensar el problema de investigación que nos atañe en el presente trabajo. Las autoras relatan que el aviso de la necesidad de realizar una segunda prueba confirmatoria de resultado de cáncer, produce un impacto psicológico en las mujeres sometidas a dicha prueba, considerado en la literatura como un evento amenazante desatando lo que dan en llamar esfuerzos de afrontamiento. El estudio se centró en las respuestas psicológicas y sostienen que la evitación y la desesperanza aumentan con la mayor probabilidad de tener cáncer y nos informan que el afrontamiento diferenció a las mujeres sanas de las enfermas con mayor claridad que sus estados emocionales. Plantean que *“la desesperanza, aunque es un mecanismo de afrontamiento, nos habla de la capitulación de los esfuerzos, ya que la persona siente que nada puede cambiar o hacer”* (p. 39). Y agregan que

la cavilación se relaciona con un tipo de pensamiento permanente, estresante, mortificante y compulsivo acerca del problema, sin poder realizar ninguna acción para resolverlo. La desesperanza y la cavilación son tipos de afrontamiento de alto riesgo ya que inhiben la consulta, por lo que el personal de salud debe formarse en su precoz identificación. Asimismo niveles moderados de depresión en el grupo de pacientes también correlacionaron con la desesperanza como mecanismo de afrontamiento y la falta de vigor y actividad frente a la amenaza. (p.39)

La amenaza del quiebre de la salud en la mujer, específicamente respecto al cáncer, con sus connotaciones socio-culturales inevitables, reproduce simbólicamente una y otra vez, aspectos referidos a la muerte, el sufrimiento, el dolor, desarrollando desde sus síntomas muchas veces la conducta de afrontamiento de la enfermedad.

CAPÍTULO 3: Problema y preguntas de investigación

El problema que orienta esta investigación está relacionado con la vivencia de enfermedad y los recursos psíquicos disponibles que ponen en juego las mujeres en situación de diagnóstico de HPV, con SIL de alto grado. Se parte de la hipótesis de que el vínculo médico/a-usuaria junto a los recursos psíquicos disponibles en la consultante, intervendrían en el proceso de adherencia a los controles y/o tratamientos a seguir.

Laurell (1981) afirma que no se puede hablar de salud por un lado y de enfermedad por otro, sino que ambos conceptos constituyen un solo objeto de estudio. Por su parte, Menéndez (2004) aporta desde una concepción de integralidad, la noción de salud-enfermedad-atención, desplazando la mirada del individuo y sus enfermedades. Castro (2011) destaca *“la relevancia del contexto cultural, para comprender las interpretaciones que hacen los individuos de sus propias experiencias. En este caso no es el conocimiento consciente, sino las experiencias subjetivas lo que interesa interpretar.”* (p.105). Por su parte, López y Wills (citado por Castro, 2011), hacen especial referencia a las narrativas de las experiencias subjetivas de enfermedad, lo que esas narrativas traen acerca de lo cotidiano de esas personas o sujetos de padecimientos. Es menester contar con un marco referencial riguroso que permita el control de las interpretaciones que hará luego el investigador sobre esas narrativas. De lo contrario se relativizaría el material y correría el riesgo de perder referencias teóricas, cayendo en afirmaciones sin fundamento consistente desde el punto de vista científico. En este sentido, según Castro (2011), *“la interpretación de lo que comunican los individuos debe hacerse siempre en conexión con el contexto social, histórico y político que moldea sus experiencias.”* (p.105). A tales efectos, es también que la fenomenología acepta la experiencia subjetiva de enfermedad, tal como nos la transmiten los sujetos investigados, sin detenerse a investigar críticamente esa narrativa. . La fenomenología norteamericana plantea la dificultad de separar la cultura de la experiencia subjetiva de enfermar, entendiendo que *“lo relevante es situar las experiencias que se estudian justamente en la cultura de los individuos”* (Caelli citado por Castro, 2011, p.106). Todo esto significa, en términos de Husserl, como bien plantea Castro, una *“renuncia al estudio objetivo de la experiencia subjetiva, para dar paso al estudio de la experiencia tal como es vivida por los propios individuos”* (p.106). Por los aspectos presentados en este

apartado es que Laurell (citada por Castro, 2011) nos invita a hablar en términos de proceso de salud-enfermedad, ya que el mismo comprende tanto la dimensión biológica como la ideológica, constituyendo la salud y la enfermedad dos momentos del mismo proceso, siendo necesario *“para detectar una enfermedad la presencia de una anormalidad biológica como la interpretación socialmente determinada del fenómeno”* (p.112)

Las voces de las consultantes deben operar con la de los profesionales, configurando el campo de acción, re dimensionando sus alcances, encontrando los significados y produciendo nuevos sentidos a la vivencia de enfermar, ya que *“la vivencia subjetiva de la enfermedad contrapone la visión que tiene el médico de la misma con lo experimentado por el sujeto que la padece”*, de tal modo que *“esta distancia entre la perspectiva del sujeto que consulta y de aquel que responde a este pedido se observa en el campo de las distintas prácticas médicas y en el de las psicoterapias”* (Zytner, Bernardi, Miller varela y Villalba 2011, p.13).

El sujeto que padece la enfermedad, desde sus creencias y valores da señales para acercarnos a comprender que *“la forma en que el paciente experimenta la enfermedad y su tratamiento dependerá de la interpretación que el sujeto hace de la misma, por la mediación de mecanismos de defensa y afrontamiento y de sus recursos personales y la presencia de soporte social”*. Por esta razón, cuando los profesionales de la salud intercambian opiniones y perspectivas sobre un/a consultante, sienten que *“es necesario decodificar el o los motivos de consulta latentes en dicha interconsulta y, a través de la entrevista y el diálogo con el interconsultante, identificar el foco de la intervención”*. (Zytner et al. 2011, p.14)

En este estudio centrado en analizar la experiencia subjetiva de mujeres con diagnóstico de HPV, SIL de alto grado, nos interesa saber la relación de las mujeres con esta situación y con la adherencia a los tratamientos médicos. Partimos del supuesto que la adherencia a los tratamientos está relacionada con dos aspectos fundamentales: los recursos psíquicos que disponen estas mujeres para afrontar la situación y el vínculo que establecen con su médico tratante.

En base a esto nos preguntamos, ¿cuál es la influencia del vínculo con el médico/a-tratante en la adherencia de las mujeres a los tratamientos para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino?

Un conjunto de preguntas secundarias alimentaron el tratamiento de esta pregunta principal. Ellas son:

A) Respecto al vínculo de las mujeres con el / la médico tratante

¿Cómo receptionan las mujeres afectadas de HPV, con riesgo de lesión pre-cancerosa, la noticia de su diagnóstico y tratamientos a seguir? ¿Cómo incide el vínculo médico/a-usuaria en el afrontamiento de las mujeres a la enfermedad? ¿incide la forma de transmitir el diagnóstico y su explicación, de parte del profesional médico, en las conductas posteriores que adopten las mujeres afectadas, en relación a la adherencia a los tratamientos?

B) Respecto a los recursos psíquicos que disponen las mujeres

¿Qué recursos psíquicos ponen en juego las mujeres a partir de la información diagnóstica para afrontar la situación? ¿Cómo se expresan estos recursos en la vida privada e íntima, en la vida familiar y en la vida laboral-social?

CAPÍTULO 4: Objetivos

4.1. Objetivo general

Analizar la influencia del vínculo médico-usuaria en la adherencia de las mujeres a los tratamientos para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino

4.2. Objetivos específicos

- i. Identificar las características del vínculo médico-usuaria en la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, desde la perspectiva de las mujeres.
- ii. Identificar el tipo y calidad de la información sobre HPV que disponen las mujeres a punto de partida de la consulta con el profesional.
- iii. Explorar los significados que tiene para las mujeres la experiencia de tener una lesión pre cancerosa de cuello uterino.
- iv. Explorar los recursos psíquicos que ponen en juego las mujeres para afrontar la situación diagnóstica y los tratamientos a seguir y cómo éstos se expresan a nivel íntimo, familiar y social.

CAPÍTULO 5: Consideraciones teóricas

Esta tesis se ubica en las coordenadas de los desarrollos teóricos que provienen del Interaccionismo Simbólico en el campo de la salud-enfermedad, en particular la experiencia subjetiva en salud como producto de las interacciones humanas y del Psicoanálisis, en particular, en sus teorizaciones sobre vínculo, empatía y recursos psíquicos.

5.1. Aportes desde el Interaccionismo Simbólico al estudio de los significados y la relación médico-paciente

Blumer (1982) sintetiza el Interaccionismo Simbólico en lo que denomina tres premisas simples, a saber: la primera, que los individuos tienen relación con las cosas, según el significado de esas cosas para ellos; la segunda, atiende al contenido de las cosas, señalando que el mismo se define a partir de la interacción social y por último, el que refiere a que el contenido es procesado y modificado, como producto de una evaluación que hace el sujeto cuando se vincula con las cosas. Este planteo muestra la complejidad del mundo de las personas y las cosas en interacción, donde hay un trabajo de traducción constante de significados .

Según Ritzer (1988), los seres humanos se distinguen de los otros animales, por su cualidad de pensar, que se “moldea” a través de la interacción social. Los símbolos y los significados que le permiten pensar, también pueden ser modificados por las acciones humanas. La característica de modificable esta relacionada con la interpretación de esos símbolos y en definitiva de las acciones o situaciones determinadas. Luego nos dice que los sujetos pueden hacer esas modificaciones porque en definitiva son capaces de interactuar consigo mismos, a través del pensamiento. Nos aclara que en el contexto de una investigación, el investigador solo se puede acercar a la cualidad creativa del sujeto investigado, a través del uso de sus propias palabras.

Para Rock (1979), hay dos corrientes filosóficas que nutren el Interaccionismo Simbólico, el pragmatismo y el conductismo. Para el pragmatismo, lo que existe en el mundo, existe en tanto actuamos en ese mundo y lo creamos por necesidad. En tal sentido, la gente recuerda

lo que ha sido útil para ellos en un momento dado. Le atribuye carácter dinámico, tanto al mundo como al sujeto. En este punto podemos vincular su planteo con uno de los exponentes históricos del pragmatismo, J. Dewey, quien sostenía que la mente era un proceso configurado en estadios, y no una estructura definida; ese aspecto le brindaba la posibilidad al hombre, de elegir libremente las normas y creencias de una comunidad y de modificarlas según sus necesidades que difieren de un momento a otro de la historia.

Mead (1934) trae al escenario las diferencias entre el conductismo radical que no ve diferencias entre el hombre y el animal, y su postura que realza el concepto de lo mental en el hombre como diferencia sustancial y que le permite a la gente *“usar el idioma entre el estímulo y la respuesta, en orden a decidir como responder”*(1934, pp.5), señalando que la mente implica capacidad reflexiva. Los Interaccionistas Simbólicos, diferencian mente de cerebro específicamente.

Blumer (1982) en 1937 puso el énfasis en el análisis de los sujetos y no en aspectos externos a los mismos, pero ignorando los procesos internos que producen una conducta, para evitar que el Interaccionismo Simbólico se indiscrimine del reduccionismo psicológico. Tampoco compartía y validaba las teorías sociológicas que solo destacaban los factores externos para explicar la conducta humana. Esta debía ser explicada por un proceso de definición al que se arriba por reflexión, construyendo significados que sustenten el acto en cuestión. Para Blumer, la investigación cualitativa es la única forma de entender cómo los seres humanos perciben e interpretan su mundo y su vida en él. Solo en un ambiente natural del sujeto a estudiar y a través de un análisis inductivo, el investigador podrá entender su universo simbólico. Entender ese universo es central para el Interaccionismo Simbólico, la sociedad existe antes de que nazca el individuo particular, sus acciones tendrán un sentido en función de su pasado y así incorpora su presente e involucra su proyecto de futuro. El idioma es el instrumento de transmisión del conocimiento construido en sociedad, para Mead:

la comunicación humana se realiza, a través del intercambio de símbolos, tanto verbales como no verbales. En el mismo momento en que un gesto o un símbolo conlleva un mismo significado tanto en un agente como en un receptor, se puede decir que ha sido usado un símbolo significativo (Mead, 1934, p.7).

Según Mead, el ser humano no nace siendo persona sino que se transforma en tal cuando logra verse a sí mismo como un objeto, es decir cuando accede a la capacidad reflexiva. La comunicación cobra un valor fundamental para Mead ya que es a través de ella que logramos salir de nosotros mismos e interactuar con el otro y desde la postura del otro mirarnos a nosotros en una actitud reflexiva. El interlocutor es un espejo de nosotros mismos. Los gestos y los símbolos conforman un circuito comunicacional que va más allá de la suma de las palabras, el todo es más que la simple suma de sus partes. Los diferentes grupos sociales disponen de códigos que los identifican y los discriminan de otros grupos, se expresan a través de esas claves diferenciales comunicacionales que sellan una estructura. La sinergia en la comunicación para el Interaccionismo simbólico es la suma de las partes, dando lugar a un resultado muy completo y eficaz, es decir comprensible y que no deja lugar a dudas, pues el mensaje es “limpio” para el que lo recibe. Para Goffman (1981), la comunicación no se limita a las conductas interactivas, sino que también implica al contexto espacial y cultural (fachada), con el que adquiere significado.

La interacción humana, produce significados que a su vez la gente comparte culturalmente, estos procesos construyen su realidad, en un tiempo y en un espacio, es por esto que Mead para referirse al “yo y el contexto social” nos dice que “*debemos ser los otros si queremos ser nosotros mismos*” (Mead, 1934, pp. 1-2). Solo en intercambio con los otros puedo verme y contemplar mi conducta, tengo la chance de reflexionar sobre ella; solo con la respuesta de los otros ante mí, puedo observar el “mí” de Mead y puedo visualizar al “yo” que observa y también actúa. Para el Interaccionismo Simbólico, el yo o la identidad es solo un producto de la relación socio-cultural. Por esa razón, su unidad mínima de investigación, serán siempre dos en un vínculo. Este aspecto pone de relieve el peligro básico del Interaccionismo Simbólico, el de concebir al hombre como una tabla rasa que se escribirá con el transcurrir de las interacciones sociales, corriendo el riesgo de ser percibido como algo pasivo a ser “llenado” o escrito por otros. Mead sale al cruce de estas posibilidades, advirtiendo que su concepción de hombre y de construcción de identidad, es la de un ser activo que decide al momento de ser determinado por las acciones de los demás y si decide, puede elegir alejarse de sus propias acciones, en función de esa mirada en espejo con los demás, de esas repercusiones de los otros sobre él. El Interaccionismo Simbólico, no se centra en abstracciones como concepto de clases o posiciones, sino que va

directamente a las acciones como germen constitutivo de lo social. Esta postura teórica esta preñada de consecuencias metodológicas a la hora de investigar, ya que no se indaga lo macro sino lo micro y partiendo de las categorizaciones que hacen los sujetos investigados, podremos entender su criterio para actuar de determinada manera y no de otra frente a ciertas situaciones. El concepto de rol no aporta si no se puede definir operacionalmente. El símbolo y el individuo son las piezas estructurales del análisis en el Interaccionismo Simbólico. En tal sentido, el concepto de rol deberá poder llevarse a las acciones del individuo para que signifique algo.

Desde el Interaccionismo Simbólico, la relación médico-paciente es un encuentro-desencuentro de culturas y códigos psico-lingüísticos diferenciales. Se tendrá que negociar los significados asociados a la enfermedad y a los padecimientos por parte de quienes la experimentan (es decir, los pacientes) y de quienes los atienden (es decir el personal de salud) y los acompañan (es decir los recursos familiares y de apoyo social). Castro (2011) al referirse a los aportes de la teoría del Interaccionismo Simbólico, en lo pertinente a la relación médico-usuaria en el contexto institucional, se apoya en West para hacer referencia a la asimetría de género y su influencia en el proceso de atención en salud.

Goffman (citado por Castro,2011) enfoca su atención en las degradaciones y ataques al self que se producen en las interacciones médico-paciente, lo que le permitirá plantear que las mujeres que logran una respuesta adaptativa a estas situaciones, podrán reconstruir su identidad. Desde este enfoque, podríamos decir que la construcción de significados nuevos a partir de la vivencia de enfermar, hace posible que la mujer redimensione cada vez, en cada concurrencia al médico/a, su condición de mujer.

Para que en el encuentro médico-paciente al decir de Gajardo y Montes (2010) se construya una relación médico-usuaria, lo fundamental es la comunicación, la que permitirá que se produzca algo más que una visita al doctor/a, donde la mujer llegue a la consulta y salga de la misma como mujer ante todo y no como objeto-enfermo, movimiento éste que también nos posiciona desde otro lugar, el que habilita al cambio psíquico y no a la mera reproducción de situaciones, en este caso, sanitarias, de poder y de género.

A lo largo de la historia podemos encontrar una gran variedad de modelos de relacionamiento de los/as usuarios/as con los médicos/as y se han observado rótulos de «buen paciente» a aquel que no pregunta y cumple con lo pautado desde el lugar de la supremacía médica, pero también otros modelos que apuntan a niveles de autonomía de los usuarios/as de los servicios de salud. Es entonces cuando podemos plantear que “ (...) *la importancia creciente por el respeto por la autonomía, la dignidad, el consentimiento, además de adquirir respaldo legal, fue dando cuerpo a la consideración de un modelo de relación en que la paciente podía contemplarse como un bien supremo*” (Gajardo y Montes, 2010, p.52).

El abanico de posibilidades que se abre ante una persona que enferma, le brinda entre otras cosas, opciones del uso de lo aprendido socio-afectivamente, así como de los recursos psíquicos disponibles que “*un individuo tiene a mano en un momento cualquiera de su vida está estructurado en zonas de diversos grados de claridad, nitidez y precisión.*” (Schutz citado por Castro, 2011, p.96).

Hasta ahora nos hemos referido a los modos de padecimientos de las usuarias y de las improntas vinculares que hacen a determinados estilos de relacionamiento médico/a-usuaria, a partir de este momento nos aproximaremos más específicamente al tema que nos convoca en el presente trabajo. En este sentido, el clásico concepto de vínculo que postuló Pichon-Rivière favorece un tratamiento más complejo de la relación médico-paciente. La dimensión vincular implica “(...) *una estructura compleja, que incluye el sujeto, el objeto y su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica; proceso en cuyo comienzo las imágenes internas y la realidad externa deberían ser coincidentes*» (Pichon-Rivière, 1971, p.172)

Por su parte, Rodríguez Arce (2008) señala que la relación médico-paciente es

una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético(...) relación de amistad que se establece entre el médico y su paciente con vistas a la curación, alivio y apoyo en la enfermedad (Prólogo).

La autora destaca el valor de esta relación con fines terapéuticos, donde se jerarquiza la información que aporta el paciente enfermo acerca de las causas que le atribuye a su malestar. También la importancia de escucharlo en el entorno de su familia, la cual es considerada otro componente del cuadro de enfermar. La dinámica de este tipo de relación va a depender de los objetivos que se planteen y por tanto de los componentes que prevalecerán en la misma. Es modificable pues puede alternarse la jerarquía de esos componentes en función de los objetivos que puedan ir modificándose también. De modo que nos muestra la complejidad cambiante de la relación. Al respecto nos dice que

la comprensión correcta de esta relación tiene gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la medicina porque:

resulta imprescindible para la interpretación correcta de las causas y mecanismos de producción de las enfermedades del hombre, constituye un elemento de orientación metodológica fundamental para alcanzar el propósito de mejorar y preservar la salud de la sociedad, (...) comprender esta relación permite esclarecer, en su justa medida, la estrecha vinculación que existe entre soma y psiquis. (p. 3)

La atención del médico comienza por el canal verbal de comunicación, en los últimos años los médicos han hecho consciente la necesidad de informar al paciente sobre su estado de salud-enfermedad y acerca de los procedimientos que se pretenden realizar con él. De esta forma es que *“la clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad. La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos”* (Rodríguez Arce, 2008, pp 10). Existen bajo estos parámetros enfermos y no enfermedades. La autora describe factores intervinientes en esta relación, teniendo en cuenta los que refieren a la enfermedad, los que refieren a las circunstancias en que se desarrolla la enfermedad, los que atañen al carácter y al temperamento del enfermo antes y durante el transcurso de la enfermedad. Destaca en forma especial el factor social del paciente, refiriéndose a su estado laboral y socio-afectivo, ya que ese factor podría ser agravante o causa de su enfermedad. Cada uno de estos factores influirá en la percepción del paciente sobre su enfermedad y en las posibilidades de aceptación de la misma.

Por su parte, Rodríguez Silva (2006) resume la relación médico-paciente (RMP) planteando que el médico debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir como ella o él y disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades. El autor hace un recorrido histórico del ejercicio de la medicina, privilegiando este apartado de la relación médico-paciente y plantea que tal como ha ido cambiando la sociedad, también la salud y su funcionamiento en general, quedando a merced de administradores de empresas y muchas veces privilegiando la tecnología por encima de esta relación. Describe que hay diferentes RMP, entre las que se encuentran la Relación activo-pasiva, Relación de cooperación guiada y Relación de participación mutua. Entre los factores relevantes de esta relación, destaca el respeto que su investidura técnica en una profesión de alto contenido social requiere, la expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento acorde a su responsabilidad, que el médico reconozca su condición de piedra angular en lo que significa orientar el proceso de cura de otro ser humano, demandar una continua disposición a la relación de ayuda sin esperar reciprocidad, requerir del médico la planificación cuidadosa de los pasos a seguir con el fin de evitar errores de envergaduras iatrogénicas. (Rodríguez Silva, 2015).

Por su parte, González (citado por Rodríguez Silva, 2006) propone que además del interrogatorio, el examen físico que corresponda y los estudios clínicos complementarios, ese momento primario de recibir al paciente, es una prioridad a tener en cuenta por parte del médico, ya que muchas veces el paciente llega angustiado y desorientado, buscando seguridad y sensibilidad en el trato. Rodríguez Silva refiere a una cita “escalofriante” de Castillo del Pino, a saber:

Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que solo se limita a aplicar un conocimiento y que solo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, otros

funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros.

(Moreno, citado por Rodríguez Silva, 2006, s.p.).

La práctica clínica no está por fuera del sistema social imperante o de la época que le toca desplegarse. En tal sentido se han comprobado en distintas partes del mundo, errores en la aplicación del método clínico por no dedicarle el suficiente tiempo al interrogatorio y examen, así como la disponibilidad psíquica del facultativo. La práctica clínica es otra práctica humana, por eso imperfecta, aun así, debe ser rigurosa y respetuosa de lo que tiene entre manos, atenta a la responsabilidad y los efectos de su proceder en el destinatario que llega en busca de mejorar su salud, permeado de dudas y temores, depositando en el saber médico, también aspectos humanos básicos de la ética de la comunicación.

Si abordamos la relación médico-paciente, no puede quedar por fuera el tema género, que para algunos autores, no se trata de la diferencia de género, sino de la pertenencia a una profesión.

Al investigar sobre la “Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México”, Castro (2014) explora acerca de las posibilidades que hay para establecer relaciones ciudadanas entre el personal de salud y las usuarias, es decir en términos de respeto mutuo y trato igualitario. A través de diversos estudios empíricos, llegó a la conclusión de que, sin pretender justificar los “atropellos” de los médicos y enfermeros/as, estos se forman en un sistema de castigos y maltratos, que componen la “agenda” o currículum paralelo (“oculto”) que “forma el carácter” de los profesionales, los entrena para “resistir” y tomar distancia con el paciente, es decir, no involucrarse. Esta agenda constitutiva del ejercicio de la medicina, una vez que aquellos estudiantes ya son profesionales, la incorporan y actúan de acuerdo a sus pautas, es sinónimo de haber sido “adoptados” por la profesión, se han recibido efectivamente. Una vez recibidos, tendrán que actuar en consecuencia a ese saber médico aprendido. En esa transmisión de valores y entrenamientos, se puede visualizar claramente *“un aparato educativo que mediante tecnologías del yo muy específicas sienta las bases para la generación y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social”* (Castro, 2014, p.191). Al profundizar en su reflexión el autor, específicamente en lo pertinente a violencia obstétrica, señala que hay

evidencias sobre la naturaleza del habitus que se activa en las salas de labor y parto en los hospitales públicos (...). Se trata de un conjunto de predisposiciones que (...) hacen posible un conjunto de conductas represivas muy eficaces en cumplir con los fines y la agenda de la institución médica, porque las definen como lógicas, naturales y profesionales (Castro, 2014, p.191).

Para terminar el artículo, nos informa que el habitus medico funciona así porque las condiciones del campo lo favorecen, refiriéndose a mujeres que no pueden pagar por el servicio, muchas con descendido nivel educacional y cultural, por ende desconociendo sus derechos o viéndose a sí mismas como limitadas en ejercerlos.

5.2- Aportes desde el Psicoanálisis al estudio de la relación médico-paciente

“El vínculo es un proceso psicológico fundamental que afecta el desarrollo humano a lo largo de la vida.” (Fonagy et al., 1993)

El vínculo esta emparentado con la escritura, desde el compromiso afectivo que oficia de garante. Como la escritura, requiere cierta atención mantenida, demanda tiempo y se configura en un espacio determinado. Su realización en el tiempo y en el espacio logrados, conlleva la marca del deseo y en la matriz subyacen las cualidades de insatisfacción y dolor. Insatisfacción y dolor de un objeto inalcanzable tal como se lo piensa o se lo construye en el psiquismo. Va escribiendo su historia quien puede sostenerla, desde el deseo y desde la incertidumbre. El costo de la misma va inscripto en el texto de su discurso, se muestra en los síntomas de su recorrido, y a través de la memoria como testigo. Si bien existe una gran variedad de tipos y grados de vínculos humanos, intentaremos aproximarnos a lo que es pertinente a este trabajo, es decir, al vinculo terapéutico en tanto produce los efectos de la cura cuando el sujeto enfermo puede hacerse cargo de su tratamiento. Dejando constancia del conocimiento que implica la variedad de vínculos en lo que refiere a diferencias entre ellos, los une como factor común, la carga interna (catexia) depositada (proyectada) en el objeto para que funcione lo que se esta tratando de llevar a cabo, la mejora de su salud. Razón por la cual podemos apreciar las palabras de Ainsworth cuando plantea que *“el vínculo tiene aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones, todo*

lo que sirve como una clase de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia interpersonal". (Ainswoth, 1967, en Main, 1999)

Muchos autores han explorado sobre este tema aportando que *"La investigación en vínculo demuestra que hay marcadas continuidades en el vínculo de los niños, mantenidas probablemente por la cualidad estable de la relación padres-hijos"* (Grossman, 1985; Main, 1985; Sroufe, 1985; Fonagy, 1993; citados por Repetur y QuezadaQuezada, 2005)

El continuum de rupturas y separaciones, al decir de René Kaës, que definen la vida humana, se ve reflejado en que

Los estudios señalan que las personas con vínculo seguro muestran tanto la capacidad para establecer lazos afectivos, como la posibilidad de tolerar y beneficiarse de la separación. El vínculo seguro envuelve niveles progresivamente diferenciados del establecimiento de una identidad definida, lo cual se expresa en la capacidad para amar y trabajar (Blatt, 2003, citado por Repetur y Quezada, 2005).

Carlson en 1998 estudió la relación entre las conductas de apego distorsionadas y la psicopatología, en la niñez y en la adolescencia, en un complejo de interacciones entre variables biológicas y ambientales.

La teoría psicoanalítica plantea que el uso de comportamientos defensivos primitivos o mecanismos de defensa primitivos, como escisión o negación masiva, limitaran la capacidad de un niño inseguro para hacer uso completo de sus potencialidades para reflexionar sobre los estados mentales. Esta desventaja finalmente disminuirá la capacidad de esa persona para proveer un ambiente psicológico adecuado para su propio hijo y estará relacionado con distorsiones en la personalidad y con psicopatología (Rosenstein, 1993, Fonagy, 1993, citados por Repetur y Quezada, 2005).

Diferentes autores como Fonagy et al. (1993) señalan que el vínculo seguro es un *"objetivo legítimo de intervención, no solo por las ventajas generales para la vida que parecen*

asociadas a él, sino porque puede ser un componente importante del equipo psicológico en la lucha contra las adversidades de la vida” (Repetur y Quezada, 2005, p.11)

Otro de los componentes relevantes en la relación médico-paciente es la empatía. Este concepto si bien desde 1959 ya lo abordaba Kohut, es en 1971 que el este autor se ocupa de él cuando explica la psicología del self. Aún así es entre 1983 y 1987 que retoma su lugar en el centro de la discusión científica, en torno a su durabilidad, es decir comenzaba a diferenciarse la empatía ordinaria, de una persona a otra en un momento, de la empatía temporal, la que se desarrollaba entre las coordenadas de tiempo y espacio de la configuración terapéutica. Esta última comprendía la participación de un profesional y suele llamarse empatía sostenida, Bash en 1983 prefiere llamarla comprensión empática, resaltando el concepto de comprensión como el resultado principal de la empatía. Los autores que la estudian suelen hablar de inmersión en la historia del otro tratando de comprenderla, para lo cual es menester intentar pensar y sentir como el otro.

Los beneficios terapéuticos de la empatía sostenida, se han estudiado e investigado en las áreas de la salud donde intervienen un profesional y su consultante, no sólo en las terapias de corte psicoanalítico, sino en cualquier otra consulta médica también.

El efecto terapéutico de esta empatía sostenida proviene de su impacto en aquel que es objetivo de la misma, a veces llamado el “empatizando”. Hay mucha evidencia en la práctica cotidiana de que las personas se sienten mejor cuando se sienten comprendidas, y hay miles de explicaciones para este estado positivo. Diferentes teorías psicoanalíticas ofrecen explicaciones que van de la liberación de lo reprimido (atribuido a la teoría clásica) hasta multitud de posibilidades. Sin embargo, parece haber una diferencia entre el placer que uno recibe cuando (digamos por ejemplo) se interpreta un sueño y de ese modo parece tener sentido, y el bienestar y la satisfacción que se experimentan cuando uno se siente conectado y comprendido a lo largo del tiempo. Agosta (2010) afirma que uno adquiere su propio sentimiento de humanidad de otro ser humano, y así declara que “la empatía es el fundamento de la comunidad humana donde ‘comunidad’ significa ‘estar en interrelación humana con otra persona (Goldberg, 2012)

En la actualidad el concepto de empatía ha ganado territorio dentro de las neurociencias en lo que refiere a las neuronas espejo, donde se viene investigando con primates y humanos. Lo que nos ocupa aquí es la noción de conexión con otro ser humano, en circunstancias profesionales, comprender al otro, acercarnos humanamente al otro, resguardando la actitud y distancia óptimas que cada profesional considere pertinente. Veremos, a continuación, como Kohut nos habla de identificación temporal y de compartir creencias y sentimientos con el analizando.

Antes de escribir sobre el narcisismo o los trastornos narcisistas, Heinz Kohut presagió sus ideas teóricas a través de una delineación cuidada de su posición y su actitud en relación con sus pacientes analíticos (Kohut, 1959). Su énfasis en la introspección vicaria o empatía dejó claro que no se limitaba a escuchar u observar a un paciente; él más bien conectaba con el paciente mediante una identificación temporal o compartiendo creencias y sentimientos. Esta conexión, respaldada ahora por ciertos hallazgos neurológicos (Gallese, 2008), pronto se elaboró como la construcción psicológica llamada objeto del self (objeto self) en pacientes que a su vez sentían al analista como parte del self. No todos los pacientes se daban cuenta de este tipo de experiencia, pero en aquellos que sí lo hacían, se podía construir y describir teóricamente una nueva configuración de la transferencia. La mayor elaboración de los principios de la psicología del self y sus manifestaciones de transferencia produjo diversas modificaciones y alteraciones, pero la importante cuestión de la inmersión empática como fuente singular de datos ha seguido siendo crucial. (Goldberg 2012).

Si no es posible el mínimo de empatía, difícilmente podrá establecerse algún grado de vínculo con el profesional de salud y si no hay vínculo, la persona que consulta y que recibe un diagnóstico, difícilmente pueda sentirse conectada con ese ser del profesional. No lo sentirá disponible, fácil de “usar”, en el sentido winnicottiano; si no lo siente accesible, será muy difícil su travesía por los recintos de salud, buscando la cura. Las personas que escinden la información diagnóstica como material mnémico de la conciencia, ¿borran también otros aspectos cognitivos del proceso? Podemos tomar como un riesgo que se suma a las vicisitudes del recorrido sanitario, el que afecta al mundo interno del consultante. Es muy difícil evaluar el inconsciente y sus efectos, lo podremos observar en

alguno de sus lapsus, en sus acting-out o en sus pasajes al acto, con sus diferentes grados de violencia, pero será muy difícil integrarlo al proceso como parte constitutiva del mismo.

5.3 - Recursos psíquicos para el afrontamiento y la adherencia a los tratamientos

Para abordar los factores psicológicos que se asocian al HPV, es conveniente revisar primero algunas miradas sobre los factores emocionales en la historia de la psicología, desde los hallazgos de Wundt y la psicofisiología en general hasta el psicoanálisis, con Freud (1997 Vol. 2) y sus hallazgos sobre la histeria, donde la emoción cobra un lugar privilegiado de atención. Mucho más adelante, en la historia, veremos cómo algunos autores se dedican a observar los cambios fisiológicos como recurso del organismo para responder ante situaciones de emergencia y estrés. Al estimular el sistema nervioso, se activan emociones que preparan al organismo para su respuesta adaptativa. A veces se registran modificaciones orgánicas que se hacen crónicas, provocando también como desencadenante trastornos duraderos a nivel fisiológico. La emoción como respuesta y la emoción provocando una respuesta de acomodación orgánica, donde a veces el último eslabón es la enfermedad.

Una teoría de la emoción es la que se centra en las sensaciones que la gente experimenta; otra teoría busca identificar los diversos cambios y alteraciones fisiológicos detrás de una emoción. Las dos consideran la emoción como un sentimiento que ocurre en la persona, que dura un periodo de tiempo determinado y que puede tener una ubicación definida en el cuerpo. Algunos partidarios de estas creencias han llegado a suponer que sentir la emoción sólo es percibir los trastornos fisiológicos inherentes (Calhoun y Solomon, 1989). Una de las aportaciones más representativas en este campo ha sido la realizada por el fisiólogo americano Walter Cannon, quien demostró que el organismo responde a las situaciones de emergencia con ciertos cambios en su fisiología total, y que los estados emocionales activan funciones fisiológicas que preparan al organismo (Rodríguez Campuzano y Frías, 2005).

Podría decirse que la definición de Freud (1979, vol. VIV) de las emociones implican tres apartados para su estudio, los componentes de la pulsión, la idea y el afecto. La pulsión da

cuenta del origen inconsciente de la emoción, como punto de partida. Por ende incontrolable y desconocida para el sujeto. Razón por la cual muchas veces lo sorprende irrumpiendo en su conciencia. La idea es el reconocimiento consciente del objeto al que se encamina; esa pulsión inconsciente busca su meta que es conocida por el sujeto, se dirige a un objetivo consciente. Por último el afecto es un componente que modificará el carácter temporal de la emoción, imprimiéndole el factor de durabilidad, que confirmará su trascendencia temporal. Solemos reconocer el afecto como diferente de la emoción en tanto perdura, la emoción se agota en sí misma, es efímera. En 1950 la escuela psicoanalítica de Chicago, entre otros exponentes, Alexander, buscaba demostrar que los conflictos inconscientes tenían un correlato orgánico, tratando de relacionar cada trastorno orgánico con una emoción determinada. Estudiaron todo lo relacionado a la ira, el miedo y la alegría como emociones que llamaron básicas, luego hablarían de los celos y la culpa como emociones más complejas que resultaban del cruzamiento de las básicas entre sí.

Si bien una emoción es el punto de partida de una respuesta psicológica, no lo es todo en la construcción de conductas de afrontamiento de una enfermedad, éstas se levantan sobre un edificio con estructura más compleja y abarcativa. A tales efectos, Mechanic nos dice que

el modo en que las personas responden ante las percepciones corporales y las condiciones bajo las cuales se encuentran para llegar a percibirlos como anormales. Según esto, la conducta de enfermedad incluye tanto la manera en que los individuos perciben, definen y evalúan sus síntomas, como la respuesta a los síntomas y a su evolución a lo largo del curso de la enfermedad, y también la forma en que esta afecta a la conducta, a la búsqueda de soluciones y a la respuesta al tratamiento. Las diferencias posibles en estas percepciones, evaluación y respuestas a la enfermedad, pueden tener repercusiones en la intensidad con que los síntomas interfieren en la actividad diaria, en la cronicidad y en la adecuada cooperación del paciente en el tratamiento. Además, hay que destacar que las variables que afectan a la conducta de enfermedad comienzan ya antes de que se efectúe una evaluación médica y un tratamiento (Mechanic, citado por Ortuño, 1978).

Este autor estudia los componentes y desencadenantes de la conducta de enfermar así como de la enfermedad en sí, y nos dice al respecto que esos componentes subyacentes al

desencadenamiento de una enfermedad y su respuesta afrontativa, son socio-culturales y psicológicos y no meramente genéticos o biológicos en general. Así mismo señala los diferentes modos de reaccionar ante el mismo factor estresante, por parte de diferentes personas. Por eso la respuesta del organismo global ante la enfermedad, apenas se desencadena ésta, difiere mucho de un consultante a otro en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales. Los roles sociales que desempeñan los individuos en una comunidad, las funciones afectivo-sexuales dentro de un grupo familiar, las funciones que representan en un grupo laboral, condicionará su respuesta a la hora de enfermar, ya que será diferente su percepción del riesgo y de la protección en ese proceso. El grado de significación operante en el psiquismo respecto a la valoración social de enfermar, influirá esa percepción y las construcciones internas que hará ese sujeto mientras hace su historia de enfermedad. Estamos pues ante un constructo ideológico del proceso de enfermar, ya que no será lo mismo enfermar en Oriente que en Occidente, como no lo ha sido en el siglo III A.C. y en el que nos toca vivir. La historización de la enfermedad comprenderá, podemos suponer, emergentes somáticos, indicadores físicos, biológicos o mentales, y la posibilidad de la narrativa de la misma. Esta narrativa permitirá desplegar significados y significantes en el psiquismo, de tal modo que ya no será un cuerpo enfermo, sino un sujeto que enferma. La amenaza de la enfermedad, que muchas personas advierten antes del diagnóstico médico, se vincula con la percepción de riesgos diversos asociados a los servicios de salud. Lo incierto de dicha amenaza, genera al comienzo incertidumbre, desorientación en cuanto a una explicación causal, miedo, pesar, emociones diversas que requieren del lenguaje para poder construir un espacio psíquico determinado. El lenguaje que es corporal e impreciso al principio (síntomas manifiestos), transita por la gestualidad en la grupalidad, que devuelve al sujeto una imagen para que éste finalmente acceda a la palabra. La palabra, que es sustantivo y que es adjetivo, nombra al objeto de la enfermedad, ante una información diagnóstica, lo encuadra y amortigua sus efectos mientras la conducta de afrontamiento prepara al organismo, resguardando al «yo» del sujeto de esa historia. Es de suma importancia, por lo planteado, las características de esa información que ya forman parte del desencadenamiento global como respuesta afrontativa del individuo. Esas primeras palabras de la información diagnóstica disparan la primera emoción del sujeto que historiza su enfermedad, esas palabras ya están poblando de sentido no sólo la consulta médica, sino el habitáculo de la enfermedad, el sujeto/a. Este sujeto/a que no es receptor

pasivo ni vacío, sino todo lo contrario, ya se encuentra en una tormenta de emociones diferentes y contrarias, que amenazan su subjetividad. (Ortuño, 1978).

Urrea Cosme y Córdoba Sánchez (2009), en un trabajo publicado sobre estilos de afrontamiento en pacientes sometidos a quimioterapia, señalan el impacto psicosocial que produce la noticia de cáncer y el estrés al que somete al afectado y a su familia ante la noticia, dado que *“se considera que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicológicos debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente, durante y después de la enfermedad”* (Remor, citado por Urrea Cosme y Córdoba Sánchez 2009, pp.9-10). Aclaran que a pesar del avance de la ciencia sobre el cáncer, no todas las personas afectadas pueden acceder de la misma forma a los tratamientos, por diversas razones, entre ellas sus estilos y estrategias de afrontamiento de la enfermedad. Citan a Lazarus y Folkman para acercarnos a pensar sobre los pacientes con cáncer, diciéndonos que ellos evalúan y reevalúan sus condiciones, la situación en la que se perciben como enfermos, ya que se ven enfrentados, por un lado a las características propias de la enfermedad y por otro a los recursos con los que cuentan para afrontarla, dando muchas veces como resultado una situación amenazante por lo desbordante, mostrando el peligro o los riesgos con mayor claridad que los posibles beneficios a obtener. Sostienen las investigadoras que la noticia de cáncer o su posibilidad cercana, convoca al paciente a una escasa predictibilidad del curso de la enfermedad, a asociar con la idea de la influencia de esta sobre el cuerpo, donde sus recursos cognitivos son ambiguos respecto al despliegue de la enfermedad, por lo incierto de la misma, implicando aspectos personales de afrontamiento y resolución, desde el género, su condición socio-económica, su nivel educativo, sus creencias y otros. Los cambios en estos pacientes generan reacciones emocionales y conductuales nuevas, como respuesta adaptativa del organismo. Estos esfuerzos cognitivos y conductuales, son llamados por Lazarus y Folkman *afrontamiento*. Ellas plantean que a su vez los autores mencionados (Lazarus y Folkman) distinguen dos grandes grupos de estrategias de afrontamiento, el de los aspectos emocionales que acompaña el estrés como respuesta, que incluye mecanismos de evitación, minimización, atención selectiva, búsqueda de apoyo emocional, entre otros y el que se orienta a la resolución del problema, que puede recaer en la propia persona o en un factor o agente ambiental. Estas estrategias diferenciales, dependerán de las diferencias individuales para las autoras, arribando a resultados diferentes, ya que por ej la evitación se relaciona con

mayores niveles de dolor y depresión, en cambio una actitud mas activa y de afrontamiento de su dolor, no delegando el cuidado del mismo en otros, conllevaría a un mejor resultado físico y psicológico de la enfermedad. En referencia a este punto y específicamente el dolor crónico, citan a Zaragoza y Maestre (2003). Las conductas empleadas para afrontar la enfermedad y los tratamientos requeridos, son *“en parte determinadas por las estrategias de afrontamiento, y han sido relacionados con la adherencia terapéutica”* (Urrea Cosme y Córdona Sánchez, 2009, p.12). Entendiendo esta por el seguimiento de las indicaciones que implican el tratamiento. Las autoras citan a Puente-Silva en referencia al análisis de las pérdidas familiares, sociales, laborales que implican las deserciones a los tratamientos o los seguimientos a medias, con cumplimientos no en su totalidad de las medidas solicitadas por los médicos o personal tratante del paciente afectado.

Las investigadoras aluden a lo que las familias y los pacientes deben enfrentar como cambios psicosociales, para poder responder a demandas de cuidados novedosos en torno a su cuerpo, a su dieta, otros. Deben acomodarse a la nueva situación, haciendo uso de recursos propios y buscando apoyos diversos. Es por eso que la utilización de estrategias adecuadas, moderan el impacto psicológico y permiten una mejor adherencia a los tratamientos. Las autoras mencionan que además del género, edad, nivel educativo y socio-cultural de los pacientes, su estilo y estrategia de afrontamiento, les permite pronosticar la adherencia a los tratamientos médicos. Comparan el impacto de la noticia de cáncer con la de una catástrofe. Sostienen a su vez que el avance en fármacos no servirá de nada frente al comportamiento inadecuado o ineficaz para afrontar lo que la situación requiere. Plantean la necesidad de intervenir en este factor comportamental, tomando como marco a los autores Ballester, García y Reinoso, con el fin de mejorar el resultado final en salud.

Se refieren a la evaluación cognitiva como

un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado, provocará en el individuo. No es una información per se, sino que es más bien algo evaluativo, que hace referencia a las repercusiones y consecuencias, y que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Urrea Cosme y Córdoba Sánchez 2009, p.26).

De este modo los individuos evalúan una situación nueva, según la fuerza de los estímulos que le proveen de información y podrán actuar, mejorar estrategias, reevaluar más tarde las que más los favorecen, modificando sus estilos de afrontamiento y adecuando sus conductas a la situación. Esto mejora el efecto del estrés sobre el psiquismo, ya que *“el estrés psicológico es el resultado de una relación, entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”* (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Urrea Cosme y Córdoba Sánchez, 2009). Es por eso que una persona al comienzo puede visualizar una situación como amenazante y más tarde evaluarla (o reevaluarla) como un posible desafío, ya que su conducta de afrontamiento puede ser mediadora del estrés, logrando una mejor adaptación.

Una situación puede ser evaluada como significativa en la medida que los comportamientos de afrontamiento pongan en riesgo su compromiso con la misma. También las creencias individuales, sean religiosas o de otra índole, orientan la mirada del sujeto de enfermedad hacia pensamientos de justo o injusto, entre otros. Las relaciones familiares, las laborales, en el transcurso de la enfermedad requieren la búsqueda de control de parte de los afectados, como necesidad de confirmar un equilibrio no perdido del todo, en medio de los acontecimientos novedosos. También las autoras mencionan a Lazarus y Folkman en referencia a la pérdida de control sobre la situación y su relación con un mayor estado depresivo como consecuencia. La adaptación mejora en cuanto decrece la incertidumbre, de modo que en el tema del cáncer, donde es bien sabido, uno de los temores básicos más universales, es el de la recurrencia o no saber cómo va en realidad el proceso, qué sorpresas o no le va a presentar. Esa adaptación requiere permanentemente de ajustes y esta sometida a constantes contradicciones y fluctuaciones en el carácter de sus protagonistas. Las autoras lo comparan con enfermedades de discapacidad donde la persona intenta esperanzarse con adelantos técnicos reales y simultáneamente debe contener su dolor de aceptar que esa habilidad específica ya la perdió. Entra en un circuito de dependencia de otros factores y de reconocimiento de su nueva situación. Esto por un lado la motiva a seguir adelante con proyectos y por otro la inmoviliza por la duda y la desesperanza o el miedo. Al no poder creer en los tratamientos o mientras sea más fuerte la incertidumbre de la evolución de su enfermedad, la persona se inmoviliza y desaprovecha recursos personales de afrontamiento y por ende de adaptación. Insisten las autoras en el valor de la información por parte del médico ya que esta incidirá directamente en sus

respuestas afrontativas, lo hará desde la posibilidad y expectativas de curación o lo inmovilizara desde la desesperanza, el miedo y el dolor. Luego hacen referencia al tiempo en que transcurre un acontecimiento y la intensidad de su evaluación, tratan la importancia del anticipo del acontecimiento en relación a la intensidad de su percepción por parte del sujeto afectado. Si bien, sostienen, el tiempo magnifica la amenaza, también le puede permitir, intervención mediante de otros actores de la salud mental y física, re-evaluar la situación y vislumbrar la posibilidad de mejoras reales, y en ese caso abocarse a trabajar en torno a ese objetivo, o sea, emplear otras respuestas de afrontamiento o modificar las ya empleadas. Elementos como la depresión o ansiedad desgastan al enfermo, desgastan a su familia, por consiguiente, deben tenerse en cuenta y atenderse debidamente durante el proceso de la enfermedad. Razón por la cual es tan importante el entorno y las interacciones sociales que en él se den para facilitar los procesos, así como también los encares multidisciplinarios de los sujetos que enferman y de sus familias. (Urrea Cosme y Córdoba Sánchez, 2009).

5.4 – El papel del apoyo social en los procesos de salud-enfermedad-atención

La categoría de apoyo social ha abierto un nuevo registro en la investigaciones sobre salud. Las investigaciones recientes relacionan la disponibilidad de apoyo social con los procesos de salud -enfermedad. Hay una amplia variabilidad de factores intervinientes en lo que se define como apoyo social, destacándose los pertinentes a género y clase socio-económica. En algunos trabajos como el de Castro, Campero y Hernández (1997), en México, enfocan la atención como un factor de apoyo social que está determinado socialmente. Para estos autores, el apoyo social, claramente es producto de ciertos ordenamientos sociales que puede ser estudiado y explicado por ende, como fenómeno social. El concepto de apoyo social para ellos presenta cierto problema de definición. Es conocida la relación que se hace habitualmente de la pobreza, el nivel educacional, la edad y la clase social de pertenencia, con las enfermedades físicas y mentales. Se suele admitir que los individuos sienten de diferente manera según estos aspectos mencionados, o sea según su estilo y su condición de vida, lo que a su vez determina la distribución de las enfermedades. Algunos investigadores han explorado acerca de ciertas condiciones de vida que provocan respuestas patológicas de ciertos individuos, mientras que otros responden a las mismas condiciones desde la salud. Se preguntan sobre las variables que inciden en el impacto del

estrés sobre la salud. Una de las respuestas que se han encontrado o usado mas en los últimos años, es la del apoyo social como posible variable a considerar de importancia. Castro y colaboradores, hacen un recorrido del concepto a través de varios autores con algunas diferenciaciones puntuales, apoyo recibido de otros, recursos otorgados por otros, redes de familiares, compañeros de trabajo y vecinos, diferenciado de otros tipos de apoyo o atención social recibida. Llegan a la conclusión de que se aceptan dos acepciones para vincular el apoyo social a la salud, por un lado el modelo del efecto directo, que sostiene que el apoyo social favorece la salud, independientemente del nivel de estrés del individuo y por otro el de efecto amortiguador, que sostiene que el apoyo social favorece al individuo amortiguando los efectos patogénicos del estrés. Estos modelos parten de posturas diferentes, el de efecto directo tiene al apoyo social como variable antecedente o simultanea del proceso de enfermar y el de efecto amortiguador, lo tiene como variable interviniente del proceso de enfermar, en el que incluye al estrés.

También plantean que

la certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta pisco-fisiológica que a su vez repercute en la salud (Castro et al., 1997, p.428).

De modo que la controversia acerca de la definición de la expresión apoyo social, lo que ha aportado en los últimos años, evidencia su relevancia para el bienestar de las personas y de sus niveles de salud, concluyen los autores mencionados. Algunos autores como House et al., Thoits y Villar et al., citados por Castro (1997 p. 429) sostienen que el apoyo social se organiza en torno a lo biológico, lo psicológico y lo social y recomiendan investigar mas profundamente en torno al aspecto estructural del fenómeno. Con eso se refieren a la relación entre la pertenencia a clase social y la disponibilidad de bienes tanto materiales como otros recursos de la cultura, entre ellos la información. Señalan que el pertenecer a un medio socio-económico bajo no solo significa dificultad o escasez en recursos materiales, sino en términos de vulnerabilidad; del mismo modo esa percepción de vulnerabilidad no es producto de privaciones materiales sino de una generalización desfavorecida inherente a la vida de estas personas. Con frecuencia, prosiguen los autores, estas desventajas de las

clases bajas no están documentadas pero si asumidas. La invisibilidad de lo que pueden o no pueden los integrantes de los sectores mas bajos socio-económicamente hablando, de la sociedad, tiende a abarcar desde las percepciones sociales, a sus facultades en general, psicológicas, políticas, otras. Pearlin, citado en este articulo por los investigadores, ha denunciado la escasa exploración que se ha realizado acerca de la importancia de pertenecer a un grupo, como parte de las investigaciones en apoyo social. Al respecto afirma que

es muy probable que una persona con apoyo sienta que le importa a los demás...importarle a los demás es importante...Es bueno contar con apoyo en momentos difíciles, pero también es bueno contar con el cuando nada se necesita excepto un sentido de ubicación y pertenencia (Pearlin 1985 citado por Castro et.al, 1997, p.430)

Según los autores estas distinciones muestran los resultados poco concluyentes de la noción de apoyo social en salud. Hay una gran variabilidad de posturas y miradas en torno al tema, que a su vez es poco contemplado para la dimensión que presenta en estos estudios. En este trabajo, los autores también traen al escenario a Derber y su concepción sobre la atención, como una forma de apoyo social. Señala que los psicólogos se han dedicado a mostrar la atención como una necesidad humana fundamental. El centra su interés en buscar las condiciones que afectan cuanta atención buscan y reciben los individuos. Sus trabajos se orientan a evidenciar cuanto afectan las sociedades capitalistas a sus individuos, que según sus investigaciones, cada vez reciben menos atención, teniendo que buscarla de diferentes modos o formas de manipulación indirecta. Al igual que Pearlin, Derber señala que la atención esta distribuida desigualmente en el ordenamiento social. Vinculan este fenómeno con los roles sociales y su naturaleza en cuanto a recibir o dar apoyo social como inherente al rol establecido por la sociedad. Entre ellos, el del médico acostumbrado a recibir resultados de interacciones sociales, donde el apoyo surge bastante fácilmente, producto de las redes de interacción, dependiendo del rango social que ocupe en ellas. El hallazgo de Turner de que ciertos individuos reciben frecuentemente atención y noticias positivas sobre ellos, es otro punto a tener en cuenta. Esto esta ligado a la pertenencia a redes sociales y al estatus dentro de ellas, no es lo mismo no recibir prácticamente nunca noticias favorables sobre su propia persona. Esto va de la mano con el

concepto de invisibilidad de Derber, que apoyándose en Goffman sobre su definición de “no-persona”, señala que la invisibilidad de algunas personas dada por los roles que desempeñan en la sociedad, que los hace no “merecedores” de atención, y cita como ej de estos a choferes del transporte publico, conserjes, cajeros, que están cotidianamente en sus puestos de trabajo y sin embargo no se ven, no son registrados, no se recuerdan, no se les presta atención. Este concepto también lo llevan los autores a la distribución del poder por genero y su desigual proporción, afectando la atención que reciben algunos/as según el genero y de lo que se trate socialmente que estén realizando o demandando. Esto llevado al terreno de la salud, puede abrimos un abanico de posibilidades para pensar en la influencia del mismo. (Castro et al, 1997)

Por ultimo, algunos autores han pretendido estudiar el apoyo social como variable dependiente del contexto social, para lo cual han quedado sometidos a estudios socio-demográficos, con análisis de variables como edad, sexo, educación. Sin embargo, no ha habido una comprensión del contexto que pueda explicar cabalmente el apoyo social. Una interesante advertencia de quienes escribieron este articulo (Castro et.al, 1997) es que abordar de esta forma el fenómeno apoyo social en función de la salud, es importante para evitar caer en el error de *“estudiar el apoyo social a partir de lo que se puede medir por la imposibilidad de medir lo que se quiere observar”* (p.432). Como recomendaciones nos dejan que debemos estudiar apoyo social no solo a nivel individual, sino también a nivel estructural y comunitario. En lo pertinente al nivel estructural, deber darse prioridad a la clase social y al genero, como variables. Según ellos debe considerarse la importancia y complejidad del apoyo social, tanto como la del estrés, ya que la diferenciación del estrés episódico y del estrés crónico ha colaborado sensiblemente en la comprensión de la dimensión del apoyo social. Para finalizar citan a Mechanic, en referencia a la importancia de integrar tanto al método estadístico como a las técnicas cualitativas para seguir investigando el apoyo social y el estrés en relación de dependencia, cuando la combinación de ambos *“constituye la estrategia de largo plazo mas constructiva dentro de la sociología médica”* (Castro et al., 1997, p.433).

5.5- Experiencia subjetiva de enfermedad

Según Di Silvestre (1998) “sentirse enfermo” es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic en 1960 y que es luego adaptado para acompañar cada episodio de enfermedad. A tales efectos señala que un individuo puede ser diagnosticado médicamente como enfermo o padeciendo determinada enfermedad y sin embargo ese sujeto no se siente enfermo, no se percibe en estado de enfermedad por lo que muchas veces no cumple las indicaciones o prescripciones medicas. Nos recuerda que esto es lo que Helman (1984) llamo “*enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente*” (Helman citado por Di Silvestre, 1998, p.4). El tratamiento en estos casos no tiene probabilidades de ser exitoso, porque no coincide la mirada médica con la del paciente, su subjetividad no le informa acerca de un estado enfermo que atender. La autora trabaja el concepto de somatización, donde el cuerpo es mediador, tratando de adaptar el si-mismo al medio socio-cultural. Cuando se refiere a la “cognición” subjetiva de la enfermedad, sostiene que es cuando la persona pasa por la experiencia de enfermar, en la ultima fase de esa situación “global” de enfermar, al captar síntomas y signos y luego traducirlos en significados específicos de lo que le esta aconteciendo. Hace referencia a Mc Hugh y Vallis y a Mechanic, Kleinman y Osterweis , para ilustrar estos conceptos. Mechanic et.al (1987) específicamente para referirse a la interpretación de una enfermedad, lo hace desde el marco referencial particular de lo que le está pasando al individuo que enferma y transita por una experiencia, que presenta síntomas y signos que no se concilian con lo familiar o habitual. (Di Silvestre, 1998).

Desde la antropología médica anglosajona, se establece la diferencia entre disease e illness. El primer término alude al discurso médico estricto, cuando determinan un mal funcionamiento en entidades fisiológicas o un cambio anatómico específico, lo determinan desde la observación como método objetivo y empírico, que se respalda en exámenes clínicos. La segunda hace referencia al padecimiento o la experiencia subjetiva de enfermar, rara vez integrados al discurso biomédico que descarta categorías pre-establecidas por el paciente.

Parsons (1982) ya en 1951, desde un enfoque funcionalista planteó que enfermo es quien puede reconocer que debe buscar ayuda competente pues se siente mal, luego es capaz

de seguir las indicaciones médicas y finalmente puede retirarse de sus habituales responsabilidades. Estas ideas que sirvieron para abrir camino en la investigación sociológica en salud, fueron duramente criticadas mas tarde por no contemplar la perspectiva del paciente.

Es entonces que un grupo de investigadores pretenden dar un lugar a lo vivencial en términos sanitarios y es cuando Glasser y Strauss a través de la teoría fundamentada (Grounded Theory) dan lugar al *“sentido de lo dicho por parte de los actores sin recurrir a categorías exteriores o previas a la observación”* (Vieytes, 2004, citado por Pacheco, 2011).

La mayor parte de las investigaciones cualitativas en salud con pacientes crónicos, se ha basado en la teoría fundamentada, demostrando que la experiencia subjetiva de enfermar no es lineal ni uniforme u homogénea. Para ilustrarnos al respecto, plantean que algunos sujetos ven a la enfermedad crónica como: *“a) una disrupción que irrumpe el flujo normal de la vida, b) una intrusión que requiere atención significativa y c) una inmersión que consume la mayor parte del día”* (Charmaz, 1997, citado por Pacheco, 2011).

Otros estudios han explorado como a lo largo del tiempo, la enfermedad crónica enseña a vivir con algunos cambios significativos, lamentando los investigadores que muy pocas veces esos aprendizajes se integran a la comunicación entre medico y paciente. Otro elemento interesante aportado por investigaciones sanitarias cualitativas es el concepto de la “no adherencia estratégica”,

este se refiere a los episodios en que los pacientes de modo consciente no siguen las prescripciones tal como son entregadas por los prestadores, sino que las adaptan con el fin de perturbar de la menor manera su vida social y bienestar. Curiosamente, la evidencia sugiere que son estos mismos pacientes los que logran un mejor control de sus enfermedades (Campbell, 2006, citado por Pacheco, 2011).

Pacheco continua diciendo, a modo de conclusión, que debe incluirse la perspectiva del paciente, pues el acto de enfermar no es una experiencia biológica únicamente, sino vital y son los sujetos que enferman los que pueden dotar de sentido a las mismas. A medida que

incorporemos este dato, como conocimiento a la consulta, sera mas comprensible el tratamiento y mas útil la comunicación con fines terapéuticos.

El profesional que puede establecer un encuadre de comprensión empática con la consultante, crea simultáneamente un clima de confort, a la vez que facilitador de la comunicación en sus diferentes niveles, técnico-educativo y afectivo-social.

En muchas ocasiones, ante ciertos diagnósticos y tratamientos, la vivencia del sujeto/a afectado, simultáneamente al elevar la percepción del riesgo, es la de agresión, condicionando sus posibilidades de respuestas, a sus creencias, a su nivel de información, las que a su vez estarán articuladas con su historia y también con su estilo de resolver los conflictos. Según la estabilidad emocional de que disponga, de sus miedos y afrontamientos, canalizará esos niveles vivenciales de agresión, transformándolos en agentes productivos de su cura. Tendrá que lograr ese movimiento desde el lugar pasivo de quién recibe la agresión, al rol activo y protagonista, que encontrará o creará los caminos más favorables para su bienestar.

Para Winnicott la expresión de la agresividad no es el problema sino la represión de la misma, por eso afirma que *"(...) si la sociedad está en peligro no es a causa de la agresividad del hombre, sino de la represión de la agresividad individual"* (Winnicott, 1981, p. 281).

CAPÍTULO 6: Estrategia Metodológica

6.1 Fundamentación

Se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo en base a una metodología cualitativa, ya que entendemos esta estrategia nos permite comprender los objetivos definidos en la investigación.

Según Lerner y Szasz (1996) los aspectos subjetivos y el peso que adquieren las contingencias en una investigación cualitativa, donde el análisis es llevado a un plano micro de los procesos, nos permite trabajar con conceptos sensibilizadores, que constituirían los insumos para lograr resultados descriptivos, analíticos y exploratorios del campo a estudiar. En tal sentido, señalan que es relevante ubicar el problema en los contextos socio-culturales específicos, con el fin de interpretar la información de manera pertinente, señalando las limitantes metodológicas que se imponen a la tarea.

Según Valles (1997):

La comunicación, los intercambios comunicativos, ya no se conciben como una mera transferencia de información (mensajes) desde un emisor a un receptor (proyectando la racionalidad instrumental de la ingeniería sobre los procesos de la miosis social. (...)Lo que hay en circulación son conjuntos de textos. No se da una comparación de mensajes con códigos, sino con conjuntos de prácticas textuales o discursivas. Del mismo modo que no es un único mensaje el que se recibe o se emite, sino muchos: tanto en sentido sincrónico como diacrónico (pp.167- 234).

En un mismo camino, Criado (1991), recuerda que

(...) la conversación es una producción cooperativa de sentido. Emisor y receptor no codifican y decodifican mensajes cuyo sentido se hallaría en un código subyacente: ponen en juego-y en situación-una serie de esquemas interpretativos para producir el sentido de lo que está ocurriendo en la interacción (pp.187-212).

Las investigaciones cualitativas han cobrado valor en las últimas décadas y se han impuesto en los distintos campos disciplinares, brindándonos la posibilidad de trabajar la subjetividad desde la inter-subjetividad, organizando los datos obtenidos, con el foco en la interpretación de símbolos y signos, para explicar la realidad social.

Según Jiménez-Domínguez, citado por Salgado Levano (2007), *“el objetivo y lo objetivo es el sentido inter-subjetivo que se atribuye a una acción”* (p.71). .Es en tal sentido que la investigación cualitativa se propone explorar en profundidad los significados que sus protagonistas le atribuyen a los acontecimientos que se investiguen. Parten del supuesto de que la sociedad esta construida en base a inter-relaciones o producciones inter-subjetivas, por ende, mas que establecer patrones de conducta u organizar datos cuantitativos de las mismas, los investigadores se plantean encontrar sentido a lo narrado por los participantes de la investigación, según sus propias percepciones. Los conocimientos se van construyendo con los participantes y mas que el establecimiento de variables a priori, lo que plantean como marco de la acción son conceptos. Estos tienen la cualidad de sensibilizarnos con el encuentro-desencuentro con los participantes y reflexionar conjuntamente con el trabajo desplegado y con ellos, pero tienen como riesgo elementos favorecedores de la confusión y la posibilidad de caer en resultados mas descriptivos que en interpretaciones del campo de estudio.

Para muchos autores, el constructivismo es el paradigma mas relevante de la investigación cualitativa, aunque no es unánime el pensar al respecto. Los valores y las creencias del investigador no quedan por fuera y los participantes suelen involucrarse en el proceso mismo de construcción del conocimiento. La realidad a analizar es la vivencia del sujeto participante, consiste pues en adentrarnos en la construcción mental de los significados de esos participantes, circunstancia que nos ubica en el trabajo con la cultura y sus mediadores. Este aspecto nos condiciona a priorizar el hábitat cotidiano de los participantes de la investigación. Según la teoría fundamentada, mas que de la teoría a priori, los datos del estudio realizado, son los que permitirán sistematizar conocimientos y conceptualizar. (Glasser y Strauss, 1967, citado por Salgado Levano, 2007). Por eso es *“el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno psicológico, educativo, comunitario o cualquier otro que sea concreto”* (p.72)

En los diseños narrativos, los datos se extraen de autobiografías, biografías, entrevistas, y el investigador reorganiza los datos aportados de esas historias y desde su subjetividad pero teniendo en cuenta la “evidencia” entregada por los participantes, los vuelve a narrar, construyendo categorías de trabajo, entre las que surgirán como material “emergente”, aspectos privilegiados por los participantes, durante el transcurso de la entrevista. Las técnicas cualitativas de investigación jerarquizan el entorno de los participantes, respetan sus códigos socio-culturales y pretenden no solo describir una situación, sino también interpretarla. Como el foco está centrado en la experiencia subjetiva de los participantes, entenderlos y luego elaborar conceptos que respeten su sentir y muestren el trabajo del investigador, es una tarea compleja y provocadora. (Salgado Levano, 2007).

Comprender el contexto de los sujetos de investigación, poner el foco en su experiencia subjetiva, para luego conceptualizar y mostrar el trabajo del investigador, es interpretar las secuencias y la regularidad con que se producen los fenómenos estudiados. Esta interpretación a su vez, nos permitirá establecer relaciones de constancia entre esos fenómenos, descubrir lo estable detrás de los fenómenos. A partir de estos descubrimientos, es que *“entendemos las construcciones que nos explican la vida social e individual”*. Es así que *“el realismo trascendental requiere tanto de la explicación causal como de las evidencias para poder demostrar que cada entidad o evento es una instancia de esa explicación”* (Huberman y Miles, 2000, p.257). Razón por la cual es necesario organizar la explicación, así como cuidar la descripción correspondiente a cada campo en particular, de lo que se está abordando como estudio. Los autores mencionados nos advierten de los errores más comunes de los investigadores inexpertos u ocasionales, se refieren al manejo de los datos en particular, el desborde que puede generar la cantidad de palabras producto de una entrevista y luego la suma de las mismas. Plantean la necesidad de planificar cada paso previamente, en lo que respecta a la reducción de datos y otros. Aún así, nos dicen, también es común que ciertos errores, estén impregnados de los prejuicios del investigador sobre el fenómeno estudiado, los que pueden observarse a través de notas de campo no exploradas, no incluir casos negativos o no trabajarlos suficientemente, aspectos vinculados a la empatía y decisiones durante la indagación, algunos giros o desvíos en la comunicación, desaprovechando la riqueza de algunos relatos. Resaltan la relevancia de

una actitud reflexiva de parte del investigador, en sus registros e hilaciones, donde el movimiento de ir y volver a su proyecto de referencia, es una pieza fundamental de trabajo.

6.2 Universo y muestra

El universo de estudio son las mujeres entre 20 y 49 años diagnosticadas con HPV, SIL de alto grado. Se elaboró una muestra intencional teórica en base a los criterios de inclusión que a continuación se detallan:

1. Edad (organizada en tramos): mujeres de 20 a 49 años, considerando dos subgrupos (20-34 y 35-49).
2. Mujeres con distintos niveles educativos: nivel educativo bajo (Primaria Completa e Incompleta), nivel educativo medio (Secundaria Completa e Incompleta) y nivel educativo alto (Terciaria completa e incompleta).
3. Que hubieran sido diagnosticadas con HPV, SIL de alto grado, en los últimos cinco años.

Criterios de exclusión: mujeres adolescentes y mujeres mayores de 49 años. Mujeres con discapacidad psíquica e intelectual. Mujeres sin diagnóstico de HPV, SIL de alto grado, en los últimos cinco años.

La segmentación de la muestra en base a nivel educativo y edad respondió a incluir de manera intencional perfiles diferenciados de mujeres. La literatura disponible enseña que el acceso a bienes materiales y simbólicos (información, educación, bienes culturales) es un factor determinante en los procesos de salud-enfermedad-atención y en particular en el campo de la salud de las mujeres. Por otra parte, la segmentación por tramos de edad respondió a considerar distintos momentos del desarrollo psico-afectivo de las mujeres así como tramos diferenciados del ciclo reproductivo.

Para la captación de las mujeres participantes del estudio, se desarrolló una estrategia en base a la técnica de bola de nieve, a través de contactos con profesionales y organizaciones de mujeres que pudieron referir personas que cumplieran con los criterios

muestrales. También fue necesario realizar coordinaciones con centros de salud (Hospitales-consultorios privados) para completar la muestra, ya que el criterio muestral HPV-SIL de alto grado, es en sí muy selectivo, habiendo resultado de difícil captación para contemplar las aspiraciones de este estudio en referencia al criterio de inclusión.

En base al criterio de saturación teórica se incluyeron 14 mujeres en este estudio. El número de entrevistas que se realizó, pretendió cubrir los distintos perfiles de mujeres que incluye el estudio, en base a los criterios muestrales que se presentaron. Se incluyó a mujeres cuyas edades están comprendidas entre 21 y 48 años. Solo fue posible captar una mujer de nivel educativo bajo, es decir con enseñanza primaria completa o incompleta. Esto genera que la muestra de mujeres finalmente incluida está básicamente limitada a mujeres con nivel educativo medio y alto.

El siguiente cuadro presenta de manera sintética las características de las mujeres entrevistadas en base a los criterios de inclusión definidos.

Entrevista N°	Edad	N.E.	SIL - Grado
E 1	23	NEB	Alto
E 2	24	NEM	Alto
E 3	39	NEM	Alto
E 4	27	NEA	Cáncer
E 5	28	NEM	Alto
E 6	30	NEM	Alto
E 7	46	NEM	Alto
E 8	29	NEA	Alto
E 9	32	NEM	Alto
E10	37	NEM	Alto
E11	48	NEM	Alto
E12	41	NEA	Alto
E13	21	NEM	Alto
E14	44	NEA	Alto

6.3 Técnica de recolección de información

A los efectos de recolectar la información, se empleó la técnica de entrevista semidirigida en profundidad para lo cual se elaboró una pauta-guía⁵. Las entrevistas fueron realizadas por la

5 Ver Anexo: Pauta de Entrevista

investigadora, en lugares acordados con cada mujer. En algunas ocasiones fue en su casa u oficina; en otras fue en un centro de salud, en un lugar alejado de los consultorios, con el fin de no precipitar esa asociación con la consulta médica, lugar privilegiado por lo alejado del ruido interno y externo, placentero y confortable para las entrevistadas y la investigadora.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y fueron grabadas por la investigadora, previo consentimiento de la mujeres para su posterior su transcripción y procesamiento.

Se entiende que la entrevista en profundidad es la técnica más adecuada pues iguala a las partes, invitando a un diálogo donde se van construyendo las preguntas más adecuadas, que van surgiendo como emergentes, aprendiendo juntas de la experiencia. En este clima de trabajo más cómodo, el investigador opera como observador participante.

Taylor y Bogdan, en 1992, describen la entrevista en profundidad como una herramienta de los científicos sociólogos que se basa principalmente en los relatos sociales. La entrevista cualitativa, a diferencia de la estructurada, es dinámica y flexible. Se utiliza la expresión “entrevista en profundidad” para referirse al método de investigación cualitativo. Las entrevistas cualitativas en profundidad, usan el método “cara a cara” del investigador con el o la entrevistada, donde pueden producirse varios encuentros dirigidos a comprender la vida de los participantes, sus perspectivas respecto a situaciones puntuales, desde sus propias palabras. Se trata no solo de obtener respuestas, sino de interactuar como igual con el entrevistado/a, a los efectos de que esa conversación sea la que vaya orientando el foco, ya que el instrumento de trabajo mas valioso es el investigador y no el formulario de preguntas. Las preguntas se pueden ir cambiando sobre la marcha en función de lo que va sucediendo en la entrevista, en el marco de un clima cómodo, lo mas relajado posible y alejado de ruidos molestos. Para estos autores, la entrevista en profundidad esta emparentada con el método de observación participante. Aquí el investigador, tiene por objetivo en el comienzo de la misma, establecer buen rapport con el entrevistado y procede cuidadosamente descubriendo en esa conversación, los puntos mas importantes para el entrevistado, no anteponiendo los intereses de su investigación, aisladamente. En realidad este modo de funcionar, le permitirá ir encontrando la forma mas adecuada de acercarse a

sus propósitos y lograr sus objetivos, previamente establecidos. La diferencia más notoria entre observador participante y la entrevista en profundidad, radica en los escenarios y situaciones planteadas. Mientras que en la observación participante, el trabajo se lleva a cabo en los escenarios naturales de trabajo o de vida de los sujetos, en las entrevistas en profundidad, se selecciona un lugar en particular. Estos autores diferencian tres tipos de entrevistas en profundidad, 1) historias de vida, o también llamada autobiografía sociológica, aquí el investigador trata de capturar con las palabras del entrevistado, lo central de la vida del participante. La segunda tiene que ver con “informantes calificados”, quienes relatan no solo como sintieron en determinada situación sino además tienen que describir el hecho y tratar de explicar como lo percibieron otras personas involucradas. La tercera tiene que ver con grupos seleccionados con un mismo oficio o profesión, abordando también una amplia gama de situaciones o escenarios. A pesar de lo flexible de la entrevista en profundidad, consiste en tener claros objetivos y un perfil bastante delineado para trabajar; se sabe lo que se busca y por que o para que, lo flexible dependerá de la forma de abordaje y lo que se presente en el transcurso de la entrevista, que conlleva una cuota de incertidumbre. Hay un tiempo limitado aunque sea elástico, porque se le plantea al entrevistador un estimativo y hay que respetar lo planteado. La entrevista en profundidad busca mostrar la experiencia subjetiva del participante. Los autores señalan que es bastante inusual que los investigadores puedan anticipar como se van a manifestar los informantes en situaciones nuevas. (Taylor y Bogdan, 1992).

6.4 Análisis de la información

Para el procesamiento de la información recolectada, en el presente trabajo, se elaboró previamente una lista de códigos en base a la pauta de entrevista que se completó con códigos emergentes, a partir de un análisis inductivo de los datos.

Para proceder al análisis de las entrevistas, previamente se codificaron las mismas. Se confeccionaron 15 códigos primarios en relación con la pauta de entrevista, de ahí surge durante el análisis un código emergente. Esos 16 códigos generales contemplan cuatro grandes temáticas, a saber: a) información sobre diagnóstico de HPV, b) reacciones emocionales frente al diagnóstico y tratamiento, c) percepción de las mujeres sobre la incidencia del vínculo con médico/a tratante, d) percepciones de las mujeres sobre la

incidencia del diagnóstico en su vida laboral y social. Luego se procedió a sistematizar cada dimensión del problema, vinculando los contenidos de cada código a través de lecturas longitudinales y transversales de las entrevistas. Cada una de esas grandes temáticas se subdividen en apartados temáticos menores que las proveen de material.

Desde el punto de vista teórico, el trabajo de análisis de los datos cualitativos, consiste en adjudicar significados a los datos obtenidos de los relatos de los participantes. Huberman y Miles plantean que la construcción de categorías que luego podrán relacionarse entre sí, habilitara a la fabulación, a través de cuadros, matrices y diagramas, que irán trazando el camino del arribo a las conclusiones. Señalan que si bien la tabulación es el momento más desatendido del trabajo de investigación cualitativo, es una herramienta fundamental a la hora de elaborar conclusiones. (Huberman y Miles, 2000). La fase descriptiva del análisis en investigación cualitativa, exige minuciosidad además de rigurosidad metodológica, pues arrojarán datos útiles para generalizar y describir profundamente la realidad investigada. La interpretación de los datos se hará en forma conceptual y dará lugar a la explicación de fenómenos dentro del campo investigado. Esa generalización es producto de cada caso, siguiendo la sucesión ordenada de los relatos, hasta que *“los enunciados teóricos den cuenta de todas las situaciones del objeto de estudio”* (Mejía Navarrete, 2011, p.57). La teoría social es orientadora de ese trabajo de interpretación, ya que se construye a partir de la comprensión de los fenómenos estudiados, durante el transcurso de la investigación, mientras que con las técnicas cuantitativas ocurre algo diferente, es a priori el marco conceptual desde donde se va a trabajar. La interpretación en las investigaciones de corte cualitativo, tiene tres momentos vinculados entre sí, el primero parte del análisis descriptivo, el segundo se apoya en los referentes teóricos sobre el tema o fenómeno estudiado, para poder operar comparando y contrastando los datos y por último, se llega a conceptualizar y explicar teóricamente los enunciados propuestos. (Mejía Navarrete, 2011).

De acuerdo con la finalidad del trabajo de investigación, son variados los usos que se pueden hacer de los contenidos escritos sobre los relatos de los participantes. De este modo se podrán tener en cuenta aspectos gramaticales o psico-lingüísticos, siendo elemento a considerar el tiempo transcurrido entre los relatos y el análisis por parte del investigador, ya que cuando se trata de documentos históricos, será necesario considerar los parámetros histórico-políticos y socio-económico-culturales que atraviesan dichos

relatos. Cuando se trata de entrevistas, cuyo análisis esta comprendido en el tiempo de trabajo que requiere la investigación, no sera necesario contemplar esos aspectos, en forma especial. Según el interés del investigador, los textos surgidos del material desgrabado, previo consentimiento informado por escrito, aportaran a favor de explorar el estado psicológico de los entrevistados/as, podrá buscarse evaluar la claridad de la comunicación, así como también identificar actitudes, creencias y valores de las personas entrevistadas. Al analizar los contenidos de la comunicación, se podrán observar y extraer elementos para contrastar con parámetros estandarizados de comportamientos, así como se podrán comparar entre ellos, teniendo como eje los mismos medios utilizados para trabajar, ej que se trate en todos los casos de entrevistas en profundidad. Tendrá que poder ser aplicado el método por otros investigadores para sacar conclusiones y comparar resultados, lo que le dará un carácter objetivo. También tendrá que ser sistemático, lo que significa que su metodología se podrá aplicar a cada sección del documento. (Fernández Chaves, 2002).

6.5 Aspectos éticos

El proyecto obtuvo el aval del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Psicología. En el marco del cumplimiento de lo establecido en la normativa nacional sobre ética en investigación con seres humanos (Decreto N° 379/008 - Investigación en Seres Humanos) se solicito consentimiento a las participantes del estudio quienes lo hicieron de manera informada y voluntaria y mediante la firma del documento. Se protegió los datos identificatorios de las participantes durante todo el proceso incluido el reporte de los resultados en base a los criterios de anonimato y confidencialidad.

CAPÍTULO 7: Resultados

El incremento del cáncer de cuello uterino en nuestro país, incluyendo a mujeres jóvenes, contribuye a despertar el interés por los factores psicológicos asociados al HPV, que colaboran en el desencadenamiento de la respuesta de afrontamiento de la enfermedad. Las consecuencias biológico-reproductivas y las psíquicas, que hacen huella en las mujeres afectadas, muchas de las cuales pasan por la cirugía oncológica, es una fuente de motivación para este trabajo.

Los resultados se organizan en torno a tres momentos significativos en la vida de estas entrevistadas, el impacto de la noticia diagnóstica (forma y contenido de la comunicación), posibilidades de respuesta afrontativa de la mujer afectada (comprensión, recursos psíquicos) y alcance del diagnóstico y tratamiento en la vida de estas mujeres (laboral y social), siendo que esta división es a efectos de una mayor comprensión y visibilidad de las diferentes dimensiones del problema, analizado a la luz del material empírico obtenido y su análisis a partir de las categorías teóricas que nutren el marco conceptual de este trabajo.

7.1 Las mujeres frente al diagnóstico de HPV con Sil de Alto Grado

En este apartado se presenta el análisis de la información sobre el diagnóstico brindada por el personal de salud a las mujeres así como las condiciones del lugar y el tipo de comunicación, entre profesional/usuario. También se indaga sobre la información previa que tenían las mujeres consultantes sobre el HPV. Por tratarse del primer momento del diagnóstico, se exploran aspectos emocionales así como la primera comprensión de la información sobre el diagnóstico y el tratamiento a seguir, en el entendido de que éstos serán factores desencadenantes de la respuesta de afrontamiento de la enfermedad.

Si partimos del concepto de que la comunicación es un intercambio cultural entre dos o más personas con un fin, transmitir algo y, que la información es una comunicación específica sobre un aspecto de la realidad, decir algo al otro para que pueda comprender de qué se trata, hay indicios en los resultados para poder identificar el tipo y la calidad de información

sobre el HPV que disponen las mujeres a punto de partida del encuentro en la consulta con el profesional.

Esta categoría se vincula con las preguntas de investigación acerca de cómo reciben la información las mujeres afectadas de HPV, cómo reciben su diagnóstico y qué recursos ponen en juego a partir de esa noticia

En síntesis podemos decir que hay un denominador común en el discurso de las entrevistadas: la desinformación sobre el tema, tanto el desconocimiento previo como la ausencia de información clara, comprensible y oportuna por parte del médico tratante. Se reitera también una forma de atención en salud, des-vinculante para la consultante, mecánica, distante y carente de empatía.

La recepción de la consultante, momento que debiera ser privilegiado en los servicios de salud, para fomentar la comprensión del diagnóstico y el alcance del posible tratamiento a seguir, que colaboraría con la adherencia a los controles sanitarios como factor protector de salud, muchas veces, en los discursos, se reduce a un mero trámite. Muchas mujeres se retiraban de los consultorios desorientadas, tanto o más que al llegar, preocupadas y lo que dificultaba más los procesos, sin herramientas para hacerse cargo de su situación. La principal herramienta cultural que constituye la comprensión, no pareció estar presente en la mayoría de las entrevistadas; algunas buscaron acceder a la información por otros medios, otras se quedaron solas con sus miedos e incertidumbres. Se podría pensar que este factor colabora con la deserción de los tratamientos, en muchos casos, o por lo menos no aporta favorablemente a la adherencia a los mismos.

Para algunas mujeres tomar contacto con el diagnóstico fue a través de un acto administrativo que se transformó en un acto de violencia institucional por sus características de des-personalización, objetualización y maltrato. Estas situaciones, que no fueron las más frecuentes en el discurso de las entrevistadas, evidencian formas de abordaje institucional que lejos de proteger la integridad y los derechos de las personas usuarias de los servicios, generan y reproducen prácticas de maltrato que impactan en los procesos de afrontamiento que desarrollan las personas frente a sus padecimientos.

«Bueno eso que me preguntás fue horrible, en realidad me enteré yo primero por una administrativa o enfermera, todavía no sé, que a los gritos me dijo que yo tenía cáncer desde un mostrador, que llamaba a varias personas para distintas cosas o estudios, yo qué sé ...» (E 4, 27 años, nivel universitario cursando).

« fue así mirá, me llamaron un día por tel a casa que tenía que ir al otro día a buscar el resultado en persona, a tal hora... fui, esperé, ahí te llamaban del mostrador, con un micrófono chico así y entonces fue que me llamaron y acto seguido, a voz de jarro, me dijeron vos fulana, tenés que ir urgente con el Dr. X, sin número ni nada porque no podes perder tiempo” (...) « Mirá tenés cáncer y no podes perder tiempo» y a los gritos: «el siguiente» y a renglón seguido: «andá sacando la orden para el próximo día de consulta del Dr X que es mañana, no te quedes ahí que necesito el espacio, andá que el Dr. te lo va a explicar»

La desinformación, el maltrato o la falta de empatía con la consultante provoca un cuadro de inestabilidad emocional, que desampara a la mujer que ya va en una situación de riesgo. En ocasiones las mujeres van solas, en otras acompañadas, se observa una variabilidad que responde a diferentes factores. Algunas no esperan encontrarse en la consulta con grandes dificultades porque desconocen el tema, en otras hay dificultades con los horarios de la consulta para asistir acompañadas y en otras, no cuentan directamente con quien las pueda apoyar o acompañar. Finalmente, algunas esperan a tener la certeza de lo que está aconteciendo con su salud para compartir la información con familiares o personas de su confianza. Es decir, las diferencias observables responden a las características personales y familiares así como a al tipo y calidad de la información sobre el HPV que disponen, al nivel de percepción de riesgos, aspectos éstos vinculados al nivel educativo de las mujeres. Las menos educadas se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad y des-protección frente a la enfermedad.

Las mujeres con nivel educativo más alto, perciben más los riesgos , y cuentan con herramientas cognitivas y subjetivas para evaluar la situación, tener una actitud crítica con la calidad de atención y con las carencias en el sistema sanitario.

La información es un conjunto organizado de datos procesados que constituye un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto que la recibe, aquí buscamos identificar el tipo y la calidad de la información sobre HPV, que vertida en la consulta por el profesional, debiera permitir a la consultante hacer asociaciones con su saber previo. Desde el saber popular al científico, las creencias, las dudas y las fantasías en torno al tema que intervienen en ese momento de la consulta diagnóstica, imprimen en el psiquismo las primeras repercusiones emocionales y cognitivas de lo que escucha la consultante.

Compartamos algunas viñetas a los efectos de visualizar aspectos relativos a la información sobre HPV, recibida por las consultantes:

« La verdad es que no entendí mucho, ...fue a lo loco como todo en la salud, a mí no te digo de mal modo, te digo de velocidad, nada de dedicación o de delicadeza por si estabas asustada, eso no existe, no tienen tiempo. Te lo dicen rapidito a mil por hora y tenés que entender, como si supieras de qué hablan» (E 11, 48 años, Bachillerato incompleto).

La producción cooperativa de sentido, que según Criado (1991) distinguiría a una conversación no parece estar presente mayormente en los diálogos que establecen los médicos y las entrevistadas.

Se puede observar la dificultad de muchas mujeres para producir sentido a aquello que están escuchando, en la mayoría, por primera vez. Esto a su vez, legitima preguntarse cuáles son los factores que inciden en esta imposibilidad de comprensión ante la situación. El tipo de relacionamiento con el profesional médico ¿ incide?

Partimos de la base de que un clima de respeto y comodidad adecuados, sumado a la claridad de la transmisión de la información, aportan a favor del desarrollo de las conductas de auto-cuidado; dado que una mayor comprensión de la situación, habilita al surgimiento de mejores estrategias de afrontamiento.

El concepto de auto-cuidado permite pensar en las cualidades psíquicas del cambio conductual de la usuaria, que conlleva la responsabilidad de la consulta oportuna y eficaz. Este planteo se complejiza en el despliegue de ese entramado psico-lingüístico, al momento de la consulta y su interjuego socio-cultural implícito. Así como Benhabib se refiere a las interdependencias contemporáneas, Brown al citarla, dice que las creencias crean « (...) *lo que ella denomina una comunidad de interdependencia, la cual nos obliga a su vez a traducir la comunidad de interdependencia en una comunidad de conversación entre culturas.*» (Brown, 2010, p. 250). En una consulta médica se entrecruzan lenguajes, se construye una vivencia de enfermedad, donde los significados se traducen casi instantáneamente en otros, habilitando a contemplar la posibilidad de enfermar y sus consecuencias.

Pensamos que esta categoría, muestra la interrelación que existe entre la noticia del diagnóstico, la forma de comunicarlo, la información previa que poseía la mujer y la que se le brinda a la hora de informar el diagnóstico. El producto final de esta interrelación de variables, será el grado de comprensión respecto al mismo.

En las mujeres entrevistadas se reitera la palabra preocupación, la misma atraviesa los relatos, dejando observar también el factor sorpresa, así como los miedos y las creencias, la escasa información previa y también la escasa posibilidad de informarse en las consultas médicas pertinentes. A esto se suma el tiempo de la consulta, donde ellas destacan reiteradamente el apuro de los médicos, en consecuencia el poco tiempo para que puedan preguntar e ir organizando mentalmente lo que les sucede.

También podemos encontrar casos en los que si bien hubo explicación por parte del profesional, no resultó suficiente para ellas, cuyos relatos muestran que esperaban otra calidad de comunicación o una información más clara, que les permitiera comprender qué estaba sucediendo con su salud.

«El médico me dijo, bueno, mirá tenés un virus pero podés terminar en cáncer» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando),

Este planteo puede responsabilizar a la mujer de la evolución del proceso, en forma excluyente de otros factores, entre ellos el médico/a y la información brindada; ya que esta mujer debidamente informada puede asumir un rol más activo en el cuidado de su salud.

En este caso, el médico no plantea las conductas de riesgo a tener en cuenta para evitarlo. De algún modo, el «*bueno, interiorizate...*» delega a la consultante la responsabilidad de su cuidado. En este discurso no aparece un planteo de parte del profesional acerca de las conductas de protección del proceso de salud-enfermedad. El auto-cuidado es un proceso de transición que se nutre de información adecuada y eficaz para que se produzca conocimiento, apropiación subjetiva de la situación así como una mayor conciencia del riesgo.

Otras mujeres manifestaron su malestar por la manera en cómo les fue comunicada la información. El siguiente relato lo ilustra.

“No recibí información sobre el HPV. Recibí una lectura de un diagnóstico como quién le lee el diario a alguien porque lo tiene que hacer. No me explicó absolutamente nada. En realidad casi no me miró. Se limitó a hacer el trámite para el cual está entrenado” (E 5, 28 años, Bachillerato completo, cursando estudios terciarios).

Aquí, además del malestar se muestra un recurso lingüístico que deja entrever el funcionamiento defensivo del psiquismo, donde la consultante hace un movimiento hacia un tercero posible, «*como quién le lee el diario a alguien*». A su vez, la contigüidad del discurso, muestra que luego pudo re-acomodarse y volvió a referirse a sí misma: «*en realidad no me miró*».

Cabe preguntarse si se cumple, en el intercambio de la consulta como muestra esta viñeta, algún elemento que favorezca a la usuaria en su situación diagnóstica y preventiva. Se plantea esto en referencia a los conceptos de promoción de salud y del sostén necesario, para que la actividad producida en los servicios de salud, aporte en beneficio del desarrollo de las conductas de auto-cuidado en las usuarias.

Parece legítimo entonces preguntarse también, qué ocurre desde el lugar de las creencias de esta mujer y en particular, de su credibilidad en los recorridos sanitarios, ¿influirá en sus decisiones sobre el abordaje de sus cuidados en salud?

Stone, citado en Morales (1997), advierte sobre la vinculación de cualquier acción sanitaria con las políticas de salud y con la salud pública, señalando la relevancia de la acción educativa en salud, a efectos de propiciar la prevención efectiva. En el marco de este trabajo y pensando junto con las entrevistadas, es que surge la pregunta, al momento del análisis, acerca de dónde queda la posibilidad de construir educativamente una actitud protectora para la usuaria. Los consultorios y demás ámbitos de recorridos sanitarios, no se muestran como lugares de resguardo y aprendizaje para estas mujeres.

En la misma línea de análisis, es que puede decirse que la repercusión psicológica de la enfermedad, a partir de su diagnóstico y de los posteriores tratamientos a seguir, acompañará toda la vida de la mujer y sus ámbitos familiares y laborales.

Con respecto a la pregunta sobre el conocimiento previo respecto al HPV, las respuestas configuran un escenario con ausencia o insuficiencia de información.

« No, antes de venir acá y que lo tuviera vamos a decir, no sabía nada ni recuerdo haber oído hablar antes sobre eso» (E 9, 32 años, liceo).

« Es que no se sabía nada de eso, ninguna difusión, nada» (E 5, 28 años, Bachillerato completo, cursando estudios terciarios).

Aquí también se busca conocer lo que despertó esta consulta en particular, como por ej. prejuicios, necesidad de apoyo afectivo, miedos.

Veremos a continuación algunos fragmentos que ponen luz sobre este aspecto:

«Ahí mi madre que trabaja en la mutualista, entró cuando le dije lo que me pasó de cómo recibí la noticia...» (E8, 29 años, nivel universitario cursando).

« Cuando volvió mi ginecóloga, ..., fui en patota con mi madre y mi novio.» (E8)

En algunas mujeres prevaleció la necesidad de compañía, en otras, en cambio, se pudo observar la diferencia individual de respuesta ante la adversidad y las estrategias de afrontamiento desplegadas:

« El peor momento lo pasé sola sí y no le quería contar a nadie lo que me pasaba hasta entender un poco mejor...» (E 6, 30 años, liceo).

«Fui sola, voy siempre sola. Lo que no quiere decir que no me haya sentido acompañada, tanto mi hermana, mi madre, mi pareja actual, re-compañeros, siempre dispuestos a poner una oreja ...» (E 12, 41 años, nivel terciario).

«van y vienen, te toca una, te toca otra...no dan los tiempos» (E 8, 29 años, nivel universitario, cursando).

En algunas mujeres, como esta última, parecería que fue sin hacer juicios de valor a-priori, como una consulta más únicamente. Hay mujeres que hasta que se re acomodan a la situación , hasta que logran asimilar el “objeto extranjero”⁶ como suyo, procesando la información de lo que les sucede, en el nuevo escenario en que están inmersas, decodificado y traducido a su lenguaje, prefieren no compartirlo.

La comprensión es un proceso de creación mental, por el que partiendo de ciertos datos aportados por un emisor, el receptor crea una imagen del mensaje que se le quiere transmitir. Para eso es necesario dar significado a los datos recibidos. Para de Saussure (1945), significado es el contenido mental que se le atribuye a todo signo lingüístico. El proceso de la creación es la mayoría de las veces inconsciente, aunque a veces es controlado conscientemente.

La información que disponían las mujeres previamente al diagnóstico, aunque vaga e imprecisa, refería al contagio a través de las relaciones sexuales y en ocasiones estaba presente la percepción del riesgo de contraer cáncer. No les quedaba muy claro, a muchas de ellas, la prevalencia del factor genético, pues ponían en un mismo nivel lo constitucional,

6 Referido por Bollas (1997), en su obra La sombra del objeto. Amorrortou editores, Buenos Aires

lo emocional y la higiene corporal (genital), como factores predisponentes. Al vincularlo a las vías de transmisión sexual, ponían mayor énfasis en la infidelidad y no así en los métodos de barrera para lograr una adecuada prevención, accediendo al disfrute sexual con su pareja.

Por su parte, en la consulta fueron informadas, como ya hemos señalado, de manera poco clara y en escaso tiempo sobre la relevancia de la adherencia a los controles sanitarios, en el entendido de concientizar acerca de la prevención y no sólo de la atención puntual de la enfermedad.

El siguiente cuadro sintetiza, en clave de testimonios, lo que las mujeres expresaron respecto al conocimiento sobre HPV previo al diagnóstico y la escasa información recibida durante la consulta con el profesional tratante.

Cuadro 1. Información sobre HPV en las mujeres entrevistadas

Información previa sobre HPV	Información en la consulta
<p><i>“Yo no tenía ninguna información, para mí era novedad el tema, la primera vez que escuchaba hablar de eso”.</i></p>	<p><i>“Sí me explicaron algo, pero poco y no entendí, muy a las apuradas, pero después yo después busqué a mi médico y me dijo: que esto no te quite el sueño, ya no es sólo un virus como esperábamos pero hay que seguir con todos los controles y no tiene por qué agravarse”.</i></p>
<p><i>“Sí, tenía idea, además vengo de una familia con cáncer de mamas, de genitales, más o menos sabía sí, pero no esperaba lo peor”</i></p>	<p><i>“Bueno en la consulta fue que me dijo que era lesión de alto grado, pero mal la información porque no entendía yo y él sólo me decía interiorizate, tenés epitelio anómalo pero podés terminar en cáncer, vos interiorizate”.</i></p>
<p><i>“Bueno lamentablemente no soy muy de ir al médico, nunca tengo nada, no sabía nada además tampoco hay ninguna difusión del tema”.</i></p>	<p><i>“Sí, la Dra. Me explicó que era como el virus de un herpes que generalmente lo traemos todos y se puede despertar o agravarse o no, así le entendí yo, que además tengo un descontrol hormonal y tengo bajas defensas, pero como yo me controlo siempre, estamos super a tiempo”.</i></p>
<p><i>“Sí, sabía que era por las relaciones sexuales, como el SIDA y otras, pero nunca me agarré hasta el día de hoy, ahora mucho más no sabía, eso de los gados, alto y bajo,</i></p>	<p><i>“A ver, a lo primero sólo me dijo: te salió mal el PAP, a intervención marchamos. No entendía nada yo. Después en otras consultas me dijo que el resultado salió mal de nuevo, que había que</i></p>

nada!".	<i>intervenir sin perder tiempo, mucho más que eso no, me resultó insuficiente, no me quedaba claro bien si yo ya tenía cáncer o todavía no".</i>
"Sí, sabía algo como que era por transmisión sexual pero también pensé que el DIÚ había influido porque estaba en un tratamiento por flujo y justo empecé con malestares".	<i>"Por lo que me explicaron, por lo que entendí, son células cancerígenas que tengo en el cuello del útero. Se genera por transmisión sexual, o sea, el hombre lo tiene, no le produce nada a él, me lo transmitió a mí, o sea a la mujer y ahí se generó células cancerígenas, por lo que tengo entendido".</i>
"No sabía nada, le tuve que preguntar al ginecólogo de guardia que fue el que me atendió, ni idea de eso, nunca lo oí nombrar antes".	<i>"Bueno al principio no tuve ninguna información. Nada. Te tenés que operar y no podemos perder tiempo me dijeron. Tenés una lesión de alto grado en el cuello del útero, es severa y hay que operar. Pero en realidad no me dijeron ni el nombre de lo que tenía, me fui informando sola después, como que te dicen lo mínimo, para cubrirse supongo, no sé a mí me resultó totalmente insuficiente la información".</i>
"Ni idea de un virus que podía terminar en un cáncer, como fui con dolor después de las relaciones, pensaba más en una enfermedad, lo asocié con algo sexual pero más como un problema mío, no por contagio".	<i>"Fue muy cálido, me explicó claro y conciso y le entendí claramente, bueno es mi médico y yo me hago los controles, o sea que estamos más o menos en contacto y lo conozco".</i>
"Lo pensaba relacionado con el cáncer, pero no sabía de dónde había salido eso, no lo asociaba a las relaciones sexuales y al contagio".	<i>"La consulta a mí como todo en la salud, yo no te digo de mal modo, te digo de velocidad, te dicen algo rapidito a mí por hora y tenés que entender, como si supieras de qué hablan. Y tener delicadeza por lo que tienen que decir, por si estás asustada o mal pero ni ahí, eso no existe, te tratan bien pero un número sos".</i>
"Yo no sabía nada ni de bajo ni de alto grado, ni una palabra. Me sonaba algo o atiné a pensar no sé que era por contagio de las relaciones, pero no que se podía complicar tanto, eso no".	<i>"No recibí información sobre el HPV en la consulta, recibí la lectura de un diagnóstico como quién le lee el diario a alguien. No me explicó absolutamente nada. Casi no me miró. Se limitó a hacer el trámite para el cual está entrenado".</i>
"En realidad yo no tenía información ni recordaba si había escuchado algo, sí lo asocié con algo de transmisión sexual por todas las vueltas pero no que yo lo supiera como información que tuviera".	<i>"En la consulta me dio un folleto el médico y me dijo tomá y leéte esto que acá está toda la información de lo que tenés. De ahí en adelante me fui informando yo, igual le fui sacando cosas después con tirabuzón, en otras consultas, medio con mala onda pero me fue contestando algo, aunque me miraba como diciéndome yo no estoy acá para darte clases".</i>

7.2 Reacciones emocionales frente al diagnóstico y tratamiento.

En este apartado, el propósito es visualizar las reacciones emocionales y las ideas que generó el diagnóstico de HPV, en las mujeres afectadas. ¿Cuál fue su primera reacción, con qué vinculó esa primera noticia diagnóstica y cuál fue su respuesta emocional primaria, previa al proceso de elaboración? Pensamos que aquí pueden desplegarse creencias y mitos en torno al cáncer en general; prejuicios en relación a las conductas de tratamiento que pueden influenciar su respuesta afrontativa. Se pudieron observar los miedos y las fantasías que despertó el diagnóstico y la información del tratamiento a seguir, influyendo en la capacidad emocional de respuesta de acomodación-acción y condicionando el cumplimiento de las indicaciones. Buscamos indagar en este punto sobre la auto-percepción de estas entrevistadas acerca de sus recursos emocionales para enfrentar la situación diagnóstica; así como su auto-percepción sobre el afrontamiento de la situación en su conjunto, es decir, qué hizo al respecto, qué estrategias entiende que empleó para encarar el problema de salud.

« ...entonces voy al médico y me dice...vos pensá en lo que te voy a decir, yo planteo que lo mejor es vaciarte...no, no y lloraba nuevamente, lloraba y lloraba yo...» (E 8, 29 años, nivel universitario).

« pero hablar de vínculo es una utopía, ... no te dicen nada o no se informan, que es peor, poca ética; me llegaron a decir y tomá vitamina C, dicen que es bueno, cómo te van a decir eso, así, mal, muy mal!» (E 5, 28 años, Bachillerato, cursando estudios terciarios).

Podría pensarse que desde el lugar profesional se plantea algo referente a un cuerpo, sin contemplar que hay alguien allí dentro. Vaciarlo, llenarlo de vitamina C, moverlo, dejarlo, ¿está vivo? ¿Quién se hace cargo?

Las reacciones emocionales no se producen de manera aislada o des-contextualizada. Estamos hablando del diagnóstico, del tratamiento y de las reacciones emocionales, estamos hablando de las consultantes en los intersticios de los sistemas, en los corredores de los servicios de salud, en los consultorios, en lo macro y en lo micro de los circuitos de

poder instalados en función de mejorar la salud de las usuarias. Nada se da por fuera de esos circuitos de sistemas y relaciones de poder intrínsecas, cualquier situación o movimiento emocional, circula en esos sistemas, se produce y se reproduce en ellos. Los resultados finales en salud no escapan a esos recorridos de dominio.

Los factores relacionados con la adherencia a los tratamientos están asociados a la consultante, a la enfermedad, al ambiente, a la medicación y/o estudios específicos y a la interacción médico/a-consultante, y requieren por consiguiente, de un abordaje multidimensional. El tratamiento o sea el conjunto de medios de cualquier clase (farmacológicos, quirúrgicos, estudios clínicos), cuyo fin es el alivio de los síntomas o enfermedades, conlleva un juicio clínico sobre el estado de salud del usuario, razón por la que es un factor en sí mismo que provoca reacciones emocionales en estas mujeres al transitar por ellos. Nos referimos desde la lectura de prospectos por parte de las usuarias, la escucha en salas de espera sobre otros tratamientos a otras personas y en ocasiones alguna respuesta de sus estudios clínicos recibida como resultado de algunos de esos estudios, pero antes de recibir la respuesta de su médico tratante que tiene más elementos sobre esa persona en singular. Queremos decir que durante el tratamiento intervienen muchas variables desde diversos ángulos, que influirán en lo que cognitiva y subjetivamente va construyendo cada mujer.

En la búsqueda de aportes acerca de la auto-percepción sobre recursos emocionales para enfrentar el diagnóstico nos acercamos a la noción de recurso en tanto fuente de suministro de la cual se produce un beneficio. Los recursos psicológicos se asocian a capacidades y habilidades individuales, que deben situarse en escenarios sociales y familiares. Están relacionados también con el grado de fortaleza yoica disponible en el sujeto. La auto-percepción esta relacionada con el estado del conocimiento del sujeto sobre sus emociones, sentimientos, deseos, miedos y a poder identificar sus conductas en el contexto, aprendiendo de sus repercusiones.

«La palabra vaciar es impresionante. Es como muy fuerte, son palabras que te chocan. Y por más que vos digas yo estoy preparada, a mi familia le pasó, a todo el mundo, no, es mentira, no estás preparada. Cuando te dicen ella está vaciada pero tiene una vida normal, todo bien, ella, ELLA, me entendés? Ah! pero cuando te

dicen que te toca a vos, no NO, HORRIBLE!» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Hay situaciones en las que el lenguaje y el discurrir emocional de una mujer enfrentada a padecimientos, temores y deseos, que transita por ese borde de contradicciones, muestra el riesgo que se mueve entre lo individual y lo colectivo, lo particular y lo ajeno, cuando la situación pone al Yo al límite: *“vengo de una familia con una conciencia colectiva en torno al cáncer”*.

El cuerpo no es un envase en la frontera del resto del contorno geográfico, sino que a decir de Bourdieu, va mucho más allá de esa línea divisoria, pues es también una expresión simbólica de la cultura, por eso mismo imposible de comprenderlo sin pensarlo integrado a las praxias de su contexto histórico-político. La noción de praxias inevitablemente liga al concepto de habitus. En el estudio de las relaciones objetivas en un campo determinado socio-culturalmente, los cuerpos adquieren estructura política además de biológica, tienen una posición constructivista en el día a día de los acontecimientos humanos. Esa permanente construcción y reconstrucción de estructuras que lo ubica en las relaciones de lo subjetivo y lo inter-subjetivo, es lo que dejan traslucir los relatos de las mujeres entrevistadas, donde lo social es el cruce de dos historias, para Bourdieu, los habitus y los campos, los cuerpos y las cosas, siendo el habitus la historia hecha cuerpo (Bourdieu, 1999). Tomando las palabras de Bourdieu, podemos decir que *“el orden social se inscribe en los cuerpos a través de esta confrontación permanente, mas o menos dramática, pero que siempre otorga un lugar destacado a la afectividad y, más precisamente a las transacciones afectivas con el entorno social”* (Bourdieu, 1999, pp.186). Esas prácticas corporales, creadas y reguladas por el habitus, generan ideología, son modificables por el ambiente y por lo aprehendido no conscientemente, ya que se historizan a través del cuerpo. Esas relaciones del habitus con el campo, no son lineales, es decir, se modifica el sujeto y se modifica el ambiente, las modificaciones de uno repercuten en el otro, dando lugar a nuevas estructuras y permitiendo objetivar otras. La dimensión corporal se hace cargo de ese proceso. Aquello de lo que nos apropiamos inconscientemente como capital cultural, se muestra en el cuerpo y en sus prácticas sociales. La consulta médica, en tanto práctica social, establece categorías al decir de Mauss (1971), de parto, lactancia, infancia, en relación a las actividades humanas, donde esa cotidianeidad le imprime una cualidad al

sujeto y donde sus practicas corporales, condicionan al psiquismo en sus definiciones estructurales. Las praxias cotidianas definen ideológicamente y condicionan a estas mujeres sujetadas a su historia, a lo que hizo su cuerpo con su historia y a lo que está haciendo su historia con su cuerpo en la enfermedad. En estas mujeres, el concepto de la proximidad, de Heidegger, nos ubica en un escenario de aspectos vinculados a los cambios psíquicos en consonancia con las modificaciones corporales, por distintas razones, entre ellas la enfermedad, entre otras lo que suceda en los intercambios culturales de la consulta médica.

El Yo exigido emocionalmente y también mentalmente, parte de:

«yo sólo decía yo quiero vivir, esto es horrible, cada dos meses estamos todos sufriendo y a expensas del resultado, esta vez sí, esta vez sí y cuando vas no, da mal. Era horrible!» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Evidentemente las situaciones son heterogéneas y complejas, donde la vivencia subjetiva de enfermar, en un soporte de personalidad reflexiva, abre las puertas a la problematización, creando un espacio de intercambio afectivo y de reflexión-acción que amortigua el dolor. Sin embargo, nos encontramos con situaciones límite donde ese espacio reflexivo muestra un dolor descarnado, de difícil metabolización:

«nunca me había pasado esta sensación, yo por ej. pienso me va a faltar mi madre, me va a faltar mi padre, nunca pienso en mi por ej, tengo tanto por hacer, pero cuando te enfrentás a eso es como que decís: no, no, no quiero! no quiero! Hasta que no te pasa creo que no te das cuenta, creo que pasa por ahí.» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Teniendo presente a Helman (1998, citado por Di Silvestre, 2006) no es fácil para estas mujeres percibirse enfermas, no pueden comportarse como tales, sólo a partir del diagnóstico. No siempre tienen una percepción del riesgo y como consecuencia no siempre cumplen con las indicaciones médicas. En ese mismo orden, tal como Parsons (1951, citado por Di Silvestre, 2006) establece que quien se percibe enfermo es quien siente la necesidad de consultar, y modificar sus actividades habituales en atención a la nueva

situación que les toca vivir, estas mujeres se sorprenden y demoran en aceptar que es a ellas que les corresponde este nuevo escenario.

Por otra parte, tal como planteaba Mechanic(1960, citado por Di Silvestre, 2006) antes de la evaluación médica se desencadenaron cambios en la conducta de muchas de estas mujeres, algunas nos cuentan que tenían señales o cierta información de su cuerpo previo al diagnóstico o a la visita al médico y que sintieron que disparaban el estrés pues se empezaba a desplegar una respuesta de afrontamiento de la enfermedad. Esta respuesta tiene componentes biológicos, psicológicos y otros de orden social.

« yo creo que fue más psicológico todo el tiempo, porque yo nunca sentí a nivel corporal dolor y eso que dice que se siente a veces. Yo hasta el día de hoy detesto hacerme la colpo, ... más después que me operé porque salgo dolorida, me inflamo . . . el PAP después de operada me molesta, antes nada, ni pedía el día» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

En la más íntima experiencia de relación con su cuerpo, las mujeres sienten el peso de lo real en el cuerpo, la vivencia de enfermedad muestra desde la subjetividad del sujeto/a afectado, su grado de comprensión del proceso y sus posibilidades de elaboración de una demanda. Elaborar esa demanda, ya es un intercambio con el mundo externo e implica aspectos favorecedores, muestra los recursos psicológicos de la consultante, y un entredos en la consulta, también muestra apoyatura socio-familiar, aunque no materialmente presente, tal como nos confirma esta entrevistada:

« la contención es todo» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

En otras entrevistadas, la vivencia de enfermedad recorre rápidamente momentos anteriores en el desarrollo, tal es el caso de *« yo venía de ir al pediatra, acá mismo en este hospital, ...de golpe a la ginecóloga... ni jugando podía pensarlo» (E 13)* o cuando nos muestra su capacidad de afrontamiento donde sus estrategias la habilitaron a desarrollar una buena adherencia a los tratamientos. Esta adherencia le permitió emponderarse de su fortaleza yoica, *«con más fuerzas, más segura de lo que tengo que hacer, ... mi madre me*

acompañaba al pediatra, ella se ocupaba de mi salud, si tenía fiebre, si algo me caía mal, fue mucho para este cuerpito, re difícil, re pesado» (E 13, 21 años, liceo completo).

La vivencia de enfermedad presenta por un lado al profesional desde el lugar de la experiencia y por otro al sujeto de enfermedad con la visión de su padecimiento, tal como lo señala Zytner y colaboradores (2011).

En el afán de comprender cómo se elabora la auto-percepción sobre el afrontamiento de la situación y qué estrategias empleó, tratamos de encontrar en las entrevistadas esfuerzos por mitigar los efectos adversos del estrés, sean de tipo psicológico o conductuales (afrontamiento) y la capacidad que muestra ese proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se torna amenazante.

Algunas respuestas muestran el cuerpo comprometido en la situación, tales como «salí de acá asustada, mal y rápido» (E 7, 46 años, Bachillerato completo), o «con mi cuerpo bien, los dolores de siempre ...» (E 3, 39 años, liceo) , otras se deslizan hacia terceros, pareja o referentes de salud, respectivamente, ej. «no me cuidó» (E 2, 24 años, Liceo incompleto) y «no te aportan mucho». (E 8, 29 años nivel universitario cursando).

Hay algunas que pueden auto-percibir su estado anímico, o su estado mental, ej. «estaba nerviosa y no me quedó nada en la mente» , «me sentí abrumada» (E 11, 48 años, Bachillerato incompleto).Otras muestran más su mundo interno, con dudas, fantasías y temores, como por ej. «y te imaginarás, todo lo que tiene relación con la muerte ...» (E 5, 28 años, Bachillerato, cursando estudios terciarios). o el enfrentamiento con el mundo externo, en el marco de las consultas, « tenía mucha vergüenza, pensé que tenía algo de transmisión sexual, nunca un cáncer ...». (E 4, 27 años, nivel universitario).

En general, las entrevistadas tratan de comunicar sus vivencias de vergüenza, miedo o dolor, siendo descriptivas en sus relatos, salvo algunos casos donde lo simbólico toma un lugar de poder en los discursos, ej. «de repente cayó como una bomba todo esto encima mío» (E 6, 30 años, liceo) , el «esto», como recurso lingüístico, sustituye al sustantivo, no se puede nombrar. Tomemos otro ejemplo: «eso te aseguro, que me quitaba el sueño».

En otros casos, cuando se les pregunta acerca de qué recuerdan del primer momento de la información diagnóstica, buscando sus reacciones emocionales ante la misma, algunas mujeres entrevistadas, responden desde el lugar de la información sobre el tema, como por ej. *«bueno, al principio no tuve ninguna información»* o trayendo su reflexión sobre la pareja, ej. *« y no sé qué pensar, que soy una desgraciada, porque yo no tuve otra pareja y él lo sabe»*.

Hay algunas muy claras y directas, *«lo primero, que capaz tenía cáncer..»* (E 1, 23 años, liceo); otras, en cambio, dejan entrever mecanismos defensivos, como la negación, *« estaba asustada, pero después más nada»* o como la siguiente: *« no quiero saber por ahora; ... estoy bien así»* (E 3, 39 años, liceo incompleto).

También están aquellas donde al responder a esta pregunta sobre sus reacciones emocionales, en ese primer momento del diagnóstico, lo primero que surge es algún elemento en referencia al vínculo con el médico/a, o sus expectativas en torno a lo vincular en la consulta, tal como lo muestra el siguiente ejemplo:

«Como que ellos te decían algo sí y se cubrían en lo mínimo (...) no te aportan mucho (...) Casi me muero, una bestia el tipo, ahí tranquilo como que me dijo cualquier cosa»(E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Hay otras entrevistadas que presentan un tipo de respuesta más ascética como poniendo distancia: *«El médico me leyó el papel con la información, los resultados»* (E.6, 30 años, liceo).

En referencia al acto de comprender, claramente Saussure (1945), nos informa que la comprensión es más activa notoriamente que el acto de expresar algo. Tal vez aquí podamos pensar que la expresión es magra respecto a una posible comprensión mayor, así como también que sus procesos inconscientes las asisten en lo pertinente a cuidarse y dejarse cuidar, mientras que los procesos conscientes de su estado de salud-enfermedad, no son muy elocuentes, pues la expresión de los mismos es retaceada.

Los factores que origina el HPV están directamente relacionados con la vida íntima y sexual de las personas. Para muchas de estas mujeres, la información del diagnóstico las enfrentó a revisar el vínculo que mantenían con sus parejas, la base de confianza, los acuerdos sobre la fidelidad. El HPV interpela la vida sexual de las mujeres y les exige re-situar sus vínculos amorosos.

“Es lo que hasta ahora estoy por saber...cuando el ginecólogo me dijo... contagiarse por relaciones sexuales... yo le dije pero yo hace cuatro años que estoy en pareja...Él me dijo que no tenía nada que ver, que por más que yo esté en pareja, esto se transmite por las relaciones sexuales» (E 1, 23 años, liceo).

«Por lo que tengo entendido son células cancerígenas en el cuello del útero, que eso se genera por la transmisión sexual del hombre, o sea el hombre lo tiene, no le produce nada a él, me lo transmitió a mí, o sea a la mujer y ahí se generó células cancerígenas por lo que tengo entendido yo» (E 2, 24 años, liceo incompleto-CB).

«Pero es de transmisión sexual o no, porque yo quiero que delante tuyo él diga si tuvo o no relaciones sexuales con otra. Ahí es cuando ella explica todo el proceso, que es un herpes, ... , y le dice: si la querés, le tenés que decir la verdad, porque ... «(E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

En algunos discursos analizados se observa un proceso de elaboración a partir de ciertas premisas, muestran dudas, reflexiones, conclusiones. Coinciden estos aspectos con las mujeres con mayor nivel educativo alcanzado. En otras, en cambio, asistimos a mayores grados de conformidad con la situación y la aparente decisión de mantenerse a oscuras, con el quantum de información que puedan tolerar psíquicamente. Asumir su estado de salud-enfermedad, tiene que ver, desde este punto de vista, con incluir la percepción de los otros en el proceso personal. Sentirse acompañadas las compromete a mayores esfuerzos y amplía el umbral de tolerancia a la frustración.

En síntesis, en algunas entrevistadas, es difícil diferenciar su reacción emocional frente al diagnóstico de la que se produce a partir del encuentro-desencuentro con el profesional. Quedan encriptados, en un núcleo “duro”, significados de la experiencia de enfermar, significados de empatía con el profesional médico, significados sobre el apoyo social, de tal

modo que dejan poco margen para la producción de nuevos sentidos. Se encriptan a partir de diferentes emociones: miedo, confusión, dolor y desorientación. El sentido producido en la situación (externa e interna) de diagnóstico y tratamiento, muchas veces vincula a esa sujeta de padecimientos, al significado de los riesgos, de la muerte y en pocas ocasiones, al significado de los factores de protección, al de la mejora y al del restablecimiento de la salud.

Se pudo encontrar que muchas veces el impacto de la noticia diagnóstica (“cayó como una bomba sobre mí”), podría provocar una cierta des-vinculación intrasubjetiva en la mujer que elevaría probablemente sus niveles de vulnerabilidad y desamparo, creando una situación de des-protección. Si le sumamos las vivencias de algunas mujeres sobre los servicios de salud como amorfos y anónimos (“un número sos”), pensamos que la representación en esos casos se traduce al lenguaje sin nombre propio (“eso”), dando lugar a la pre-valencia del significante del miedo. Cuando el pasaje por los servicios de salud en algunas de estas mujeres se vive como anomia, su respuesta parece ser producto de la inhibición y en otros de la inhabilitación. Uno de los riesgos en estos casos puede ser la deserción de los controles sanitarios (“dejé hace como dos años porque me aburrí”), como surge de la conversación con algunas de estas mujeres. La falta de motivación para la concurrencia a los controles puede tener un origen complejo y diverso; si bien la motivación es de carácter intrínseco, el entorno coopera a favor o en contra, ya que la vivencia de la anomia no es un aliado de la motivación, pues si una acción pierde sentido, también lo perderán los riesgos que se corren. La consultante debe tener un motivo para asistir a los controles y pensamos que el desarrollo de esa actitud cobrará sentido y significación, en tanto la persona se sienta respaldada en su accionar, comprendida en su sufrimiento y asistida cognitivamente en sus dudas.

Cuadro 2: Reacciones emocionales frente al diagnóstico

Emociones favorables a la adherencia	Emociones favorables a la desvinculación
<i>“Mi médico me dijo: vos hacé todo lo que te manden porque eso es importante para el proceso y ya sabés que acá estoy yo para lo que me precisés, dudas o lo que sea, vení sin número si me precisás”.</i>	<i>“Dejé hace como dos años porque me aburrí, simplemente dejé de hacerme los controles un día, me cansé, me cansé de tantas vueltas una y otra vez, una vez se perdieron los exámenes, lo podés creer...y bue me aburrieron.”</i>
<i>“La Dra una genia! Nos sentó y nos explicó a</i>	<i>“Una bestia el tipo, ... ahí tranquilo como que me</i>

<i>los dos que era como un herpes... y la importancia de atenderse a tiempo los dos y seguir con todos los controles. Yo fui tan furiosa, re-agresiva con mi novio y le pedí a ella que le exigiera que dijera la verdad”.</i>	<i>dijo cualquier cosa, me hablaba de mí pero él nunca se dio cuenta, lo mejor me dijo, lo que yo opino que hay que hacer es un vaciamiento y listo, ahí por lo general se acabó el problema...”</i>
<i>“Me hizo un dibujito con un cono y me decía vos preguntá todo lo que no entiendas, te quedó claro lo que vamos a hacer? Hay que operar para sacar la lesión ya porque...”.</i>	<i>“Me sentí abrumada. Estaba tan nerviosa y no me quedó nada en la mente... sos un número para el sistema, eso, te dicen rapidito algo y tenés que entender, cómo si supieras de qué hablan”.</i>
<i>“...yo les hago preguntas, ellos me contestan, me calmaban cuando me dieron la noticia, sin apuros viste, se tomaron su tiempo porque vieron que yo no sabía para dónde agarrar...”.</i>	<i>“Me generó una ansiedad particular, que me hizo tanto mal que me inhabilitaba. Sólo pensaba en todo lo relativo al cáncer y te imaginarás con todo lo que tiene que ver con la muerte, pensaba en mi hija todo el tiempo”.</i>

7.3 Percepción de las mujeres sobre la incidencia del vínculo con el médico/a

En este apartado presentamos los resultados respecto a las percepciones de las mujeres sobre la incidencia del vínculo con el médico/a tratante. En primer lugar, se pretende indagar acerca de si consideran que ha existido un vínculo, buscando que fundamenten ambos tipos de respuesta, afirmativa o negativa. En segundo lugar, buscamos identificar qué tipo y grado de incidencia piensan que ha tenido este vínculo en el tratamiento de su enfermedad. También exploramos sobre los significados y percepciones sobre su recorrido por los servicios de salud, a través de los controles y de los estudios requeridos para sus tratamientos. Del mismo modo buscamos conocer algunas de sus expectativas sobre los servicios de salud, cuáles eran sus expectativas antes de empezar sus trayectos sanitarios y cuáles son sus conclusiones hoy, una vez terminados esos trayectos o encaminados, teniendo presente que las expectativas no siempre se producen acordes a la realidad en que están inmersos los sujetos.

En cuanto a la percepción de las mujeres sobre la incidencia del vínculo con el médico/a tratante, sus opiniones varían y esto se mostró en muchos discursos relacionado con los antecedentes de relación profesional previa con el médico tratante. Hay una mayor empatía en el vínculo con profesionales mujeres, aspecto éste que ha sido analizado desde los estudios de género aplicados a la salud.

«entonces, la Dra. una genia ...» « mi madre se cambió de mutualista para atenderse con ella y mi hermana también» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Para algunas mujeres el vínculo con el profesional tiene, en sus experiencias, una incidencia negativa o inocua.

«La consulta otro desastre, ...te vuelven loca» «No está previsto un psicólogo, total para qué, maneja»(E 4, 27 años, nivel universitario cursando).

« No interviene... no siento que haya tenido nada que ver con el proceso» « bueno, ellos no tienen tiempo de hablar mucho...» (E 11, 48 años, Bachillerato incompleto).

El cuerpo habitado por la enfermedad, mostrado en la consulta por el síntoma, es atendido y des-atendido, escuchado y agraviado, de diferentes maneras, por diversas variables de ese inter-juego de poder asimétrico que es la consulta médica. Ese cuerpo que es político y que es social, que es erotizado y es fragmentado, organizado en la memoria y olvidado en la enfermedad, deviene una y otra vez, desde el cuerpo-objeto de estudios médicos al cuerpo -sujeto, de la mujer que habla. Un cuerpo que mediante la inauguración de la palabra en el tiempo y en el espacio de la consulta, acompañará el reordenamiento conceptual de la lógica de los significados y significantes de la mujer que enferma. Este reordenamiento lógico le permitirá jerarquizar determinados conceptos a efectos de lograr una comprensión estructurante de los procesos de enfermar y de sanar. Comprensión que habilita al seguimiento de los pasos en un tratamiento médico.

En otras entrevistadas es posible observar trazas de trama vincular con el médico/a tratante,

«Mi ginecóloga me dijo, bueno nos dijo, nos sentó a los dos y nos dijo, esto no corre para esta pareja, más allá de los años que tengan, puede ser de otras parejas me dice ...» (E 2, 24 años, liceo incompleto).

Aquí el uso del lenguaje muestra la cercanía y el sentido de pertenencia: «Mi ginecóloga» es un referente para su salud, no se trata de una relación puntual o azarosa y carente de significantes. Hay significados y significantes contruidos en una relación.

Otra mujer transmitió «*La Dra. me decía agarraste tercer grado, no lo puedo creer ...*» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando), reflejando en sus palabras el compromiso afectivo de la médica, ésta es percibida por la mujer como una profesional involucrada que participa activamente desde lo que le provoca el resultado del estudio.

En una lectura transversal del material recogido la incidencia del profesional en la adherencia a los tratamientos parecería tener un peso subjetivo poco destacable en la experiencia de estas mujeres. Vamos a hacer un breve recorrido por aquellas que desarrollaron adherencia y las que no, con el fin de encontrar los posibles motivos:

«Yo siempre me hago todos los controles. Ahí me mandaron todo y arranqué con todos los estudios. Me hice alguno por la privada para agilizar.» (E.7, 46 años, Bachillerato completo).

«Los controles los he seguido sí, pero pasaron dos años que no hice nada porque me habían aburrido» (E 5, 28 años, Bachillerato completo cursando estudios terciarios).

«Sí yo sigo con todos los estudios, incluso me mandó ella una mamografía para completar los estudios ...» (E.12, 41 años, nivel terciario).

«Descontrol hormonal, ... cuando fui no estaba mi ginecóloga y me la agarré con el suplente.»«Y me dice bueno vamos a hacer una cosa, vos pensá en lo que te voy a decir: yo planteo que lo mejor es vaciarte; yo casi me puse a llorar de vuelta, me dijo entonces: vos podés adoptar, sos joven y yo le decía : pero no y lloraba nuevamente. Lloraba y lloraba yo.» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Vemos casos en los que la consultante sigue con los controles, incluso toma alguna iniciativa como hacer algunos estudios a nivel particular, para evitar las demoras de mutualistas y hospitales.

Cuando la entrevistada responde: «... *me la agarré con el suplente*» permite pensar al menos en des-entendimiento y si relacionamos el discurso con el tramo anterior inmediato: « *no estaba mi ginecóloga*» ahí podemos intuir un vínculo de cierta confianza y seguridad.

En otra oportunidad, tenemos: « ... *incluso me mandó ella una mamografía ...*» un discurso donde la entrevistada se refiere a su médica referente, como «*ella*» coloquial y cercano, pudiendo mostrar cierto establecimiento del orden de la confianza. Desde su punto de vista, incluye a su médica tratante en un entorno próximo. Es un discurso íntimo, que muestra la percepción de la representación acerca de la intimidad vincular.

Si, en cambio, nos trasladamos al siguiente: « ... *yo planteo que lo mejor es vaciarte ...y lloraba nuevamente; lloraba y lloraba yo*» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando), nos encontramos con un planteo concreto de tratamiento y lo que parece decirnos algo acerca del cuerpo político, tratado desde el lugar de poder de otros, mostrándonos como forma de expresión de esta mujer, el llanto.

Si se aclaran cuáles son los factores de riesgo y cuáles los de protección en el marco de una consulta médica, tal vez pueda poblarse de palabras ese tiempo del intercambio, tal vez podrían decirse palabras que den otros sentidos a las intervenciones sanitarias en relación a esa persona-sujeta de derechos y no meramente en relación a un cuerpo-objeto en el espacio sanitario.

Este segmento nos lleva a pensar al cuerpo, al sujeto y a la subjetividad, entrelazados, conformando una construcción simbólica donde se ponen en juego factores políticos, socio-económicos y culturales, produciendo la confluencia del deseo, el erotismo y la libido con sus múltiples vestimentas, la de la enfermedad, la de los resultados de las praxis sanitarias, la de los resultados de las decisiones de poder, la del envejecimiento y la de la muerte.

En lo referente al vínculo con el médico tratante, se buscó indagar si las mujeres piensan que las favorece en su tratamiento o les resulta indiferente.

He aquí algunas respuestas:

« Eso de un vínculo que vos me preguntás, te digo que no, no se puede, porque vas y venís, de acá para allá, es imposible»

« no eso de un vínculo con los médicos no te puedo decir que tenga, porque viste que es de tres meses y volver y no te toca el mismo o la misma» (E 10, 37 años, Bachillerato incompleto).

Al indagar un poco más sobre el tipo de comunicación que logran establecer con los referentes sanitarios, médicos/as y enfermeros/as, algunas mujeres dan cuenta de una visión crítica de la atención recibida. Se sienten bien tratadas pero, al mismo tiempo, reconocen que no se construye un vínculo que humanice la relación con el profesional y que les aporte sostén en el proceso de atención y cura:

« me tratan bien, eso sí, acá te tratan bárbaro, son bien, sobre todo ellas dos, son divinas, pero voy y vengo, no un vínculo no tengo, así como de conocerte un poco más, que te pregunten cómo estás pero sabiendo a quién le hablan, no, eso ni ahí, es todo muy bien pero un número sos, sólo eso» (E 11, 48 años, Bachillerato completo).

«son bien pero andan a mil viste y no te dan mucha bola, eso de mirar por ej. si te ven triste o algo, pero ni locos, no se toman ese trabajo, ni te miran más bien para no complicarse, más de lo que estarán no sé... mi madre me contaba que cuando iban a verla a la casa, se sentaban a conversar un rato, yo la escucho y me parece que me cuenta una peli, eso no existe digo yo»

«no yo con esta mujer, con M no tengo problema ninguno, pero yo vínculo, no vínculo no, te diría que no, por eso de los tiempos del sistema de la mutualista...» (E 12, 41 años, nivel terciario).

Resulta muy complejo el abordaje de este apartado porque no queda claro cuál es el concepto de vínculo con el/la profesional médico/a que tienen algunas de estas mujeres. Durante las entrevistas se trató de devolver algo al respecto pues ellas al mismo tiempo que planteaban el des-vínculo o lo mecánico de la consulta como mero trámite, en algunos discursos a renglón seguido desplegaban una serie de explicaciones o de planteos de parte del profesional sobre su estado de salud o los tratamientos a seguir. Nos preguntamos qué significa para algunas la expresión: *“no tengo vínculo; no todo muy bien pero un vínculo no”*. Creemos que es oportuno preguntarnos cuál es el ideal de vínculo con el médico/a que tienen algunas de estas mujeres y profundizar la exploración, a futuro, sobre la incidencia del mismo en los tratamientos de HPV, en las mujeres uruguayas.

«por suerte me dieron bolilla enseguida, no tuve ni que pelear» (E 7, 46 años, Bachillerato completo).

Algunas mujeres parten de la idea de pelear para conseguir algo favorable en su proceso de cura, se sorprenden cuando *no tienen necesidad de hacerlo*, en ocasiones se lamentan *«no sé mirá, con tan mala onda, ... me dijo lo mínimo, sin ganas de explicar»* o *«relación cero te diría, no creo que a eso se le pueda llamar vínculo ... penoso!»* (E 4, 27 años, nivel universitario cursando).

En el relato de las mujeres, se pueden observar variantes vinculares en la relación con el médico tratante. Básicamente se pueden apreciar las dos vertientes comunicacionales, la que enlaza al otro en un encuadre vincular, integrando aspectos emocionales, creando un clima de confianza básica imprescindible para desplegar temores, fantasías y angustias en torno a la salud-enfermedad y la que divide los lugares de poder, retira al otro de la posibilidad de cercanía afectiva, impidiéndole el acceso a una comunicación más abierta y confiable, que invite a preguntar, responder y pensar con cierta comodidad. Se estima que tampoco debe olvidarse que la ira y el enojo por la situación de salud en que se encuentran algunas de las entrevistadas, se interpone en cualquier otra situación vincular, incluso en algún caso pudo sentirlo la entrevistadora, lo que la hizo reflexionar acerca de lo difícil de

establecer un vínculo profesional con algunas mujeres en estas situaciones vitales por las que transitan.

Pasemos a otro ejemplo ahora:

«Bueno, ellos no tienen tiempo de hablar mucho, todos andan corriendo. . . No interviene, no siento que haya tenido nada que ver con el proceso.» (E 11, 46 años, Bachillerato incompleto).

Aquí la entrevistada nos advierte que el vínculo con el profesional médico no ha tenido incidencia en su proceso de salud-enfermedad.

Las entrevistadas entienden que hubo incidencia de ese vínculo en su proceso de cura; en algunos casos una marcada o significativa incidencia, otras todo lo contrario y están las que desean señalar lo indiferente de ese aspecto en el proceso.

« ... pero no te asustes, hacé todo lo que hay que hacer y después veremos cómo seguir, yo estoy acá, vos hacé todo y andá con la persona que te toque según el estudio y ya sabés que acá estoy yo para lo que me precisés.» (E 7, 46 años, Bachillerato incompleto).

La mayoría de las mujeres, entiende que ha sido beneficiosa la relación con sus referentes médicos, enfermeras, en el recorrido de los estudios y demás tiempos del tratamiento, compartiremos algunos otros fragmentos:

« ... entonces la Dra. una genia, me explicó que puede ser como el virus de un herpes, no te olvides, me dijo, que venimos controlando lo hormonal, ... pueden ser bajas defensas, lo importante, me dijo es que lo encontramos súper a tiempo, vos venís todos los años...» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Y nos agrega:

La Dra. dijo que cicatrizó muy bien ... me examinó y decía: 'Quién te habrá operado? tenés tan lindo el cuellito del útero!'» (E 8, 29 años, nivel universitario)

También aparecen las críticas al tipo de trato o comunicación, haciendo referencia a lo impuesto por el sistema, ej. :

«Yo digo no sería mejor explicarlo para que no le pase a otras mujeres?» (E 9, 32 años, liceo).

Aquí la mujer sujeta a los recorridos sanitarios, se ubica en ese lugar de la necesidad de quién consulta por su salud y orienta nuestra mirada hacia la prevención. Esta mujer va más allá de su situación y como mecanismo defensivo logra pensar y plantear acerca de otras mujeres posibles de estos andares.

Aquí se puede apreciar la diferencia, esta entrevistada tiene un vínculo con su médico de referencia y lo valora, pero nos aclara perfectamente que no se da con todos ese relacionamiento, que no es posible porque:

« ... sin duda con él tengo un vínculo, es importante para el proceso también. Con los otros no, no se da, van y vienen ...» (E 7, 46 años, Bachillerato completo).

Aludiendo de paso a su andar por el sistema, también parece decirnos que ella va y viene.

Por último, tenemos el mecanismo defensivo que se hace cargo de los controles, lo que puede «controlar» de su cuerpo y enfermedad que es llevarlo a los estudios médicos, traerlo a casa, entonces *«con mi cuerpo creo que no pensaba, lo llevaba a los controles mecánicamente,...algo se perdió del erotismo, era una cosa extraña a una de pronto tu propio cuerpo»* (E 5, 28 años, Bachillerato completo cursando estudios terciarios).

En la dimensión temporal y conceptual de las consultas médicas y el recorrido sanitario, así como la construcción de expectativas sobre el tipo de relación con los servicios de salud y

con el médico tratante, destacaremos la percepción como capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes o impresiones para conocer algo. Desde el punto de vista funcional, estas percepciones en las mujeres afectadas, serán seleccionadores y organizadores de estímulos, a los cuales interpretarán luego con el objetivo de dar un significado operante en su realidad. Tengamos presente que las expectativas son aquello que consideran los sujetos que más probablemente sucederá. Son suposiciones centradas en el futuro, pudiendo ser realistas o no.

Aparece en algunas entrevistadas la percepción del cuerpo como ajeno, en otras como habiendo perdido el erotismo, al constituirse en cuerpo enfermo. ¿Es la información de los síntomas (señales) o la de los resultados de estudios clínicos, la que brinda a la mujer la idea de que su cuerpo ha perdido el erotismo? No podemos saberlo, no fue indagado específicamente a través de este estudio, pero podemos suponer que influyen múltiples factores, urgencia de atender los requerimientos clínicos, temores en torno al cáncer, incertidumbres de la evolución del proceso, dificultades con la pareja en la comunicación y diferentes modos de sentir y pensar a la sexualidad en su conjunto y cómo vivirla. En definitiva, transitan por una situación que afecta profundamente su vida en general y su sexualidad en particular.

Compartamos, dentro de esta diversidad de percepciones y expectativas, otra viñeta:

« Estaba ansiosa por seguir con los controles ... pero me decían no te podemos hacer la colpo y el PAP, entendé ... Era una lucha, iba con mi médico y me decía lo mismo y volvía con los otros y así estaba , preguntando podemos hacer la colpo, yo me siento bien ...» (E 7, 46 años, Bachillerato completo).

Este fragmento nos presenta a una mujer enfrentada, por un lado con un segundo problema de salud, que le retrasa los estudios de un tratamiento de HPV en curso; por otro enfrentada con el sistema y sus protagonistas, personal médico.

Viviendo este peregrinar como «una lucha», sus expectativas veían posible realizar los estudios requeridos para el HPV, pero no terminaba de cristalizarse.

Hasta que «llegó el momento que pude hacerme los estudios . . . , por mi cuenta» «esto que no se podía demorar más»

En su relato acerca de los estudios clínicos y la repetición de los mismos u otros *«van y vienen, te toca una y te toca otra, no dan los tiempos y es todo muy rápido, de mano en mano»*, esa es la percepción de los acontecimientos. Siente que logró concretar sus estudios clínicos: *«se portaron bien»* y tuvieron en cuenta *« todo lo que me pasó y esto que no se podía demorar más»*.

Similar es el caso de una mujer joven que nos dice: *«Ahí me derivaron a X, me empecé a tratar con X simultáneo con X” , me mandaron crioterapia ... me quemaron ... acá tengo los dibujitos ...»* o cuando fue a cirugía, porque estos tratamientos no resultaron y entonces *«todo el mundo pasaba y me miraba, una vergüenza ... mi último recuerdo antes de que apagaran la luz es alguien más que quiera mirar? a los gritos yo, total, ... porque era un desastre! ... por qué no anotan y avisan que ya miraron o por qué no ponen mujeres? ... obvio que cambiaría, casi todo mirá cambiaría! jaja»* (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Sin perder el humor en su relato, nos muestra la angustia al re-vivenciar el momento previo a su cirugía; una mirada desde la protagonista del quirófano, que presta su voz a esos relatos que suelen quedar silenciados. Los aspectos vivenciales del sujeto de la cirugía.

Nos consta que la subjetividad teje otros hilados, no necesariamente acordes con el deber-ser del acto médico. Ese ser humano suele ser llamado paciente en la jerga médica clásica, y sin duda que en la mesa de cirugía es cuando más pacientemente espera, transcurre; quedando a merced del lugar de poder casi absoluto de los referentes sanitarios:

«antes de que se apagara la luz en el quirófano y te empiezan a pasar la anestesia»

Por las hendiduras institucionales de las praxis médicas, se cuela la dimensión simbólica del sometimiento de los/as usuarias de salud a un poder político legitimado sobre los cuerpos. Los cuerpos regulados por el acto médico y la falta de información de los usuarios/as, constriñen el margen de decisión sobre los procedimientos sanitarios que reciben. Esos cuerpos números para el sistema de salud, son los cuerpos de alguien, son portadores de

sujetos con historia, donde su voz y su «voto» no debería ser «vaciado» de contenido. La categoría de género en la salud opera desde múltiples lugares y tal como plantea Castro (2011) se vincula con el sujeto desde lo social y desde lo político. El tema género interviene en salud desde el poder también, más visible o menos visiblemente aparece en varios de los discursos el género del personal de enfermería que ellas no pueden elegir y también del personal médico, mostrando muchas de ellas mayores dificultades frente a ciertos estudios clínicos por la presencia masculina del personal a cargo.

«Pero hablar de vínculo, es una utopía, más si tenemos en cuenta que el sistema en sí te tiene de gine en gine, todas una versión diferente. No te dicen nada o no se informan que es peor, poca ética. Me llegaron a decir y tomá vitamina C, dicen que es bueno. Cómo te van a decir eso?! así. Me parece mal, muy mal!» (E 5, 28 años, Bachillerato completo cursando estudios terciarios).

Esos cuerpos políticos y sociales, pertenecen a subjetividades culturales y deseantes, que también opinan sobre *«me gustaría que nos explicaran bien a los dos qué es ese virus, me gustaría que nos atendiera alguien con más tiempo disponible, tiempo real, sea enfermera, especialista, psicóloga, no importa qué, que se tomara el tiempo y lo hiciera con gusto, tranquila, que se le entienda ... que pudiéramos volver si nos sintiéramos tristes, o con miedo o preocupados ... No puedo creer que no se haya pensado en eso, teniendo en cuenta la pareja, los hijos ... se me ocurre que lo haría menos penoso y menos difícil, menos tenebroso»*. (E 11, 48 años, Bachillerato completo).

En lo fundante y estructurante de una acción política sobre los cuerpos, se levanta la voz de un sujeto en toda su dimensión simbólica, Kafka en «Carta al padre» (p p.20)

“no puedo creer que haya sido tan difícil de manejar, no puedo creer que una palabra amable, un silencioso tomarme de la mano, una mirada afectuosa no hubieran podido obtener de mí todo lo que quisieran”

En síntesis, hay variedad de experiencias de las mujeres entrevistadas, algunas son categóricas en que no se puede hablar de vínculo con los médicos, explicando mayormente las características del sistema de salud, otras en el mismo sentido señalan el apuro de los

médicos, que no suelen tener tiempo de explicar a la consultante y de mirarla por si está triste o preocupada. También hay casos en que reconocen un grado o tipo de vínculo y lo valoran, desarrollando aspectos positivos referidos al mismo.

Algunas son indiferentes a esa posible influencia de ese vínculo sanitario. En algunos casos la percepción del riesgo aparece asociada al aspecto educativo logrado en el vínculo médico-consultante y facilitado por éste.

Están las que simplemente plantean que fueron correctamente atendidas, dentro de lo esperado por el sistema de salud; no tienen otras expectativas, tampoco las buscan. Se resignan a lo establecido socio-culturalmente, a lo estatuido simbólica y políticamente hablando. Les dificulta encontrar, en esos casos especialmente, la incidencia posible de este factor en su tratamiento y en los resultados obtenidos, presentándose como un elemento no muy metabolizable para estas entrevistadas, que se muestran sorprendidas por la pregunta.

Cuadro 3: Percepción de las mujeres sobre la incidencia del vínculo con el médico/a tratante en sus tratamientos.

Incidencia	Desfavorable	No incide
“Mi ginecóloga nos sentó a los dos y nos dijo: bueno les voy a explicar bien todo y me preguntan todo lo que necesiten después... una psicóloga ! .”	“Una bestia el tipo...yo opino que lo mejor, lo que hay que hacer acá es un vaciamiento...”.	“Yo con esa mujer no tengo problema ninguno, pero un vinculo no, por eso te digo que no incide en mi caso”.
“Mi ginecóloga me dijo hay que pensar que tu grado es alto por eso necesito esta colpo ...”	“Me dio un folleto y me dijo: acá está todo lo que vos tenés, leéte esto interiorizate que acá está todo”	“A ellos les preocupaba lo que era su responsabilidad y esta bien, pero no creo que haya incidido en mi proceso”.
“El Dr me dijo que si no me trataba, terminaba en cáncer, fue claro y se tomó el tiempo para explicarme”.	“Fijate, a mi no me dijeron el nombre, tarde pila en saber como se llamaba, sólo eso de lesión de alto grado, nada mas”	“No incidió porque en mi caso fue un mero trámite la consulta en sí y dejé como dos años los controles porque me aburrí”.
“Mi médico me dijo vos andá y hacé todo lo que hay que hacer y ya sabés que acá estoy yo para lo que me precisés...”.	“Te tenes que operar y no podemos perder tiempo, es de alto grado, solo eso, no sabía si ya tenía cáncer o no”.	“No intervino en el proceso, no siento que haya intervenido, para nada; bueno ellos no tienen tiempo de hablar mucho”
“Sí, porque ellos me respondían y me calmaban,	“De aquí para allá te tienen, te toca una, te toca otra, eso no	“No incide porque hablar de vinculo es una utopía, fue

querés preguntar algo más, es importante, me decían”.	ayuda al tratamiento, todo bien pero hay que sacar fuerzas...”.	penoso y yo seguí por mí pero no porque me ayudaran ellos”.
---	---	---

7.4 Percepciones de las mujeres sobre incidencia del diagnóstico en la vida familiar y laboral.

El diagnóstico atraviesa la vida de la mujer, repercute en las esferas laboral y familiar de las mujeres afectadas, interpela su vida de pareja y re-significa su sexualidad en general. En el terreno laboral, en la medida que necesitan pedir días para estudios médicos, ellas deben decidir si lo plantean o no. En lo familiar también hubo variantes, según las personalidades y las situaciones personales. Las ubica en otro contexto donde deben re-delinear aspectos vinculados a la confianza en el otro, movilizándolo profundamente elementos históricos del desarrollo, como surgió en más de uno de los discursos y teniendo que aprender a decidir por sí mismas. Asistimos desde las entrevistas a múltiples modificaciones de las parejas y a sus reflexiones sobre la pérdida de la pareja y sobre la pérdida de la salud, sobre la evaluación de los riesgos a la hora de disfrutar su sexualidad, que a partir del diagnóstico cobraba otro sentido y otra significación el tener que pensar continuar con una relación o bajo qué condiciones vivir la intimidad. En algunas parecía tomar otro valor el uso de preservativos y la negociación de pareja al respecto. Al explorar las percepciones de las mujeres sobre la incidencia del diagnóstico en la vida familiar y laboral, se subdividió la búsqueda en incidencia del diagnóstico en la vida laboral, indagando acerca de las dificultades encontradas para salir del trabajo por estudios médicos así como también se buscó conocer si compartieron su situación con compañeros de trabajo y qué respuesta entienden que obtuvieron de los mismos, si piensan que fueron comprendidas. Otro de los puntos específicos fue indagar sobre la incidencia del diagnóstico en la vida familiar, si se sintió comprendida y acompañada emocionalmente por los más cercanos. Si entendieron que calmaba su angustia compartirlo con los de su grupo familiar o por el contrario prefirieron vivirlo en soledad de comunicación, en ese caso, solicitamos nos informen la razón, si pensaron que no serían comprendidas. Específicamente también buscamos en lo pertinente a su pareja y a su vida sexual, cómo lo vivió y qué cambios entiende que sufrió su vida íntima, en este caso con qué factores lo vincula. En este apartado también intentamos asomarnos a su vivencia corporal puntualmente, su relación con el cuerpo, cómo vivenció este cuerpo con sus transformaciones, intentando ver la re-configuración de

su imagen corporal. Por último, indagamos acerca de los recursos más extendidos de apoyo familiar y social, específicamente sus redes sociales de inserción y cuál fue el nivel de contención percibido. Se buscó indagar más allá de su grupo familiar, al grupo de amigos y allegados, sus diversas formas de comunicación y de inclusión de los otros en su entorno y en su problemática. Pudimos observar en estas mujeres, que el apoyo social y la certeza de sentirse incluidas en un grupo familiar que las piensa y que las asiste, sentirse acompañadas, les otorgaba bienestar por la bondad de la inclusión, moderando los efectos de noticias inesperadas. El sentirse acompañada demora la reacción frente al estrés, este retardo permite al individuo acomodarse a la nueva situación. Los beneficios del apoyo social, son estudiados por diversos autores que le dan un lugar de privilegio al humano que goza de él. Por ejemplo, Turner (1999) planteó acerca de la diferencia de saberse acompañado, visto y atendido (citado por Castro et al., 1997) . Este ser visible para otros y ser querido por otros, en el discurso de algunas entrevistadas, parece disminuir los efectos patogénicos del estrés y robustecer la respuesta de afrontamiento.

Según Morales Calatayud (1997) el apoyo familiar es favorable o perjudicial para el enfermo, siempre incide, no es neutro ni indiferente; aporta cuando es favorable desde el fortalecimiento de la auto-confianza del consultante y contribuye a mejorar su auto-percepción acerca de su enfermedad. En las narrativas de las entrevistadas, el haberse sentido acompañadas afectivamente, les permitió compartir dudas y temores, así como crear conceptos de auto-cuidado y otros referentes al tratamiento asignado; como lo dijeron algunas, las “sacó” de su aislamiento inicial. Cuando se trata de un grupo familiar disfuncional, donde prevalecen mecanismos de defensa como la negación o evitación, así como el culpabilizar a otros, o utilizar la enfermedad para ciertos fines, le dificulta al enfermo su proceso y lo contamina.

La dimensión temática acerca de las percepciones sobre la incidencia del diagnóstico en la vida familiar y laboral de las mujeres, abre una ventana de observación con los siguientes registros:

««Todos me dijeron que me apoyaban, yo sólo decía yo quiero vivir» (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

« . . . es como que te escuchan, pero no te entienden. Están ahí al lado tuyo, no se mueven porque son tus amigas, porque te quieren, porque te ven llorar, pero no comprenden en realidad . . . » (E 8, 29 años, nivel universitario cursando).

Estos registros observados permiten seguir reflexionando acerca de cómo perciben las mujeres afectadas que incide el diagnóstico en su vida familiar y laboral. Tanto en la esfera familiar, como en la laboral, aparece en las entrevistas, algún referente afectivo significativo para la protagonista, en quién confiar su estado anímico de incertidumbres y de miedos. Siempre hay un otro significativo, donde la palabra o el silencio crean el encuadre necesario y suficiente para el despliegue emocional y el abordaje racionalizado de la situación que enfrentan.

El supuesto básico es que lo racional de una emoción esta vinculado con la creencia de la que proviene. La emoción puede ser irracional para una situación particular, pero solo lo es porque se tienen creencias erróneas o injustificadas sobre la situación. (Calhoun y Solomon, citado por Rodríguez Campuzano y Frias Martinez, 2005, pp.172).

Se pretende corroborar que en los referentes significativos, estas mujeres encuentran las posibilidades de elaboración de las estrategias de afrontamiento de la enfermedad que a su vez les brinda las herramientas y las fortalezas para seguir adelante con los controles de salud. La importancia de sentirse acompañada y respaldada, se instala como factor de protección del tratamiento.

Cuando además existe algún tipo de vínculo con el/ médico/a tratante, los aspectos resilientes de las mujeres en tratamiento por HPV, potencian su zona más saludable. Desde la neurociencia, se considera que las personas más resilientes, es decir, que mejor se comportan frente a la adversidad, saliendo fortalecidas, tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. En la literatura sobre resiliencia, la relevancia de un vínculo significativo es primordial.

Puede decirse que son identificables en los discursos de las entrevistadas, las dimensiones ética y ontológica de los apoyos afectivos recibidos, así como las posibilidades de

comprensión de los demás, llevándonos a preguntar si los demás están por fuera o están por dentro de la elaboración de su vivencia de enfermar. ¿Cómo los construye a los otros, simbólicamente esa mujer «alterada», «estresada» por la noticia diagnóstica?

Creemos haber encontrado en estos discursos trazas de tejido social en el psiquismo individual. Encontramos elementos vinculados a la empatía y aspectos constitutivos de las representaciones, las cuales se construyen a partir del intercambio con el entorno y buscan dar explicación a los fenómenos en los que se encuentra inmersa la persona. Desde el enfoque de la empatía, para Basch (2003, citado por Goldberg, 2012) la comprensión empática es el principal resultado de la interacción entre dos o más personas con fines terapéuticos, este autor modificó la noción de empatía sostenida por la de comprensión de los procesos; lo que está aconteciendo será significado por el encuentro y la comprensión. A su vez, Kohut (1971) ya había vinculado el concepto de empatía con el de self, llevándolo a un grado relevante de la interacción humana, ubicando ese intercambio en el lugar fundante de la comunidad, ya que llamó comunidad a la interrelación humana que apuntala la construcción del self. Por su parte, Gellesse (2008, citado por Goldberg 2012), encuentra como resultado de la empatía, modificaciones psíquicas y neuropsicológicas, que colaboran en los procesos cognitivos y socio-afectivos. Relacionó el concepto de empatía con una nueva configuración de la transferencia, por los resultados tan valiosos y notoriamente diferentes, al tenerla como centro de la comunicación con el consultante.

Se trata también aquí entonces de explorar cómo se emancipan esos cuerpos, por encima de la enfermedad, trascendiéndola, desde una sujeta sujeta por lazos sociales, afectivos y políticos, mediados por su capacidad de comprensión, que se yergue resilientemente con habilidades nuevas en busca de la cura. En la medida que la consulta se constituye en una comunidad cultural de intercambios cognitivos, la mujer nos muestra que puede ampliar sus habilidades para conocer y comprender lo que está sucediendo con su salud.

En lo específico de la incidencia del diagnóstico en la vida laboral de la mujer se buscaron respuestas a la repercusión del mismo en su trabajo, en cuanto a las posibilidades de salir por sus estudios médicos, así como conocer si lo compartió en ese ámbito.

Tenemos aquí una variedad de respuestas, veamos algunas:

«Estaban re dispuestos en el trabajo y también me preguntaban cómo iba todo, si me sentía bien y más de una vez me dijeron : no vuelvas hoy, vení mañana no más...»

«En el trabajo re bien se portaron, planteé sí algo súper abreviado obvio, pero sin dramas, ni me complicó plantearlo»

Por otro lado, tenemos otro tipo de respuesta, crítica y con la siguiente auto-percepción sobre su estado:

« Creo que me da vergüenza que piensen que soy sucia o descuidada. Yo trabajo en ... Me da vergüenza y me preocupa que piensen que yo las puedo contagiar. Me resulta difícil de manejar eso; deberían darte herramientas, algún taller, mejor manejadas la información, para vos y para todos de paso ...» (E 11, 48 años, Bachillerato incompleto).

Esta mujer nos cuenta cómo vive lo que le pasa y nos preguntamos sobre la relación con su cuerpo, que siente que es el que le ha dado la tonalidad de la vergüenza a su mundo interno. Cuerpo de relación con el afuera, cuerpo vincular.

También nos encontramos con otra manera de resolver la situación en la esfera laboral:

« En el trabajo no tuve problemas para salir de ningún tipo, porque nunca dije que era por eso»

Un manejo de la información, en lo que refiere a sí misma, orientado desde un mecanismo defensivo de evitación, que le permitió salir cuando lo necesitó, le permitió resolver a nivel laboral. En la misma línea comportamental, no compartió la información con sus compañeros/as.

En lo que refiere a la incidencia del diagnóstico en la vida familiar, es decir cuánto repercutió en ese espacio de intimidad y qué resultados provocó, nos encontramos con diferentes circulaciones del mismo sea en la familia de origen, sea en la pareja o en ambas.

Compartiremos algunos ejemplos que ilustran el espectro de respuestas:

«Dos años y medio después de la intervención...me dio otra vez mal y ahí senté a toda mi familia ... mi pareja me dijo: yo te apoyo ...» (E8, 29 años, nivel universitario cursando).

Acá podemos reconocer una actitud activa, decidida, de la protagonista a tomar un giro con su historia, en materia de intervenciones, a dialogar con su familia, a efectos de darles una información, lo que ha pensado hacer con su proceso, desde el punto de vista sanitario. También busca el apoyo familiar antes de ir a hablar con el médico por el planteo quirúrgico.

Compartamos otra viñeta, donde muestra una mujer con un diferente posicionamiento interno y externo:

«Me parece que como que él un poco también se asustó, porque yo lo conozco y lo vi asustado, entonces a lo que se asustó me parece que con la mujer, la anterior de la que se separó, no tenga más relaciones ...» (E 9, 32 años, liceo).

En esta oportunidad se nos presenta una mujer aparentemente pasiva en su actitud, a ella le parece que tal vez, como una rumiación en voz alta, como una expresión de deseo, como si dijera espero que *«no tenga más relaciones»* . No parece preocupada por las consecuencias materiales de un re-contagio. Le parece que, no es que haya tomado precauciones efectivas en una actitud firme y decidida de cuidar su salud, en materia de relaciones sexuales. No tiene la certeza de que su marido mantenga aún relaciones sexuales con su anterior esposa. Cabe preguntarse si tiene noción del alcance de los resultados de este virus y su progreso.

En referencia al grado de incidencia del diagnóstico en la vida familiar y específicamente en el ámbito de pareja, en el aspecto sexual, observamos que se abre un espectro de respuestas más amplio que los anteriores, a continuación algunas viñetas:

«Bueno mirá, acá me explicaron lo del re-contagio, entonces intenté ver nuevamente de hablar con él, sobre todo por eso del re-contagio y los cuidados,

pero fue inútil. Seguimos sin usar preservativos, nunca, ahora tampoco.» (E 9, 32 años, liceo).

La mujer se ubica en un rol pasivo como integrante de la pareja, lo plantea en la entrevista y el «*seguimos sin usar preservativos*» es como algo que se les impone, de lo cual nadie es responsable.

«Rara no sé, al bañarme me miraba y no podía creer por todo lo que estaba pasando, rara, muy rara me sentía. A veces todavía me siento rara, como si esa no fuera yo, a la que pasa eso» (E 9, 32 años, liceo).

La peculiaridad en esta entrevista es la relación con su cuerpo a punto de partida de su situación de salud-enfermedad, el fenómeno de extrañeza, «*como si esa no fuera yo*» el desdoblamiento de la sana y de la enferma, esa no soy yo, «*a la que le pasa eso*» no es a mí. La dificultad de integrar lo enfermo a lo sano, se muestra claramente en este discurso.

Otra mirada:

«Y que no sé qué pensar, que soy una desgraciada! no se me ocurre pensar otra cosa, porque yo no tuve nunca otra pareja, él lo sabe» (E 10, 37 años, liceo incompleto).

Acá aparece el dolor y la auto-percepción afectiva, el discurso se focaliza en el origen del virus, en la desdicha por la traición de su pareja. La pérdida de la confianza y de la seguridad en su pareja aparece en el centro de su discurso, no así la pérdida de su salud, en un momento en que el apoyo de su pareja tendría mucho valor para ella. Otro escenario de pareja:

« Él mismo se quería controlar, a ver si él tenía algo, porque hasta él se quedó medio asustado y quiere saber si tiene algo, controlarse» (E 1, 23 años, liceo).

Una actitud masculina diferente, activa, dispuesta, participativo. Se refleja miedo o un cierto grado de compromiso y la prioridad parece ser solucionar, atender y prevenir nuevos contagios.

«No, después que me diagnosticaron eso, hasta después de la operación no tuvimos relaciones sexuales, ... desde el momento que el ginecólogo me dijo que tenía ese virus hasta después de la operación decidimos no tener más relaciones sexuales, ... lo decidimos nosotros por el bien mío ... que capaz me perjudicaba más y eso» (E 1, 23 años, Ciclo Básico).

No siempre las mujeres buscan contrastar sus creencias en la consulta médica, no siempre buscan alternativas o asesoramiento sobre el uso de preservativos, optan en ocasiones por suspender las relaciones sexuales como precaución. El peso parece estar depositado en sus creencias y no en el asesoramiento técnico.

En otras aparece el cuerpo nuevamente y el dolor físico comandando, dirigiendo el proceso, a modo de ej. :

« ... la cabeza me dio un giro de 180 grados, no no no no puedo, me duele y lo empecé a rechazar, a rechazar, a rechazar hasta el día de hoy, muy lejos de que yo me sienta bien, de que pueda estar con él. En ese tiempito de yo operarme, de saber que lo tenía, me dolía y lo rechazaba.» (E2, 24 años, Ciclo Básico incompleto).

Si bien el dolor físico y el cuerpo biológico parecen ser los que comandan las acciones privilegiando lo psico-fisiológico, «*la cabeza me dio un giro de 180 grados*» nos orienta la mirada hacia procesos mentales, además de los fenómenos sensoriales, «*lo rechazaba*» «*lo empecé a rechazar*» podría estar indicando mucho más que el dolor físico, podría estar directamente relacionado a ese «*giro de 180 grados*» que dio su cabeza, una piel que registra y que repele, sensaciones, procesos, ¿resultados más profundos? En esta viñeta al igual que en otras se puede apreciar que el dolor se vincula con la vivencia de enfermedad, en la dimensión psicológica.

Una descripción íntima, de ese lugar intransferible, poco traducible, de la significación y de la resignificación de la pareja, de esta nueva pareja de la vivencia de enfermedad, en cuyo lenguaje de los cuerpos, nos dice :

« Me afectó más al principio en la intimidad, sobre todo al principio, no quería yo, me alejaba o quería terminar de una vez, rápido todo. Lo evitaba bastante.» (E.1, 23 años, Ciclo Básico).

«Pah flor de lío! mi marido me dijo, andá a saber dónde te agarraste esa enfermedad! ... Jamás asumió que podía ser él el responsable, no? siempre dirigido a mí y con mal humor, también como cuidándose él, tipo bueno alejate mirá si me contagiás, no sé dónde te agarraste eso, salí de acá hasta que estés bien, feo pero muy feo! Nunca un intento de conversar mano a mano, ... nunca un intento de sincerarse conmigo o que yo me sincerara. Flor de lío se armó, para mal, nada bueno salió!» (E 11, 48 años, Bachillerato completo).

Trabajando en lo que atañe al siguiente apartado también encontramos a quienes la vida sexual no es lo que les preocupa, ni el trasfondo de pareja, cuando la situación es muy seria desde el punto de vista médico, tal es el caso de quién nos dice: *« en mi vida sexual ni pensaba ... no era ahí lo que me interesaba o preocupaba, mi vida sí»* (E 13, 21 años, liceo) , cuando el riesgo es mayor, los parámetro son los extremos, vivir o morir y las prioridades cuidarse para seguir adelante con su vida y con sus proyectos.

La interpretación que hace de su situación quién padece la enfermedad, también dependerá del entorno socio-familiar y de los apoyos que sienta disponibles. La capacidad de afrontamiento también se desarrolla y sufre modificaciones con el aporte afectivo de familiares y amigos del sujeto de padecimiento.

Veamos lo que muestra la siguiente viñeta:

« a la pareja no afectó para nada porque no le he contado nada yo, recién ahora estoy pensando en contarle....porque recién lo tengo más claro, por eso.»

Con la modificación que le imprimen las estrategias de afrontamiento a la situación, en el psiquismo de la protagonista de estos cambios, se ponen en marcha otros recursos, mentales y conductuales,

«lo que me preocupa y quiero saber por ahora es por ej. yo sé que en las relaciones sexuales convencionales, vamos a decir, con los preservativos y cuidados en fin, puede salir de aquí en más todo bien, bárbaro, . . . pero si tengo relaciones sexuales no convencionales, o no tan convencionales, digámoslo así, qué pasa? qué riesgo tengo? cómo me puedo cuidar?» (E 12, 41 años, nivel universitario).

Puede pensar en cuidarse, sin dejar de disfrutar de su sexualidad, a partir de una situación de salud-enfermedad que ha cambiado su vida,

«te levantás un día y guau sos otra, tenés que pensar, cuidarte, pensar antes de acostarte con alguien, hablarlo con ese alguien y ver si estás de acuerdo, si te animás, como que ahí estás vos sola, me entendés? . . . tenés que pensar por vos, por cuidarte y también tratando de disfrutar, pero estás más sola» «bueno y si no te entiende tenés que tomar una decisión, o la salud o el riesgo y el riesgo puede ser mucho» (E 12, 41 años, nivel terciario).

El concepto de personalidad es tan amplio que muchas teorías sobre la conducta humana, configuran para muchos estudiosos del tema, teorías de la personalidad. Las diferencias individuales constituyen lo sustancial de la variedad en la conducta humana, pero del mismo modo para diversos autores hay aspectos universales en la esencia misma de la definición de conducta humana. Los que piensan en esta línea, enfocan su atención a los procesos de comprensión del desarrollo evolutivo, donde la capacidad de adaptación humana, conlleva la varianza de vulnerabilidades, integrando el amplio espectro de las nociones de motivación y amparo del psiquismo, que le permiten al humano desde los registros de soporte socio-afectivo, una vez lograda su sobrevivencia, organizar su conducta con miras a construir su hábitat. (Calhoun, citado por Rodríguez Campusano y Frias Martinez, 2005).

Esta mujer trata de reunir su cuerpo biológico, con su cuerpo erótico. Su cuerpo se muestra dibujado por palabras y habitado por emociones, en algunos tramos

contradictorias, por la necesidad de cuidarse y el deseo de disfrutar. Las representaciones en muchas de estas mujeres, parecen buscar coherencia interna y externa, con el riesgo que abarca disfrutar en condiciones de enfermedad biológica, que implica al cuerpo y en particular a la zona genital. Las palabras de algunas mujeres exponen su dificultad en buscar cómo reorganizar su sexualidad, trascendiendo esa grieta por donde se cuele la muerte, la muerte simbólica que dificulta el acceso al goce, por la presencia cercana de la muerte real. El estrés es parte de una operación de transacción como resultado de un proceso entre la persona y el ambiente (Rodríguez Campuzano y Frías Martínez, 2005), como se puede leer en los discursos de las entrevistadas.

Los agentes estresantes son llamados sucesos vitales pues perturban la cotidianeidad de la vida del sujeto afectado, provocando una respuesta de acomodación a la nueva situación vital, como hemos podido comprobar en los discursos de muchas entrevistadas. Esos sucesos son variados y demandan del sujeto una mayor atención a la habitual generándole cierta presión (Sandin citado por Rodríguez Campusano y Frías Martínez, 2005), de ahí que el soporte socio-familiar señale la diferencia de aquellas mujeres que nos relatan niveles de contención y las que nos denuncian su soledad de comprensión en la pareja.

Algunas mujeres parecen estar manteniendo el equilibrio entre su mundo interno y su entorno, tratando de conservar la armonía entre sus necesidades y deseos, capaces de evaluar sus condiciones de afrontamiento ante la adversidad. Buscan respuestas en otros actores sociales, indagan, reflexionan, buscan apuntalarse en su actividad intelectual, entre otras. La percepción de apoyo social las muestra resguardadas y contenidas, obteniendo mayor seguridad para seguir adelante. Por otra parte creemos que el sentirse apoyadas les dio a muchas de ellas la certeza de sus derechos en torno a buscar respuestas en ámbitos académicos y hospitalarios.

La siguiente viñeta nos sitúa en un escenario de dependencia económica de la mujer :

«si seguía insistiendo y me separo, me iba a ir peor» (E 6, 30 años, liceo completo).

Ante la pregunta : ¿a qué se refiere? Responde: *«que yo dejé de trabajar cuando nació mi hijo menor, se enfermaba ... , ahora dependo de él»* Aquí aparece el factor económico

asociado al vínculo de poder en la figura de su esposo, figura dominante como garante de la supervivencia del grupo familiar.

En otros casos, en medio del tratamiento por HPV, *« agarré al padre de mi hijo y le dije, estoy embarazada, este niño no puede venir ...»* (E.2, 24 años, Ciclo Básico incompleto), una situación emergente resuelta por vía del aborto.

También emerge la duda y la confusión en lo referente a responsabilidades por el origen del HPV *« y que fue otro anterior o fuiste vos misma en definitiva en otra ocasión y no lo sabés porque está latente...» « y te podes quedar sin tu pareja ...»*

En algunas se ven amenazados sus proyectos vitales: *«es que de repente, todo de golpe al diablo, la posibilidad de estudiar, pensaba hacer algo en UTU ...»* (E 13 , 21 años, liceo).

La configuración del cuadro de enfermar y sus consecuencias más próximas y cotidianas, como el replanteo de los proyectos, la reformulación de los planes a corto plazo, van incidiendo de diferentes maneras en las diversas personas, con diferentes niveles educativos, socio-culturales y socio-económicos. También se observan variados niveles de dependencia afectiva y / o económica, así como una variedad de grados de autonomía en diversas edades. En algunos casos vemos mayor capacidad de respuesta adaptativa.

En síntesis, en lo que respecta a la incidencia del diagnóstico en las esferas familiar y laboral de la vida de la mujer, las entrevistadas ofrecen un panorama variado a tener en cuenta sobre la comunicación intrafamiliar y laboral, pudiendo observarse algunos denominadores comunes. Entre ellos, las mujeres sintieron la responsabilidad de la elección de la forma del planteo, por las consecuencias de los resultados concretos, específicamente las autorizaciones a salir de los trabajos por los estudios clínicos. Más allá de la legislación, ellas asumieron todo el peso de esa responsabilidad, decidiendo qué decir, cuándo y cuánto. De modo que sumado a su problema de salud, a tener que cargar con sus incertidumbres, miedos y prejuicios, estaba el hecho de tener que cuidar de su trabajo y del vínculo laboral, porque así lo sintieron.

En la esfera afectiva, con familiares y amigos, también sentían la responsabilidad de la comunicación oportuna y adecuada, buscando generalmente no sumar presiones. Eso es

bastante general como actitud; hubo casos en que la comunicación se realizó desde el comienzo y también la compañía de familiares y amigos, incluso en la consulta, hubo otras que prefirieron dejar a cierta distancia a los allegados, entregando la comunicación en etapas y eligiendo ser acompañadas o no. Están divididas sus respuestas, están las que prefirieron mucha compañía y las que no o no tanta.

El otro punto a mencionar en este apartado es el que tiene que ver con la relación de la mujer afectada por HPV (HSIL), con su cuerpo. Casi todas señalan un antes y un después, el cuerpo vinculado a la intimidad de pareja, el cuerpo en el trabajo, el cuerpo vincular. De una forma o de otra, todas han traído al escenario de la entrevista, un cuerpo fragmentado, el cuerpo social y político, el biológico y el cuerpo erógeno. El sentimiento de extrañeza acompañó a más de una durante el proceso de enfermar y de sanar. Tuvieron que aprender a reconocerlo e integrarlo para volver a querer su cuerpo y sentirlo. Hubo casos en que ese cuerpo las avergonzaba frente a los demás, como si se transparentara al vincularse socialmente, como si las “delatara”.

Cuadro 4: Incidencia del diagnóstico en la vida familiar, laboral y en la relación con su cuerpo.

Vida familiar	Vida laboral	Relación con su cuerpo
“Re jodido al principio porque yo me empecinaba en buscar culpables y el ahí tirado, mirando la TV”	“En el trabajo re bien se portaron, sin dramas, ni se me complico para salir”.	“Con mi cuerpo bien, algunos dolores, los de siempre, de ovarios me parece, nada mas”
“La Dra le dice si la querés le tenes que decir la verdad, porque no es lo mismo que sea de ella y se despierta a otra cosa, lo mas importante es la verdad”	“Estaban re dispuestos y me preguntaban como iba todo y me decían a veces: no vuelvas hoy, vení mañana no mas”	“Creo que fue más psicológico que otra cosa, porque yo dolor eso que dicen yo no sentí, pero ahora después de operarme, no tolero una colpo, me inflamo...”
“Dos años y medio después de la intervención, senté a toda mi familia y les dije me tienen que apoyar en esto...”	“Nunca tuve problemas, lo planteé y me apoyaron pila”	“Yo creo que me sentí un poco rara con mi cuerpo sobre todo en todo el principio de esto, muy rara”

<p>“Como que están ahí porque son tus amigas, porque te quieren, porque te ven llorar, pero en realidad no te comprenden”</p>	<p>“Creo que me da vergüenza que piensen que soy sucia o descuidada, eso no sé cómo manejarlo en el trabajo”.</p>	<p>“En todo, me sentía rara, la cabeza me dio un giro de 180 grados y lo empecé a rechazar y a rechazar, hasta el día de hoy que no me toque mejor”.</p>
<p>“Pah! Flor de lio, mi marido me dijo anda a saber donde te agarraste esa enfermedad, nunca asumió que podía ser el responsable...salí de acá hasta que estés bien, re feo!”</p>	<p>“Re poco dije, porque pedí algún día, pero sí se preocupan, creo que más que por vos, por ellas mismas”</p>	<p>“Me afectó más al principio, sobre todo al principio en la intimidad, lo alejaba yo o no quería o quería terminar rápido todo, de una vez”</p>
<p>“Con la pareja me deje, supongo que tiene que ver con esto, porque yo me hice estudios...”</p>	<p>“Nunca tuve problemas porque nunca dije que era por eso”</p>	<p>“Rara al bañarme como si esa no fuera yo, a la que le pasaba eso una sensación de extrañeza con mi cuerpo...”</p>

CAPÍTULO 8: Conclusiones

En el presente trabajo se partió del supuesto que el vínculo con el médico/a tratante incide en la recuperación del proceso sanitario de las mujeres con diagnóstico de SIL de alto grado, pues apunta a las conductas de auto-cuidado, como resultado de fortalecer la respuesta de afrontamiento de la situación de enfermar. El acceso a información clara y de calidad en las mujeres brindada por el profesional tratante aporta a la comprensión del diagnóstico y del tratamiento a seguir, dando mayores posibilidades de interpretación de los signos y los significados en la respuesta global de las mujeres que buscan adaptarse a la situación. El estudio buscó conocer cómo las mujeres afectadas reciben la información brindada por el profesional sobre el diagnóstico, así como las formas y los recursos en procesar esta noticia por parte de la mujer que la recibe. Se considera que el contenido diagnóstico y la forma de transmitirlo están vinculados con el impacto emocional en la mujer, mostrándonos los recursos psíquicos que ésta pone en juego para procesar la información y actuar en consecuencia.

El estudio realizado buscó identificar el tipo de vínculo establecido con el personal médico y trató de conocer el tipo y la calidad de la información sobre HPV que disponían esas mujeres y la que eventualmente recibieron en los servicios de salud. Por consiguiente, se buscó explorar acerca de los factores de protección y los factores de riesgo presentes en los procesos de enfermar y de sanar.

La interrelación entre la noticia del diagnóstico, la forma de comunicarlo, si la consultante contaba con apoyos socio-afectivos, la información previa que poseía y la que se le brindó a la hora de informar el diagnóstico, dieron como producto final, el grado de comprensión de su estado de salud y las estrategias de afrontamiento de la situación.

La búsqueda del apoyo socio-familiar en la mujer afectada de HPV, con SIL de alto grado, se configura en el fundamento de su respuesta afrontativa. Les proporciona posibilidades reales de asumir y afrontar la situación, desplegando diferentes estrategias para lograrlo. El concepto de apoyo social ha contribuido a encontrar las variantes tanto de las enfermedades biológicas como de las mentales, vinculadas a los diferentes impactos que produce la situación de estrés sobre la salud. Si bien para Castro (2011) el apoyo social no

es medible, sí se pueden identificar sus productos, o sea, la red social de apoyo, las conductas puntuales de apoyo, la valoración subjetiva que hace el sujeto que recibe esos apoyos y el percibir la magnitud de dichos apoyos, lo que contribuye a la comprensión de la protección y a la percepción del riesgo. A pesar de lo valioso y estudiado acerca del tema, aun hoy se le ignora muchas veces o se le resta importancia, relegándolo a un segundo plano. Al indagar sobre los recursos de apoyo familiar y social frente al diagnóstico buscamos responder a la pregunta acerca de la compañía con la que contaban estas mujeres y si se sintieron comprendidas por sus allegados.

Las mujeres entrevistadas en general, han valorado positivamente los distintos tipos de apoyo recibidos en el ámbito familiar, en el escenario laboral, en la red social de amigos y conocidos. Plantean expresamente la necesidad de implementar en hospitales y mutualistas, equipos multidisciplinarios para el abordaje de las enfermedades, asistiendo en sus dudas y temores, no solo a las protagonistas sino también a sus allegados o familiares.

Se encuentran variantes en ese sentido, desde mujeres que enfrentan la situación en soledad hasta aquellas que cuentan con los recursos afectivos y sociales de apoyo para ello. En la experiencia subjetiva de afrontamiento del diagnóstico, los resultados obtenidos muestran que disponer de estos recursos no es inocuo para las mujeres. Aquellas que sí los disponen tienen mejores condiciones para afrontar la situación.

En el ámbito laboral, algunas mujeres suelen ocultar la situación por temor al estigma de tener una enfermedad asociada al ejercicio de la sexualidad, “tenía vergüenza de que me consideraran sucia o desprolija”, dijo una entrevistada, enunciando el peso del estigma social en el aislamiento y/o en la dificultad para compartir una situación vital difícil como estar afectada por un diagnóstico de SIL de alto grado. Otras han compartido su situación con sus compañeros de trabajo, sin mayores dificultades y ello las ha beneficiado.

La falta de explicaciones y el apuro en las consultas por parte de los profesionales médicos, son referidos por las mujeres de manera reiterada. Estos aspectos no favorecen la respuesta de afrontamiento de la situación, pudiendo comprometer el despliegue de ciertas conductas de auto-cuidado imprescindibles. Un ejemplo sería la libertad de preguntar sobre su proceso, para poder decidir conjuntamente con el facultativo, a los efectos de conocer

mejor los pronósticos sobre su salud, ya que el médico es el principal agente de información (Fernandes et.al, (2009). Por estas razones es que se entiende que una buena comunicación, clara, franca, entre consultantes y médicos/as, habilita a las usuarias a otros registros psíquicos de la información, a nuevos procesos de mentalización en referencia a su estado de salud y a conductas de auto-cuidado.

Se pudo observar que la información insuficiente o poco clara no favorece los procesos de apropiación cognitiva y afectiva en las mujeres sobre su estado de enfermedad. En algunas mujeres, el miedo, los mitos y las creencias obturaron la comunicación con el profesional generando que se sintieran las únicas responsables de su situación y avergonzadas frente a los demás. El manejo de la información en los ámbitos de salud, así como el tipo de vínculo establecido entre las partes son responsables de los resultados de adherencia a los controles médicos, no es correcto responsabilizar a una sola de las partes interactuantes (Arroyo et.al, 2003) .

Algunas mujeres, al enterarse de su estado de salud culpabilizan a su pareja y se auto-responsabilizan por no haber negociado el uso de protección en las relaciones sexuales, por haber “permitido” infidelidades, por la falta de diálogo en la pareja, entre otras. El diagnóstico interpela su vida de relación de pareja, interpela el ejercicio de su vida sexual y posiblemente los modelos de pareja y amor que están en la base de estos vínculos.

Hubo quienes lo registraron como un castigo o una desgracia que cayó sobre ellas, quedando atrapadas en ese entramado de significados. La cavilación y la desesperanza (Varela, et.al, 2007), constituyen un modelo de respuesta que conlleva un alto riesgo, pues la forma en que se percibe la enfermedad en estos casos dificulta el emprendimiento de acciones creativas inmediatas, como buscar apoyos, otras consultas médicas, etc. Permanecen en cambio, como se comprobó en algunas entrevistadas, ocupadas mentalmente pero sin accionar sobre el medio, es decir se “aburrían” de los controles médicos y desertaban o no concurrían por temor a los resultados.

En algunos casos el vínculo con el médico/a tratante fue un puente entre la enfermedad y la salud, que ofició de respaldo socio-afectivo para las mujeres. Mientras que para otras este vínculo no fue referido como elemento clave para el afrontamiento de la situación, lo que

nos lleva a re-plantearnos la pregunta acerca del lugar que ocupa lo vincular con el profesional en las mujeres que enfermarn de HPV, este factor tal vez no tiene el peso del que partió (supuesto) la investigadora en este trabajo.

Cabe preguntarse entonces, ¿Con qué identificaciones se mueve esa mujer en consulta y tratamiento gineco-oncológico y de qué la provee la consulta?

Cuando las narrativas traen al escenario de las entrevistas, discusiones de pareja sobre el tema, dificultades en los ámbitos laborales, sentimientos de vergüenza, se pueden observar algunos rasgos identificatorios con el objeto de la enfermedad y tránsito hospitalario; en el mismo tenor se observa la dificultad en estas mujeres para sostener su deseo vital.

Asimismo, se pudo observar que algunas mujeres se identificaron con lo más sano de la situación y lograron seguir los pasos indicados y encontrar caminos para salir.

Las mujeres entrevistadas pudieron referir los registros de sus pérdidas para que la entrevistadora los escuchara y los recibiera y esto lejos de vulnerar al Yo lo mostraba fortalecido, pues había partido de la falta, del agujero de su existencia hasta llegar a un presente que escribiendo una historia en su cuerpo, puede perfilarse hacia adelante. Ha ganado creativamente pues ha podido soportar las pérdidas del Otro, el Otro en la díada de la consulta médica, ya que en muchas oportunidades, a través de los relatos de estas mujeres, la figura del médico/a se mostraba soportada en su inconsistencia por ellas. Sus silencios también le decían a la entrevistadora que eran ellas que le ponían cerco a la angustia del médico/a, a lo que ellos no podían nombrar. Tal vez también contuvieron a la investigadora.

Las mujeres afectadas de HPV, con riesgo de contraer cáncer, se aproximan al borde entre el sujeto y el objeto, a la frontera entre el Yo y el no-Yo, aprenden a sostenerse en la insistencia de encontrar para ese objeto que provoca el desgarró del Yo, un sustantivo que contenga el desborde angustiioso. Aprenden a sostener al Otro de la consulta médica, al profesional, que no sabe qué decir y cómo decir. Lo sostienen poniendo ellas en palabras lo no-dicho de la consulta, de la estructura vacía que logran transformar en un sustantivo, en una imagen también, que se anuda a los aspectos identificatorios que envuelven al objeto de la enfermedad simbólicamente para volverlo más accesible y disponible a la conciencia.

Sólo más tarde, una vez obtenido el diagnóstico y transitado por los tratamientos podrán construir con su vida y su situación de salud, una salida creativa, con habilidades nuevas y herramientas concretas (acciones, conductas de auto-cuidado, estrategias de afrontamiento), que facilitarán desde esa hendidura de lo faltante, la circulación del deseo. De las grietas de la muerte se yergue lo más vital de cada una.

De los datos recogidos en la investigación, las mujeres se sienten poco escuchadas por el médico, son escasas las escenas traídas por las entrevistadas, donde se establece una cierta relación vincular a punto de partida de un diagnóstico y de un tratamiento posibles. Sí se plantean casos de vínculos ya establecidos con anterioridad, cuando asisten a la consulta con su médico/a y en esos relatos surgen elementos vinculares de relevancia para las mujeres y sus procesos, donde destacan el apoyo recibido y, en ocasiones, a sus familiares. En la misma línea, muchas de ellas plantean que en general, los profesionales de la salud no valoran suficientemente el soporte social de las consultantes, integrándolo vivamente como elemento facilitador del proceso. No se desprende de la mayoría de las entrevistas la habilitación al pensar conjunto de médicos y consultantes, en el nuevo escenario de la enfermedad, donde la vivencia subjetiva de la misma debiera ser un pilar fundamental a tener en cuenta (Zytner et.al, 2011) pues enriquecería la posibilidad de relacionar la experiencia del profesional y la vivencia del sujeto/a sobre su padecimiento. Por el contrario, lo que más surge de las entrevistas es la hegemonía médica sobre la vulnerabilidad de la consultante, el saber sobre el no-saber, no dejando espacio para la construcción de aspectos interpelantes, de incertidumbres cuestionadoras de la realidad sanitaria en su conjunto. La asimetría de poder en la relación médico-paciente afecta el proceso de cognición de las consultantes, que hacen prevalecer sus miedos en la respuesta afrontativa, impidiendo el acceso a su deseo vital. Si surge el deseo, surge la traza vital que buscará restaurar el orden perdido, el equilibrio saludable, no sin costo psíquico.

Ese instante de caos que puede inaugurar la consulta cuando se facilita desde la entrega personal del encuentro con la piel del otro, vinculando al profesional con el sufrimiento psíquico y el padecimiento somático de las consultantes, no se desprende de la mayoría de estas entrevistadas. Ese momento inaugural de la consulta, que habilitaría a que la mujer retome la relación con su cuerpo erógeno, integrando aspectos nuevos relativos a la

experiencia subjetiva de enfermar, requiere de todas las partes y de incluir el soporte social en el proceso.

Luego de ese momento de quiebre en la relación con su cuerpo, la mujer que enferma somáticamente, y en particular, ginecológicamente, tiene que acceder a instaurar un nuevo orden en ese mapa biológico de su cuerpo dañado. Requiere de apoyo para afrontarlo, pudimos comprobar en estas narrativas que puede hacerlo con sostén afectivo, en el diálogo con sus familiares. Sus mecanismos de defensa mediarán a su favor, no obstante el marco lo generan la institución de salud y el profesional a cargo. Cuando fallan estas estrategias de afrontamiento en las mujeres que enferman su cuerpo biológico y sexual, no fallan únicamente sus recursos psíquicos disponibles; la lectura de que cognitivamente son pobres tampoco es suficiente, de lo que tal vez no disponen en esas circunstancias es de la apoyatura de los testigos mudos del encuadre de trabajo. De lo que podría estimarse que carecen es de recursos humanos disponibles en la consulta, la que muchas veces se nutre exclusivamente de aspectos técnicos.

La investigación nos dice que falta mucho camino por recorrer en torno a este tópico, mucho por construir en referencia a equipos de salud, centros de salud, manejo de la información, consideración del consultante integralmente, formas y contenidos de los encuentros. Sólo en un clima de respeto y de demora, se produce el deseo que retoma el cuerpo erógeno, con miras a sanar sus heridas materiales y psíquicas, fundando la creencia en sus posibilidades, que le permitirá asistir al encuentro de su salud.

Lo que más solicitan estas mujeres tal como se ha desprendido de estudios anteriores es mayor explicación de lo que les sucede, manifiestan que ese sería un insumo para entender mejor y cuidarse más apropiadamente ya que reconocen que su información no es la más adecuada frente al problema. Otras señalan el trato con el profesional y con los otros agentes de salud, la forma de transmitir la noticia diagnóstica. También destacan la necesidad de personal femenino para atenderlas y del cuidado de la privacidad de sus cuerpos en los estudios clínicos. Las demoras en los trámites para los estudios es una constante, otro dato es el que muestra con dolorosa claridad la diferencia socio-económica de las usuarias que marca la distancia en tiempos reales de resultados en estudios y acceso a tratamientos.

Para finalizar, podemos señalar que esta investigación orienta a pensar en la búsqueda de referentes sanitarios que puedan fortalecer los factores de protección del consultante, cuando por razones del acto médico o por razones personales de los consultantes, estos/as quedan en una situación disminuida de su capacidad de decisión. Este trabajo también busca que se siga investigando la adherencia a los tratamientos y la calidad de la comunicación relacionadas en el marco de las consultas de salud. La deserción de las mujeres a los controles sanitarios, no se debe solo a su "ignorancia" o a la (ir)responsabilidad de las mujeres, sino que juega un papel relevante el vínculo médico/consultante así como los recursos de apoyo social que cuentan las personas para afrontar su situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho N. y da Silva, V.L. (2009). Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos Saúde Pública*, 25, S217-S226.
- Arrossi, S., Matos, E., Parkin, M., Roth, B., Sankaranarayanan, R. y Zengarini N. (2007). The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic oncology*, 105 (2), 335-340.
- Arrossi, S., Paolino, M., Ramos, S. y Sankaranarayanan, R.(2008). Social inequality in Pap smear coverage: identifying the women who are under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 16 (32), 50-58.
- Arroyo, R., Ferreccio, C., Gage, J., González, M., Huivín, M. y Robles, S. (2003). Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*, 27(6), 466-471.
- Basch, M.F. (1983). Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 31, 101–126.
- Bazan, F., Posso, M. y Gutierrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1), 47-54.
- Benia, W. y Tellechea, G. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cancer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlinicas barriales de Montevideo. 1997. *Revista Médica del Uruguay*, 16 (2), 103-113.
- Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora.

Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

Brown, M. (2010). Relativismo Cultural 2.0. En F. Cruces, Pérez B. (comp.), *Textos de la antropología contemporánea* (pp. 25-57). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Burton, W., Lurio, J., Marantz, P., McKee, M. y Mulvihill, M. (1999). Barriers to follow-up of abnormal Papanicolaou smears in an urban community health center. *Archives of Family Medicine*, 8(2), 129-134.

Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.

Carril, E. y Fernández, G. (2012). *Proyecto Barreras psicosociales e institucionales que impiden el acceso al PAP: un estudio uruguayo*. (Documento inédito)

Carril, E., Rodríguez, G. (2013). *Barreras psicosociales e institucionales que impiden el acceso al PAP: un estudio uruguayo. Informe Ejecutivo*. (Documento inédito)

Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. México: Lugar.

Castro, R. (2014). Génesis y practica del habitus medico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.

Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre el apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista De Saúde Pública*, 31(4), 425-435.

Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_arttext

Criado, M. (1991). Del sentido como producción: elementos para un análisis sociológico del discurso. En Latiesa, M. (ed.). *El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos* (pp. 187-212). Granada: Universidad de Granada.

Dewey, J. (1910). *How we think*. Lexington: D.C. Heath.

Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta moebio* 4, 181-189. Recuperado de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26466/27759>

Fernández, J.V., Lacerda, S., Alexandre, J., Moura da Silva, L., Lima, A., Verissimo de Azevedo, J.,... Araujo, T. (2009). Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 851-858.

Fernández Chaves, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. y Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: an empirical study of the relation between parent's mental representations of childhood experiences and their infant's security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4): 957-989.

Freud, S. (1979). Estudios sobre la histeria. En Freud, S. *Obras Completas* (1° ed. en español). Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu

- Freud, S. (1979). Pulsiones y destinos de pulsión. En Freud, S. *Obras Completas* (1° ed. en español). Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Fylan, F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of Cervical Cancer*, 43,1509-1514.
- Gajardo, A. y Montes, C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal . *Persona y bioética*, 14(1), 48-55.
- Giraudó, N., Discacciati, V., Bakalar, K., Basualdo, N., Dreyer, C. (2006). Barreras para el rastreo de cancer de cuello uterino en la Ciudad de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3 (2).
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldberg, A. (2012). La presencia perdurable de Heinz Kohut: La empatía y sus vicisitudes. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista internacional de psicoanálisis*, 41. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000759&a=La-presencia-perdurable-de-Heinz-Kohut-la-empatia-y-sus-vicisitudes>
- Hollestein, F., Maté Méndez, J. y Gil Moncayo, F. (2003). Programa de Formación en Psico-Oncología para residentes en psiquiatría y psicología clínica: modelo de interconsulta. *Revista de Oncología*, 5(8), 443-449.
- Huberman, A.M. y Miles M.B. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En Denman (comp.) y Haro (comp.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

Kafka, F. (1999). *Carta al padre*. Buenos Aires: Boureau.

Kern de Castro, E., Aretz, M., Lawrenz, P., Bittencourt, F., Romeiro y Abduch, S. (2013). Percepción de enfermedad en mujeres brasileñas con cáncer cervical, mujeres con lesiones precursoras y mujeres sanas. *Psicooncología*, 10 (2-3), 417-423.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Nueva York: International Universities Press.

Laurell, A.C. (1981). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

Lerner, S. y Szasz, I.(1996). *Para comprender la subjetividad*. México: Brujas.

Main, M. (1999). Mary D. Salter Ainsworth: Tribute and portrait. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 682-776.

Mauss, Marcel (1971). *Sociología y Antropología. Sexta parte: Técnicas y movimientos corporales*. Madrid: Tecnos.

Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.

Mejía Navarrete, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la investigación Social*, 1(1), 47-60. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/mjgiuliani/mejja-navarrete-el-anlisis-de-los-datos-cualitativos>

Menéndez, E. (2004). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?.
Alteridades, 4(7), 71-83.

Ministerio de Salud Pública (2013). *Guía de práctica clínica de tamizaje de cuello de útero*.
Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20cuello%20uterino%20MSP%202014_1.pdf

Monnet, E., Carbillet, JP., Genin, P., Marquant, A. y Mauny, F. (2004). Quality of follow-up of women with high grade squamous intraepithelial lesion (HGSIL) cervical smears: results from a population-based organised screening programme. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 113 (2), 234-239.

MYSU (2009). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009*. Montevideo: MYSU.

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México: UniSon.

Ortuño Sanchez-Pedreño, F., (1997). Conducta de enfermedad y actitud del paciente hacia sus síntomas. En Cervera Enguix, S (comp.). *Manual del residente de psiquiatría*. Madrid: Smithkline Beecham.

Pacheco, J. (2011). *Compartiendo ideas*. Recuperado de <http://generacionmedicaxxi.blogspot.com/2011/06/en-busqueda-del-sentido-la-experiencia.html>

Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.

Pichon-Riviére, E. (1971). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* . Tomo II. Buenos Aires: Nueva Visión.

Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vinculo y Desarrollo Psicologico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 7-15. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf

Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill.

Rock, P. (1979). *The making of symbolic interactionism*. Londres: The Macmillan Press.

Rodríguez, G.; Barrios, E.; Vasallo, J. (2005). Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21, 200-206.

Rodríguez Arce, MA. (2008). Consideraciones generales sobre la relación médico paciente. En Rodríguez Arce, MA. *Relación Médico Paciente*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 1-12

Rodríguez Campusano, M. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*, 15 (2), 169-186. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/802/145>

Rodriguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420176011>

Salgado Levano, A.C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber*, 13, pp. 71-78. recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>

Saussure, F. De (1945). Curso de lingüística general. Buenos Aires: Losada

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación: la búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.

Tsu, V., Levin, C. (2008). Making the case for cervical cancer prevention: what about equity?. *Reproductive Health Matters*, 16(32), 104-112.

Urrea Cosme, Y.S., Córdoba Sánchez, V. (2009). *Estilos y estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico* (Tesis de grado). Medellín: Universidad de Antioquía. Recuperado de
[https://docs.google.com/viewer?
a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXNcnVwb2RIZXN0dWRpb2F0cm
9wb3N8Z3g6NWJiMmEyOWNkYWRjMDVjMg](https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXNcnVwb2RIZXN0dWRpb2F0cm9wb3N8Z3g6NWJiMmEyOWNkYWRjMDVjMg)

Urrutia, M., Araya, A. y Poupin, L. (2010). ¿Por que las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa Cáncer Cervicouterino-Auge del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75 (5), 284-289.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de la investigación social*. Madrid: Síntesis.

Varela, B., Caporale, B., Delgado, L.; Viera, M., Galain, A. y Schwartzmann, L. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cancer de mama. *Ciencia y enfermería*, 13 (2), 33-40.

Winnicott, Donald (1981). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En Winnicott, D. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia, pp. 281-299.

World Health Organization. International Agency Cancer for Research in Cancer. *Estimate cancer Incidence, Mortality and Prevalence worldwide in 2012*. - Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Zytner, R., Bernardi, R., Miller, D., Varela, B. y Villalba, L. (2011). La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(4), 9-27.

ANEXOS

PAUTA de ENTREVISTA :

- 1)- Qué recuerda del primer momento de la información de su diagnóstico de HPV ?
- 2)- A través de qué agente de salud recibió su diagnóstico?
- 3)- La comunicación se realizó por escrito, verbalmente o ambas?
- 4)- Tenía idea de qué se trataba, en líneas generales?
- 5)- Fue sola o acompañada a la consulta? Si fue acompañada, por quién y por qué? (para indagar si suele ir acompañada a toda consulta médica).
- 6)- Entendió de qué se trataba exactamente y cuáles eran los pasos a seguir?
- 7)- Siguió adelante con esos pasos planteados por el médico/a?
- 8)- Sí o NO.- Fundamente su respuesta por favor.
- 9)- Cómo describiría las consultas médicas? Me refiero a si usted podría afirmar que se ha establecido un vínculo con el/la médico?
- 10)- Qué tipo de vínculo es para usted? Le parece que la favorece en su tratamiento o le es indiferente?
- 11)- De qué modo la favorece? O Por qué le resulta indiferente?
- 12)- Le afectó su diagnóstico en su esfera laboral ? Lo compartió?
- 13) – Le repercutió en el ámbito familiar? De qué modo?
- 14)- Qué cosas cambiaría de su recorrido por médicos y controles sanitarios?

15)- Internamente, se sintió fuerte para afrontarlo? Cómo se describe a sí misma en torno a dicho proceso.

16)- Sintió que contaba con compañía afectiva segura, desde el plano familiar o del lugar de sus amistades?

17)- Le pareció o le parece que la comprendían y comprenden?

Ficha Socio demográfica.

Nombre:.....

Edad:.....

- Nivel Educativo: Bajo: Primaria completa
Primaria incompleta
Medio: Ciclo Básico
Bachillerato
Alto: Terceario:
Universidad:

¿Cuántos años cursó?

¿Cuál fue el último año de estudio que Ud aprobó?

¿Actualmente trabaja de manera remunerada?

Si

No

Ocupación:.....

- Estado conyugal Soltera
Casada
Viuda
Unión libre
Divorciada
Separada de unión libre

¿Con quién convive?.....

Conyugalidad: Con pareja conviviente

Sin pareja conviviente

¿Cuánto tiempo hace que presenta diagnóstico de HPV?

.....

Qué tipo de lesión presenta?.....

¿Hace cuanto Ud está con esta pareja?

Tiempo de Inicio de la pareja:

Si tiene/tuvo hijos, indique cuántos (considere hijos biológicos y adoptivos)

¿Cuántos?

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación de este estudio requiere :

- Que acepte ser entrevistado por la responsable de la investigación en un encuentro aproximado de una hora de trabajo, situación en la que se procederá al uso del grabador para mayor fidelidad de los relatos.
- La entrevista se centrará en el diagnóstico de HPV con Sil de Alto grado y sus connotaciones en la vida de las entrevistadas.
- Si acepta como si no lo hace, no incidirá en sus tratamientos médicos o psicológicos, públicos o privados.
- No percibirá remuneración económica o de otro tipo por participar.
- Si acepta participar, podrá retirarse en cualquier momento durante la entrevista o no responder alguna pregunta si no lo desea.
- Puede preguntarme lo que desee sobre esta investigación en lo referente a su participación y aquello que no comprenda de las preguntas también.
- Se le garantiza por parte de la investigadora responsable la confidencialidad de los datos que proporcionen las entrevistadas, asegurando que no podrán ser identificadas con su nombre y apellido; se explica la forma de trabajar al respecto para resguardar la información.
- Tendrá la posibilidad de comunicarse con la investigadora responsable durante el estudio, para lo cual se le dejará teléfonos de referencia, al igual que de Facultad de Psicología, UDELAR.
- Los datos recogidos durante la investigación sólo podrán ser usados para los fines previstos en el consentimiento, es decir, científicos y de estudio. Los mismos, manteniendo el anonimato, podrán ser publicados en ámbitos académicos y por otros medios de divulgación, con fines científicos y educativos.

FORMULARIO de CONSENTIMIENTO de la Investigación: “Incidencia del vínculo médico/a-usuaria en la adherencia al tratamiento para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino”. Un estudio desde la perspectiva de las mujeres afectadas.

Investigadora: Iliana Troche Bruno, Facultad de Psicología-UDELAR.

Leí las informaciones mencionadas arriba, me fueron explicadas debidamente y pude preguntar libremente, aclarando todas mis dudas al respecto.

Me consta que no recibiré dinero u otro tipo de gratificación por participar.

Sé que puedo retirarme cuando lo desee o no responder.

Mi identidad será preservada siempre, durante y después del trabajo de investigación, así como en publicaciones posteriores de los resultados de investigación.

Acepto voluntariamente participar en el estudio.

Nombre completo

Firma.....

Aclaración de firma.....

Firma de la investigadora.....

Aclaración de firma de la investigadora.....

Teléfonos de referencia.....

Fecha y lugar